



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL PRÉSIDÉ
PAR MIREILLE ELBAUM**

**« ENJEUX ÉCONOMIQUES DES COOPÉRATIONS
ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ »**

Décembre 2007

AVANT PROPOS

Le présent rapport s'inscrit dans le cadre des travaux initiés depuis décembre 2003 sur le thème des coopérations entre professions de santé. La mission confiée au Professeur Yvon Berland sur le lancement et l'évaluation d'expérimentations de coopération entre professions de santé en 2003 a permis de définir un premier état de la question, de préciser le cadre réglementaire des expérimentations et de produire une première évaluation relative à cinq expérimentations. Afin d'approfondir ces enseignements et de proposer des pistes pour l'action, le ministre chargé de la Santé a demandé à la HAS d'élaborer une recommandation sur les coopérations entre les professions de santé. Ces travaux, qui associent l'ONDPS, comprennent notamment une analyse approfondie des enjeux et des conséquences des coopérations entre professions de santé dans les trois domaines suivants : le domaine de la formation, le domaine juridique et le domaine économique.

C'est dans cette perspective que la HAS a confié à Mireille Elbaum, Professeure au conservatoire national des Arts et Métiers, la présidence d'un groupe de travail sur les enjeux économiques, organisationnels et sociologiques des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. Ce groupe, dont la rapporteure est Sandrine Chambaretaud, a réuni des chercheurs et des experts autour de contributions originales d'analyse et de réflexion prospective. Comme pour les productions des autres groupes, juridique et formation, les travaux sont publiés sans modifications et ajouts et sont de l'entière responsabilité de leurs auteurs.

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Présidente : Mireille ELBAUM, CNAM, PARIS

Rapporteuse : Sandrine CHAMBARETAUD, Chef de projet HAS, SAINT-DENIS

Assistantes : Samantha FERNANDES et Aurore TATTOU, HAS, SAINT-DENIS

Leila BEN AOUN, GREQAM, MARSEILLE,

Yann BOURGUEIL, ONDPS / IRDES, PARIS,

Chantal CASES, IRDES, PARIS,

Roland CASH, Mission tarification à l'activité, PARIS,

Gérard De POUVOURVILLE, ESSEC, CERGY-PONTOISE,

Florence DOUGUET, Université de Bretagne, LORIENT,

Mihai GHEORGHIU, Centre d'études de l'emploi, NOISY-LE-GRAND,

François GUILLAUMAT-TAILLET, Drees, PARIS,

Mathieu LUSTMANN, Centre d'Études et de Recherches sur les Liens Sociaux, PARIS,

Frédéric MOATTY, Centre d'études de l'emploi, NOISY-LE-GRAND,

Lucile OLIER, DREES, PARIS,

Dominique POLTON, CNAMTS, PARIS,

Denis RAYNAUD, DREES, PARIS,

Lise ROCHAIX, économiste- membre de Collège de la HAS, SAINT-DENIS,

Catherine RUMEAU-PICHON, Responsable du service évaluation économique et santé publique, HAS, SAINT-DENIS,

Dominique TONNEAU, ENSPM, PARIS,

Anne VEGA, EHESS, PARIS

Bruno VENTELOU, ORS PACA, MARSEILLE,

Yann VIDEAU, GREQAM, MARSEILLE,

Jean-Luc VIEILLERIBIÈRE, DSS, PARIS,

Alain VILBROD, Université de Bretagne, BREST,

SOMMAIRE

AVANT PROPOS	2
MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL	3
SOMMAIRE	4
NOTE DE SYNTHÈSE	6
I. INTRODUCTION	6
I.1. LE CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE.....	6
I.2. DES ENJEUX ÉCONOMIQUES JUSQU'ICI PEU APPRÉHENDÉS	7
I.3. LE RAPPORT	8
II. ENJEUX ET PISTES POUR L'ANALYSE ÉCONOMIQUE DES COOPÉRATIONS ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ	9
II.1. UN ENJEU ÉCONOMIQUE D'ENSEMBLE.....	9
II.2. DE NOUVELLES PISTES AU PLAN DE LA THÉORIE ÉCONOMIQUE	9
II.3. LES ENSEIGNEMENTS DES EXPÉRIENCES INTERNATIONALES	10
II.4. DES CADRES D'ANALYSE QUI DOIVENT PRENDRE EN COMPTE PLUSIEURS DIMENSIONS.....	14
III. LES ENJEUX DES COOPÉRATIONS À L'HÔPITAL	16
III.1. ÉLÉMENTS DE CONTEXTE	16
III.2. DES COOPÉRATIONS DÉJÀ ANCIENNES ET NOMBREUSES.....	16
III.3. UN DÉVELOPPEMENT DES COOPÉRATIONS QUI DOIT PRENDRE EN COMPTE LES MODES D'ORGANISATION DU TRAVAIL ET LES RELATIONS PROFESSIONNELLES À L'HÔPITAL.....	17
III.4. DES CONSÉQUENCES SANS DOUTE TRÈS LIMITÉES EN MATIÈRE DE COÛTS ET DE TARIFS	19
III.5. CONCLUSIONS	21
IV. LES ENJEUX DES COOPÉRATIONS EN VILLE	22
IV.1 ÉLÉMENTS DE CONTEXTE	22
IV.2 MARGES DE DÉVELOPPEMENT DE NOUVELLES COOPÉRATIONS ENTRE GÉNÉRALISTES ET PARAMÉDICAUX	23
IV.3 PROBLÈMES, RISQUES ET CONDITIONS DE DÉVELOPPEMENT	25
IV.4 DES ENSEIGNEMENTS RELATIVEMENT LIMITÉS DE L'EXPÉRIENCE DES RÉSEAUX DE SANTÉ	26
IV.5 DES PROBLÈMES DE RÉMUNÉRATION ET D'INTÉRÊT ÉCONOMIQUE	27
V. CONCLUSIONS : DES ENJEUX D'EFFICACITÉ ÉCONOMIQUE SANS PERSPECTIVES D'ÉCONOMIES IMMÉDIATES	30
LISTE DES CONTRIBUTIONS	34
CONTRIBUTION 1	35
LES PERSPECTIVES DÉMOGRAPHIQUES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ, MOTEUR DU DÉVELOPPEMENT DE NOUVELLES FORMES DE COOPÉRATIONS ?	35
CONTRIBUTION 2	51
LES NOUVELLES FORMES DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ : PREMIERS ENSEIGNEMENTS DES EXPÉRIENCES INTERNATIONALES.....	51
CONTRIBUTION 3	67

UNE ANALYSE ÉCONOMIQUE DE LA COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ : LES APPORTS THÉORIQUES, L'ÉTUDE DE L'EXISTANT ET UN ESSAI DE PROSPECTIVE	67
CONTRIBUTION 4	84
TYPLOGIES DES COOPÉRATIONS ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ	84
CONTRIBUTION 5	88
DÉLÉGATION DE TÂCHES ET COOPÉRATIONS ENTRE PROFESSIONNELS HOSPITALIERS.....	88
CONTRIBUTION 6	104
COOPÉRATION ET DÉLÉGATION DU TRAVAIL EN MILIEU HOSPITALIER.....	104
CONTRIBUTION 7	118
RÉFLEXIONS SUR L'IMPACT POTENTIEL DES COOPÉRATIONS SUR LES DOTATIONS HOSPITALIÈRES, DANS LE CADRE DE LA T2A	118
CONTRIBUTION 8	134
ÉTAT DES LIEUX SUR L'ACTIVITÉ, LE TEMPS DE TRAVAIL ET LA DISPOSITION À EMPLOYER UN DÉLÉGUÉ POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE LA RÉGION PROVENCE ALPES CÔTE D'AZUR	134
CONTRIBUTION 9	156
TEMPS DE TRAVAIL ET ACTIVITÉ DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX : QUELS ENSEIGNEMENTS POUR UN RENFORCEMENT DE LA COOPÉRATION AVEC D'AUTRES PROFESSIONNELS ?	156
CONTRIBUTION 10	197
LA DEMANDE DE SOIN D'AUXILIAIRES MÉDICAUX EN MÉDECINE DE VILLE : QUELS ENJEUX DANS LA PERSPECTIVE D'UNE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONS MÉDICALES ET PARAMÉDICALES ?.....	197
CONTRIBUTION 11	217
ENJEUX ÉCONOMIQUES DES NOUVELLES FORMES DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ : ESQUISSE D'UN CADRAGE ÉCONOMIQUE	217
CONTRIBUTION 12	233
LES FORMES DE COOPÉRATION POTENTIELLE ENTRE LES INFIRMIÈRES LIBÉRALES ET LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES.....	233
CONTRIBUTION 13	256
ENJEUX DES COOPÉRATIONS ET DES DÉLÉGATIONS ENTRE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET PARAMÉDICAUX EN SECTEUR LIBÉRAL : LES PRATIQUES DÉJÀ EN OEUVRE SUR LE TERRAIN.....	256
CONTRIBUTION 14	270
LES ENSEIGNEMENTS DE LA POLITIQUE DES RÉSEAUX ET DES MAISONS DISCIPLINAIRES DE SANTÉ.....	270
CONTRIBUTION 15	299
RÉPERCUSSIONS DES COOPÉRATIONS ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUR LES TARIFS DES ACTES EN VILLE - RÉFLEXIONS EXPLORATOIRES	299

NOTE DE SYNTHÈSE

I. INTRODUCTION

Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé qui se mettent en place de manière plus ou moins formelle en France et à l'étranger et qui sont susceptibles de se développer à l'avenir ont des contenus et des enjeux diversifiés. Même lorsqu'elles ont pour point de départ des transferts ou des délégations¹, elles vont le plus souvent au-delà de la simple substitution entre un médecin et un autre professionnel dans la réalisation d'un acte ou d'une tâche bien définis. Le contenu même des soins se trouve en effet souvent modifié par la diversification de ces interventions. En cela, les coopérations méritent d'être abordées en prenant en compte non seulement leur impact sur le partage des tâches entre médecins et autres professionnels de santé, mais aussi leurs effets d'ensemble sur le processus de soins et ses résultats.

I.1. Le contexte démographique

→ Voir la contribution de la DREES [Contribution 1]

Les travaux menés par la Drees et par l'ONDPS depuis le début des années 2000 sur la démographie des professions de santé fournissent des éléments de cadrage indispensables aux réflexions sur les nouvelles formes de coopération. Le premier élément concerne les effectifs actuels des différentes professions : environ 470 000 infirmières, 200 000 médecins, 70 000 pharmaciens, 60 000 masseurs kinésithérapeutes, 17 000 sages-femmes...

Les projections réalisées par la Drees, en prenant pour hypothèse la poursuite des comportements actuels des professionnels de santé (départ à la retraite, cessation d'activité, etc.) et le maintien des *numerus clausus* (ou des quotas) fixés par la tutelle, esquissent l'évolution démographique tendancielle de ces professions à « comportements inchangés ». Si pour les médecins et, dans une moindre mesure, pour les pharmaciens les effectifs et la densité doivent, selon ces hypothèses, diminuer à l'horizon 2020, des mouvements inverses devraient être observés pour les masseurs kinésithérapeutes, les sages femmes et surtout les infirmières.

Ces travaux laissent anticiper une diminution de la densité médicale surtout prononcée dans le secteur libéral ainsi que la poursuite de la féminisation de la profession, où les femmes devraient devenir majoritaires après 2020.

Enfin, ces projections laissent entrevoir, à comportements d'installation inchangés, une tendance globale à la réduction des inégalités régionales dans la répartition des médecins, mais aussi l'existence de territoires « fragiles » notamment dans les zones

¹ On emploie ici les termes transfert et délégation dans le sens suivant. La délégation désigne le fait, pour un médecin, de confier à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soin ou d'une tâche, la responsabilité du médecin restant engagée. Dans le cadre d'un transfert, les activités sont confiées dans leur totalité, y compris en termes de responsabilité, à une autre profession.

rurales, où la présence des infirmières et des pharmaciens reste toutefois plus importante que celle des autres professionnels.

Ces évolutions ne renseignent cependant pas en elles-mêmes sur la capacité des professionnels de santé à satisfaire les besoins de soins de la population à un horizon de 20 ans. Elles doivent en effet être mises en regard, d'une part, de l'évolution de leur temps de travail (que la féminisation ne détermine pas en elle-même) et, d'autre part, des modifications de l'environnement : évolutions de la demande liées notamment au vieillissement, innovations techniques et progrès médical, nouvelles priorités de santé publique, réformes du système de santé ou encore changements réglementaires (par exemple, la directive européenne sur le temps de travail des internes).

La diminution prévisible de la densité et du temps médical pose, toutefois, la question de l'optimisation de l'organisation des soins et de la prise en charge des patients. Cela implique une réflexion qui doit s'étendre à l'ensemble des professions de santé (pharmaciens, sages-femmes, kinésithérapeutes par exemple), mais aussi aux autres professions intervenant dans le domaine sanitaire (comme les aides-soignantes ou les secrétaires médicales) ainsi qu'aux professionnels avec lesquels ils sont amenés à travailler (travailleurs sociaux notamment). Le groupe de travail a souligné la nécessité d'une telle analyse globale bien qu'il se soit surtout centré sur le partage des activités entre médecins et paramédicaux, notamment les infirmières

I.2. Des enjeux économiques jusqu'ici peu appréhendés

→ Voir les contributions de Leïla Ben Aoun, Bruno Ventelou et Yann Videau, de Roland Cash et de la Direction de la Sécurité Sociale [Contribution 3 et 7]

Si les enjeux économiques des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé apparaissent intuitivement importants, ils ont jusqu'ici été peu appréhendés que ce soit d'un point de vue théorique à partir des acquis de l'économie de la santé, ou d'un point de vue plus opérationnel à travers les outils de rémunération et de régulation mis en place dans notre système de santé.

L'économie de la santé analyse les caractéristiques du bien « santé », ainsi que les interactions stratégiques entre les patients, la tutelle, les assureurs et les producteurs de soins. Considérant ces derniers comme des entités individualisées réagissant aux différents types d'incitations, elle a jusqu'ici peu investi la question de l'organisation de la production et des modes de collaboration ou de répartition des tâches entre des agents participant de façon « jointe » au même processus de soins.

De même, les outils de tarification, tant en ville qu'à l'hôpital ne prennent pas en compte la possibilité de faire évoluer la répartition des tâches entre professionnels. La tarification à l'activité n'intègre pas à court terme l'évolution potentielle de la structure des coûts, et les tarifs administrés en ville ont, quant à eux, un caractère forfaitaire (consultations) qui ne favorise pas toujours les logiques de coopération entre professionnels.

Quelles que soient ces difficultés, et au-delà des expérimentations soutenues par la HAS, des coopérations nombreuses et plus ou moins formalisées ont néanmoins été recensées entre professionnels de santé, en ville comme à l'hôpital. Elles posent la question de leurs possibilités d'extension et, donc, 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 leurs pratiques.

I.3. Le rapport

Ce rapport tente à cet égard d'effectuer un premier « défrichage » de ces enjeux économiques et organisationnels. Ce travail, qui reste exploratoire, est construit sur la base de contributions de chercheurs, de consultants et d'administrations qui constituent le cœur du rapport, cette note y ajoutant de premiers éléments de conclusion.

Cet ensemble de contributions se caractérise par :

- une approche pluridisciplinaire : des regards croisés d'économistes, de chercheurs en gestion, de sociologues, d'anthropologues, de chercheurs en santé publique...
- une approche de nature prospective : les coopérations entre professionnels de santé, ainsi que leurs conditions de développement et d'acceptabilité, sont pensées à partir des connaissances actuellement réunies dans ces domaines ;
- une approche large : les enjeux abordés concernent les modes de prise en charge, l'efficacité du processus de soins, l'optimisation de la production, mais aussi les modes d'organisation du travail et la reconnaissance des professions ...

Ces réflexions ont, ici, été organisées autour de trois grands thèmes : un premier aborde globalement les enjeux de l'analyse économique des coopérations entre professionnels de santé ; un deuxième porte spécifiquement sur les enjeux des coopérations à l'hôpital ; et un troisième sur les enjeux des coopérations en ville, ainsi que sur les enseignements des expériences de réseaux de santé.

II. ENJEUX ET PISTES POUR L'ANALYSE ÉCONOMIQUE DES COOPÉRATIONS ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

II.1. Un enjeu économique d'ensemble

Le développement des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé en France est souvent présenté comme une réponse à la diminution attendue du nombre de médecins. Le lien entre ces deux perspectives est cependant complexe, même si les évolutions démographiques participent, comme l'évolution de la demande de soins, du contexte dans lequel les professionnels de santé seront amenés à travailler dans les prochaines années.

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.

II.2. De nouvelles pistes au plan de la théorie économique

→ Voir la contribution de Leila Ben Aoun, Bruno Ventelou et Yann Videau [Contribution 3]

Les travaux traditionnellement menés en économie de la santé abordent peu, on l'a vu, la question des coopérations entre professionnels de santé. D'autres champs de l'analyse économique - notamment la théorie des coûts de transaction et la théorie des équipes - peuvent toutefois être mobilisés afin d'éclairer les enjeux et les conditions de ces coopérations.

Dans le domaine de la santé, le marché ne permet pas une coordination optimale des acteurs impliqués dans la production des soins. Cette défaillance est, au moins en partie, liée à l'existence de coûts de transaction dont la théorie souligne qu'ils peuvent être réduits par des formes d'organisation alternatives au marché, allant de l'intégration hiérarchique à des formes hybrides comme les réseaux de sous-traitance ou le partenariat.

L'intégration des différents acteurs est, selon ce point de vue théorique, le mode de gouvernance le plus approprié lorsque l'incertitude est forte, les relations fréquentes et que les actifs mis en commun sont très spécifiques à la relation liant les parties. L'intégration au sein d'un même cabinet d'un médecin radiologue et d'un manipulateur en radiologie illustre ce type de coordination.

Les coûts de transaction peuvent aussi être réduits par des formes hybrides de coopération - ni marché, ni hiérarchie - qui laissent davantage d'autonomie aux acteurs et de flexibilité dans l'organisation de la production. Les différents acteurs mettent alors

en commun certaines ressources et compétences, sur la base d'un consentement mutuel portant sur les principes de prise de décision et/ou d'une relation de confiance dans laquelle la réputation joue un rôle central. Ceci correspond par exemple au développement des réseaux de santé autour d'un médecin généraliste, ou à la mise en place de partenariats dans le cadre de cabinets de groupe pluridisciplinaires (intégrant médecins généralistes, spécialistes et auxiliaires de santé).

La théorie des équipes constitue un autre thème de l'analyse économique susceptible d'éclairer les coopérations entre professionnels de santé. L'équipe interdisciplinaire permet ainsi d'améliorer le partage d'informations, le contrôle mutuel et bien sûr la division du travail, mais elle implique la mise en place de rémunérations incitatives permettant d'optimiser les efforts productifs de chacun de ses membres tout en incitant à la coopération. Il s'agit donc concrètement, dans le domaine de la santé, de penser un mode de rémunération qui incite à optimiser les contributions de chaque professionnel au processus de soins dans le cadre d'équipes pluridisciplinaires.

La théorie des contrats met, enfin, en regard les modalités d'organisation de la production et les incertitudes ou défauts d'information existant sur le contenu de cette dernière. Lorsque les moyens mis en œuvre par les agents sont difficilement observables mais que les résultats le sont, le recours à un contrat de sous-traitance qui lie rémunération et résultat paraît optimal. En revanche, si ce sont les résultats qui sont difficilement observables, alors que les moyens le sont, une rémunération de type forfaitaire, notamment *via* le salariat, apparaît préférable.

On peut en déduire que les modalités optimales de coopération entre professionnels de santé dépendent précisément du type d'activité concernée. Lorsque la coopération porte sur des activités dont le résultat peut être inclus dans un protocole précis (par exemple, les vaccinations) une rémunération à l'acte adaptée fournit un cadre satisfaisant. En revanche, lorsque les résultats ne sont pas observables mais que les moyens mobilisés le sont (éducation pour la santé par exemple), il peut apparaître préférable de recourir au salariat ou à un paiement à la capitation afin d'encourager ce type de coopération.

II.3. Les enseignements des expériences internationales

→ Voir la contribution de Yann Bourgueil, Sandrine Chambaretaud, Anna Marek et Julien Mousquès [Contribution 2]

Les expériences tendant à infléchir les rôles et les compétences des différents professionnels de santé dans les autres pays offrent une deuxième piste d'analyse pour réfléchir aux enjeux des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé en France.

En premier lieu, ces expériences montrent que les coopérations entre professionnels s'inscrivent dans des organisations très différentes de l'offre de soins et de la médecine de ville ; leur analyse est ainsi fortement dépendante de cet environnement. La littérature américaine sur les nouvelles formes de coopération (*Skill mix*) s'est ainsi d'abord focalisée sur les expériences visant à une substitution entre les divers types de professionnels de santé (médecins-infirmières, psychiatres-conseillers en psychiatrie, médecins-pharmaciens, médecins-diététiciens, infirmière-personnel non qualifié, infirmière-diététicien) au début des années quatre-vingt-dix, puis a analysé les expériences de diversification des services apparues au début des années deux mille.

C'est, au contraire, la question du volume et de la diversification des activités de soins qui a, semble-t-il, constitué la porte d'entrée à la réflexion sur les coopérations entre professionnels au Royaume-Uni, la problématique de la substitution intervenant plus tardivement dans les débats.

Ces deux approches des coopérations entre professionnels illustrent l'importance des facteurs de contexte. Si aux États-Unis les principaux problèmes du système de santé sont liés à son coût, au Royaume-Uni, c'est souvent la médiocre qualité de la prise en charge des patients qui était dénoncée dans les années quatre-vingt-dix. Dès lors, on comprend que la problématique principale abordée aux États-Unis soit celle de la substitution entre des professionnels ayant des niveaux de rémunération différents, afin de « produire » un ensemble de soins donné au moindre coût. A l'inverse, au Royaume-Uni, la priorité était de proposer la meilleure prise en charge possible à niveau de ressources donné (humaines mais aussi financières).

Parmi les pays de l'OCDE, le Royaume-Uni, les États-Unis et le Canada semblent être les trois pays les plus avancés dans le domaine des coopérations entre professionnels de santé, mais le tableau ci-dessous souligne l'intérêt qui semble se généraliser pour cette question, avec des expérimentations en cours (Pays-Bas) ou annoncées (Allemagne), voire un début de mise en œuvre (Irlande, Australie).

Les nouvelles formes de coopérations mises en œuvre durant les cinq dernières années.

Pays	Substitution entre médecin et infirmière	Substitution entre spécialistes et généralistes	Autres types de substitution
Australie	En cours de développement <i>Prescription infirmière limitée</i>		
Canada	Oui dans certaines provinces <i>Prescription infirmière limitée</i>	<i>Limitée</i>	Substitution entre infirmières qualifiées et autre personnel non qualifié
Royaume-Uni	Consultation infirmière Support téléphonique <i>Prescription infirmière limitée</i>	Expérimentation d'une prise en charge du diabète par des généralistes	Substitution entre infirmières qualifiées et autre personnel non qualifié
Allemagne	Projet « Mettre l'accent sur la coopération interdisciplinaire » <i>Pas de prescription infirmière</i>		
Irlande	En cours de développement		
Pays-Bas	Expérimentations en cours <i>Pas de prescription infirmière</i>	Expérimentations en cours	Substitution entre infirmières qualifiées et autre personnel non qualifié Ophtalmologistes/opticiens Gynécologues/sages femmes
Suède	Dans certains domaines spécifiques <i>Prescription infirmière limitée</i>	Anesthésie, diabète, asthme	
États-Unis	Oui dans certains États <i>Prescription infirmière limitée</i>		

D'après (Buchan 2004)

Quelques expériences phares illustrent, de façon particulièrement intéressante, le contenu des coopérations possibles. On peut, par exemple, citer la création, en 2000, des Groupes de médecine de famille au Québec, au sein desquels sont associés des infirmières aux compétences étendues (prévention, promotion, dépistage, gestion de cas, suivi systématique des clientèles vulnérables, etc.) et une dizaine de médecins. Ces groupes offrent une gamme de services médicaux de première ligne, 24h/24 et sept jours sur sept. Ils ont été créés pour améliorer l'accessibilité aux soins et pour promouvoir la prise en charge globale des patients et la continuité des soins. L'objectif du ministère de la Santé québécois est qu'à terme 75 à 80 % de la population soit rattachée à l'un de ces groupes.

Au Royaume-Uni, si la place des infirmières dans le champ des soins primaires est ancienne, en particulier en ce qui concerne les soins à domicile, les champs d'intervention des différents professionnels se sont modifiés depuis le début des années quatre-vingt-dix. D'une part, les réformes dans l'organisation des soins primaires se sont traduites par un effort pour inciter infirmières et médecins à travailler en collaboration, avec la mise en place, pour ces derniers, d'incitations (financières) à recruter des infirmières. Elles assurent ainsi, au sein des cabinets de médecins généralistes, des consultations de premier recours pour des problèmes mineurs, le suivi des malades chroniques stabilisés ou le développement de l'éducation et de la promotion de la santé. Il existe également des centres d'information, d'orientation et de promotion de la santé gérés de manière autonome par des infirmières (NHS Walk in Centers et NHS Direct) qui, bien que renforçant leur rôle, n'impliquent pas de collaborations institutionnalisées avec les médecins.

Au-delà de ces expériences phares, les expériences de coopérations entre professionnels de santé mises en œuvre à l'étranger permettent de dégager quelques enseignements généraux.

Il apparaît d'abord que les expériences de coopération ont un impact significatif sur le contenu même du processus de soins. En effet, au-delà de la substitution ou de la délégation de tâches, elles mettent en évidence une amélioration de la qualité des prises en charge (par exemple pour le suivi des malades chroniques) qui passe par la formation de nouvelles compétences, ainsi que des innovations liées au développement d'activités (par exemple l'éducation thérapeutique) pouvant conduire à l'apparition de nouveaux métiers (par exemple celui des infirmières praticiennes au Royaume-Uni).

En termes d'amélioration des soins et de réponse à des besoins non satisfaits, les coopérations peuvent, en particulier, permettre de réorganiser la prise en charge des patients dans une perspective de diversification, leurs bénéfices s'appréciant alors en fonction du type d'activités développées.

Les coopérations peuvent aussi permettre de faire face à des insuffisances du nombre de médecins grâce à une utilisation plus efficiente des compétences disponibles. Si elles peuvent contribuer à dégager du « temps médecin » lorsqu'elles relèvent d'une logique de substitution, leur impact dépend toutefois de l'utilisation de ce temps dégagé. Par ailleurs, elles ne permettent généralement pas, à elles seules, de résoudre des difficultés liées à des pénuries localisées de médecins ; la répartition géographique des autres professionnels de santé est, en effet, souvent proche de celle des médecins, dans les autres pays comme en France.

En termes d'efficacité, les bénéfices des coopérations ne semblent pas se situer du côté des coûts unitaires, les expériences étudiées dans les pays étrangers montrant plutôt une hausse de ces derniers à court terme. Le développement des coopérations s'accompagne en effet d'une phase de formation souvent coûteuse. De plus, si les coopérations répondent à une demande non satisfaite, elles aboutissent à une hausse des dépenses liées à un effet volume. Enfin, lorsqu'elles permettent le développement de nouveaux rôles, elles sont également facteur de hausse des dépenses, avec un effet qualité. Une augmentation de l'efficacité du système de soins peut toutefois être observée si une rationalisation des coûts et le développement de nouvelles activités ayant un rapport coût/efficacité satisfaisant sont réalisés à cette occasion.

Enfin, les coopérations peuvent contribuer à la revalorisation de certaines professions dans la mesure où elles font l'objet de formations et de qualifications reconnues, permettant des évolutions de carrière. Cependant, la multiplication des tâches déléguées peut aussi être synonyme de surcharge de travail, la délégation pouvant alors être vécue comme un moyen de transférer les « mauvais » malades (gériatrie, patients en fin de vie, patients ayant aussi besoin d'une prise en charge sociale).

II.4. Des cadres d'analyse qui doivent prendre en compte plusieurs dimensions

→ Voir la contribution de Sandrine Chambaretaud [*Contribution 4*]

Les expériences internationales évoquées précédemment, les expérimentations menées en France, et les travaux sociologiques montrent que les coopérations entre professionnels de santé correspondent à des dispositifs et arrangements divers. Afin d'appréhender au mieux leurs modalités, plusieurs dimensions, qui font apparaître des niveaux d'analyse différents, doivent être mobilisées : la nature des coopérations ; le type d'activité concernée ; le degré de protocolisation de cette activité ; le statut et le mode de rémunération des professionnels impliqués ; les modes de coordination entre ces professionnels. Ces dimensions permettent de construire des typologies, qui éclairent de façon utile l'analyse des nouvelles formes de coopération susceptibles de se développer entre les professionnels de santé français.

La première dimension a trait à la nature des coopérations. Comme on l'a vu, les expériences internationales montrent en effet que les nouvelles formes de coopération peuvent soit concerner une activité existante – avec dans ce cas une logique, au moins partielle, de substitution – soit une nouvelle activité – ce qui correspond à une diversification des prises en charge proposées.

Une deuxième dimension est celle du type d'activité concernée par la coopération : acte « technique » (échographie par exemple) ou segment de prise en charge. Les segments de prise en charge le plus souvent concernés par les nouvelles formes de coopération sont :

- la promotion de la santé (éducation pour la santé, dépistage, bilan) ;
- le suivi de pathologies chroniques (asthme, diabète, pathologies cardio-vasculaires) ;
- les recours de première ligne (orientation, consultation paramédicale).

Une troisième dimension est le degré de protocolisation de l'activité de soins concernée. Celui-ci est, en effet, extrêmement variable entre des activités pour lesquelles les procédures sont décrites de manière précise dans des protocoles de soins, et des activités plus innovantes ou plus complexes où les marges d'appréciation laissées aux délégués de soins sont potentiellement plus importantes.

Le statut et le mode de rémunération des professionnels de santé constituent une quatrième dimension qui permet de distinguer les coopérations entre libéraux payés à l'acte, et celles impliquant des professionnels salariés. Plusieurs cas de figure peuvent en effet être observés :

- le médecin et l'autre professionnel de santé peuvent être salariés d'un même établissement ou centre de santé, ce qui est le cas le plus fréquemment rencontré à l'étranger ;
- un médecin libéral peut mettre en place une coopération/délégation avec un autre professionnel de santé qu'il salarie. Cela concerne par exemple les assistantes médicales des cabinets libéraux en Allemagne. Ce modèle pose toutefois un problème d'équilibre économique, celui-ci étant plus facilement assuré dans le cadre de cabinets de groupe (plusieurs médecins s'associant pour salarier un autre professionnel) que l'on rencontre notamment au Royaume-Uni ;
- les deux professionnels impliqués dans la coopération peuvent, enfin, exercer dans un cadre libéral. Ils sont alors partenaires et définissent ensemble les règles qui régulent leur coopération : cas de recours à la délégation, responsabilité des actes délégués, rémunération de ces derniers et coûts éventuels de gestion des coordinations (dossier des patients, retours sur les cas...). Ce modèle est toutefois délicat à mettre en oeuvre lorsque les professionnels concernés se trouvent dans une situation de concurrence pour la réalisation de certains actes.

Enfin, une cinquième dimension se réfère aux modalités de coordination entre professionnels, celles-ci pouvant être hiérarchiques - avec des degrés d'autonomie plus ou moins importants laissés aux professionnels subordonnés - ou contractuelles - l'étendue des contrats dépendant de la nature de la coopération, du type d'activité concernée et de son degré de protocolisation.

III. LES ENJEUX DES COOPÉRATIONS À L'HÔPITAL

III.1. Éléments de contexte

→ Voir les contributions de Dominique Tonneau, de Mihaï Dinu Gheorghiu et Frédéric Moatty, et de Roland Cash [Contribution 5, 6 et 7]

Avant d'analyser plus précisément les enjeux des coopérations entre professionnels de santé à l'hôpital, il convient d'en rappeler brièvement deux spécificités.

La première renvoie à la mesure de la « production » de l'hôpital. Des progrès ont été effectués à travers l'appréhension des groupes homogènes de séjour au lieu des anciens indicateurs (journées effectuées, patients admis, coefficient d'occupation des lits, durée de séjour). Cependant, les professionnels, que ce soit les médecins ou les infirmières, ne se reconnaissent pas entièrement dans ces agrégats, s'agissant de leurs relations personnelles avec les patients. La singularité des soins dispensés implique qu'il n'existe pas de normes de production bien arrêtées, comme dans l'industrie ou les services, mais au contraire la coexistence d'écoles, de traitements et donc d'organisation des soins divers.

La deuxième est le clivage très fort qui persiste entre les différentes catégories de professionnels travaillant à l'hôpital (médecins, infirmières et soignants, personnels administratifs et techniques). Le corps médical possède à cet égard des règles de gestion et des hiérarchies distinctes qui participent, au sein de l'hôpital, d'une position et d'un mode de travail différencié par rapport à celui des autres personnels soignants.

III.2. Des coopérations déjà anciennes et nombreuses

→ Voir les contributions de Dominique Tonneau et de Mihaï Dinu Gheorghiu et Frédéric Moatty [Contribution 5 et 6]

Ce contexte doit être pris en compte pour analyser l'évolution des modes de coopération entre professionnels au sein des établissements de santé. Les délégations de tâches s'y sont néanmoins beaucoup et depuis longtemps développées. Dès les années soixante-dix, des travaux d'études ont souligné l'importance des délégations d'actes médicaux au personnel infirmier, le plus souvent dans un cadre informel. Ces délégations, opérées à titre « personnel et transitoire », répondaient au mouvement de spécialisation et de technicisation de la médecine, ainsi qu'à la réforme de 1958 instituant les CHU et consacrant le rôle des médecins hospitaliers ; elles permettaient notamment à ces derniers, de se concentrer sur les activités les plus complexes (tâches exploratoires et projets thérapeutiques nouveaux).

À partir des années quatre-vingt, la question des coopérations entre professionnels de santé semble davantage abordée en lien avec les transformations organisationnelles de l'hôpital : recomposition sociale des groupes professionnels, nouvelle réglementation de la profession infirmière à partir de 1978, introduction des nouveaux outils de gestion des activités, accroissement des effectifs de cadres infirmiers et évolution des médecins vers le statut de salarié. La rationalisation des activités

hospitalières et la diminution des durées de séjour avec l'instauration du budget global ont aussi contribué, à cette époque, à favoriser une intensification du travail et des délégations de tâches entre professions.

Ces délégations entraînent, de fait, à plus ou moins long terme, une redéfinition des frontières entre professions. En effet, elles ne relèvent plus, aujourd'hui, de dispositions « transitoires » permettant de faire face à un surcroît d'activité ou à une évolution des techniques médicales disponibles. Bien qu'elles puissent rester informelles et personnelles, elles s'inscrivent, généralement, dans un cadre durable.

Certains secteurs de l'activité hospitalière constituent en outre des lieux de coopération particulièrement « intense ». Au sein de lieux relativement isolés comme les blocs opératoires, on peut observer une modification des relations entre infirmières et médecins ainsi qu'entre chirurgiens et anesthésistes avec le déplacement des frontières entre ces professions. Par exemple, les IADE (infirmières anesthésistes) peuvent assurer la surveillance des patients dans les blocs opératoires ainsi que dans les salles de réveil, sous la supervision d'un médecin anesthésiste pouvant être mobilisé si nécessaire. Les services les plus « ouverts » de l'hôpital (hôpital de jour, urgences, centres de jour des hôpitaux psychiatriques ou services de gériatrie) constituent aussi des lieux de coopération intense. Ces services sont caractérisés à la fois par une intrusion du social dans le monde médical, par une présence parfois plus discontinue des médecins, et par une grande autonomie des personnels paramédicaux. Les transfusions réalisées en hôpital de jour dans les centres de transfusion sont, par exemple, le plus souvent effectuées par des infirmières, sachant qu'un médecin est à proximité et peut intervenir si nécessaire.

Entre ces deux « mondes », des services « techniques » comme l'imagerie ou les laboratoires fonctionnent aussi quasi-systématiquement sur la base d'un modèle de délégation, la réalisation de l'acte étant assurée par un professionnel paramédical, l'interprétation restant du ressort d'un médecin.

Cependant, sont aussi intervenus, en sens inverse, des mouvements de « re-médicalisation » de certains types d'activité. Ainsi les normes d'activité décrivant l'intervention des différents types de professionnels ont eu, depuis dix ans, tendance à renforcer la présence médicale, notamment pour les activités de dialyse ou d'anesthésie.

III.3. Un développement des coopérations qui doit prendre en compte les modes d'organisation du travail et les relations professionnelles à l'hôpital

→ Voir les contributions de Dominique Tonneau et de Mihai Dinu Gheorghiu et Frédéric Moatty [Contribution 5 et 6]

Les éléments de contexte présentés précédemment impliquent de penser les enjeux de développement des coopérations entre professionnels de santé à l'hôpital en termes à la fois d'organisation du travail et de relations professionnelles.

Les expériences de coopération et de délégation que l'on peut déjà observer dans certains services soulignent l'intérêt de ce mode de travail dans le cadre d'un processus de soins donné. Toutefois, dans une optique de moyen-long terme, l'intérêt des coopérations réside aussi dans la montée en charge d'activités nouvelles ou aujourd'hui trop peu développées, comme l'information donnée aux patients, le suivi des pathologies chroniques ou encore le conseil et l'éducation pour la santé.

L'extension des coopérations entre professionnels de santé implique toutefois, selon les chercheurs qui ont travaillé sur le monde hospitalier, le respect d'un certain nombre de conditions.

- Ces coopérations doivent être pensées dans le temps, leur fonctionnement et leur poursuite étant liés à la reconnaissance de la légitimité des organisations adoptées, des compétences exercées par les différents professionnels, et de leurs trajectoires individuelles et collectives.
- La prise en charge des patients doit être pensée de manière globale en prenant en compte l'ensemble des professionnels impliqués et les tâches qui leur sont dévolues. Il s'agit en particulier d'éviter des « délégations en chaîne », avec un risque de surcharge de travail (pouvant aller jusqu'à l'empêchement des tâches propres) pour les aides soignantes.
- Les protocoles doivent être précisés, non seulement pour les gestes techniques, mais aussi, dans la mesure du possible, pour les consultations afin que chaque professionnel sache ce qu'il est en droit d'attendre des interventions des autres, et que ces nouvelles formes de coopération s'effectuent dans une réelle coordination.
- Des formations adéquates doivent être assurées pour que les agents soient placés dans les meilleures conditions pour prendre en charge les rôles nouveaux qui leur sont confiés. Or, il existe actuellement un écart très important, beaucoup plus qu'à l'étranger par exemple, entre la formation des médecins et celle des infirmières qui disposent très rarement d'une formation de niveau égal ou supérieur à la licence.
- Ceci implique, en lien avec ces formations, des mécanismes de reconnaissance statutaire et financière, ou des possibilités spécifiques d'évolution de carrière pour les professionnels engagés dans ces coopérations.

Par ailleurs, le suivi des délégations d'activités en termes d'acquisition de compétences, de responsabilité, de coordination et de contrôle nécessite un investissement spécifique en « temps ». Cet investissement est certes favorisé par la présence temporelle et spatiale des différents professionnels sur un même lieu, mais il n'en reste pas moins que des problèmes demeurent quant à l'adaptation des locaux et que l'organisation des temps de travail est extrêmement différente selon les professions.

Les actions lancées par les établissements lors des chantiers MeaH² ont ainsi montré que l'insuffisance de communication ou les incompréhensions mutuelles (notamment en termes de reconnaissance du travail de l'autre) conduisent à des dysfonctionnements qui renvoient souvent à des disponibilités temporelles différentes. Les infirmières assurent, contrairement aux médecins, des plages continues mais bornées dans le temps, et alternent jours de repos et de travail selon le planning du service. Les médecins, bien que soumis à la réglementation européenne sur la durée maximum hebdomadaire et surtout sur le repos de sécurité, bénéficient, quant à eux,

² MeaH : Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier

d'une marge de manœuvre beaucoup plus large, dans la mesure où le décompte de leur temps de travail s'effectue, pour la plupart d'entre eux, en demi-journées, et non en heures.

Le développement des nouvelles formes de coopération à l'hôpital devrait donc s'accompagner d'une réflexion spécifique sur l'organisation des temps de travail en commun. Cette réflexion, qui en est une condition nécessaire, peut aussi contribuer à améliorer la coordination globale entre les professionnels travaillant à l'hôpital. Une attention spécifique devrait, en effet, être prêtée à ces temps de coordination, parfois mis à mal par la réorganisation des horaires de travail liée aux 35 heures.

III.4. Des conséquences sans doute très limitées en matière de coûts et de tarifs

→ Voir les contributions de Dominique Tonneau et de Roland Cash [Contribution 5 et 7]

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'affection chronique, 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 réaffectés 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'efficacité 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 toutefois être nuancée par l'analyse concrète des modalités de

financement des établissements de santé. On peut en effet se demander si la mise en œuvre effective des outils de tarification permet réellement d'observer et de tenir compte des coopérations entre professionnels de santé.

À court terme, la méthodologie de fixation actuelle des tarifs - à l'exception des activités pour lesquelles sont définis des coûts standards normés³ ou pour lesquelles l'entité de base de facturation (GHS, forfait) est homogène médicalement (ex : dialyse, chimiothérapie) – rend peu probable un impact des coopérations sur les tarifs. D'une part, les coûts pris en compte pour le calcul des tarifs sont ceux des années n-3 et n-2, et ne permettent donc pas d'ajustement rapide en fonction de la répartition des tâches entre professionnels et, d'autre part, les tarifs (et surtout leur évolution) ne reposent qu'en partie sur les coûts observés.

Ceci étant, en dynamique et dans une perspective de moyen/long terme, une évolution notable de la répartition des tâches entre médecins et autres professionnels qui modifierait la structure des effectifs des établissements concernés, serait de nature à être observée dans leurs coûts⁴.

Toutefois, il convient de noter que le GHS est un paiement forfaitaire, et que les établissements peuvent opter pour des structures de production différentes (arbitrage entre investissement, matériels, personnels...) dans le cadre du tarif national. Ainsi, un établissement particulier qui a développé des coopérations dans un domaine peut engranger, à court terme, une rente par rapport au tarif national s'il opère ainsi des gains d'efficacité, sans que la tutelle n'ait à récupérer cette rente, et ce pour deux raisons :

- l'intérêt à agir de l'établissement serait d'emblée remis en cause si, au moindre effort de productivité, la logique tarifaire lui retirait la rente ; il peut y avoir partage de rente entre la tutelle et l'établissement, mais les calculs risquent d'être complexes et peu incitatifs. *A contrario*, les établissements développant, grâce aux coopérations, de nouvelles activités ne devraient pas non plus nécessairement se voir accorder des financements supplémentaires.
- l'observation des coûts à travers l'étude nationale des coûts (ENC) se fait avec retard et avec des modalités d'affectation des charges qui rendent peu probable la possibilité d'observer un impact à court terme sur les coûts d'une réorganisation ponctuelle des soins, dans la mesure notamment où les charges de personnels sont réparties à la journée.

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 reconnaissance statutaire

³ C'est-à-dire pour lesquelles il existe des normes de fonctionnement précisant les modalités d'intervention et les obligations de présence des différents professionnels, notamment les médecins. C'est, par exemple, le cas pour les SMUR où un médecin, une infirmière et un ambulancier doivent être présents 24h/24. A partir de ces normes, il est possible de calculer un « coût standard normé » : par exemple pour un SMUR, la norme conduit à un montant de fonctionnement minimal de l'ordre de 1 million d'euros.

⁴ A noter sur ce thème de l'ENC que dès 2008, l'ATIH devrait disposer d'une étude de coûts à méthodologie commune (ENCC) pour les secteurs public et privé permettant de comparer, avec toutes les précautions qui s'imposent, les coûts des deux secteurs pour une activité donnée. Les structures de personnels par GHS, les recours aux secteurs médico-techniques notamment pourront être analysés.

III.5. Conclusions

À court terme, on peut donc s'attendre, à l'hôpital, à des évolutions qui peuvent contribuer à une qualité et une efficacité accrue des soins, mais le développement de nouveaux segments d'activité peut aussi induire une hausse des dépenses.

Les modifications éventuelles de la structure des personnels ne pourront avoir que des conséquences à moyen-long terme, en supposant que les systèmes d'information permettent de les suivre et que les tarifs soient adaptés à leur prise en compte, ces derniers devant aussi valoriser les nouvelles qualifications intermédiaires liées au développement des délégations de tâches.

IV. LES ENJEUX DES COOPÉRATIONS EN VILLE

Le groupe de travail a tenu à souligner que la réflexion sur les enjeux des coopérations en ville devait être large et intégrer l'ensemble des professionnels de la santé et du social intervenant dans la prise en charge des patients. En effet, les coopérations entre professionnels de santé entraînent non seulement une modification de la répartition des rôles entre ces professionnels eux-mêmes, mais aussi de nouveaux modes de collaboration avec les intervenants sociaux, voire avec les malades et leurs familles. Toutefois, les travaux repris ici concernent surtout les coopérations entre médecins et paramédicaux et, en particulier, entre généralistes et infirmières, bien que le bilan présenté sur les expériences des réseaux de santé permette d'ouvrir le champ de cette analyse.

IV.1 Éléments de contexte

→ Voir les contributions de Béréngère Saliba et Bruno Ventelou - de Matthieu Lustman et Anne Vega [Contribution 8 et 13]

A court terme, le développement des coopérations entre professionnels de santé en ville se situe dans un contexte « sous tension », avec des professionnels exerçant dans un cadre isolé, valorisant fortement leur indépendance au travail, et méconnaissant parfois (de façon réelle ou ressentie) le travail des autres. L'offre de soins primaires est ainsi très segmentée, avec une individualisation des pratiques qui peut susciter des oppositions à des coopérations renforcées, notamment dans le cadre de structures intégrées.

Néanmoins, les pratiques de coopération existent déjà et se développent sous des formes diverses :

- la prescription par les médecins d'actes qu'ils peuvent soit réaliser eux-mêmes, soit déléguer à des paramédicaux. Dans le cadre réglementaire actuel, il peut s'agir, par exemple, des pansements et de l'ablation des points après une suture effectuée par un médecin. L'analyse des dépenses en soins infirmiers prescrites par les médecins généralistes montre, à cet égard, que la prescription de ces soins est, en partie, liée aux potentialités d'activité des médecins. Ceux qui exercent dans les zones où la densité médicale est faible sembleraient ainsi orienter plus souvent leurs patients vers les professionnels paramédicaux ;
- le partage de la réalisation de certaines tâches au sein, d'une part, des cabinets de radiologie et, d'autre part, des cabinets de groupe pluridisciplinaires (le cas échéant pour améliorer la permanence des soins avec la formule des maisons de santé) ou des réseaux de santé.

D'autres professionnels de santé bénéficient, quant à eux, de mesures réglementaires récentes qui encouragent spécifiquement les coopérations : le décret du 14 avril 2007 autorise ainsi les opticiens à pratiquer un examen de réfraction dans le cadre d'un renouvellement de lunettes.

À un autre niveau, le dispositif du médecin traitant peut permettre aux médecins généralistes d'exercer un rôle pivot dans la prise en charge des patients, en les orientant au besoin vers d'autres professionnels médicaux ou paramédicaux.

IV.2 Marges de développement de nouvelles coopérations entre généralistes et paramédicaux

→ Voir les contributions de Bérengère Saliba et Bruno Ventelou, de Yann Bourgueil, de Chantal Cases et Philippe Le Fur, de Denis Raynaud, de Gérard de Pourville, de Florence Douquet et Alain Vilbrod [Contribution 8, 9, 10, 11 et 12]

Les coopérations entre médecins et infirmières libérales peuvent être facilitées par le parcours de ces dernières. En effet, celles-ci reçoivent une formation structurée autour de stages pratiques au sein des établissements hospitaliers, et y débent aussi désormais leur carrière⁵. Elles ont acquis ainsi à la fois des compétences techniques importantes (les études montrent que les infirmières qui choisissent l'exercice libéral ont auparavant travaillé le plus souvent dans des services dits « techniques » comme les urgences ou la chirurgie) et une habitude du travail en collaboration avec les médecins.

L'ensemble des enquêtes sur le temps de travail des médecins généralistes montre, en outre, que leur durée de travail est importante (de l'ordre de 50 heures par semaine) avec une assez forte variabilité des durées d'activité selon le lieu d'exercice, le sexe du médecin, son âge, le type d'organisation de sa pratique. Cette variabilité pourrait suggérer que des réserves de temps médical global existent pour certaines catégories de médecins (les femmes, les médecins exerçant en groupe). Cependant, il est peu probable que la durée moyenne d'activité constitue une norme idéale. En effet, les enquêtes menées auprès des médecins généralistes de PACA montrent que les aspirations des généralistes tendent plutôt vers la réduction de leur temps de travail, en particulier pour ceux qui ont aujourd'hui non seulement les durées, mais aussi les intensités de travail (mesurées par le nombre de patients rencontrés) les plus élevées. De plus, des activités salariées peuvent déjà occuper une partie de ce temps apparemment non utilisé en exercice libéral.

La durée du travail mesurée dans ces enquêtes doit, toutefois, être distinguée du temps « médical » passé avec les patients. L'écart entre les deux (approché en multipliant le nombre de consultations par la durée moyenne de ces dernières) apparaît globalement important, ce qui conduit à réfléchir sur la façon d'accroître le « temps patient » à durée du travail donnée. Cet écart est toutefois difficile à mesurer avec précision, ce qui conduit à une nécessaire prudence. Parmi les activités déclarées par les médecins, on trouve, outre les consultations, la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles, par nature non déléguables, le temps que les médecins devront y consacrer dans les prochaines années étant vraisemblablement destiné à augmenter. Les tâches de secrétariat, les tâches administratives et même l'entretien occupent également un volume horaire non négligeable pour les médecins généralistes qui les réalisent sans aide (40 à 50 % des généralistes effectuent des tâches de secrétariat). Ces tâches sont pour la plupart réalisables, et, dans certains cas, réalisées, par des professionnels autres que des

⁵ Une infirmière doit avoir exercé au moins deux ans en hôpital pour être autorisée à travailler en libéral.

autres professionnels de santé. Le fait qu'elles ne soient pas toujours déléguées illustre des choix d'organisation très différents selon les praticiens.

En termes non plus de temps mais de contenu d'activité, un tiers des consultations réalisées par les médecins généralistes concernent soit des activités de prévention en direction de patients plutôt jeunes, soit le contrôle et le suivi de pathologies chroniques, soit des visites réalisées au domicile de patients âgés polypathologiques. Il s'agit de domaines souvent évoqués comme terrains de développement de nouvelles formes de coopération. Selon une première évaluation de l'Irdes, celles-ci pourraient concerner en moyenne, pour les trois pathologies chroniques les plus fréquentes que sont l'hypertension, l'hyperlipidémie et le diabète, 250 à 300 patients par médecin pour trois à quatre séances par an.

Cependant, l'analyse précise des consultations montre que, dans le cas de ces trois pathologies, les diagnostics sont associés à des comorbidités dans plus de 85 % des cas. L'activité des médecins généralistes est donc relativement complexe et, si le suivi de patients chroniques peut donner lieu à des délégations partielles à des paramédicaux, il ne se résume généralement pas à la prise en charge d'une seule maladie. Enfin, les actes techniques réalisés par les médecins généralistes sont, à l'exception des vaccinations, relativement rares.

En se plaçant du point de vue des patients, l'analyse du recours aux différents professionnels de santé montre que les personnes vivant en zone rurale reçoivent plus souvent des soins infirmiers que dans les autres zones géographiques (malgré un recours équivalent au médecin généraliste). Il existe donc probablement des formes de coopération différentes entre les médecins et les infirmières selon le contexte géographique. Les déterminants du recours aux soins des masseurs kinésithérapeutes sont, quant à eux, très différents de ceux identifiés pour les infirmières libérales : ainsi, les familles modestes et les plus âgés font relativement moins souvent appel à leurs soins.

On peut donc penser que le recours aux infirmières peut contribuer à compenser partiellement, dans le cadre des soins primaires, la diminution des effectifs médicaux dans les zones rurales et auprès des personnes âgées. En revanche, l'installation d'infirmières dans les zones connaissant de fortes pénuries de professionnels de santé peut se révéler aussi problématique que celle des médecins. De plus, si les personnes âgées constituent la clientèle traditionnelle des infirmières, l'amélioration de l'accès à la prévention et à l'éducation pour la santé pour les enfants et les adolescents est aussi un enjeu que les modes de coopération envisagés prennent pour le moment peu en compte.

Il apparaît donc, à partir d'une analyse précise de l'activité des médecins généralistes, que les marges de développement des nouvelles formes de coopération, avec les infirmières mais aussi avec les masseurs kinésithérapeutes, sont réelles sans pour autant être aisées à mettre en œuvre. Parfois complexe pour certains types de prise en charge, ciblée sur des populations qui ne constituent pas nécessairement la clientèle des infirmières ou des masseurs kinésithérapeutes, une partie de l'activité des généralistes peut, certes, donner lieu à de nouvelles formes de coopérations avec des paramédicaux, mais avec des obstacles et à des conditions qui doivent être prises en compte.

IV.3 Problèmes, risques et conditions de développement

→ Voir les contributions de Bérangère Saliba et Bruno Ventelou, de Denis Raynaud, de Florence Douguet et Alain Vilbrod et de Matthieu Lustman et Anne Vega [Contribution 8, 10, 12, et 13]

Il convient tout d'abord de rappeler que le cadre actuel d'exercice des professionnels de santé en ville permet d'ores et déjà certaines formes de coopération entre professionnels, en particulier à travers la prescription d'un certain nombre d'actes techniques. Des aménagements réglementaires pourraient encourager le développement des coopérations, comme dans le cas des vaccinations, où une infirmière pourrait se voir accorder, sous conditions, un droit de vaccination indépendant d'une prescription médicale.

L'organisation concrète de ces coopérations et leur développement au-delà du cadre habituel des prescriptions pose toutefois certains problèmes. D'une part, un certain nombre de généralistes (un tiers) apparaissent, au terme d'enquêtes récentes, réticents à l'idée de « recruter un auxiliaire de santé dans leur cabinet afin de les décharger de certaines activités correspondant à des qualifications moindres ». Surtout, ils considèrent souvent les infirmières comme susceptibles avant tout d'exécuter des soins prescrits, n'ayant qu'une vision partielle de leur travail de médiation au domicile des malades. D'autre part, les professionnels paramédicaux sont aussi très attachés à leur autonomie et peu enclins à entrer dans des relations de coopération trop « hiérarchiques », que ce soit ou non dans un cadre salarié.

Par ailleurs, les modalités d'intervention des différents professionnels auprès des patients sont largement différenciées : alors que l'essentiel de l'activité des médecins généralistes se déroule au sein de leurs cabinets, les infirmières libérales se déplacent souvent au domicile des patients et leurs cabinets sont souvent peu utilisés.

Enfin, le développement des délégations d'activité peut impliquer un risque d'accentuation du gradient social dans le recours aux soins, auquel il faut être vigilant. Les comportements observés traduisent déjà des modes de recours aux soins différenciés en fonction des revenus et des milieux sociaux. Un développement des délégations pourrait entraîner une segmentation encore plus importante, entre des ménages aisés qui continueraient à se tourner systématiquement vers les médecins (y compris les médecins spécialistes) et des ménages plus modestes qui s'orienteraient plus volontiers vers les infirmières. La prise en compte de ce phénomène est donc nécessaire afin de ne pas aggraver les inégalités sociales de recours aux soins, de même qu'une réflexion sur les parcours de soins jugés optimaux et à prendre en charge par la collectivité.

Certaines conditions apparaissent, en outre, indispensables pour le développement et l'acceptation de ces nouvelles formes de coopération. Tout d'abord, l'adoption de recommandations définissant des protocoles ou référentiels permettant une prise en charge adéquate des cas complexes et des co-morbidités, à la fois en termes de suivi, de prévention et d'éducation thérapeutique.

En matière d'organisation concrète des coopérations, une bonne coordination entre les professionnels implique la reconnaissance de temps dédié pour l'établissement de comptes-rendus et les partages d'information, ainsi que la mise en place de

procédures d'alerte. Dans ce cadre, la question des lieux d'exercice en commun apparaît déterminante.

Enfin, l'organisation des coopérations autour de la prise en charge des patients, lorsqu'elle demande surtout de « prendre soin » (*care*) et moins de « dispenser des soins » (*cure*) - pour les personnes âgées notamment - doit tenir compte des enjeux financiers liés aux actes de soins infirmiers (AIS). En effet, ces actes, qui constituent une source de revenu importante pour certaines infirmières (notamment dans les zones où la densité infirmière est élevée), devraient être intégrés dans une vision large des coopérations allant jusqu'aux aides-soignantes et aux auxiliaires de vie.

Enfin, l'attention portée aux nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé – et plus spécifiquement entre médecins et infirmières - ne doit pas faire oublier les autres pistes à explorer afin d'améliorer le partage des tâches dans le domaine de la production de soins : collaboration entre professionnels de santé et personnels administratifs ou techniques, coopérations ville-hôpital ou entre le secteur médical et le secteur médico-social, rôle spécifique des sages-femmes et des pharmaciens...

IV.4 Des enseignements relativement limités de l'expérience des réseaux de santé

→ Voir la contribution de Yann Bourgueil [Contribution 14]

Le concept de réseau de santé qui s'est développé en France à partir du milieu des années quatre-vingt relevait de deux logiques concomitantes : l'organisation du système de soins ; la prise en charge de problèmes de santé ou de populations spécifiques (malades du SIDA, toxicomanes, diabétiques). Ce concept est aussi apparu très rapidement comme un moyen de renforcer les pratiques de coopération entre professionnels de santé.

Ces pratiques de coopération vont au-delà de la modification des rôles des différents professionnels impliqués. Les réseaux modifient en effet surtout les « relations et interfaces entre services » pouvant associer des professionnels appartenant à la fois aux secteurs hospitalier, ambulatoire, social ou médico-social. Ce type de coopération peut s'exercer selon plusieurs modalités : la réorientation de patients et le redéploiement de professionnels (par exemple de l'hôpital vers la ville), ou encore l'accompagnement de professionnels d'un secteur par ceux d'un autre secteur (psychiatrie de liaison ou médecin gériatre hospitalier intervenant au domicile).

Bien que les évaluations disponibles mettent en évidence certaines difficultés de fonctionnement des coopérations engagées dans le cadre des réseaux, l'intégration des dimensions sociale et médico-sociale apparaît, en particulier, essentielle, notamment pour le suivi des personnes âgées, des femmes enceintes ou celui des malades du sida.

En termes de partage des tâches entre professionnels de santé, quelques enseignements peuvent être tirés de l'expérience des réseaux.

En premier lieu, l'analyse de leurs modes de fonctionnement fait apparaître l'existence d'étapes clé de la prise en charge, qui sont des facteurs d'évolution des rôles :

- le bilan initial et le bilan de suivi qui concernent en général des situations complexes avec un aspect médico-social important ;
- les réunions de coordination entre professionnels qui sont un espace de « préparation » de la décision ;

- l'éducation thérapeutique qui implique divers professionnels autour d'une diversification des prises en charge.

De plus, les réseaux ont permis d'expérimenter la tarification de nouvelles activités, dans le cadre des prises en charge spécifiques qui y ont été développées. Ils constituent ainsi des lieux d'expérimentation de nouvelles formes de rémunération. Dans les réseaux de soins palliatifs, par exemple, la forfaitisation envisagée des prises en charge peut concerner un acte global de soins palliatifs (médecins et infirmières), ou un acte de soutien et de suivi des patients et de leur entourage (psychologues). Ces actes, spécifiques aux coopérations engagées dans le cadre des réseaux, permettent de répondre à des besoins de soins et d'accompagnement particuliers.

La fonction de coordination apparaît aussi, au sein des réseaux, comme un facteur d'évolution des métiers, voire de développement de nouveaux métiers. Cette fonction peut être « experte » - c'est-à-dire intégrant de façon privilégiée l'expertise clinique et visant à une prise de décision collégiale autour du patient - ou « logistique » - les coordonnateurs ayant surtout un rôle de circulation de l'information au sein du réseau, de planification et d'animation des réunions. Elle repose souvent, surtout dans ce dernier cas, sur des professionnels paramédicaux ainsi que, parfois, sur les travailleurs sociaux.

Les différentes évaluations réalisées montrent toutefois que ces expériences sont restées relativement spécifiques et fragmentées. Elles n'ont guère contribué à promouvoir une vision d'ensemble des coopérations entre professionnels de santé, s'étendant hors du champ des réseaux, ou une évolution de l'organisation générale du système de soins primaires. La contribution des réseaux à l'amélioration de l'efficacité du système de soins ou au développement de l'innovation reste encore mal mesurée.

Surtout, les réseaux constituent *in fine* une réponse qui fait relativement peu appel à l'évolution des compétences et des frontières professionnelles. Plutôt qu'une modification des rôles des différents professionnels de santé, leur enjeu principal semble surtout la coopération entre les multiples structures et institutions qui détiennent chacune une partie de la légitimité d'intervention dans la prise en charge des patients au-delà du cadre exclusif de l'hôpital.

IV.5 Des problèmes de rémunération et d'intérêt économique

→ Voir les contributions de Gérard de Pourville et de la DSS [Contribution 11 et 15]

D'un point de vue économique et financier, le développement des coopérations entre professionnels de santé appelle deux types d'analyse : une approche en termes de rémunération et de revenu des professionnels concernés ; une approche en termes de montant et d'efficacité des dépenses de santé au niveau de la collectivité.

L'analyse des expériences internationales montre que ces coopérations se sont surtout développées dans des contextes où les professionnels médicaux et non-médicaux exercent dans des 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). En effet, dans le cadre du paiement à l'acte *stricto sensu*, le revenu des différents professionnels est directement lié au mode de partage de leurs activités. Des modalités spécifiques doivent donc être envisagées pour que les

coopérations préservent l'équilibre économique des professionnels concernés, compte-tenu de la tarification de leurs actes et de la pression de la demande ; celle-ci peut, en effet, plus ou moins leur permettre de développer de nouveaux segments d'activité (cf. le cas des opticiens et des ophtalmologistes).

Une analyse plus précise montre, à cet égard, que plusieurs modalités de financement peuvent être envisagées en fonction de la nature des activités déléguées et des coopérations engagées. Plusieurs cas de figure peuvent notamment être distingués, sachant que le problème du cadre réglementaire des coopérations n'est pas abordé ici en tant que tel.

Les actes dont la délégation peut donner lieu à des protocoles précis peuvent être pris en charge, sans difficulté majeure, à travers la nomenclature des actes libéraux.

Pour certains actes cliniques simples, cette nomenclature devrait être adaptée afin que les médecins soient incités à déléguer ces actes et que les autres professionnels y trouvent aussi un intérêt financier. En effet, le caractère forfaitaire de la nomenclature actuelle n'incite pas forcément à la délégation d'actes peu consommateurs de temps. 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 non-cumul ou de cotation dégressive, sont *a priori* plus favorables à d'éventuelles délégations, le bénéfice marginal de ces actes pouvant être faible pour les médecins. 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...). Dans ce cadre, le partage du forfait entre l'ensemble des professionnels impliqués est réalisé par les professionnels eux-mêmes sur la base d'un cahier des charges opposable. Ce mécanisme a l'avantage de laisser aux professionnels concernés une liberté quant au mode de fonctionnement de leurs coopérations mais requiert, en pratique, une forte coordination (voire l'intégration des acteurs au sein d'un même lieu).

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. Cette association peut éventuellement prendre la forme d'une contractualisation sans changement des modes principaux de rémunération, mais avec des règles concernant le partage de la clientèle et/ou des honoraires, et la prise en charge des moyens mis en commun.

Elle peut également prendre la forme d'une relation salariale avec les professionnels paramédicaux, cette dernière solution pouvant apparaître préférable lorsque les coopérations ou délégations ne sont pas entièrement déterminées à l'avance et nécessitent une supervision. Le regroupement de plusieurs médecins semble en être une condition dans la mesure où, comme le montrent les estimations de l'Irdes à propos du suivi des malades chroniques, il semble peu probable qu'un seul médecin généraliste puisse dégager, à partir des coopérations, suffisamment d'activité et de bénéfices pour financer le salaire d'un collaborateur. Cette option correspond à l'expérience britannique des cabinets de médecins généralistes qui reçoivent une dotation budgétaire ajustée à leur activité pour employer du personnel non médical.

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 qu'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. Ceci 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. Ceci 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.

V. Conclusions : Des enjeux d'efficacité économique sans perspectives d'économies immédiates

Peuvent être déduits de ces éléments de synthèse douze conclusions principales qui sont bien sûr provisoires et méritent d'être approfondies.

1. Les perspectives de coopérations entre professionnels de santé comportent des enjeux économiques incontestables face à la diminution prévisible du nombre de médecins et du temps médical disponible ainsi qu'à l'évolution des compétences et des techniques et au souci d'améliorer la qualité des soins. Ces enjeux ont trait :
 - à l'obtention d'une efficacité accrue et d'une optimisation de la répartition des compétences dans la prise en charge des patients ;
 - à la nécessité de définir les conditions permettant cette prise en charge optimale tant en termes d'organisation du travail que de rémunération et d'incitations économiques.

2. Pour cela, il est à la fois nécessaire :
 - d'avoir une vision large du processus de soins et des recompositions possibles entre l'ensemble des acteurs impliqués dans ce processus :
 - professionnels de santé : médecins, infirmières, sages-femmes, kinésithérapeutes, pharmaciens, etc.
 - professionnels intervenant dans le monde de la santé : aides-soignantes ou personnel administratif ;
 - professionnels du monde hospitalier et du secteur ambulatoire avec, le cas échéant, l'émergence de nouvelles professions de la coordination des soins dans le cadre des réseaux, ainsi que professionnels intervenant dans des cadres spécifiques comme la médecine du travail ou la médecine scolaire ;
 - intervenants n'appartenant pas au monde de la santé : secteur social, monde associatif, aidants familiaux, etc.
 - de développer une vision précise, activité par activité, en fonction des variables clés que sont la nature et le caractère plus ou moins protocolisable de l'activité déléguée ; l'équilibre économique pour les différents professionnels ; la pression de la demande qui peut permettre ou non de maintenir le revenu des professionnels « déléphants ».

3. Les expériences internationales montrent que les processus de délégation et de coopération ne peuvent s'analyser comme de simples transferts ou substitution d'actes ou de tâches. Il s'agit d'un processus dynamique qui modifie le contenu même de la prise en charge et des soins, c'est-à-dire la fonction de production de soins. Ces processus peuvent notamment s'accompagner de diversifications d'activités qui conduisent à compléter la gamme des soins et des modes de prise en charge, en amont ou en aval des soins actuellement réalisés : éducation thérapeutique, prévention, suivi de l'observance de traitements, etc.

Si les coopérations représentent un enjeu économique certain, la probabilité de réaliser, par leur biais, des économies en matière de dépenses de santé apparaît 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.

Ceci 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.

4. La mise en œuvre de ces coopérations peut donner lieu à une démarche progressive d'ambition plus ou moins importante.
 - à court terme, des délégations spécifiques peuvent être envisagées dans le cadre de l'organisation actuelle de l'hôpital et en médecine de ville (consultation infirmière, ophtalmologie, vaccinations) ;
 - à moyen terme, leur développement nécessite davantage de réfléchir à l'optimisation des organisations hospitalières et, en ville, à des regroupements professionnels visant à la réorganisation de la prise en charge des soins primaires ;
 - à long terme, elles doivent être associées à une réflexion sur l'articulation optimale entre ville et hôpital ainsi qu'entre les secteurs sanitaires et médico-social.

5. Les perspectives de développement de ces coopérations et délégations sont déjà, pour une large part, repérables à partir de l'activité des professionnels et centrées sur quelques segments de prise en charge :
 - à l'hôpital : la réalisation d'actes techniques par des infirmières dans les hôpitaux de jour, la surveillance des patients en salle de réveil par les infirmières anesthésistes (IADE), l'orientation et l'accueil des patients dans les services d'urgence, l'éducation thérapeutique et la transmission d'informations aux patients...
 - en ville : il s'agit, d'une part, d'actes techniques comme les vaccinations ou certains actes réalisés aujourd'hui par des médecins spécialistes (examen de réfraction, par exemple) et, d'autre part, du suivi des malades chroniques stabilisés, notamment pour des pathologies comme le diabète, l'HTA ou l'hyperlipidémie qui représentent une part significative de l'activité des médecins généralistes. S'y ajoutent, dans une perspective de diversification, l'éducation thérapeutique et le suivi de l'observance des traitements.

6. Du côté de l'organisation du processus de soins, quelques enjeux importants sont apparus :
 - assurer la légitimité et la reconnaissance des délégations effectuées, ce qui implique un dialogue entre professionnels de santé, une adaptation aux attentes des acteurs de terrain et une prise en compte en termes de rémunération et de carrière ;
 - tenir compte des souhaits d'autonomie des différentes professions, sans les assimiler à leur statut (libéral ou salarié) ;

- examiner le problème de la coordination des lieux et des temps d'intervention. En ville, il existe aujourd'hui une disjonction entre l'activité des médecins au sein de cabinets et celle des infirmières au domicile des patients et, à l'hôpital, le temps des médecins et des paramédicaux est soumis à des règles et des programmations différentes.
- prévoir des modalités de protocolisation des pratiques, de remontées et de partage d'informations, ainsi que d'alertes et de supervision, notamment pour les cas complexes ;
- tenir compte, en ville comme à l'hôpital, de temps dédiés à la coordination entre professionnels.

7. Du côté des tarifs hospitaliers :

- ne pas chercher à récupérer de façon immédiate les gains d'efficacité réalisés par les établissements à travers le développement des coopérations lorsqu'une démarche qualité est engagée ;
- à moyen-long terme, réfléchir à l'évolution de la structure des personnels par qualification et à son impact en termes de coûts, en tenant compte du développement de fonctions intermédiaires consacrant, en termes de formation et de carrière, la réalisation d'activités nouvelles ou déléguées.

8. Du côté des tarifs en ville, réfléchir aux incitations susceptibles de favoriser les processus de délégation ou de coopération dans la mesure où le caractère forfaitaire de la consultation médicale ou paramédicale ne le permet pas suffisamment. Ces incitations peuvent prendre trois voies en fonction des segments de prise en charge concernés :

- soit une adaptation de la nomenclature pour les actes pour lesquels des protocoles précis de transfert peuvent être définis, l'objectif étant que ceux-ci soient valorisés de façon moins avantageuse que les autres actes médicaux mais davantage que les actes para-médicaux standards ;
- soit une rémunération forfaitaire de certaines prises en charge (suivi annuel des malades chroniques par exemple) avec, à la clé, un partage de rémunération entre les professionnels associés à cette prise en charge sur la base d'un cahier des charges opposable ;
- soit, enfin, l'incitation au regroupement de professionnels médicaux s'associant des paramédicaux (et, le cas échéant, un appui administratif) à travers un soutien financier spécifique. Ce regroupement peut prendre la forme d'une contractualisation sans changement des modes de rémunération en tirant parti des opportunités qu'il offre en termes de mise en commun de moyens ainsi que d'innovation et de qualité des soins. Cette association peut également prendre une forme salariale, cette deuxième solution étant préférable lorsque les coopérations et les délégations de tâches ne sont pas entièrement déterminées à l'avance, et nécessitent une prise en charge collective comportant une supervision médicale.

9. Réfléchir au développement de nouveaux métiers dans le domaine de la coordination des soins (infirmière coordonnatrice, gestionnaire de cas).

10. Inciter les patients à respecter, dans le cadre d'une prise en charge collective, des parcours de soins optimaux notamment en ce qui concerne l'intervention des différents types de professionnels. Prendre garde au risque d'accroissement, à la faveur du développement des coopérations, des différenciations sociales dans les modes de recours aux soins - le recours au médecin pouvant rester, en tout état de cause, l'apanage des catégories les plus diplômées et les plus aisées.

11. Ne pas croire que les coopérations et les délégations entre professionnels de santé régleront l'ensemble des problèmes de démographie médicale et de prise en charge. Si les infirmières peuvent effectivement partiellement compenser les déficits d'offre médicale de soins primaires auprès des personnes âgées ou en zones rurales :
 - il n'y aura pas de compensation automatique du déficit de médecins dans les zones géographiques les plus fragiles, la tendance étant plutôt à la concentration des professionnels médicaux et paramédicaux dans les mêmes zones
 - la nécessité d'améliorer les démarches de prévention, notamment vers les jeunes implique de réfléchir à une réorganisation plus large des soins primaires.

12. Le développement des coopérations entre professionnels de santé appelle des études et des évaluations plus approfondies :
 - à la fois sur les pratiques et expérimentations actuelles ;
 - sur l'ampleur quantitative, les perspectives et les conditions de développement précises de ces délégations par problème de santé ou par population cible ;
 - sur les modalités optimales de tarification qui n'ont donné lieu qu'à un premier aperçu dans le cadre de ce rapport ;
 - sur l'intérêt suscité par les différents scénarios d'activité et de rémunération en procédant à des études d'économie expérimentale auprès des professionnels médicaux et paramédicaux potentiellement concernés.

LISTE DES CONTRIBUTIONS

1. Les perspectives démographiques des professions de santé, moteur du développement de nouvelles formes de coopérations ? François Guillaumat-Tailliet, Lucile Olier
2. Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : premiers enseignements des expériences internationales - Yann Bourgueil, Anna Marek, Julien Mousquès et Sandrine Chambaretaud
3. 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
4. Quelles typologies des coopérations potentielles ? Une approche pluridimensionnelle Sandrine Chambaretaud
5. Délégation de tâches et coopérations entre professionnels hospitaliers - Dominique Tonneau
6. Coopération et délégation du travail en milieu hospitalier - Mihai Georghiu et Frédéric Moatty
7. Réflexions sur l'impact potentiel des coopérations sur les dotations hospitalières, dans le cadre de la T2A - Roland Cash
8. État des lieux sur l'activité, le temps de travail et la disposition à employer un délégué des médecins généralistes de la région Provence Alpes Côte d'Azur - Bérengère Saliba et Bruno Ventelou
9. Temps de travail et activité des médecins généralistes libéraux : quels enseignements pour un renforcement de la coopération avec d'autres professionnels ? - Yann Bourgueil, Chantal Cases, Philippe Le Fur
10. La demande de soins d'auxiliaires médicaux en médecine de ville : quels enjeux dans la perspective d'une coopération entre professions médicales et paramédicales ? Denis Raynaud
11. Enjeux économiques des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé : Esquisse d'un cadrage économique - Gérard de Pouvourville
12. Les formes de coopération potentielle entre les infirmières libérales et les médecins généralistes - Florence Douguet et Alain Vilbrod
13. Enjeux des coopérations et des délégations entre médecins généralistes et paramédicaux en secteur libéral : les pratiques déjà en œuvre sur le terrain - Anne Véga et Mathieu Lustmann
14. Coopération des professions de santé : les enseignements de la politique des réseaux et des maisons pluridisciplinaires de santé? - Yann Bourgueil
15. Répercussions potentielles des coopérations entre professionnels de santé sur les tarifs des actes en ville - réflexions exploratoires - Jean-Luc Vieilleribière

CONTRIBUTION 1

LES PERSPECTIVES DÉMOGRAPHIQUES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ, MOTEUR DU DÉVELOPPEMENT DE NOUVELLES FORMES DE COOPÉRATIONS ?

François Guillaumat-Tailliet - Lucile Ollier

La Drees réalise à intervalle régulier des projections démographiques des principales professions de santé. Si les projections ne sont pas des prévisions, elles ont, malgré le caractère parfois simplificateur des hypothèses sous-jacentes, le mérite de mettre en lumière les mécanismes susceptibles d'influencer la démographie des différentes professions.

La Drees a notamment publié en 2004 des projections à l'horizon 2025 des médecins, qui mettaient en évidence une forte baisse du nombre et de la densité de médecins au cours des deux prochaines décennies sous l'hypothèse d'une poursuite des tendances observées sur la période récente. S'il existe des leviers d'action pour influencer la démographie médicale, ceux-ci ne produisent toutefois que lentement leurs effets, compte tenu de la durée de la formation des médecins. En revanche, la démographie des autres professions de santé, et notamment des infirmiers, masseurs kinésithérapeutes ou sages-femmes apparaît beaucoup plus favorable et surtout plus réactive compte tenu de la durée de leur formation. Ces constats ont sans nul doute largement motivé les travaux sur les nouvelles formes de coopération : redéfinir le partage des tâches entre professions de santé est en effet l'une des façons de gérer la contrainte démographique. Celle-ci doit toutefois être relativisée et nuancée, comme le montre l'examen détaillé des projections et des scénarii envisageables : le problème réside en effet davantage dans une meilleure répartition des professionnels sur le territoire que dans la recherche d'un nombre optimal de médecins. Si la redéfinition des coopérations entre professionnels constitue un enjeu, ce n'est pas seulement en raison des contraintes attendues sur l'offre de soins, mais aussi en raison de l'évolution probable de la demande de soins dans un contexte de vieillissement de la population.

1. QUELQUES ENSEIGNEMENTS DES PERSPECTIVES DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

D'après le scénario tendanciel des projections de médecins publiées en 2004 par la Drees et reprises dans le premier rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), les effectifs et la densité de médecins devraient fortement baisser d'ici 2025, pour revenir à des niveaux observés à la fin des années quatre-vingts, début des années quatre-vingt-dix. Toutefois, les évolutions observées depuis la réalisation de ces projections amènent d'ores et déjà à reconsidérer le scénario central alors retenu, qui était fondé sur la prolongation des tendances alors observées et des hypothèses, notamment en matière de *numerus clausus* et de fonctionnement des épreuves classantes nationales (ECN) qui paraissaient alors les plus plausibles.

La Drees réalisera courant 2008 un nouvel exercice de projection. Elle finance également des études sur le temps de travail et les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes qui devraient contribuer à mieux appréhender l'offre de soins future.

Un nombre record de médecins mais déjà des problèmes de répartition sur le territoire

Au 1er janvier 2006, 212 000 médecins exerçaient en France métropolitaine et dans les DOM, dont 104 000 omnipraticiens et 108 000 spécialistes (Adeli redressé). Il s'agit là d'un maximum historique, que l'on considère le nombre ou la densité de professionnels. S'il n'y a jamais eu autant de médecins que maintenant, ils ne sont pour autant pas répartis de manière homogène sur le territoire et selon les spécialités. La répartition territoriale des professionnels de premier recours que sont les médecins généralistes libéraux appelle une attention particulière.

Lorsque l'on examine les bassins de vie en tenant compte à la fois de la densité de professionnels et de l'intensité de leur activité, certains d'entre eux présentent tous les indices d'un déficit probable en médecins généralistes (combinaison d'une densité très faible, c'est-à-dire inférieure au premier décile de la distribution, d'une activité individuelle moyenne à très forte, *i.e.* supérieure au troisième quartile). Les chiffres réalisés par la Drees, comme ceux publiés par l'ONDPS, mettent clairement en évidence des bassins de vie sous-dotés, appartenant très majoritairement à l'espace rural⁶ ; ils conduisent aussi à relativiser l'ampleur du phénomène qui concerne au plus 3 % de la population française. Toutefois, les pénuries apparaissent là où l'offre alternative fait également défaut (spécialistes, établissements hospitaliers...), ce qui peut constituer un obstacle dans l'accès aux soins de premier recours. Les perspectives démographiques devraient accroître les problèmes de répartition géographique.

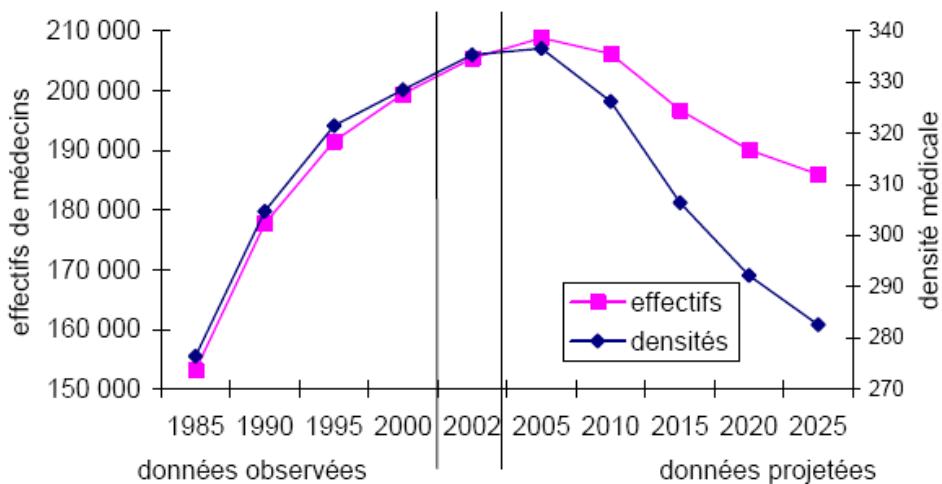
Forte baisse des effectifs de médecins et de la densité médicale à l'horizon 2025
Le scénario central des projections est fondé sur l'hypothèse de comportements identiques à ceux de la période de base, notamment en termes de redoublement, choix de spécialité, entrée dans la vie active, sortie d'activité. Ce scénario retient également les hypothèses d'une répartition identique à celle de 2004 des postes d'internes ouverts aux ECN (épreuves classantes nationales) par discipline et par subdivision géographique. Le nombre de postes ouverts dans les disciplines autres que la médecine générale correspondrait à 50 % du *numerus clausus* 5 ans

⁶ L'analyse mériterait toutefois d'être approfondie pour les unités urbaines de très grande taille, notamment Paris, Lyon et Marseille, qui sont ici traitées comme des entités uniques et qu'il conviendrait de découper.

auparavant. Enfin, le *numerus clausus* serait relevé progressivement pour atteindre 7 000 en 2006 et maintenu à ce niveau jusqu'en 2025.

Sous ces hypothèses, le nombre de médecins en activité diminuerait de 9,4 % entre 2002 et 2025, passant de 205 000 à 186 000 et retrouvant ainsi son niveau du début des années quatre-vingt-dix. La densité médicale diminuerait plus fortement (-15,6 %), du fait de l'augmentation attendue de la population française pendant la même période, pour revenir en 2025 à un niveau proche de celui du milieu des années quatre-vingts (283 médecins pour 100 000 habitants).

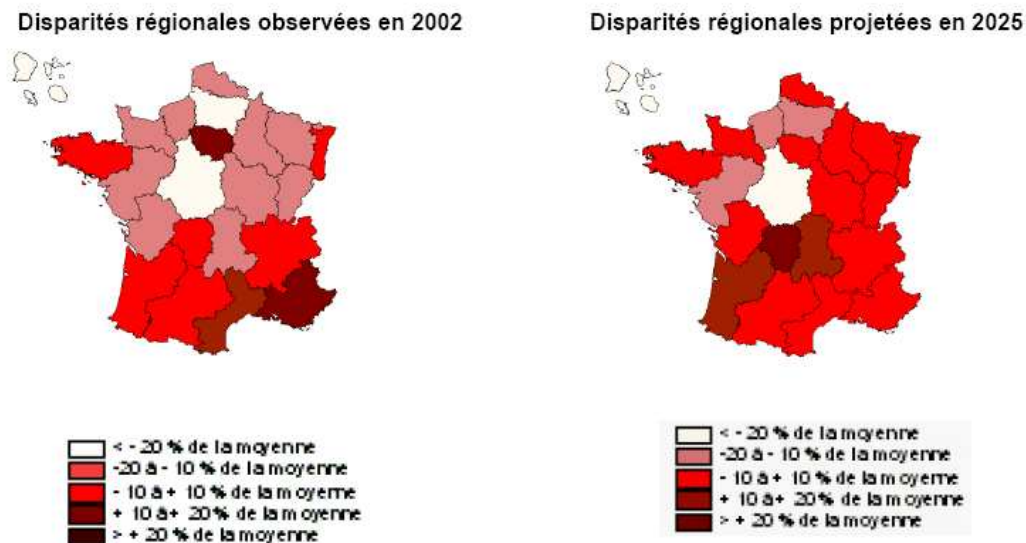
Graphique 1. Évolution du nombre et de la densité de médecins de 1985 à 2025 (scénario central)



Sources : Adeli, projections DREES, 2004

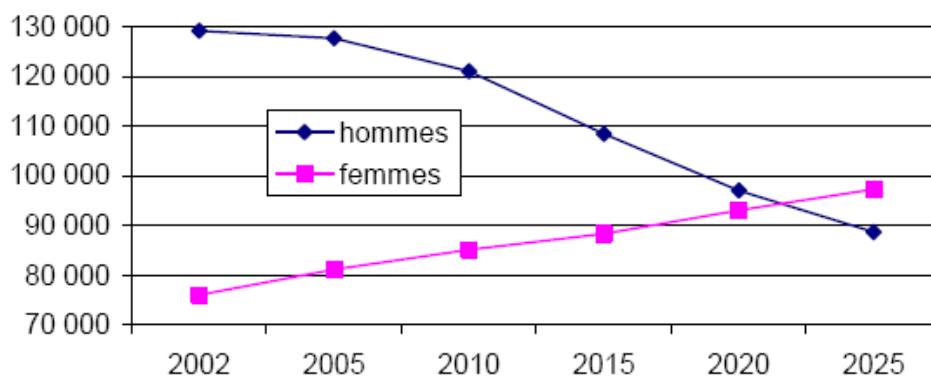
Les projections mettent en évidence des disparités géographiques importantes en termes d'évolution des effectifs et de la densité de médecins généralistes sur la période de projection, certaines régions accusant une baisse sensible de leur densité en médecins généralistes.

Cartes : disparités régionales en 2002 et en 2025



Vieillesse provisoire et féminisation durable : vers un nouveau paysage médical
L'âge moyen des médecins devrait, d'après le scénario central des projections de 2004, augmenter jusqu'en 2015, passant de 47,5 à 50,6 ans, pour revenir en dessous de 47 ans en 2025. La féminisation de la profession est progressive : 58 % des candidats à l'examen classant national (ECN) sont aujourd'hui des femmes (2006), et vers 2020, elles devraient représenter plus de la moitié des médecins en activité contre moins de 40% en début de période.

La féminisation de la profession pourrait avoir des conséquences importantes, quoique difficilement quantifiables, sur les pratiques et modalités d'activité et donc, l'organisation de l'offre de soins. Les études disponibles indiquent que les femmes ont en effet des comportements différents de ceux de leurs collègues en ce qui concerne le temps de travail et la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle, le mode d'exercice (avec une préférence plus marquée pour le statut salarié et l'exercice en groupe), les spécialités exercées (y compris MEP), le profil de carrière... même s'il faut relativiser ces différences à mesure que la participation des femmes au marché du travail s'accroît. Ces aspirations à une meilleure qualité des conditions de travail sont ainsi partagées aujourd'hui par les hommes et les femmes des jeunes générations. Ce n'est donc pas seulement le niveau de l'offre médicale qui se trouverait ainsi affecté, mais également ses caractéristiques et son organisation, qui pourraient évoluer sensiblement. Dans un tel contexte, les lignes de partage entre les différentes professions de santé sont appelées à évoluer.

Graphique 2. Évolution projetée du nombre d'hommes et de femmes.

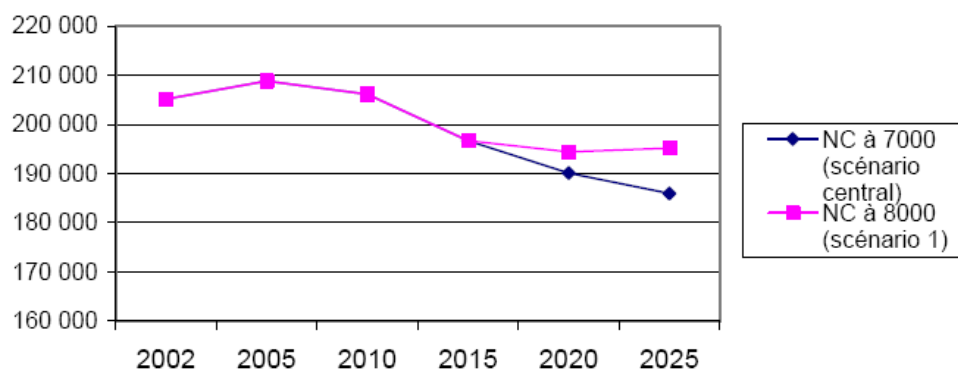
Sources : Adeli, projections DREES, 2004

Le numerus clausus : un instrument à manier avec précaution

Face à ces pénuries annoncées, l'action publique la plus naturelle consiste à jouer sur l'offre de formation. En 2007, le gouvernement a ainsi choisi de relever le *numerus clausus* à 7100, laissant ouverte la possibilité de continuer ou non à l'augmenter par la suite.

Les projections de la Drees chiffreraient ainsi les effets d'un relèvement du numerus clausus à 8000 sur la période de projection. Ceux-ci sont apparents au bout de 10 ans : à partir de 2015, les effectifs se stabilisent, mais la densité de médecins s'inscrit quand même en recul (300 en 2025 contre 330 pour 100 000 habitants en 2002) compte tenu de l'augmentation de la population sur la même période. Ce levier ne produit donc que lentement ses effets. Il faut être conscient par ailleurs qu'il doit être manié avec précaution. Un tel niveau ne peut être maintenu durablement sans effets pervers à long terme. Ici, le nombre de médecins serait porté, à horizon 2060, à un niveau sans doute excessif par rapport aux besoins (280 000 praticiens !). Des variations brutales et marquées du numerus clausus sont en outre susceptibles de créer des inégalités entre générations de médecins, sources de tension sur le partage des revenus et partant la régulation des dépenses de santé⁷.

⁷ B. Dormont et A. L. Samson, 2007, « Régulation de la démographie médicale et carrière des médecins libéraux français : les inégalités entre génération », Document de travail Drees (à paraître)

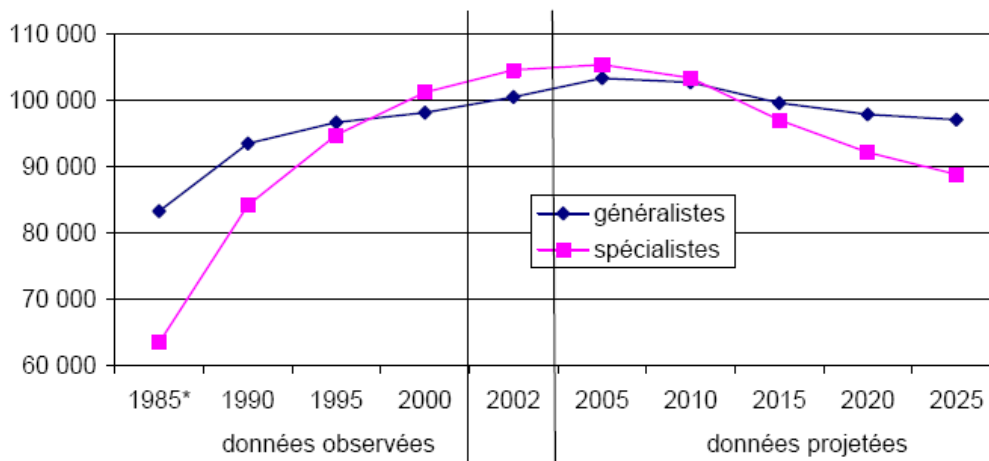
Graphique 3. Variante avec relèvement du *numerus clausus* à 8000.

Sources : Adeli, projections DREES, 2004

Par ailleurs, un relèvement important du *numerus clausus* nécessite des capacités de formation suffisantes pour absorber et former correctement ces cohortes nombreuses d'étudiants en médecine tout au long de leur cursus, sauf à dégrader la qualité de la formation dispensée. Enfin et surtout, l'augmentation du *numerus clausus* ne garantit en rien une meilleure répartition des professionnels entre spécialités et sur le territoire. Celle-ci dépend plutôt de la répartition des postes ouverts aux ECN entre spécialités et entre subdivisions.

Pénurie de généralistes ou de spécialistes ?

L'attention est aujourd'hui focalisée sur la pénurie actuelle et future de médecins généralistes, comme en témoignent les mesures récentes destinées à favoriser l'installation de praticiens dans les zones déficitaires. Pourtant, selon le scénario central des projections, le nombre de généralistes diminuerait moins fortement que le nombre de spécialistes (-3,4 % contre -15,1 % entre 2002 et 2025), les spécialistes étant dans l'ensemble plus âgés que les généralistes.

Graphique 4. Évolution des effectifs de généralistes et de spécialistes, 2002-2025 (scénario central)

Sources : Adeli, projections DREES, 2004

Certaines spécialités seraient particulièrement touchées par cette baisse, notamment l'ophtalmologie, la psychiatrie et l'ORL, qui devraient perdre respectivement 43 %, 36 % et 31 % de leurs effectifs. La situation déjà difficile de ces spécialités a d'ailleurs appelé des mesures correctrices sur la période récente : le nombre de postes a ainsi été augmenté en 2005 de 200 à 300 en psychiatrie et en spécialités chirurgicales⁸ (qui recouvrent l'ophtalmologie et l'ORL) qui passent de 380 à 550. Notons toutefois qu'en l'absence de relèvement du *numerus clausus*, toute augmentation du nombre de postes dans une spécialité se fait au détriment des autres, et ne fait que déplacer les déséquilibres entre spécialités.

Tableau 1. Scénario central - effectifs de médecins par spécialité

	Effectif 1990	Effectif 2002	Effectif 2025	Evolution 2025/2002	Evolution 2025/1990
Ophtalmologie	5 227	5 502	3 121	-43%	-40%
ORL	2 915	3 015	2 074	-31%	-29%
Chirurgie	8 524	10 669	10 482	-2%	23%

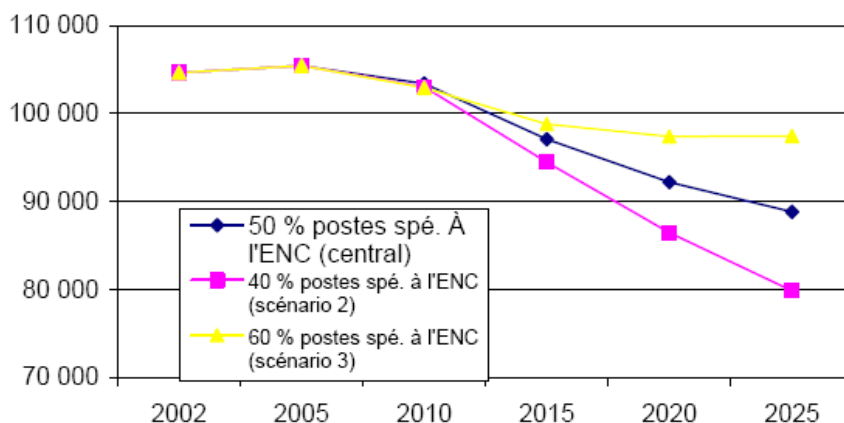
Sources : Adeli, projections DREES, 2004

D'après les études menées par la Drees en 2004, 2005 et 2006 sur les résultats des ECN, la situation actuelle se rapprocherait aujourd'hui davantage de l'hypothèse du scénario alternatif n°3 des projections de 2004 (le nombre de postes ouverts dans les disciplines autres que la médecine générale correspondant à 60 % *numerus clausus* 5 ans auparavant) que de celle du scénario central. Sous cette hypothèse, le nombre de spécialistes diminuerait moins que celui des généralistes (-

⁸ Mais il n'y a aucune certitude que les étudiants s'orienteront en ORL et en ophtalmologie plutôt qu'en chirurgie, dans la mesure où la répartition entre spécialités au sein d'une discipline ECN n'est pas contrôlée.

7 % contre -14 % entre 2002 et 2025). La création des ECN est récente et la situation n'est pas encore stabilisée : le nombre de postes ouverts en 2007 reflète une volonté forte de pourvoir la moitié des postes au moins en médecine générale.

Graphiques 5. Postes aux ECN en spécialités : 60 % du NC 5 ans avant (variante 3).



Sources : Adeli, projections DREES, 2004

Ces trois études sur les ECN ont certes mis en évidence une certaine difficulté à pourvoir tous les postes de médecine générale ouverts dans certaines subdivisions, mais elles conduisent aussi à relativiser le discours sur la dévalorisation de cette discipline auprès des étudiants : en effet, celle-ci arrive en troisième position dans l'ordre des préférences des étudiants en matière de discipline pour les femmes et en quatrième position pour les hommes.

L'avenir apparaît donc ouvert : le partage futur entre généralistes et spécialistes et leur répartition sur le territoire dépendra largement des priorités fixées par les pouvoirs publics et des moyens qu'ils se seront donnés pour garantir que les choix individuels des étudiants permettent de les atteindre.

2. DES PERSPECTIVES DÉMOGRAPHIQUES PLUS FAVORABLES POUR LES AUTRES PROFESSIONS DE SANTÉ ?

Alors qu'une forte baisse des effectifs de médecins et de la densité médicale est attendue à l'horizon 2025, il n'en va pas de même pour d'autres professions de santé de premier recours : à quotas et comportements inchangés, les effectifs des sages-femmes, infirmiers et masseurs kinésithérapeutes continueraient de croître sur l'ensemble de la période, tandis que le nombre de pharmaciens se stabiliserait vers 2015. Étant donnée l'interdépendance de ces professions, l'activité de celles-ci découlant largement de la prescription des médecins généralistes et les coopérations étant nombreuses, leurs perspectives démographiques ne sauraient être analysées indépendamment.

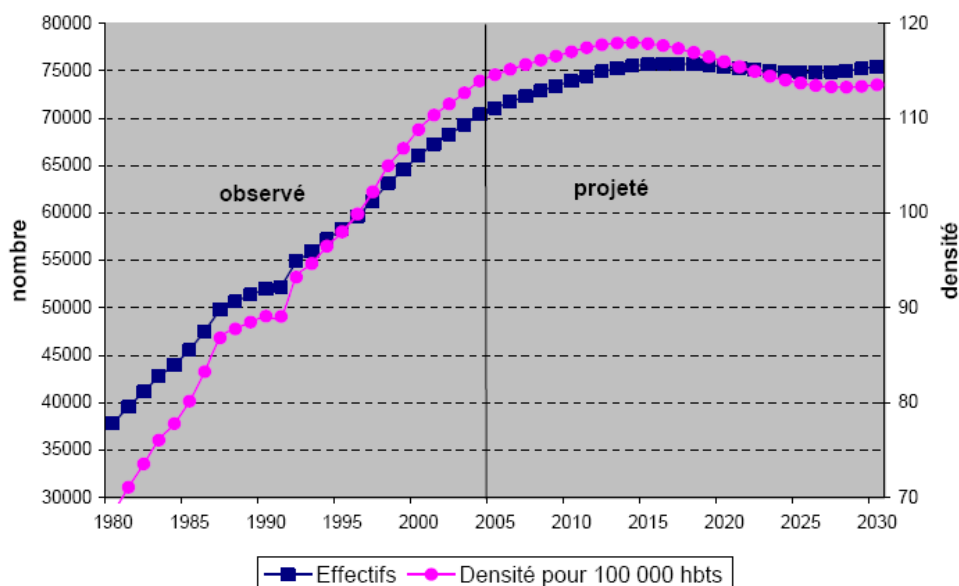
Entre 1990 et 2005, le nombre des professionnels de santé a augmenté plus vite que celui des autres actifs en raison surtout du faible nombre de départs à la retraite. Avec la mise en œuvre des mécanismes de régulation (*numerus clausus*) décidés par les pouvoirs publics dès les années 1970 pour les médecins et au début des années 80 pour les pharmaciens, la croissance démographique de ces deux professions s'est ralentie progressivement, les professionnels en activité ont vieilli, d'où parfois un sentiment de pénurie. En revanche, les infirmiers, les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes, ont connu une forte augmentation de leurs effectifs sur l'ensemble de la période, du fait d'un relèvement marqué des quotas dans les années 1990. Avec un maintien des quotas actuels, la démographie de ces professions devrait continuer de croître à un rythme soutenu.

Stabilisation du nombre des pharmaciens à partir de 2015

Au 1^{er} janvier 2007, Adeli recense 72 000 pharmaciens en activité en France. Plus de 7 sur 10 exercent en officine, 4 en tant que titulaires (statut libéral) et 3 en tant qu'adjoints (statut salarié). 8 % des pharmaciens sont directeurs ou directeurs adjoints d'un laboratoire d'analyse de biologie médicale (anciens internes en biologie médicale). Les autres exercent principalement dans des établissements de santé ou dans l'industrie pharmaceutique. Les deux tiers des pharmaciens sont des femmes. Cette proportion s'est accrue de 10 points en 25 ans et reste désormais stable. Les femmes occupent une place de titulaire d'officine sur deux, mais 80 % des postes de salariés en officine (adjointes).

Après une très forte croissance des effectifs dans les années 1980, de l'ordre de 5 % par an, l'instauration d'un *numerus clausus* (en 1981) a contribué à un infléchissement (+1,5 % à +2 % par an). La densité actuelle de 115 pharmaciens pour 100 000 habitants est la plus élevée d'Europe.

A *numerus clausus* et comportements des professionnels inchangés, le nombre de professionnels continuerait de croître à un rythme ralenti jusqu'en 2015 puis se stabiliserait autour de 75 000. La densité continuerait ainsi à augmenter jusqu'en 2015, puis diminuerait jusqu'en 2030 pour atteindre un niveau comparable à celui actuellement observé.

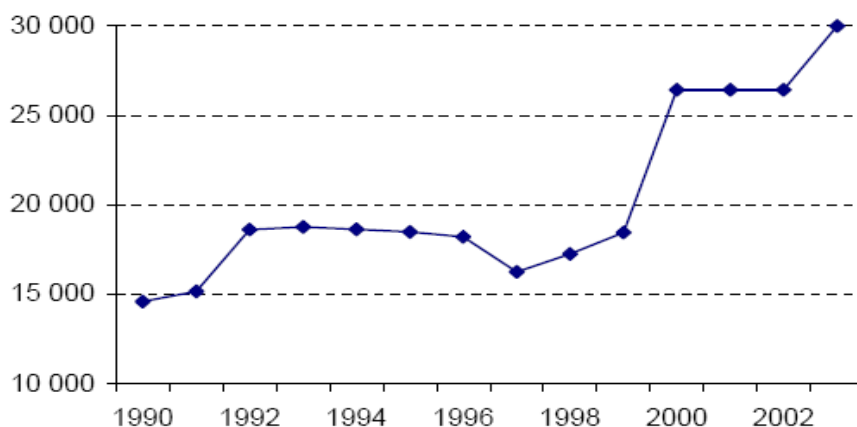
Graphique 6. Évolution du nombre observé et projeté de pharmaciens en France.

Pas de pénurie globale d'infirmiers en vue...

Au 1^{er} janvier 2007, 490 000 infirmiers exercent en France métropolitaine et dans les DOM, dont 14 % en libéral. Près de 9 infirmiers sur 10 sont des femmes, tant parmi les libéraux que parmi les salariés (source Adeli). Le taux de féminisation devrait rester stable, à un niveau proche de celui que l'on observe parmi les diplômés. La plupart des libéraux exercent en cabinet individuel ou en cabinet de groupe. Leur activité libérale n'est pas forcément exclusive.

Les salariés exercent pour les deux tiers dans le secteur public, principalement à l'hôpital, mais aussi dans les hôpitaux militaires, les collectivités territoriales, les ministères et services déconcentrés, les services de santé scolaire et universitaire, de PMI et de planification familiale. Les infirmiers salariés du privé exercent pour la plupart en établissement privé (clinique), participant au service public hospitalier ou pas, mais aussi dans les entreprises d'intérim, la prévention et les soins en entreprise, ou encore les laboratoires d'analyse biomédicale. Enfin, les infirmiers d'établissements pour personnes âgées, handicapés, ou d'établissements d'aide à la famille, d'enseignement, de soins et de prévention et ou encore de dispensaires de soins sont répartis pour moitié entre salariés du public et du privé.

Graphique 7 : Évolution du quota infirmier.

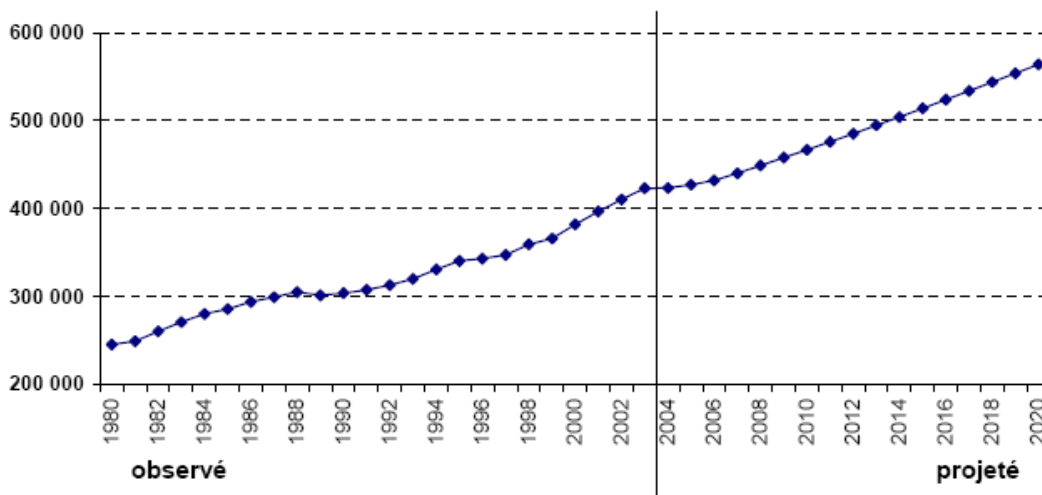


Source : DGS

Le nombre d'infirmières a crû à un rythme soutenu sur ces vingt dernières années (+2,4% par an), qui a légèrement accéléré au début des années 2000 (+2,6% par an). Malgré le relèvement très important du numerus clausus pour faire face à la croissance de la demande, le nombre de places non pourvues est resté faible ces dernières années : la profession reste attractive.

Sous l'hypothèse de comportements inchangés, en se contentant de faire vieillir les actifs en place, de les faire cesser leur activité comme dans la période récente, et en supposant que le quota actuel de formation (30 000 places par an) est maintenu sur l'ensemble de la période de projection, le nombre d'infirmiers en activité augmenterait de près de 2 % par an, pour atteindre 650 000 en 2025.⁹

Graphique 8. Évolution du nombre d'infirmiers actifs à l'horizon 2025.



Source : Adeli, projections DREES

⁹ La Drees envisage à moyen terme de construire un modèle national de projection spécifique pour les infirmiers, permettant de réaliser des variantes ou scénarios pertinents au regard des enjeux de cette profession.

Les infirmiers vont bénéficier du rajeunissement qui va s'amorcer avec l'arrivée de promotions plus nombreuses correspondant aux débuts de carrières des professionnels recrutés avec des quotas plus élevés (valable aussi pour les sages-femmes).

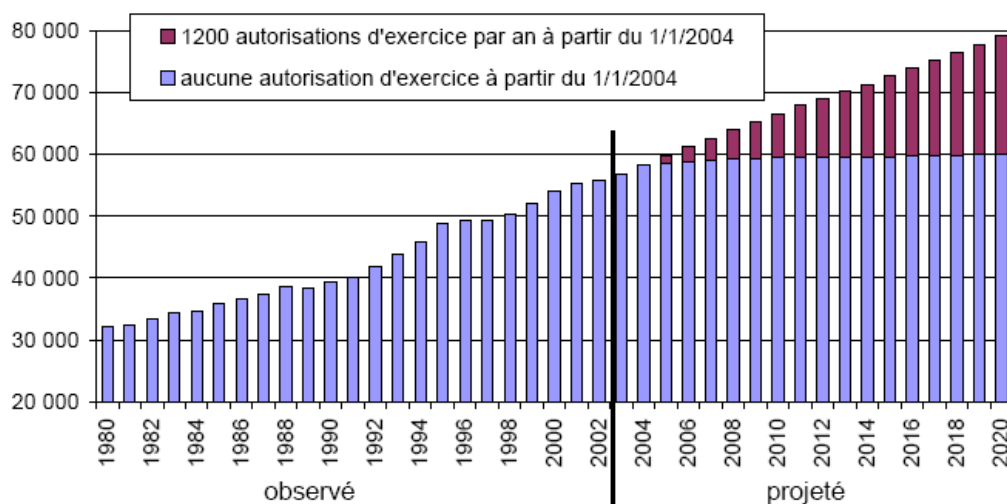
... ni de masseurs kinésithérapeutes ...

Au 1^{er} janvier 2007, 62 000 masseurs kinésithérapeutes sont inscrits comme actifs dans Adeli. Près de 8 sur 10 travaillent en secteur libéral, mais leur activité libérale n'est pas forcément exclusive. Les salariés exercent principalement en établissement hospitalier public ou privé, et dans les établissements pour handicapés. Cette profession se féminise, avec aujourd'hui 45 % de femmes (2 salariés sur 3, contre à peine 40 % des libéraux).

La principale particularité de cette profession est que chaque année un effectif important de professionnels diplômés à l'étranger viennent s'installer en France après avoir obtenu une autorisation d'exercice, principalement des étudiants français allant faire leurs études en Belgique, où l'entrée en formation n'est pas soumise à quota. Ainsi, en 2003, 1 500 autorisations d'exercice ont été délivrées, soit un effectif équivalent au quota de formation nationale.

La Drees a réalisé en 2003 et actualisé en 2006 un exercice de projection nationale des effectifs de masseurs kinésithérapeutes. Le scénario central conduit, à comportements inchangés (un quota de l'ordre de 1 800 et un nombre annuel d'autorisations d'exercice fixé à 1 200), à un effectif de 80 000 professionnels en 2020, soit une augmentation moyenne de 2 % par an.

Graphique 9. Évolution du nombre observé et projeté de kinésithérapeutes en France.



Source : Adeli, projections DREES

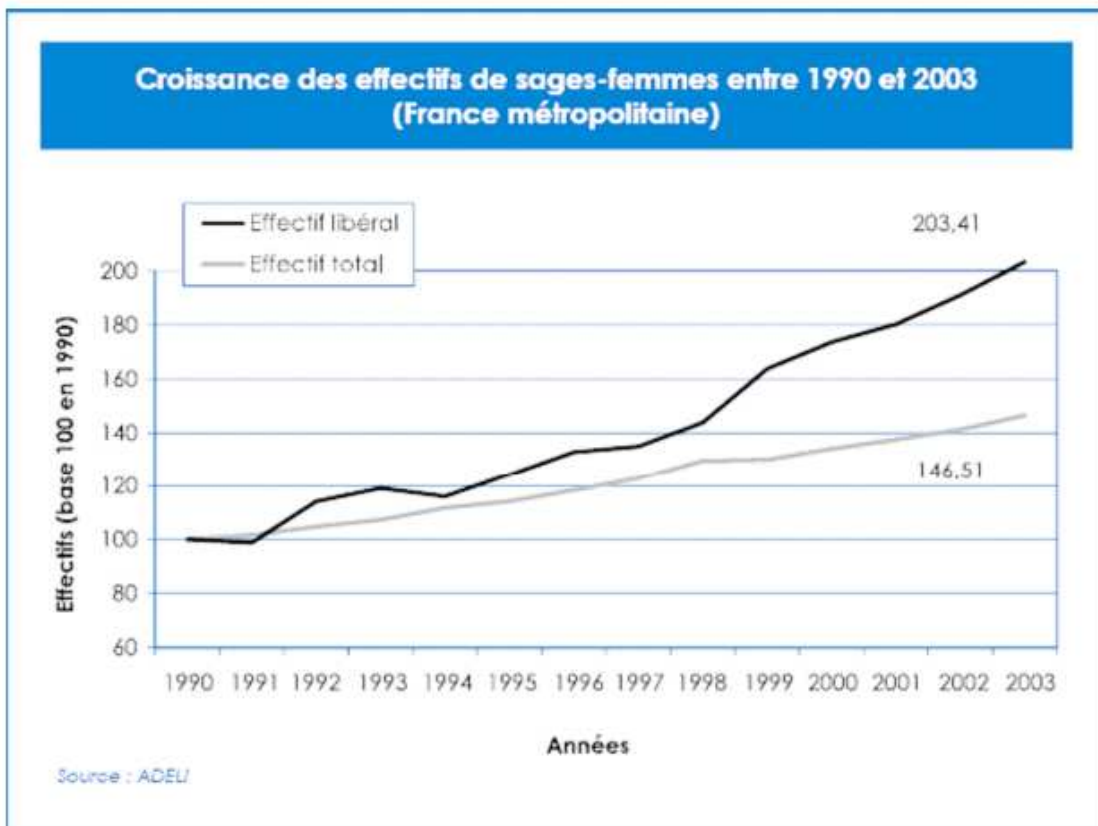
En faisant l'hypothèse¹⁰ qu'aucune autorisation d'exercice ne serait plus délivrée, les résultats présentés en 2003 conduisaient à une stabilisation avant 2010 du nombre de professionnels autour de 60 000.

... ou de sages-femmes

Au 1^{er} janvier 2007, Adeli enregistre 18 000 sages-femmes en activité en France métropolitaine et dans les DOM. **Depuis 1990 les effectifs augmentent de près de 3 % par an.** Cette croissance s'explique d'une part par les quotas à l'entrée de l'école de sages-femmes qui, après une longue période de stabilité, ont augmenté de façon soutenue pour répondre aux exigences de sécurité et de qualité à la naissance décrétées en 1999 et d'autre part, par un allongement de la durée de vie professionnelle qui serait passée de 28 ans en 1990 à 34 ans en 1999. Cette évolution a profité aux hôpitaux publics jusqu'en 1997 puis au secteur libéral ou mixte qui emploie 15 % des sages-femmes en janvier 2004 contre 11,6 % en janvier 1998.

L'IRDES a actualisé la projection nationale réalisée en 1999 par la DREES pour tenir compte du quota défini pour 2004. En supposant que le comportement des générations futures de sages-femmes ne se modifiera pas en termes de taux d'échec ou de durée d'activité et plus généralement que les sages-femmes diplômées en 1990 se comporteront en 2020 comme les sages-femmes diplômées en 1973 se sont comportées en 2003 : **en 2020, le nombre de sages-femmes en activité devrait se situer autour de 19 000.**

¹⁰ Cette hypothèse peut paraître forte : elle a surtout des vertus pédagogiques et montre l'évolution du nombre de professionnels formés dans le cadre français sous les hypothèses habituelles de maintien des comportements.

Graphique 10. Évolution des effectifs de sages-femmes à l'horizon 2020.

Des pénuries localisées pour ces professionnels ?

Si les perspectives démographiques des professions de sages-femmes, d'infirmiers et de masseurs kinésithérapeutes apparaissent bonnes, et surtout ajustables assez rapidement compte tenu des délais courts de formation, leur répartition géographique pourrait poser des problèmes accrus à l'avenir. Le constat général de l'inégale répartition de l'offre de soins sur le territoire s'applique aussi à ces professionnels et notamment aux infirmières et aux masseurs kinésithérapeutes. Ainsi, la densité d'infirmières varie pratiquement du simple au double (477 dans le Centre, 915 en Provence-Alpes-Côte d'Azur), une proportion sans commune mesure avec le différentiel de population entre ces régions. Ces écarts sont supérieurs à ceux constatés pour les médecins (1 à 1,7 pour l'ensemble des médecins et 1 à 1,5 pour les généralistes) et ils ont eu tendance à s'accroître dans le temps. Enfin, les inégalités sont encore plus marquées pour les infirmières libérales : de 1 à 4 (si l'on exclut la Corse) avec 43 infirmiers pour 100 en Île-de-France et 186 en Languedoc-Roussillon. Le marché du travail est en forte tension pour ces professions, si l'on considère les indicateurs habituels (postes vacants, difficultés de recrutement déclarées, taux de chômage, etc.), reflétant une progression soutenue de la demande (ONDPS, 2004).

Des travaux similaires à ceux menés pour les médecins généralistes (cf. supra) ont identifié les zones déficitaires en infirmiers et masseurs kinésithérapeutes en

s'appuyant sur une combinaison d'indicateurs (très faible densité et très forte activité relativement à des seuils de la distribution nationale) révélatrice d'un déficit potentiel. D'après les estimations de la Drees, environ 2 % de la population française vivrait dans un bassin de vie très déficitaire en infirmiers ou en masseurs kinésithérapeutes¹¹. Les taux de recouvrement entre bassins de vie déficitaires en médecins généralistes et infirmiers ou masseurs kinésithérapeutes sont relativement faibles : aucun bassin de vie ne cumule les 3 déficits ; **dans une trentaine seulement (sur 220) le déficit en généralistes s'accompagne d'un déficit en masseurs kinésithérapeutes et dans 16 d'un déficit en infirmières.**

L'ONDPS, à partir d'un découpage territorial plus fin, et en s'appuyant sur une combinaison similaire de critères, avait également mené en 2004 et 2005 un exercice de confrontation des zones en pénurie potentielle de médecins généralistes de professionnels de santé et des professionnels de santé dont l'activité dépend étroitement de leur prescription (pharmaciens d'officine, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes). S'il soulignait que les densités de professionnels sont assez fortement corrélées entre elles, il montrait aussi que la profession d'infirmier libéral se distinguait assez nettement des autres, avec une activité libérale assez indépendante de l'implantation des autres professions, ce qui recoupe le constat mené au niveau des bassins de vie. L'analyse de la nature des actes réalisés mettait aussi en évidence des substitutions à l'œuvre entre professionnels dans certaines zones, comme en témoigne la structure de l'activité des infirmiers, qui comporte plus d'actes médicaux infirmiers dans les zones où les densités en professionnels – et pas seulement infirmiers – sont faibles.

Au final, les perspectives démographiques des cinq professions de premier recours étudiées ici invitent à considérer avec attention les possibilités d'évolution du partage de leurs compétences et de leurs coopérations. Dans une perspective de baisse marquée de la densité médicale, le temps court de la formation des sages-femmes, infirmiers et masseurs kinésithérapeutes, opposé au temps long de la formation des médecins et des dentistes est un atout que les pouvoirs publics peuvent mobiliser pour contribuer à une organisation de la prise en charge de premier recours satisfaisante sur l'ensemble du territoire. Si les coopérations et substitutions entre ces professionnels de santé ne sauraient constituer la seule réponse aux difficultés actuelles et futures d'accès au médecin généraliste dans certaines zones du territoire, il ne fait pas de doute qu'elles constituent des pistes à explorer, notamment en ce qui concerne la coopération entre généralistes et infirmiers. Les solutions proposées devront être modulables selon les territoires : l'analyse de la situation actuelle et la prospective indiquent que les difficultés seront probablement très localisées, et variables selon l'organisation et la structuration de l'offre de soins locale de premier et de second niveau.

¹¹ Cette estimation serait sans doute revue à la hausse si les unités urbaines de Paris, Lyon et Marseille, qui ont été traitées comme un tout, étaient découpées en zones plus petites, correspondant aux bassins de recours aux professionnels de santé de la population.

Éléments bibliographiques

Bessière S, Breuil-Génier P et Darriné S., 2004, « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », Études et résultats, n°352, novembre, DREES.

Billaut A, Breuil-Genier P., Collet M., Sicart D., 2006, « Les évolutions démographiques des professions de santé », in Données sociales, éd. 2006, INSEE.

Darriné S., 2003, « Les masseurs kinésithérapeutes en France. Situation en 2002 et projections à l'horizon 2020 », Études et Résultats, n°438, octobre, DREES.

Collet M., 2005, « La démographie des pharmaciens à l'horizon 2030. Un exercice de projection au niveau national », Études et Résultats, n°438, octobre, DREES.

Midy F, Legal R. et Tisserand F., 2005, « La profession de sage-femme : bilan démographique et méthodes d'estimation des besoins », Questions d'économie de la santé, n°101, décembre, IRDES.

ONDPS, 2004, « Analyse de trois professions, sages femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale », (tome 3), La documentation française.

ONDPS, 2004, « Démographie régionale de 5 professions de santé de premier recours », (tome 4), La documentation française.

ONDPS, 2005, « Les effectifs, l'activité et la répartition des professionnels de santé », (tome 1), La documentation française.

Vanderschelden M., 2007, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales », Études et résultats, n°571, avril, DREES.

CONTRIBUTION 2

LES NOUVELLES FORMES DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ : PREMIERS ENSEIGNEMENTS DES EXPÉRIENCES INTERNATIONALES

Yann Bourgueil, Sandrine Chambaretaud, Anna Marek, Julien Mousquès

ÉLÉMENTS DE DÉFINITION

Les expériences internationales de coopération entre professionnels de santé présentées dans cette note concernent spécifiquement les modalités de coopération qui induisent une modification des « frontières » entre professions¹².

L'analyse de la littérature internationale montre que les termes utilisés pour décrire les évolutions des rôles et des activités entre groupes professionnels varient selon la période et les auteurs. Ainsi, les concepts de "Skill mix" (Becky 1999, Buchan 2000), "Team Work" et "Interdisciplinary Work" sont apparus dans les années 90. Selon Hunter (1996), les réformes managériales et la mise en place d'une concurrence interne (« Internal Market »), inspirées du « New Public Management » dont l'objectif est d'améliorer l'efficacité des systèmes de soins, ont conduit à développer le travail d'équipe et à modifier les frontières professionnelles. Dans ce cadre, l'analyse du skill mix (littéralement « mélange des qualifications/savoirs faire ») est fondamentale pour faire évoluer l'organisation du travail et les frontières professionnelles vers une plus grande efficacité. Ce concept se réfère à la combinaison des postes dans un établissement de soins, à la combinaison des employés à un poste de travail et à la combinaison des activités de chaque professionnel (Buchan 2001).

Sibbald (2004) en distingue deux modalités : une première concernant les interfaces entre services et une deuxième qui concerne les changements de rôles professionnels et qui nous intéressent plus particulièrement dans notre revue de la littérature internationale.

¹² Pour la sociologie des professions, la manière dont les professions de santé négocient l'évolution de leurs territoires professionnels respectifs (juridictions selon Abbott) ne suit pas toujours un processus rationnel basé sur l'évaluation des besoins de santé ou des référentiels de soins.

L'analyse des nouvelles formes de coopération entre professions distingue généralement entre deux logiques (Laurant 2004, Bourgueil 2006, Midy 2003)¹³:

- Une **logique de substitution** qui décrit une situation dans laquelle des tâches antérieurement réalisées par une certaine catégorie de professionnels sont réalisées par une autre catégorie professionnelle (le plus souvent des médecins vers les infirmières). Dans ce modèle, deux objectifs peuvent être poursuivis, simultanément ou non :
 1. pallier des difficultés liées à une « pénurie » (ou au moins une insuffisance) de professionnels globale ou localisée et notamment dans les zones géographiques éloignées ;
 2. réduire les coûts de production des soins et notamment les coûts liés à la ressource humaine.
- Une **logique de diversification** qui renvoie à une extension des services offerts aux patients grâce au développement ou à la reconnaissance de nouvelles compétences chez certaines catégories de professionnels. La création de consultations infirmières dédiées pour le suivi de malades chroniques est un exemple typique de cette logique. Ces nouveaux modes de coopération ont pour objectif d'améliorer la qualité de la prise en charge et de répondre à des besoins non satisfaits. La diversification des activités peut notamment porter sur les procédures de suivi systématique, le développement de nouvelles activités comme l'éducation thérapeutique ou encore l'orientation des patients. En situation de pénurie professionnelle ou simplement de ressource médicale limitée, la diversification va s'opérer vers des professionnels non médecins par délégation ou transfert.

Ces deux logiques ne sont toutefois pas exclusives. Il est ainsi fréquent de constater qu'un déplacement des tâches des médecins vers les infirmières s'accompagne aussi d'une diversification de l'activité dans la mesure où le service proposé par l'infirmière diffère du service proposé par le médecin (une consultation réalisée par une infirmière comporte plus souvent un volet conseil-éducation à la santé). De même, la diversification peut conduire, à terme, à une évolution des trajectoires de soins, certaines activités de soins nouvelles comme les consultations d'éducation thérapeutique se substituant partiellement à des recours traditionnels auprès du médecin.

Enfin, il est important de distinguer le processus de substitution selon le caractère délégué ou transféré des activités. Le transfert signifie que le professionnel qui réalise l'activité est responsable, autonome, compétent et qualifié ; la délégation signifie que le professionnel qui délègue garde la responsabilité de la décision de réaliser l'acte et que l'activité de celui qui réalise l'acte est encadrée.

La diversification correspond généralement à des activités nouvelles non dédiées à une profession en particulier. Ainsi, les activités de " triage ", d'évaluation médico-sociale, de consultation avec prescription de médicaments en vente libre ne sont pas considérées comme des activités transférées dans la mesure où elles sont assimilées au rôle spécifiquement infirmier.

¹³ Il convient de souligner que ces deux logiques peuvent aussi décrire l'évolution des activités au sein d'une même profession. Par exemple des substitutions peuvent avoir lieu entre médecins généralistes et médecins spécialistes ou entre médecins de spécialités différentes. De même, dans le cas où l'offre médicale est abondante, une diversification de l'activité peut s'opérer au sein même de la profession médicale sans délégation ni transfert.

L'ÉVOLUTION DES RÔLES PROFESSIONNELS DANS LE CADRE DES NOUVELLES FORMES DE COOPÉRATION : LES EXPÉRIENCES INTERNATIONALES.

Un intérêt ancien et des expérimentations en cours dans de nombreux pays

Dès les années 60, de nouveaux métiers ou de nouvelles professions autorisées à prescrire ou réaliser des actes médicaux sont apparus aux Etats-Unis avec les assistants de médecins (Physicians Assistants) et les infirmières praticiennes (Nurse Practitioners) (Hooker 2006). Les assistants des médecins sont issus des « paramedics » employés sur les champs de batailles au cours de la seconde guerre mondiale puis pendant la guerre du Vietnam. Ils reçoivent une formation médicale de deux à trois ans et assistent les médecins spécialistes au sein des hôpitaux notamment pour les tâches techniques (Bourgeault 2007).

La pratique infirmière avancée recouvre schématiquement deux cas de figure : celui de l'infirmière clinicienne spécialisée qui s'inscrit dans un modèle de développement spécifique des savoirs infirmiers (clinical nurse) et celui de l'infirmière praticienne (nurse practitioner) ou de l'infirmière de santé publique (district nurse) qui s'inscrit en substitution et/ou en complémentarité de la pratique médicale.

L'infirmière clinicienne spécialisée possède un niveau de formation master, assure des fonctions d'encadrement, de conduite de projets, d'analyse de situations complexes auprès de certains patients, de pilotage de démarches qualité et de formation. Le lieu d'exercice dominant est l'hôpital. Cette spécialisation ancienne, introduite dans les années soixante, correspond au développement de la formation et de la recherche infirmières et s'est inscrite dans un processus académique d'autonomisation de la profession. Le Québec et le Royaume-Uni ont particulièrement développé ce modèle.

L'infirmière praticienne (nurse practitioner) s'adresse directement aux patients ou à certains groupes de patients. La pratique avancée porte alors sur un domaine d'expertise et de soins médicaux. L'infirmière praticienne est formée au diagnostic de certaines situations, à la réalisation de certains actes diagnostiques ou de prescription dans un cadre limité ou dans des conditions d'exercice bien précisées. Elle travaille majoritairement dans les soins primaires au Royaume-Uni, en Ontario et aux Etats-Unis, et principalement à l'hôpital au Québec, dans le domaine de la dialyse, de la réanimation néo-natale ou des soins intensifs de cardiologie.

Il semble toutefois que le nombre d'infirmières en pratique avancée est relativement modeste notamment au Royaume-Uni et au Canada qui ont cependant quitté le stade expérimental de développement du métier d'infirmière praticienne. De plus, les infirmières praticiennes éprouvent des difficultés à faire valoir une véritable identité professionnelle : mis à part le cas de certaines provinces du Canada, comme l'Ontario qui a réglementé le cas de l'infirmière autorisée étendue (registered nurse extended), les titres d'infirmières praticiennes ne sont pas protégés, traduisant ainsi une faible reconnaissance institutionnelle de cette catégorie professionnelle qui semble, toutefois, susciter un intérêt croissant dans plusieurs autres pays (Finlande, Pays-Bas, Suède).

Dans un contexte radicalement différent, la politique des soins primaires, mise en oeuvre dans de nombreux pays en voie de développement à la suite de la déclaration d'Alma Ata de l'OMS en 1978, était basée à la fois sur des centres de soins primaires et des professionnels de santé infirmiers. Ces professionnels,

formés et autorisés à prescrire des médicaments essentiels, exerçaient principalement en milieu rural (Dovlo 2004) 14.

Parmi les pays de l'OCDE, le Royaume-Uni, les Etats-Unis, le Canada et certains pays nordiques semblent être les plus avancés dans l'évolution des rôles des professionnels de santé. Le tableau ci-dessous souligne l'intérêt qui semble se généraliser pour cette question, avec des expérimentations en cours (Pays-Bas) ou annoncées (Allemagne), voire un début de mise en œuvre (Irlande, Australie).

Les formes de substitution mises en œuvre durant les cinq dernières années selon les acteurs concernés et la nature des activités.

Pays	Substitution entre médecin et infirmière	Substitution entre spécialistes et généralistes	Autres types de substitution
Australie	En cours de développement <i>Prescription infirmière limitée</i>		
Canada	Oui dans certaines provinces <i>Prescription infirmière limitée</i>	Limitée	Substitution entre infirmières qualifiées et autre personnel non qualifié
Royaume-Uni	Consultation infirmière Support téléphonique <i>Prescription infirmière limitée</i>	Expérimentation d'une prise en charge du diabète par des généralistes	Substitution entre infirmières qualifiées et autre personnel non qualifié
Allemagne	Projet « Mettre l'accent sur la coopération interdisciplinaire » <i>Pas de prescription infirmière</i>		
Irlande	En cours de développement		
Pays-Bas	Expérimentations en cours <i>Pas de prescription infirmière</i>	Expérimentations en cours	Substitution entre infirmières qualifiées et autre personnel non qualifié Ophtalmologistes/opticiens Gynécologues/sages femmes
Suède	Dans certains domaines spécifiques <i>Prescription infirmière limitée</i>	Anesthésie, diabète, asthme	
États-Unis	Oui dans certains États <i>Prescription infirmière limitée</i>		

D'après (Buchan 2004) - projet OCDE « Human Resources in Health Care »

¹⁴ http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?language=french

Les « substitutions » entre médecins et infirmières s'opèrent notamment dans le domaine des prescriptions. En effet, il s'agit d'un droit traditionnellement réservé au corps médical, que ce soit pour les traitements médicamenteux ou pour les autres produits et matériels médicaux. Plusieurs pays se sont néanmoins engagés dans le développement d'un droit de prescription limité pour d'autres professionnels, notamment les infirmières, et le plus souvent les infirmières de pratique avancée.

On peut schématiquement distinguer deux modalités principales de prescription infirmière. D'une part, la prescription indépendante, qui fait l'objet d'un transfert. Elle est confiée à une catégorie spécifique d'infirmières aux compétences étendues et formées en ce sens (infirmière autorisée étendue en Ontario, infirmière praticienne au Québec et infirmière de santé publique au Royaume-Uni et en Suède) ; la formation est spécifique, et peut être ensuite intégrée dans le processus général de formation. D'autre part, la prescription individuelle sous contrôle (Royaume-Uni) ou collective (Royaume-Uni et Québec), qui résultent d'un accord local impliquant un ou des médecins. La prescription infirmière est alors encadrée et formalisée et ne nécessite pas de formation complémentaire.

Des expériences phares dans le champ des soins primaires qui mettent l'accent sur la diversification.

Quelques expériences phares illustrent, de façon particulièrement intéressante, le contenu des coopérations possibles en termes de diversification¹⁶. On peut, par exemple, citer la création, en 2000, des Groupes de médecine de famille au Québec, au sein desquels sont associés des infirmières aux compétences étendues (prévention, promotion, dépistage, gestion de cas, suivi systématique des clientèles vulnérables, etc) et une dizaine de médecins. Ces infirmières peuvent être directement salariées par les groupes ou rester salariées des centres locaux de santé communautaire et travailler au sein des cabinets de groupe. Ces groupes de médecins de famille offrent une gamme de services médicaux de première ligne, 24h/24 et sept jours sur sept. Ils ont été créés pour améliorer l'accessibilité aux soins et pour promouvoir la prise en charge globale des patients et la continuité des soins. L'objectif du ministère de la Santé québécois est qu'à terme 75 à 80 % de la population soit rattachée à l'un de ces groupes.

Au Royaume-Uni, si la place des infirmières dans le champ des soins primaires est ancienne, en particulier en ce qui concerne les soins à domicile, les champs d'intervention des différents professionnels se sont modifiés depuis le début des années quatre-vingt-dix. En effet, les réformes dans l'organisation des soins primaires se sont traduites par un effort pour inciter infirmières et médecins à travailler en collaboration, avec la mise en place, pour ces derniers, d'incitations (financières) à recruter des infirmières. Elles assurent ainsi, au sein des cabinets de médecins généralistes, des consultations de premier recours pour des problèmes mineurs, le suivi des malades chroniques stabilisés ou le développement de l'éducation et de la promotion de la santé. Par ailleurs, des centres d'information, d'orientation et de promotion de la santé gérés de manière autonome par des infirmières (NHS Walk in Centers et NHS Direct) ont été créés ; bien que renforçant le rôle de ces dernières, ces centres n'impliquent, toutefois, pas de collaborations institutionnalisées avec les médecins.

¹⁶ cf. Bourguet 2006

LES OBJECTIFS ET L'AMPLEUR POTENTIELLE DES NOUVELLES FORMES DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS

L'influence du contexte général et des contraintes pesant sur le système de santé

Les motivations, les modalités et les effets de l'évolution des rôles et des formes de coopération entre professionnels de santé ne peuvent pas être appréhendées en dehors du contexte général de l'organisation des soins et du système de santé.

Les revues de la littérature de (Midy 2003) et (Sibbald 2004)¹⁷ mettent en évidence les points suivants :

- Au début des années quatre-vingt-dix, la littérature américaine sur les nouvelles formes de coopération (Skill mix) est focalisée sur les expériences de substitution entre professionnels de santé (médecins-infirmiers, psychiatres-conseillers en psychiatrie, médecins-pharmaciens, médecins-diététiciens, infirmier-personnel non qualifié, infirmier-diététicien). Les travaux relatant des expériences de diversification des services aux États-Unis apparaissent plus tardivement, au début des années deux mille.
- Au Royaume-Uni, la question de la diversification a, semble-t-il, constitué la porte d'entrée à une réflexion sur les coopérations entre professionnels, la problématique de la substitution intervenant plus tardivement dans les débats.

Ces deux approches de la coopération entre professionnels traduisent l'importance des facteurs de contexte. Aux États-Unis, les principaux défis du système de santé sont, en effet, liés à son coût de production du point de vue des assureurs que sont les *managed care* ; dès lors, on comprend bien que la problématique principale abordée dans la littérature américaine soit celle de la substitution entre professionnels ayant des niveaux de rémunération différents afin de « produire » un ensemble de soins donné au moindre coût.

En revanche, au Royaume-Uni, la médiocre qualité de la prise en charge des patients au sein du National Health Service (NHS)¹⁸ était dénoncée dans les années quatre-vingt-dix : les coopérations s'inscrivaient donc dans un objectif général d'amélioration de la qualité étant donné un niveau de ressources fixe (humaines mais aussi financières).

Les motivations de l'évolution des rôles professionnels identifiés par la littérature

Selon Buchan (2004), les politiques et mesures mises en œuvre récemment dans les pays de l'OCDE afin de promouvoir de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé (dans une logique soit de substitution soit de diversification) ont été motivées par quatre évolutions majeures : les pénuries (globales ou localisées) de certains types de qualifications ; l'essor des démarches qualité dans le monde de la santé ; la croissance des dépenses de santé et les contraintes économiques ; les modifications de l'environnement (technique, juridique ou social).

¹⁷ Il s'agit d'une revue de la littérature publiée depuis 1978 pour Midy et depuis 1990 pour Sibbald.

¹⁸ Dont les dépenses sont limitées.

L'évolution de la démographie des professionnels de santé et l'apparition de « pénuries » (réelles ou ressenties, globales ou localisées) de certains types de qualifications ont ainsi nourri des réflexions sur l'utilisation optimale des compétences disponibles. Dans ce contexte, les coopérations ont été considérées comme un moyen de pallier le manque de certaines catégories de professionnels par le biais de la substitution (en particulier entre médecins généralistes et infirmières) ou encore par le développement de nouveaux services permettant une autre modalité de prise en charge, cette autre modalité « économisant » les catégories de professionnels dont les effectifs semblent insuffisants.

Dans les pays en voie de développement qui ont été soumis à des restrictions de dépenses publiques et qui sont caractérisés par une forte émigration des professionnels de santé induisant une pénurie de main d'œuvre considérable, la question des rôles professionnels se pose à nouveau avec acuité (WHO 2006). Ainsi, l'Organisation Mondiale de la Santé s'est engagée dans la promotion et la généralisation du « Task Shifting » (transfert de tâches) afin d'améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux (Gilks et al, WHO 2006). Les objectifs poursuivis (Bluestone et al 2006) sont de faciliter la prescription des traitements antirétroviraux par les infirmières ainsi que l'administration des test diagnostics et le suivi des patients par les « lay providers », généralement des malades formés et rémunérés pour cela. Un projet pilote visant à analyser sur dix pays les pratiques et les conditions du développement du task shifting devrait à terme permettre l'élaboration de guides pour le développement des pratiques de transfert de tâches notamment dans le domaine du SIDA¹⁹. Dans le cadre particulier de l'épidémie de SIDA, l'évolution des rôles professionnels constitue ainsi une voie particulièrement privilégiée pour répondre à la pénurie de professionnels de santé.

L'essor des démarches qualité et l'attention portée à l'amélioration de la qualité des soins, tant au niveau national qu'à celui des organisations internationales, ont également conduit les différents pays à s'interroger sur la place respective des différentes catégories de professionnels. En effet, les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé pourraient permettre d'améliorer la qualité des prises en charges, notamment dans le cadre d'une logique de diversification qui conduit au développement de nouvelles activités ou au renforcement de l'offre existante (en particulier dans le domaine de la prévention et de l'éducation pour la santé).

De même, les contraintes économiques ont constitué une des motivations du développement des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. Les dépenses de personnel représentant jusqu'à 75 % des dépenses de santé, la question de la répartition des tâches en fonction des niveaux de qualifications (ces derniers se traduisant par des niveaux de rémunérations différenciés) est une motivation patente (même si en pratique cette question est rarement abordée aussi frontalement).

Enfin, l'innovation technique et le progrès médical, les nouvelles priorités de santé publique et l'évolution de la demande, les réformes du système de santé ou encore les changements réglementaires peuvent être à l'origine d'une redéfinition des modes de coopération entre professionnels voire de l'apparition de nouveaux métiers.

Il est intéressant de souligner que dans la plupart des études de langue anglaise, l'amélioration des conditions de travail et la problématique de l'attractivité des

¹⁹ Joint WHO/PEPFAR meeting on Task Shifting. Kigali, 14 June 2007, <http://www.who.int/hiv/pub/meetingreports/Kigali%20Meeting%20-%20report.pdf>

professions de santé ne sont jamais abordées en tant qu'objectifs des expériences de substitution ou de diversification. Toutefois, ces deux questions resurgissent dès lors que ces études se penchent sur les conséquences (et plus souvent sur le volet des effets indésirables) de ces expériences.

L'évaluation des marges de développement de la substitution entre médecins et infirmières

Au-delà des objectifs affichés par les politiques visant à développer les nouvelles formes de coopération, des approches plus pragmatiques, fondées sur l'évaluation des marges de développement de la substitution, permettent de repérer plus concrètement le rôle que peuvent jouer ces délégations dans le cadre des soins primaires.

Un certain nombre d'études, essentiellement américaines et britanniques, ont ainsi cherché à estimer un « potentiel de substitution », c'est-à-dire la part de l'activité des médecins pouvant être réalisée par d'autres professionnels de santé²⁰. Elles reposent souvent sur des approches méthodologiques distinctes (l'analyse des tâches, l'analyse de l'activité réelle, l'analyse des caractéristiques des patients, l'avis d'expert ou encore les groupes de discussion...) qui rendent les résultats peu comparables²¹. Par ailleurs, ces estimations font le plus souvent apparaître des délégations vers des infirmières praticiennes, ayant un niveau de qualification relativement élevé.

Selon les études britanniques menées durant les années 90, le pourcentage de consultations de médecine générale déléguables à une infirmière praticienne se situerait entre 17 et 44% (Jenkins-Clarke 1998, Kernick 1999). Les activités « potentiellement » déléguables sont déterminées à partir d'une observation de l'activité réelle des médecins généralistes (avec un relevé de l'activité du médecin toutes les 30 secondes) et/ou d'avis d'experts. Les activités ainsi identifiées dans ces études sont liées à la promotion de la santé (prévention, dépistage et conseil), à la prise en charge des affections cutanées ou à la contraception.

Les études américaines envisagent, quant à elles, le potentiel de substitution à partir des caractéristiques générales des patients (Denton 1983, Lomas 1985). Ainsi, selon des avis d'expert, certains groupes de population pourraient être particulièrement concernés par les substitutions : pour les jeunes enfants, les personnes âgées ou les femmes enceintes, entre 50 et 80 % des consultations de soins primaires pourraient être réalisées par une infirmière praticienne (40 % en population générale).

Au-delà d'une hétérogénéité liée à la méthodologie et surtout au contexte institutionnel et culturel de l'offre de soins primaires, ces travaux soulignent qu'une partie non négligeable de l'activité des médecins généralistes pourrait être déléguée à une infirmière praticienne, en particulier pour la prise en charge de populations spécifiques ou pour les activités liées à la promotion de la santé.

²⁰ Pour une présentation plus détaillée de ces études cf. Midy 2003

²¹ cf. Buchan 2000

ORGANISATION, STRUCTURE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT DES COOPÉRATIONS

L'analyse comparée des formes de coopérations entre médecins généralistes et infirmières dans le domaine des soins primaires (Bourgueil et al, 2006) montre que la structure et l'organisation générale du système de soins, et notamment le secteur des soins ambulatoires, ont une influence majeure sur les formes et l'ampleur des coopérations entre professionnels de santé. Nous ne reprendrons pas ici le rôle de l'organisation générale des professions de santé aussi bien en termes juridiques qu'universitaires qui contribue également à expliquer l'évolution des rôles professionnels dans chaque pays.

Les structures d'exercice

Dans le secteur des soins primaires, on note une opposition très nette entre les pays où les médecins généralistes exercent majoritairement en cabinets individuels ou en groupes monodisciplinaires (Allemagne, Italie, Pays-Bas, France, Canada), et les pays où ont été mis en place des cabinets de groupe associant médecins généralistes et autres professionnels de santé, notamment des infirmières (Finlande, Royaume-Uni, Suède).

Ces modèles dominants de délivrance de soins dessinent des configurations différentes des formes de coopérations entre médecins et infirmières ; ces dernières sont, en effet, d'autant plus développées que des lieux d'exercice communs existent.

Ainsi, les structures d'exercice commun en Italie, aux Pays-Bas, en Allemagne sont relativement rares et les infirmières interviennent peu dans la délivrance des soins primaires. En revanche, dans ces deux derniers pays, les médecins généralistes ont souvent recours à des « assistantes médicales ». Ces dernières, généralement peu qualifiées, sont salariées par les médecins généralistes et effectuent, sous leur contrôle, des « petites » tâches médicales en plus de leurs activités de secrétariat.

Au Canada et au Royaume-Uni, les infirmières occupent une place ancienne dans les soins primaires bien que le développement de structures d'exercice commun soit récent. Médecins généralistes et infirmières intervenaient donc dans la prise en charge de premier recours mais de manière relativement indépendante et peu de coordonnée. Les réformes récentes engagées dans ces deux pays visent aujourd'hui à créer ces structures d'exercice commun entre médecins généralistes et infirmières, mais de manière encore limitée au Canada. Au Royaume-Uni, la collaboration avec les médecins est la règle dans le cadre des groupes de soins primaires (*Primary Care Groups*) qui jouent désormais un rôle pivot dans le système de santé.

La Finlande et la Suède sont, en revanche, marquées par la prédominance de structures d'exercice favorisant une collaboration intégrée entre médecins et infirmières. L'offre de soins primaires y repose, depuis les années 70, sur les centres de santé qui constituent la base du système. Ces centres qui regroupent médecins généralistes, personnels paramédicaux et même travailleurs sociaux offrent une large gamme de soins et de services médicaux, sociaux et

communautaires. Les infirmières y jouent un rôle primordial (premier contact et orientation du malade, propres heures de consultation...).

Les politiques volontaristes explicitement orientées vers le développement de centres de soins primaires et le travail d'équipe et comprenant un financement spécifique constituent un facteur-clé pour le développement des nouvelles formes de coopération notamment sur le versant de la diversification des activités de soins.

La densité médicale et la répartition des professionnels sur le territoire

La démographie médicale, son évolution et les caractéristiques de la répartition géographique des professionnels de santé apparaissent également comme des facteurs importants dans le développement de nouveaux rôles infirmiers. Les pays qui ont une densité médicale modérée, comme le Canada (Ontario et Québec), le Royaume-Uni et la Suède, laissent une place importante à l'intervention des professionnels paramédicaux et, notamment, des infirmiers. A l'inverse, les pays à forte densité médicale, comme l'Italie et l'Allemagne, sont caractérisés par un développement limité de la profession infirmière.

Face à la diminution du nombre de médecins, les nouvelles formes de coopération peuvent concerner d'autres professions que la profession infirmière, notamment les « assistantes médicales » comme en Allemagne ou aux Pays-Bas qui réalisent des tâches précises sous le contrôle du médecin. Dans ces pays, les infirmières n'ont pas investi ces fonctions et revendiquent plutôt la reconnaissance d'un rôle propre infirmier (i.e. indépendant du médecin).

A la différence de ces pays, le Royaume-Uni ne connaît pas de division entre infirmière et assistante médicale ; cette distinction s'opérant au sein même de la profession infirmière avec l'infirmière praticienne (*practice nurse*), qui travaille au cabinet du médecin, et l'infirmière de santé publique (*district nurse*) qui exerce indépendamment des médecins.

La démographie médicale constitue un élément structurant de l'offre de soins primaires qui peut inciter à développer les coopérations dans un objectif de substitution d'ampleur variable entre les professions infirmière et médicale. Toutefois, une analyse plus approfondie de cette dynamique de substitution nuance ce constat. Ainsi, en Ontario, les infirmières praticiennes, formées et diplômées à la fin des années soixante-dix, ont permis de résoudre ponctuellement un déficit provisoire de médecins mais sans véritablement s'inscrire dans un processus de professionnalisation. Si un contexte démographique tendu permet le développement de nouveaux rôles entre professionnels de santé cela ne suffit pas à garantir la pérennisation de ces nouveaux rôles infirmiers et leur institutionnalisation.

L'existence de lieux d'intervention spécifiques

Les coopérations peuvent aussi traduire une sorte de partage des lieux d'intervention. Dans la plupart des pays, les médecins interviennent très peu, voire pas du tout au domicile des patients. Traditionnellement, ce sont les infirmières responsables d'équipes qui vont au domicile des malades, soit pour délivrer des soins, soit pour évaluer la situation d'un patient. C'est aussi dans le cadre du suivi au domicile que le droit de prescription a été donné aux infirmières qualifiées au Royaume-Uni.

L'augmentation considérable de la demande de soins à venir offre donc des perspectives quant au développement futur des rôles infirmiers au domicile et, en conséquence, de l'élargissement de leur champ de compétences, notamment en ce qui concerne la prescription.

Les modes de rémunération

Les conditions de rémunération des professionnels de santé ont, au même titre que les objectifs généraux poursuivis, une influence sur les modalités de coopération entre professionnels. À cet égard, les expériences étrangères montrent que des évolutions des rôles professionnels sont possibles quels que soient le statut et le mode de rémunération.

Dans le domaine des soins primaires, on constate le développement de rémunérations visant développer la gamme des services offerts par les structures et les professionnels. Quatre grandes modalités d'exercice et d'allocation des ressources aux infirmières peuvent être observées : l'infirmière exerçant comme professionnelle indépendante dans un cadre libéral (principalement certaines infirmières américaines) ; l'infirmière salariée d'une structure de santé (*nurse practitioner* ou *district nurse* au Royaume-Uni, en Suède, au Québec et en Ontario) ; l'infirmière salariée d'un cabinet de groupe (*practice nurse* au Royaume-Uni, infirmières recrutées dans les cabinets de groupe dans le cadre de projets expérimentaux aux Pays-Bas, infirmières dans les *Family health networks* en Ontario) ; l'infirmière associée voire leader dans un cabinet de groupe (Royaume-Uni).

La question de l'opérateur auquel sont alloués les financements permettant de développer les coopérations, apparaît déterminante et conditionne la nature des activités développées et le degré d'autonomie des différents professionnels (le professionnel salarié du médecin réalise en général des actes délégués par le médecin, sous contrôle de ce dernier).

Dans le cas de professionnels indépendants payés à l'acte, l'exemple américain suggère qu'une délégation pensée dans une logique de complémentarité peut être envisageable. Médecins et autres professionnels de santé entrent dans des relations de partenariat informel. Le plus souvent, ces partenariats concernent des activités d'éducation à la santé ou de prévention dans le cadre d'une diversification des services proposés aux patients. Dans un contexte de rationnement de la demande, ces partenariats peuvent aussi permettre aux médecins de sélectionner les patients qu'ils reçoivent : ceux exigeant les consultations les plus longues et pour lesquelles la dimension technique est quasi-inexistante sont renvoyés vers les autres professionnels²².

Le salariat est un deuxième mode de rémunération qui peut être observé. Deux cas doivent être distingués selon qu'il s'agit d'un médecin isolé ou d'un groupe de médecins qui salarie un collaborateur.

Le premier cas correspond à l'exemple allemand avec les assistantes médicales. Cependant l'équilibre économique de ce type d'organisation est difficile à atteindre pour les médecins. S'ils peuvent supporter la charge financière liée à l'emploi d'une assistante peu qualifiée (qui exécute à la fois des tâches de secrétariat et des

²² cf Buchan 2004

tâches déléguées), il n'en est pas de même en ce qui concerne le salaire d'un personnel infirmier.

Dans le deuxième cas, la mutualisation de la charge financière entre médecins offre plus de souplesse et permet, notamment, de supporter le salaire d'une infirmière. C'est, par exemple, le cas des *practice nurses* au Royaume-Uni, des infirmières recrutées dans les cabinets de groupe dans le cadre de projets expérimentaux aux Pays-Bas ou encore des infirmières dans les *Family Health Networks* en Ontario. L'expérience de l'Ontario met, toutefois, en évidence une baisse des revenus des médecins d'environ 5 % , ces derniers se trouvant alors en concurrence avec les professionnels non médecins qu'ils ont recrutés et auxquels ils sont censés déléguer une partie de leur activité (Bourgueil 2006).

Les expériences étrangères montrent que le recrutement et le paiement d'une infirmière par un cabinet médical suppose qu'un financement spécifique soit attribué au cabinet. C'est le cas, par exemple, de la politique du renouveau des soins primaires au Canada, qui s'accompagne du financement adéquat des postes d'infirmières praticiennes au sein des centres locaux de soins communautaires ou des cabinets de groupes. C'est le cas également de projets expérimentaux aux Pays-Bas qui sont financés dans le cadre de réseaux de santé primaire ou du *New GMS (General Medical Service)* au Royaume-Uni. Cette dépense supplémentaire peut être justifiée soit par une augmentation globale du nombre de patients traités (logique de substitution) soit par une augmentation de la qualité des soins proposés aux patients (logique de diversification).

Enfin, le médecin et l'autre professionnel de santé peuvent être rémunérés par un même établissement ou centre de santé. Pour les établissements et les centres de santé, le développement des nouvelles formes de coopération peut s'inscrire dans le cadre de financements spécifiques qui leur sont attribués (c'est par exemple le cas des cabinets de soins primaires au Royaume-Uni qui perçoivent une dotation budgétaire afin de salarier des professionnels non-médicaux), ou bien s'inscrire dans un objectif de recherche de gains de productivité (en pratique, la promotion des diversifications/substitutions a parfois été perçue comme un moyen de diminuer la masse salariale à activité donnée et sans toucher aux salaires des différentes professions au sein de l'équipe).

Il s'agit de l'organisation qui permet le plus de souplesse en termes de partage des tâches entre professionnels. Assez naturellement, la plupart des expériences de diversifications/substitutions décrites dans la littérature (et celles expérimentées en France aujourd'hui) se situent dans ce cadre.

D'une part, la proximité géographique des professionnels travaillant pour une même organisation est un puissant moteur à l'instauration de nouvelles formes de coopération, dans une logique de substitution ou de diversification.

D'autre part, les établissements et centres de santé qui souhaitent favoriser les diversifications/substitutions entre professionnels peuvent mettre en place des conditions de rémunération des différents professionnels de santé qui les incitent à coopérer.

LES PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS DES EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES

L'évolution des rôles des professionnels de santé dans le monde montre à la fois l'intérêt très vif suscité par cette nouvelle organisation et la difficulté à en mesurer précisément les effets au regard des objectifs visés. Les nombreuses évaluations des expériences étrangères de coopération (au sens diversification/substitution) entre professionnels de santé recensées dans la littérature permettent toutefois de dégager quelques conclusions²³.

En particulier par rapport aux enjeux identifiés en France – améliorer la prise en charge des patients ; renforcer l'attractivité des professions de santé ; faire face à une pénurie de professionnels de santé ; améliorer l'efficacité de l'organisation des soins – ces expériences apportent des premiers éléments de réponse.

1. Les nouvelles formes de coopération (diversifications et substitutions) permettent-elles de faire face à des **pénuries de main d'œuvre** ?
 - Dans un contexte de vieillissement de la population et d'évolution de la demande (évolution du poids des malades chroniques ou augmentation de la natalité), les nouvelles formes de coopération entre les médecins et les autres professionnels de santé (infirmiers, diététiciens, sage-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens, etc.) peuvent en partie permettre de répondre à des besoins qui ne sont pas pris en charge par les médecins (dans une logique de diversification).
 - Les nouvelles formes de coopération peuvent permettre de dégager du « temps médecin » lorsqu'elles relèvent d'une logique de substitution mais l'impact sur l'offre disponible dépend de l'utilisation de ce temps dégagé (loisirs ?)
 - Les coopérations peuvent simplement déplacer le problème : les infirmières réalisent des tâches auparavant réalisées par les médecins mais qui réalise les tâches des infirmières ? cf. la question de la substitution entre infirmière qualifiée et autres professionnels de santé moins qualifiés (Buchan 2004)
 - Les coopérations ne permettent pas de résoudre à elles seules des difficultés liées à une pénurie localisée de main d'œuvre. En effet, les zones avec une faible densité médicale sont souvent des zones avec une faible densité d'infirmiers et de professionnels de santé.

2. Les nouvelles formes de coopération (diversifications et substitutions) peuvent-elles permettre **d'améliorer la qualité de la prise en charge** et répondre à des besoins non satisfaits ?
 - Dans une logique de diversification de l'activité, les nouvelles activités développées doivent être des activités de nature à améliorer la qualité de la prise en charge, indépendamment du type de professionnel qui les assure.
 - Les études montrent, pour la plupart, un niveau élevé de satisfaction des patients suivis par une infirmière. Sibbald (2000) souligne toutefois que les études disponibles ne concernent que des segments de prise en charge limités et ne permettent pas de conclure quant à l'impact des coopérations sur la qualité de la prise en charge globale, avec notamment des risques en termes de continuité des soins.

²³ cf. Midy 2003, Sibbald 2004, Bourgueil 2006

3. Les nouvelles formes de coopération (diversifications et substitutions) peuvent-elles permettre une **utilisation plus efficiente des ressources** ?

- Le développement des nouvelles formes de coopération implique, le plus souvent, une hausse des coûts à court terme : phase de formation (Kinley 2001); réponse à une demande non satisfaite (effet volume) ; développement de nouveaux rôles (effet qualité).
- Le développement des nouvelles formes de coopération peut entraîner une augmentation de l'efficience du système dans son ensemble si:
 - a. dans une logique de substitution, les différences de productivité entre professionnels se retrouvent dans les différences de salaires : par exemple une revue de la littérature de (Laurant 2004) sur la substitution entre médecins et infirmiers en soins primaires conclue que les économies liées à la différence de salaire entre médecins et infirmiers peuvent être plus que compensées par une durée de consultation supérieure pour les infirmiers.
 - b. dans une logique de diversification, les bénéfices des nouvelles activités (dont le développement a été rendu possible par la coopération) sont supérieurs aux bénéfices qui étaient tirés des activités qui ont été déléguées.

4. Les nouvelles formes de coopération (diversifications et substitutions) renforcent-t-elles **l'attractivité des professions** ?

- Les coopérations entre professions peuvent renforcer les liens entre ces professions en favorisant les partenariats mais aussi en contribuant à développer des relations hiérarchiques qui sont parfois vécues comme des pertes d'autonomie
- Si les coopérations impliquent une formation, cette formation doit être reconnue et permettre des évolutions de carrière
- La multiplication des tâches déléguées ou transférées peut aussi être synonyme d'une surcharge de travail et peut, dans certains cas, être perçue comme un moyen de transférer les « mauvais » malades (gériatrie, patients en fin de vie, patients ayant aussi besoin d'une prise en charge sociale)

— **RÉFÉRENCES**

1. Abbott A. (1998), *The system of professions. An essay on the division of Expert Labor*. TheUniversity of Chicago Press. Chicago and London.
2. Becky F., (1999), Enrolled nurses and the professionalisation of nursing: a comparison of nurse education and skill mix in Australia and the UK. *International Journal of Nursing Studies* 36 (1999) 127-135.
3. Bluestone J. and PIEGO JH., (2006), *Task Shifting for a Strategic Skill Mix*. 5. 2006. Capacity Project knowledge sharing.

4. Bourgeault I. L. and Lindsay S., (2007), Who's minding the gate? Comparing the primary health care division of labour in Canada & the U.S. *SEDAP –Research paper n° 205*. <http://socserv2.socsci.mcmaster.ca/~sedap/p/sedap205.pdf>
5. Bourgueil Y., Marek A. , and Mousques J., (2006), Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières : l'apport d'expériences européennes et canadiennes : rapport d'étude et actes de la journée du 16 juin 2005. D'Amour, D. -257p.. Paris : IRDES.
6. Buchan J., (2000), Health sector reform and human resources: lessons from the United Kingdom. *Health Policy Plan*. 15, no. 3:319-325
7. Buchan J., (2001), If changing skill mix is the answer, what is the question? *J.Health Serv.Res.Policy* 6, no. 4:233-238
8. Buchan J. and Calman L., (2004b). Skill-mix and policy change in the health workforce : nurses in advanced roles. *OECD Working Papers number 17*. 2004 (8). Paris : OECD.
9. Denton F., Gafni A., Spencer B. et al., 1983, Potential savings from the adoption of nurse practitioner technology in the canadian health care system, *Socio-Econ Plan Sci*, vol 17, n°4, pp. 199-209.
10. Dovlo, Delanyo., (2004), Using mid-level cadres as substitutes for internationally mobile health professionals in Africa. A desk review. *Human Resources for Health* 2, no. 1:7.
11. Gilks C. F., Crowley S., Ekpini R., Gove S., Perriens J., Souteyrand Y., Sutherland D. et al., (2006), The WHO public-health approach to antiretroviral treatment against HIV in resource-limited settings
1. *Lancet* 368, no. 9534:505-510.
12. Hunter D. J., (1996), The changing roles of health care personnel in health and health care management. *Soc.Sci.Med* 43, no. 5:799-808.
13. Jenkins-Clarke S., Carr-Hill R., Dixon P., 1998, Teams and seams: skill mix in primary care, *J Advan Nurs*, vol 28, n°5, pp. 1120-1126.
14. Kernick D., Reinhold D., Mitchell A., 1999, How should patients consult ? A study of the differences in viewpoint between doctors and patients, *Fam Pract*, vol 16, n°6, pp. 562-565.
15. Kernick D. and Scott A., (2002). Economic approaches to doctor/nurse skill mix : problems, pitfalls, and partial solutions. *British Journal of General Practice*:42-46.
16. Kinley H, et alii. (2001) Extended scope of nursing practice: a multicentre randomised controlled trial of appropriately trained nurses and preregistration house officers in pre-operative assessment in elective general surgery, *Health Technology Assessment*, 5 (20).
17. Laurant M., Reeve D., Hermens R., Braspenning R., and Grol R., (2005), Substitution of doctors by nurses in primary care (review). *Cochrane Library (The)* [2], -34p.
18. Midy F., (2003), Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières : revue de la littérature 1970-2002. *Questions D'Economie de la Sante* [65]
19. Sibbald B., Shen J., and McBride A., (2004), Changing the skill-mix of the health care workforce. *J.Health Serv.Res.Policy* 9 Suppl 1:28-38.
20. WHO and HIV/AIDS Programme. (2006), *Taking stock:Health worker shortages and the response to AIDS*. Geneva, WHO.

21. WHO and UNAIDS. (2006), *Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy. A report on "3 by 5" and beyond.* Geneva, WHO.
22. WHO. (2006a), *The world health report 2006 - working together for health.* 2006. Geneva. 14-12-2006.
23. WHO. (2006b), *Treat, Train, Retain. The AIDS and health workforce plan. Report on the consultation on AIDS and human resources for health.* 1-80. 2006. Geneva. 12-12-2006.

CONTRIBUTION 3

UNE ANALYSE ÉCONOMIQUE DE LA COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ : LES APPORTS THÉORIQUES, L'ÉTUDE DE L'EXISTANT ET UN ESSAI DE PROSPECTIVE²⁴

Leila Ben Aoun, Bruno Ventelou, Yann Videau

_ INTRODUCTION

Faire coopérer, au mieux, les différents corps de métiers d'une société est une vieille question de l'économie politique. Elle date de l'invention de la division du travail... La première réponse, celle d'Adam Smith, était la suivante : « *Ce n'est pas de la bienveillance du boucher, du marchand de bière ou du boulanger, que nous attendons notre dîner, mais bien du soin qu'ils apportent à leurs intérêts. Nous ne nous adressons pas à leur humanité, mais à leur égoïsme ; et ce n'est jamais de nos besoins que nous leur parlons, c'est toujours de leur avantage* »²⁵. D'après les auteurs classiques, l'intérêt des individus et le mécanisme de l'échange marchand – « la main invisible » – assurent à eux seuls la richesse globale de la nation, via une coopération des différents professionnels, spécialisés dans des tâches complémentaires. Le discours s'affinant, ce sont les prix et leur variabilité sans entrave qui seront identifiés comme les porteurs centraux de la coordination des agents décentralisés. Avec la théorie des avantages comparatifs, Ricardo confirme l'intérêt de la division du travail, montrant le gain à l'échange de deux unités se spécialisant chacune là où elles ont un avantage relatif. Cette théorie a été forgée pour des nations, mais elle peut être reprise pour tout type de spécialisation productive entre deux agents pris isolément : le/la cadre et sa/son secrétaire ; Robinson et Vendredi ... Le message général est simple : le plus productif, même sur les deux activités, a tout intérêt à « déléguer » l'activité où son avantage relatif est le moins prononcé : il économise du temps qu'il redéploie dans l'activité où il est le plus « productif ».

Ces principes généraux sont, on le sait, très vite remis en cause dès lors qu'on relâche certaines hypothèses. La présence d'externalités productives en est, pour nous, l'exemple le plus intéressant : il traduit la situation dans laquelle l'acte de production d'un agent économique affecte, négativement ou positivement, la production d'un autre agent sans que le système de prix puisse en tenir compte. Par exemple, le boulanger gêne le boucher parce que la chaleur de son four empêche la conservation de la viande dans l'échoppe voisine, l'apiculteur et l'agriculteur profitent l'un de l'autre lorsque les abeilles du premier, pour produire du miel, viennent polliniser les arbres fruitiers du second. L'urgentiste, le chirurgien et le radiologue doivent collaborer à l'hôpital pour soigner les accidentés sans que le premier ne paye au coup par coup les prestations fournies par les autres. Ces exemples montrent que les prix ne sont *a priori* pas suffisants pour régler tous les

²⁴ Remerciements à Perrine Fréhaut, Jean Paul Moatti, Alain Paraponaris, Lise Rochaix, Pierre Verger qui ont bien voulu relire et commenter des premières versions de ce document.

²⁵ Smith, A. (1776), *Recherche sur la nature et les causes de la richesse des nations*, livre 1, Chapitre 2.

besoins de coordination ; le niveau d'imbrication des différentes tâches dans la production va conduire les agents à ne pas recourir systématiquement au marché pour régler leurs actions : le droit, le contrat, la hiérarchie vont jouer leur rôle. Commence alors une réflexion sur des modes de coordination alternatifs au système de prix. De nombreux champs de la théorie économique ont été sollicités à cette fin : de la théorie de la firme à la théorie de l'information et des incitations, en passant par l'économie du travail et des ressources humaines.

La présente note tente de relever dans ces différentes approches théoriques ce qui peut être utilisé pour mieux éclairer la prise de décision dans le domaine précis de la coopération des professionnels de santé. Comment deux types d'agents, de formation et de compétences différentes – des médecins et des infirmières, des spécialités différentes –, vont-ils coopérer ? Quels seront leurs choix spontanés d'organisation du travail entre eux ? Et quels sont les moyens que peut proposer la théorie économique pour optimiser cette coopération ? Quel est le mode d'organisation qui permet de mobiliser de manière efficiente (rapport coût/qualité) le capital humain de chaque profession ?

L'économie de la santé n'a pas pour le moment « en magasin » un champ propre de réflexions sur le thème précis de la collaboration entre personnels soignants, surtout si l'on part de la situation de la médecine libérale²⁶. L'analyse économique de l'offre de soins ambulatoires postule généralement que le service de santé est réalisé par un seul intervenant, rémunéré dans le cadre d'une nomenclature qui, par construction, disjoint le travail mutuel en plusieurs segments décomposables. L'histoire de l'économie de la santé montre cependant qu'elle s'est développée en intégrant progressivement dans le champ de la santé des concepts et des raisonnements empruntés à l'analyse économique générale. Dans le même esprit, nous faisons appel dans un premier temps à la « théorie de la firme » (ou « théorie des coûts de transaction ») pour clarifier le débat concernant le mode d'organisation des pratiques professionnelles dans un cadre d'incertitude et pour des collectifs complexes. Dans un deuxième temps, nous adaptons la théorie économique des ressources humaines pour traiter de la question du travail en équipe (un encadré sur la théorie de jeux est également fourni). Enfin, la théorie des incitations nous sert de base pour identifier les modes de rémunération les plus à mêmes d'encourager la coopération en médecine de ville.

²⁶ A l'hôpital, ceci un peu moins vrai : il existe au moins un article de la littérature qui analyse les coopérations entre médecins à l'intérieur d'une structure organisationnelle de type firme privée : Robinson, J.C. (1997), "Physician Hospital Integration and the Economic Theory of the Firm", *Medical Care Research and Review*, 54(1), 3-24. Par ailleurs, mais c'est un peu hors sujet pour nous, tout un pan de l'économie de la santé s'intéresse à la manière dont se coordonnent les offreurs de soins avec l'assurance-maladie : Hillman, A.L., Welch, W.P., Pauly, M.V. (1992), "Contractual arrangements. between HMOs and primary care physicians: Three-tiered HMOs and risk pools", *Medical care*, 30(2), 136-148; Robinson J.C., Pasalino, L.P.(1996), "Vertical integration and organisational networks in healthcare", *Health Affairs*, 15(1), 7-22.

I. THÉORIE DE LA FIRME : FORMES ORGANISATIONNELLES ET INCERTITUDE

I.1. Bien santé incertain et « formes pures » : marché et hiérarchie

« L'organisation », généralement la firme privée, est une institution alternative au marché en vue de faire coopérer des agents travaillant en étroite interrelation. Si l'on se place d'emblée dans la perspective d'une réforme des conditions de coopération des différents métiers et professions de santé, il paraît primordial de s'interroger sur cette frontière entre marché et organisation : la collaboration des différents professionnels doit-elle se faire par le marché, c'est-à-dire, comme dans le cadre ambulatoire actuel, par l'achat au coup par coup d'actes de soins –prescrits et achetés par le couple patient/médecin-traitant, mais fournis par un auxiliaire autonome–, ou bien à l'intérieur d'une organisation, c'est-à-dire par une relation plus solide impliquant l'achat global de la force de travail d'un personnel auxiliaire de soins alors « intégré » dans le cabinet médical –avec une certaine forme de subordination ?

Bien sûr, la nature de la collaboration n'est pas sans lien avec les caractéristiques du domaine auquel elle s'applique. Or la santé est un "bien de confiance". Le travail précurseur d'Arrow en 1963²⁷ pose d'emblée que l'industrie des soins médicaux ne respecte pas les conditions de bon fonctionnement d'un marché libre. La relation patient-médecin repose sur une asymétrie d'information entre « l'expert » et son patient. Par la suite, le travail d'Evans²⁸ sur la demande induite a mis en évidence le pouvoir de marché dont disposaient les offreurs de soins : cela permettait d'étayer un peu plus le caractère non standard du "marché" des services médicaux. Fondamentalement, les caractéristiques des services de santé, principalement l'incertitude planant sur les résultats des traitements, font que les co-contractants ne peuvent établir de « contrat complet », c'est-à-dire un contrat dont l'exhaustivité des clauses permettrait *ex ante* d'envisager toutes les conséquences découlant de l'acte de soins et les indemnisations éventuelles qui y seraient attachées. Le « contrat » ne permet alors pas d'assurer une coordination intégrale entre les participants à la production et le patient, garantissant à ce dernier le résultat de la prestation.

Cette incomplétude est bien sûr liée à la difficulté pour une tierce partie –comme l'assurance maladie – d'observer les caractéristiques du service fourni²⁹. Mais elle peut aussi découler de la rationalité limitée des agents qui ne sont alors pas capable de prévoir à l'avance comment ils se coordonneront lorsque se produira un évènement imprévu. L'incomplétude contractuelle est donc au cœur de la logique de délégation d'un service de santé entre professionnels et doit être prise en compte pour décider de la forme que doit prendre la coopération entre les acteurs concernés. Cette incomplétude est principalement appréhendée à l'aide des deux cadres théoriques suivants : la théorie des coûts de transaction et la théorie des contrats incomplets. Nous nous concentrerons dans cette note sur l'application de la théorie des coûts de transaction au domaine de la coopération entre professionnels

²⁷ Arrow, K.J. (1963), "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *American Economic Review*, 53(5), 941-973.

²⁸ Evans, R. (1974). "Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and. Implications," in M. Perlman ed. *The Economics of Health and Medical Care*, McMillan, London.

²⁹ Dans le domaine médical, il est difficile d'identifier qui est à la source d'un défaut de qualité. On se trouve en présence du cas d'incomplétude contractuelle le plus classique, qui vient de l'impossibilité pour la tierce partie de vérifier sans erreur les informations observables par chacune des parties. Voir encadré 1.

de santé (nous renvoyons le lecteur intéressé par cette seconde approche à l'encadré n°1).

La théorie des coûts de transaction est basée sur les travaux fondateurs de Williamson dans lesquels il dresse une typologie des modes de coordination des agents et des activités : il distingue deux modes polaires, le marché et la hiérarchie (intégration) - Williamson, (1975)³⁰ , (1985)³¹ - et un ensemble de situations intermédiaires appelées "formes hybrides" (Williamson (1991)³²) comme les alliances, les réseaux d'entreprise, les partenariats, les franchises... Selon Williamson, c'est la présence de coûts de transaction qui légitime l'existence de structures de gouvernance alternatives au marché, comme par exemple l'intégration des activités dans une seule et même entité productive. Or, l'ampleur de ces coûts de transaction dépend du *degré d'incertitude* planant sur la transaction, de la *fréquence de la transaction* et de la *spécificité des actifs* mobilisés lors de cette transaction. L'intégration (la hiérarchie) est le mode de gouvernance le plus approprié lorsque l'incertitude est forte, les relations fréquentes et que les actifs sont très spécifiques à la relation liant les deux parties. On entend par « spécifique » le fait que l'actif est peu utilisable –« revendable »– en dehors du contexte même de l'association entre les deux parties. L'investissement dans ces actifs est donc conditionné par une garantie de pérennité de la relation.

Pour donner un exemple, les métiers de radiologue et de techniciens de radiologie, bien que de compétences très différentes, sont généralement intégrés dans une même unité de production, car ces derniers sont complémentaires du diagnostic ; leur travail n'est guère « vendable » indépendamment de la production du diagnostic médical par le radiologue. Les infirmières et kinésithérapeutes sont aussi en situation d'actifs spécifiques vis-à-vis des médecins. Le degré de complémentarité de leurs métiers avec le médecin est fort, peut-être pour des raisons techniques (le diagnostic et les traitements sont souvent imbriqués), mais il est surtout construit par le fait que le médecin « prescrit » l'acte infirmier pour ouvrir droit au remboursement, ce qui rend peu redéployable le produit infirmier en dehors d'une action de supervision du médecin³³. S'il n'y a pas pour le moment intégration en médecine libérale, alors qu'elle existe dans le cadre de l'hôpital, ce sont selon nous des raisons réglementaires qui l'expliquent (voir plus loin).

I.2. Formes hybrides

Williamson a par ailleurs voulu compléter ses raisonnements des années 70 par une typologie plus fine donnée en 1991, prenant en compte les « formes hybrides ». Celles-ci seraient d'ailleurs sans doute les meilleures représentations de ce qu'on entend par coopération, c'est-à-dire la capacité à collaborer et à participer à un projet commun d'au moins deux entités juridiquement autonomes et conservant leurs droits de propriétés³⁴. L'objectif de ce type d'arrangements organisationnels est de permettre la mise en commun de certaines ressources et compétences, ce

³⁰ Williamson, O. (1975), *Markets and Hierarchies : Analysis and Antitrust Implications*, New York, The Free Press.

³¹ Williamson, O. (1985), *The Economic Institutions of Capitalism*. New York, The Free Press.

³² Williamson O. [1991] "Strategizing, Economizing and economic organization", *Strategic Management Journal*, 12, 75-94.

³³ Cet argument est surtout valide pour les actes techniques infirmiers.

³⁴ La forme hybride est caractérisée par un « transfert partiel du pouvoir d'allocation des ressources sans transfert des droits de propriété ». Ménard C. (1997), "Le pilotage des formes organisationnelles hybrides", *Revue Economique*, 48 (3), p. 741-750.

que le marché ne permet pas, tout en évitant la perte de flexibilité et les coûts que provoque l'intégration (la centralisation hiérarchique).

Pour Williamson, ces formes hybrides s'imposent dans les cas intermédiaires. Elles permettent l'articulation entre compétition et coopération entre les différents acteurs (que l'on nomme parfois la "coopétition"³⁵). Les formes hybrides, du fait de la co-dépendance des deux parties et de l'incapacité de la part d'une partie de contraindre l'autre à agir, ont besoin de recourir à un mode de gouvernance fondé sur le principe d'autorité : « *i* a de l'autorité sur *j* lorsque *j* consent à transférer *ex ante* la capacité de décider à *i* sur une classe d'actions particulières *A* tout en maintenant des droits de propriété eu égard aux effets de cette action » (Ménard (1997)). Cela suppose un consentement mutuel sur des principes explicites de prise de décisions ou une relation de confiance dans laquelle la réputation joue un rôle central. On peut donner deux exemples de formes hybrides :

- le réseau de sous-traitance où un donneur d'ordre sélectionne ses sous-traitants essentiellement par négociation. Le but est de stabiliser une relation dans laquelle il y a délégation de responsabilité, échange d'informations, répartition précise des tâches et co-conception des produits. Cela correspondrait assez au cas d'un médecin "gatekeeper" qui déléguerait ce qui ne relève pas de son activité de généraliste à des spécialistes et/ou auxiliaires de santé et coordonnerait les échanges d'information concernant sa clientèle.
- Le partenariat (dont les cabinets d'avocats anglo-saxons sont un exemple type) où les parties se coordonnent pour tirer parti d'une réputation, mettre des ressources en commun et partager des compétences complémentaires. Les partenaires s'engagent sur un résultat global dans un cadre faiblement hiérarchique. Les cabinets de groupe pluridisciplinaires peuvent être considérés comme un bon exemple de partenariat (intégrant médecins généralistes, spécialistes et auxiliaires de santé).

Dans les deux cas, des contrats de long terme sont mis en œuvre entre les parties pour sceller la coopération et limiter les comportements opportunistes, notamment en imposant des clauses fixant des standards de qualité des pratiques ou des procédures d'échange et de révélation d'information, mais aussi en prévoyant des procédures d'arbitrage en cas de conflit. On retrouve une structuration des relations économiques finalement assez proche de certains réseaux de soins subventionnés par les FAQSV (Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville).

³⁵ Nalebuff, B., Brandenburger, A. *La Co-opétition, une révolution dans la manière de jouer concurrence et coopération*, Village Mondial, 1996.

Encadré 1. La théorie des contrats incomplets appliquées à la coopération des professionnels de santé.

La théorie des contrats incomplets (Grossman et Hart (1986)³⁶, Hart et Moore (1988)³⁷, Hart et Moore (1999)³⁸) est la version qui, pour raisonner sur la structuration des firmes, insiste sur la situation d'informations non contractualisables (c'est-à-dire observables par chacune des parties prenantes mais *invérifiables* par une tierce partie). Elle stipule que lorsque deux parties doivent investir dans des éléments non contractualisables, il faut, pour que les incitations soient optimales, que la partie dont l'investissement est le plus profitable à la performance globale intègre l'autre : étant créancier résiduel (i.e. propriétaire de la part du profit qui n'a pas été explicitement répartie entre les co-contractants par le contrat), il mettra en œuvre le bon niveau d'investissement ; l'autre, de son côté, touche un forfait pour sa participation à la production (il dispose alors d'une rente mais n'est pas intéressé au profit). Dans la configuration médecin/infirmière, on peut supposer que c'est l'output (non contractualisable) du médecin qui contribue le plus à la production jointe d'offre de soins : il serait donc « optimal » qu'il intègre l'activité infirmière, en choisissant une délégation des tâches sous sa responsabilité (économique et juridique). Mais le deuxième élément dont il faudrait tenir compte pour assurer une coordination efficace des professionnels de santé est le caractère plus ou moins standardisé/standardisable ou formalisé/formalisable des moyens à prévoir, c'est-à-dire savoir si les connaissances en jeu relèvent de connaissances explicites ou tacites. La délégation de tâches standardisées va s'accommoder de la hiérarchie comme mode de coordination, alors que certaines « formes hybrides » seront plus appropriées dans l'autre cas. Nous reviendrons sur ces points en section 3, notamment lorsqu'il s'agira de discuter de la « diversification » du produit joint du couple infirmière/médecin opérée par la délégation.

³⁶ Grossman, S.J. et Hart, O. (1986), "The Costs and Benefits of Ownership: a Theory of Vertical and Lateral Integration", *Journal of political Economy*, 94, 691-719.

³⁷ Hart, O. et Moore, J. (1988), "Incomplete Contracts and Renegotiation," *Econometrica*, 56, 755-785.

³⁸ Hart, O. et Moore, J. (1999), "Foundations of Incomplete contracts", *The Review of Economic Studies*, 66, 1, 115-138.

II. THÉORIE DES ÉQUIPES

L'économie du travail (dite, depuis peu, des « ressources humaines ») s'est intéressée à l'organisation *interne* des entreprises. Une relation d'équipe intervient lorsque plusieurs acteurs concourent à la production d'un produit joint. La théorie des équipes a produit de nombreux articles destinés à améliorer le contrôle des agents travaillant pour le compte d'une organisation. Elle pourrait s'appliquer à une équipe médecins/infirmières, dépendant hiérarchiquement d'une assurance santé ou d'un système public de santé dans un système Beveridgien ; ce qui a par exemple été le cas pour illustrer l'intérêt du travail en équipe dans le National Health Service (NHS) britannique – Ratto et al. (2001³⁹).

L'équipe interdisciplinaire permet d'optimiser le partage d'information, le contrôle mutuel, et bien sûr la division du travail, ces différents avantages du travail en équipes variant avec la taille de celles-ci. Le message principal depuis Hölmstrom (1982)⁴⁰ est que le travail en équipe de taille supérieure à deux engendre des comportements de « passager clandestin » (les membres de l'équipe attendent des autres que l'effort soit fourni⁴¹), qui peuvent être contrôlés par différents mécanismes : promotion sélective, rémunération à la performance, tournois (performance relative). Le choix du bon mécanisme incitatif dépend du niveau de l'incertitude supportée par l'employeur dans l'observation, soit des moyens mis en oeuvre, soit du résultat. Il faut néanmoins être attentif au fait qu'à trop recourir à une individualisation des récompenses, on détruit les possibles coopérations entre agents. On retrouve ici ce qu'on appelle l'effet d'éviction – ou “crowding-out effect” – des incitations financières sur les motivations professionnelles emprunté par Kreps (1997)⁴² puis Benabou, Tirole (2003)⁴³ à la psychologie sociale (Deci (1971)⁴⁴, (1985)⁴⁵) : à trop insister sur l'intérêt personnel, les agents perdent de vue l'approche collective de la performance et, du même coup, leurs facultés de coopération professionnelles intrinsèques. On peut aussi voir dans les travaux sur les modèles multi-tâches d'Hölmstrom et Milgrom (1991)⁴⁶ une certaine parenté avec cet effet.

Pour le cas de la médecine libérale de ville, la théorie des équipes semble particulièrement intéressante lorsqu'elle se consacre au choix de « sous-traitance ». C'est seulement face à une incertitude forte sur les moyens mis en oeuvre que l'organisation doit externaliser la production d'un sous segment du produit : elle renonce à la hiérarchie (contrôle sur l'effort de travail) et choisit de maîtriser uniquement le résultat, à savoir le sous segment de production délégué. Le « contrat » est alors l'achat marchand d'un bien, avec l'inconvénient de concéder

³⁹ Ratto, M., Burgess, S., Croxson, B., Jewitt, I., Propper, C. (2001), “Team-based Incentives in the NHS: An Economic Analysis”, *CMPO Working Paper 01/037*.

⁴⁰ Holmstrom, B. (1982), “Moral Hazard in Teams”, *Bell Journal of Economics*, 13, 324-340.

⁴¹ La théorie des jeux permet de rendre compte de la sous-optimalité de la généralisation de comportements de “free rider” au sein d'une équipe (pour plus de détail, voir encadré n2).

⁴² Kreps, D.M. (1997), “Intrinsic motivation and extrinsic incentives”, *AER Papers and Proceedings*, 87(2), 359-364.

⁴³ Benabou, R. et Tirole, J. (2003), “Intrinsic and extrinsic motivation”, *Review of Economic Studies*, 70, 489-520.

⁴⁴ Deci, E.L. (1971), “Effect of externally mediated rewards on intrinsic motivation”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 18, 105-115.

⁴⁵ Deci, E.L. et Ryan, R.M. (1985), *Intrinsic motivation and self determination in human behavior*, New-York, Plenum Press.

⁴⁶ Holmstrom, B. et Milgrom, P. (1991), “Multitask Principal-Agent Analyses: Incentive Contracts, Asset Ownership, and Job Design”, *Journal of Law, Economics, and Organization*, 7, 24-52.

une rente au délégataire. A l'inverse, lorsque c'est l'output (le résultat) qui est très peu observable et les moyens qui le sont, c'est préférentiellement la solution de production en interne qui doit s'imposer (Prendergast (2002)⁴⁷). Ceci nous laisse à penser que l'organisation actuelle de la coopération entre professionnels au sein du système de santé n'est pas « la forme institutionnelle d'équilibre », vers laquelle pousseraient les forces de la logique privée. Il est en effet raisonnable de penser que le produit, le résultat, du travail des infirmières ou des kinésithérapeutes est très peu observable et qu'un contrôle sur les moyens (contrat de travail spécifiant des heures de présence et des activités à prendre en charge) serait préféré par une firme productrice de soins de santé. Dit autrement, il nous semble que ce sont les règles de droit actuelles - la tarification à l'acte sur une nomenclature séparant les deux professions et le fait que seuls les actes prescrits sont remboursés (avec de surcroît un meilleur remboursement des actes médicaux) - qui ont, pour le moment, freiné la formation d'une relative intégration verticale des différents métiers des soins de ville : médecin, infirmière et kinésithérapeute. Celle-ci serait en effet plus « naturelle », compte tenu des contraintes objectives de l'activité. On peut d'ailleurs remarquer que c'est le mode de coordination qu'a choisi l'hôpital qui coordonne et salarie un ensemble très diverses de professionnels de santé dont les activités sont très spécifiques et dont le résultat final est incertain.

Si l'on se place dans un futur-fiction, pour la France, dans lequel l'emploi d'auxiliaires au sein d'un cabinet médical multi-tâches serait permis (par une redéfinition des schémas de paiement et de remboursement en ville), il est très possible que le propriétaire du cabinet –vraisemblablement le médecin– trouve souhaitable d'employer directement des auxiliaires pour une partie de l'activité médicale qui lui semble délégable. De leur côté, il est possible que certains auxiliaires de santé acceptent le principe d'une rémunération forfaitaire, voire le salariat, pour stabiliser leurs revenus (hypothèse d'aversion au risque plus forte du côté des employés), la question de leur autonomie en tant que corps professionnel indépendant restant bien entendu ouverte⁴⁸.

Il est néanmoins essentiel de savoir dans quelle mesure l'autorité politique doit laisser faire ces évolutions spontanées vers l'intégration. Par le passé, le fait que la « prescription médicale » soit posée comme un préalable au remboursement a maintenu le champ des délégations possibles à quelques actes prévus *ex-ante* dans la nomenclature. On peut donc penser que, suite à une volonté d'intensifier les transferts, la création par le droit d'actes infirmiers plus nombreux, mieux remboursés, voire remboursables même si non prescrits, déstabilise cet agencement entre médecin et auxiliaires, rendant très probable la présence d'auxiliaires dans le cabinet de médecine générale. L'autorité politique a en outre déjà subventionné certaines formes de coopération par « réseau de soins » ; ce qui tend à prouver son intérêt pour des formes de coopérations nouvelles, ne relevant ni tout à fait du marché, ni tout à fait de l'intégration hiérarchique. Ces réseaux ont dû parfois, mais pas systématiquement, demander des dérogations au mode de

⁴⁷ Prendergast, C. (2002), "The Tenuous Trade-Off between Risk and Incentives", *Journal of Political Economy*, 110(5), 1071-1102.

⁴⁸ Cette dernière question implique une démarche de sociologie des professions qui nous semble légitime et, éventuellement, susceptible de modifier le pronostic, mais qui reste extérieure à notre propos.

rémunération traditionnel basé sur des nomenclatures d'actes séparés. Ceci nous amène à réfléchir à l'influence du choix des modes de rémunération et de l'organisme payeur (assurance maladie, médecin ?) sur les pratiques coopératives des différents professionnels de santé. On pourrait résumer cette idée par la question : "Qui rémunère et comment ?"

Encadré 2 .La théorie des jeux comme analyse de la coopération entre professionnels de santé.

Une autre branche de l'économie s'est intéressée à la coordination des individus en envisageant les dimensions coopératives et non coopératives de celle-ci : il s'agit de la théorie des jeux. Dans ce corpus, on va plutôt partir d'une situation dans laquelle le marché – concurrentiel – n'a de toute façon pas pu jouer son rôle de coordination par les prix, par exemple parce que les acteurs sont en nombre restreint et que leurs actions ont des effets directs les uns sur les autres (oligopole, etc.). Le « défaut de coopération » est la situation emblématique de la théorie de jeux, sur laquelle elle a construit bon nombre de ses raisonnements :

Gain (agent 1, agent 2)		Agent 2	
		Je collabore	Je ne collabore pas
Agent 1	Je collabore	10,10	6,14
	Je ne collabore pas	14,6	8,8

Cette situation pourrait décrire deux professionnels envisageant de « collaborer », en partageant leur clientèle pour des actes différents, ce qui leur permettrait de s'assurer chacun un revenu de 10 euros (voir la matrice ci-dessus). On construit en plus ici une configuration dans laquelle, lorsque l'un collabore et l'autre non, celui qui opte pour la collaboration « perd quelque chose » (voir le système des gains à l'intérieur de la matrice : perte de 4 euros, transmis à l'autre). Ceci pourrait correspondre à la crainte pour l'agent ayant ouvert sa liste de patients à un autre professionnel de voir ce dernier « rogner » sa clientèle sur certains des actes qu'il peut lui-même réaliser⁴⁹. On constate que l'équilibre vers lequel se dirigent spontanément les deux acteurs de la relation est l'absence de collaboration (équilibre sous-optimal, puisque les deux y perdent), et que cette solution reste possible même lorsque la perte subie en ne collaborant pas est importante (perte de $10-8=2$ pour les deux acteurs).

Cette absence de coopération en théorie de jeux est maintenant très classique ; c'est le fameux « dilemme du prisonnier ». Ce cas, qui correspond à une rivalité des professionnels de soins sur leur clientèle, est relevé par le rapport de l'OCDE sur le *skill-mix* (le partage des compétences entre professionnels de santé) ; il est présenté comme propre au système de paiement à l'acte, existant par exemple aux Etats-Unis⁵⁰. On sait que la répétition du jeu à l'infini permet de soutenir la coopération des individus, tout comme des stratégies de type « *tit for tat* »⁵¹ (Axelrod (1984)⁵²) qui reposent sur la crédibilité des menaces des parties. Mais la solution possible est aussi la « hiérarchie », c'est-à-dire, là encore, une intégration des joueurs dans une structure supérieure qui garantit des mécanismes de pénalisation et de compensation lorsque les comportements non coopératifs s'exécutent. Les coûts liés à la hiérarchie (un centre de contrôle, dont il faut rémunérer l'activité) peuvent être largement couverts par les gains de coopération venant de l'élimination de l'équilibre sous optimal.

⁴⁹ Nous présentons dans une autre étude des éléments empiriques étayant l'existence d'un certain degré de substitution entre les activités médicales et infirmières : l'attribution de certaines tâches au médecin plutôt qu'à l'infirmière relève bien d'une « zone grise », laissant une marge de liberté à des acteurs stratégiques.

⁵⁰ Buchan J. et Calman N. (2004), "Skill mix and policy change in the health workforce : nurses in advanced roles", *document de travail n°17*, OCDE.

⁵¹ Dans le « *tit for tat* », la vengeance et la récompense systématique (tu me trahis une fois, je te punis à vie) permettent de sortir de la situation non coopérative.

⁵² Axelrod, R. (1984), *The Evolution of cooperation*, Basic Books, New-York..

III. DÉLÉGATION EN VILLE ET MODE DE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS, UN ESSAI LIBRE DE PROSPECTIVE MICROÉCONOMIQUE

Il y a plusieurs façons, non exclusives l'une de l'autre, « d'optimiser » la coopération, car les objectifs poursuivis par la délégation sont multiples : libérer du temps médical, réduire les coûts à qualité constante voire, à l'inverse, diversifier le produit. Cette section envisage maintenant les différentes options de politiques publiques ; les auteurs de cet article le font très librement, et sans vraiment considérer les contraintes institutionnelles, sociologiques et politiques, pesant à court terme sur le champ des possibles. Il s'agirait plutôt d'une prospective à long terme sur ce qui est « envisageable » en matière de réorganisation de la coopération en médecine de ville. Si la réforme *a minima* de la nomenclature des actes infirmiers peut conduire à intensifier les coopérations dans un horizon assez bref (3.1), d'autres réformes, celles des schémas de paiement et de l'organisation de l'offre de soins (3.2), joueront à long terme plus vraisemblablement sur les coûts et la qualité.

III.1. Réforme de la nomenclature

Une étude économétrique que nous avons réalisée sur des données de la CNAMTS (cf. étude Saliba & Ventelou) montre qu'en l'état actuel du cadre de fonctionnement de la médecine de ville, il s'opère une « coopération minimale », dans laquelle le médecin de ville prescrit d'autant plus de tâches *qu'il est en situation de surcharge de travail*. Grâce à son avantage de prescripteur, c'est lui qui décide ce qui est potentiellement déléguable et qui détermine de ce fait l'intensité de la délégation. Ce constat peut être pris avec optimisme : on peut prévoir que la disponibilité de temps médical diminuant avec le vieillissement des populations et la baisse des densités médicales, le recours à la coopération augmentera dans les années à venir. Néanmoins, on peut aussi largement regretter la délégation « faute de temps » qui se met alors en place. Si la logique de substitution peut s'accommoder d'une telle démarche, ce n'est pas le cas de la logique de diversification, qui implique un supplément de « qualité des soins » dans la démarche de transfert.

De fait, dans le système actuel, ce qui est potentiellement déléguable doit être défini *ex ante* et intégré dans la nomenclature des actes infirmiers. Par conséquent, les multiples tâches prenant peu de temps (vues et pratiquées comme telles en tous cas) et ne correspondant pas à une désignation précise dans la nomenclature des actes infirmiers remboursables sont très vraisemblablement conservées dans le giron de la consultation de médecine générale. Partant de là, il apparaît une première voie d'intervention sur le cadre institutionnel pour rendre possible une intensification de la coopération : l'intervention sur la nomenclature des actes infirmiers. Deux possibilités sont offertes aux décideurs :

- une définition plus extensive des différentes tâches pouvant être transférées, et intégrées dans la nomenclature des actes infirmiers
- l'ouverture au remboursement d'accès direct de certains soins infirmiers
- Le premier ajustement pourrait permettre de transférer certains segments de l'activité de médecine générale : le dépistage de troubles cognitifs chez les personnes âgées, certains actes de prévention primaire et secondaire (dépistage), le suivi du carnet alimentaire pour les personnes obèses, certains

conseils de prévention tertiaire et un suivi pour les malades chroniques stabilisés (asthme, diabète type-2 non insulino-dépendant⁵³, HTA).

Le second ajustement serait l'ouverture au remboursement sans prescription médicale préalable de certains soins infirmiers (par exemple une consultation annuelle de prévention, pour une compétence – à construire en France – d'infirmière de santé publique⁵⁴). Elle aurait le mérite de rompre avec l'asymétrie qui existe actuellement entre le médecin et l'infirmière. On imagine mal cependant que le champ concret de ce type d'actes transférés puisse être très large. D'une part, l'assurance maladie voudra très certainement assurer une maîtrise étroite de cette porte ouverte à de nouveaux recours remboursables. D'autre part, l'accès direct peut entrer en contradiction avec les principes du médecin traitant et la « responsabilité » que celui-ci exerce maintenant dans le parcours de soins. Enfin, cette réforme pourrait malheureusement renforcer les stratégies rivales et les risques de « défauts de coopération » vus à la section 2 dans l'encadré sur la théorie des jeux : elle ne contribuerait pas à rompre avec la logique de compétition sur la demande de soins que tend à construire le paiement à l'acte⁵⁵. Cela poserait aussi la question de l'étendue des possibilités de prescription ouvertes aux infirmières.

Enfin, il existe une limite et un risque à une intervention massive sur la nomenclature des actes infirmiers. La limite se trouve dans l'impossibilité de créer un acte pour tout, y compris les petites tâches très fréquentes dont, à la limite, la prescription prendrait plus de temps que l'acte lui-même ; on retrouve une logique de « coût de transaction » abordée en section 1. Le risque est à l'autre extrême de vider la consultation de médecine générale de l'ensemble de ces petites incidences qui font la relation médecin/patients, transformant alors le médecin en un poseur de diagnostic, distant et (donc) peu efficace. Les ajustements qui sont évoqués ici sont en fait des « transferts » et non une « délégation » par laquelle le médecin traitant conserverait une responsabilité. Dans cette logique, il paraît souhaitable de ne pas limiter les investigations à cette première piste de réflexion autour de la nomenclature. Il apparaît clairement que les solutions visant à mieux faire travailler ensemble les différents métiers de la santé font intégralement partie de la recherche d'une optimisation de la prise en charge pluridisciplinaire du patient.

III.2. Schémas de paiement

Si la réforme de la nomenclature des actes est un début pour étendre le domaine de la coopération, elle n'est en effet pas suffisante pour rendre réelle une présence permanente et opérante de l'infirmière au sein du cabinet de médecine générale. Bien sûr, compte tenu du fait que les études les plus favorables au *skill mix* n'envisagent qu'un montant maximum de 20% des actes de médecine générale en délégation, un médecin seul, ou même associé à un autre, n'emploiera pas une infirmière à plein-temps (dans le contexte du Royaume-Uni, une étude sur les cabinets de ville du NHS, les *Primary Health Care Team* (PHCT), évalue qu'il faut

⁵³ Il existe d'ores et déjà un acte infirmier pour la prise en charge des patients insulino-dépendants à domicile : piqûres, ajustement de dosage, surveillance clinique et prévention. Reste à savoir si les médecins connaissent la possibilité de déléguer ce type d'acte mais surtout s'ils les prescrivent fréquemment. A noter qu'à l'hôpital, en revanche, il n'existe pas, dans la nomenclature d'activité, de consultation d'éducation thérapeutique après un diagnostic de maladie chronique (par exemple pour l'éducation à l'usage de l'insuline dans le traitement du diabète ou pour l'éducation à l'usage des aérosols dans le traitement de l'asthme) ; les services hospitaliers s'en plaignent.

⁵⁴ En France, d'autres professionnelles en dehors même du champ de la santé interviennent aussi sur ces problématiques : assistantes sociales, associations, etc. Cette question est pour nous extérieur au propos.

⁵⁵ Phillips, R. L.Jr., Harper, D.C., Wakefield, M., Green, L.A., Fryer, G.E.Jr. (2002), "Can nurse practitioners and physicians beat parochialism into plowshares?", *Health Affairs*, 21(5), 133-136.

des cabinets de 3 à 5 médecins pour employer une infirmière à plein temps⁵⁶). On doit donc envisager un éventuel regroupement des médecins⁵⁷ ou bien l'emploi à temps partiel d'infirmières ayant une autre activité par ailleurs.

Les théories de la firme exposées précédemment montrent cependant qu'il existe plusieurs formes organisationnelles possibles : hiérarchie par contrat salarial, formes hybrides. Elles s'associent à des schémas de paiement et des mécanismes de distribution différents. Nous présentons ici, de manière détaillée, l'influence des modes de rémunérations sous l'angle de l'efficacité uniquement (rapport coût-qualité) ; mais il convient aussi de prendre en compte l'effet de certains types de rémunération sur l'intensité de la coopération (cf. encadré 3). Le tableau suivant en propose un résumé (qui paye et comment ?) :

Comment? Qui paye ?	À l'acte	Capitation	Salariat
Le médecin généraliste	Quasi-Intégration	Quasi-Intégration	Intégration
L'assurance santé (& patient)	Hybride	Hybride	Hybride

Nous nous situons dans un cadre où nous conservons le principe du paiement à l'acte du médecin généraliste (mais le niveau de ce paiement peut évoluer, pour ajuster les revenus d'activité des médecins de leur propension à employer des auxiliaires –voir encadré 3). Nous considérons dans ce tableau que la prescription proprement dite n'est plus un préalable à l'acte infirmier.

Dans le cas où c'est le médecin qui rémunère directement l'infirmière, celui-ci est intéressé à la fois par le coût mais aussi la qualité des services fournis par l'infirmière (du fait des conséquences sur la réputation de son cabinet et de sa responsabilité qui se trouve engagée) : on retrouve ici un cas proche du médecin "fundholder" britannique qui dispose d'un budget global qu'il répartit comme bon lui semble pour respecter le contrat qu'il a établi avec sa tutelle. Le type de rémunération (à l'acte, capitation, salariat) va cependant influencer sur le type d'actes ou de tâches délégués :

- Si le médecin rémunère l'infirmière à l'acte, il est intéressant pour lui de déléguer des actes dont le coût d'opportunité est élevé : il libère ainsi du temps pour d'autres actes rémunérateurs et il se décharge de tâches effectuées à moindre coût par l'infirmière. C'est ce type de délégation qui s'est parfois mis en place dans le cas ophtalmologiste /orthoptiste.
- Si le médecin rémunère l'infirmière à la capitation, il « achète » en fait un ensemble de prestations par patient. Là encore, il a intérêt à déléguer une liste de patients dont le suivi est coûteux en temps (malade chronique, patients démunis...).
- Si le médecin verse un salaire à l'infirmière, il achète du temps de travail. C'est le cas d'intégration le plus pur. Ce système peut permettre de tirer partie de l'ensemble des substitutions potentielles, à condition qu'il soit associé à certaines

⁵⁶ Jenkins Clarke, Carr-Hill, Dixon, Pringle, 1997, "Skill Mix in Primary Care: The interface between GPs & other members of the Primary Health", *Working paper, Centre for Health Economics*, The University of York.

⁵⁷ Comme pour les « maisons médicales » déjà en place dans certaines régions, l'arrangement organisationnel concret va notamment dépendre de l'environnement dans lequel s'insère la pratique médicale : densité médicale/densité infirmière, cadre géographique (urbain/rural)...

configurations précises d'organisation du travail (infirmière de consultation dédiée au médecin généraliste, qui à l'extrême voit le patient avant le médecin pour lui prendre les constantes et préparer l'entretien patient/médecin). Il engendre aussi une perte d'autonomie de la personne en situation d'auxiliaire.

Du point de vue de l'autonomie, la quasi-intégration que constitue la rémunération par le médecin des prestations infirmières (à l'acte ou en capitation) ne change pas beaucoup les choses par rapport au salariat ; le médecin supervise ! ; même si on peut penser que la rémunération forfaitaire par patient envoie le signal d'une prise en charge plus globale, moins étroitement liée à l'exécution de tâches. Cela dépend aussi du degré de dépendance de l'infirmière au médecin généraliste (qui peut ici rester « libérale » pour une large partie de son activité). Si l'on considère que l'offre de soins comprend des éléments dont la qualité est contractualisable et d'autres non⁵⁸, le mode de rémunération va en revanche déterminer la plus ou moins grande prise en compte des éléments non contractualisables. Des parties consistantes de la qualité des soins, par exemple les actions d'éducation à la santé sont le plus souvent non contractualisables, car l'assurance maladie a par exemple du mal à vérifier avec quelle intensité le soignant donne les conseils d'hygiène de vie à ses patients. La théorie économique nous dit que ce sont les schémas de rémunérations mixtes qui permettent de tenir davantage compte à la fois des éléments contractualisables et non contractualisables : en effet l'introduction d'éléments forfaitaires permet de réduire l'effet adverse de la réduction des coûts sur la qualité non contractualisable (Hart, Schleifer, Vishny (1997)⁵⁹). Pour traduire le jargon : la capitation ou le salariat, rompant avec les effets négatifs du paiement à l'acte (intensification), permettraient d'obtenir une certaine qualité des soins sur les actions non contractualisables réalisées par l'infirmière : conseil, prévention, éducation.

Dans le cas où c'est l'assurance maladie qui rémunère l'infirmière, nous ne sommes plus dans un cas d'intégration parfaite : l'infirmière retrouve une certaine autonomie. On se trouve dans la situation « cabinet d'avocats » dans laquelle coopère une équipe de professionnels –multidisciplinaire ici– intéressés au produit joint de leurs activités.

- En paiement à l'acte, les deux acteurs vont avoir tendance à limiter les actes coûteux en temps (qui sont aussi souvent ceux où la qualité est en grande partie non contractualisable : conseil, prévention, éducation). Ils vont donc coopérer sur les tâches contractualisables mais avoir tendance à éluder les autres. On voit ici que l'arbitrage coût-qualité est *a priori* moins intéressant pour la tutelle. Il y a un risque fort d'inflation des actes entre les deux professionnels membres du cabinet commun.
- Dans le cas où l'infirmière est rémunérée à la capitation ou par un salaire, la tutelle peut fixer la rémunération de telle manière que l'infirmière soit incitée à tenir compte des éléments de qualité non contractualisables : on retrouverait ici les vertus d'un schéma de paiement mixte en termes de qualité totale. Ce type de formes hybrides représente donc une solution extrêmement séduisante. Cependant, si on suppose que l'assurance maladie, tutelle distante, exerce un contrôle plus lâche sur l'infirmière que le médecin généraliste, on peut penser que le niveau de qualité non contractualisable mis en œuvre peut s'avérer plus faible que dans le cas où le médecin intègre l'activité infirmière.

⁵⁸ Cf. encadré n°1 sur la théorie des contrats incomplets pour une définition précise de "non contractualisable".

⁵⁹ Hart, O., Shleifer, A. et Vishny, R.W. (1997), "The Proper Scope of Government: Theory and an Application to Prisons", *The Quarterly Journal of Economics*, 112, 4, 1127-1161.

Des solutions intermédiaires aux cas-types présentés dans ce tableau sont aussi possibles. Au Royaume-Uni, pour inciter l'embauche d'infirmières, le NHS s'est engagé à payer 70% à 80% de leur salaire.

Encadré 3. Inciter à la coopération : le paiement à la performance.

Si l'on se refuse à contraindre quantitativement à la coopération –par un taux de délégation obligatoire, formulé sur la base du RIAP du médecin généraliste. Il peut s'avérer intéressant de mettre en œuvre des mécanismes incitatifs récompensant l'effort de coopération des individus. Introduire une rémunération à la performance portant sur le produit joint de la coopération et venant en supplément de la rémunération initiale de chacun des agents est une solution envisageable :

- si le produit joint de la collaboration est observable par la tutelle, la somme allouée sera fonction direct du produit (par exemple, en matière de vaccination, on peut très bien, à l'image de ce qui se fait déjà au Royaume-Uni, donner une somme forfaitaire aux deux protagonistes à partir d'un certain seuil de couverture vaccinale de la patientèle),
- si le produit joint n'est pas observable, on peut baser la rémunération sur un indicateur contrôlable corrélé au produit joint (en matière de lutte contre l'obésité, attacher la rémunération à la part de la patientèle concernée disposant d'un carnet alimentaire peut venir récompenser l'effort du couple médecin-infirmière dans ce domaine).

Mais il est aussi possible de générer de la coopération en basant la récompense sur les instruments favorables à un processus de coopération : verser une somme forfaitaire participant à l'investissement dans un réseau informatique permettant la remontée en temps réel des informations de l'infirmière vers le médecin, promettre une réduction des charges sociales pour les cabinets employant des infirmières sont des exemples parmi d'autres.

— CONCLUSION

On ne gagne pas d'argent, peu de temps médical ...mais on diversifie

La relative rareté à venir des médecins généralistes en France pousse vers une logique de recentrage de ces derniers sur leur cœur de métier (que l'autorité devra définir précisément, si elle veut aller plus loin...) et donc à externaliser vers d'autres intervenants une partie des tâches qu'ils réalisent (par ex. : promotion de la santé, suivie de pathologie chronique, prise en charge médicale de la dépendance de personnes âgées). On se trouve alors dans l'arbitrage classique entre "faire" et "faire-faire", c'est-à-dire déléguer.

Or la théorie économique montre qu'il n'y a pas une solution uniforme applicable à la coopération/délégation, mais plusieurs modes de coordination envisageables à la fois selon le degré d'observabilité /vérifiabilité par les agents des inputs engagés et selon l'objet de la délégation (cf. tableau suivant, qui tente de synthétiser les analyses développées plus haut).

Résultat (objet de la délégation)	Observable	Non observable
Moyens (efforts à réaliser)		
Observable	Marché (souvent moins coûteux, mais les formes organisationnelles sont équivalentes pour le contrôle)	Forme hybride (tendant vers l'intégration) : contrat de moyens (+Prendergast 2002) <i>Médecine de ville ?</i>
Non observable	<i>Forme hybride (tendant vers le marché) : contrat d'objectifs</i> Sous-traitance Partenariat	Intégration: l'incertitude radicale est mieux gérée par des supervisions directes <i>Hôpital ?</i>

Si l'on entend par coopération, la délégation de tâches ou d'actes dans une logique de substitution (un auxiliaire de santé ou un autre professionnel effectuent pour un coût plus faible exactement la même tâche que celle qu'effectuait le médecin), alors l'intégration verticale par le médecin de l'activité infirmière peut parfaitement convenir : la supervision directe et la responsabilité du médecin ainsi que le lien de subordination existant coordonnent les acteurs, et cela d'autant plus que le contrôle des moyens est plus facile, comparé au contrôle des résultats (Prendergast (2002)). De plus, on a vu que le paiement forfaitaire (salarial ou capitation) de l'auxiliaire pouvait permettre de prendre en compte tous les éléments de la qualité des soins pour un coût maîtrisé. Cette configuration dépend cependant de la propension des médecins généralistes à accepter le rôle d'employeur.

En revanche, si l'on entend par coopération, la délégation de tâches dans une logique de diversification (liberté de moyens laissée pour atteindre un résultat qui sera différent de celui obtenu avant délégation : plus d'éducation à la santé, plus de temps passé en relationnel...), le caractère non-contractualisable de l'output se voit encore renforcé et il semble qu'un arrangement institutionnel de type "formes

hybrides⁶⁰ soit davantage approprié. Il fournit un cadre propice à une relation souple avec un contrôle basé sur la réciprocité (Brousseau (2000)⁶¹), laissant la place à des « innovations », notamment sur le produit fourni. Sur certains segments d'activité (vaccination, prise de tension...) infirmières et médecins généralistes sont substituables –et sont donc en concurrence ; mais sur d'autres segments, ils sont complémentaires : par exemple, le diagnostic pour le médecin ; les AIS, la prise en charge de la dépendance et certaines fonctions d'éducation à la santé pour les infirmières. Pour ces derniers cas, les formes hybrides laissent une plus grande autonomie à la personne déléguée et permettent donc une décentralisation plus significative de la prise de décision. La coopération joue à plein ; mais sans trop de hiérarchie.

Les solutions telles qu'elles ont été trouvées à l'étranger semblent, de fait, devoir passer par une grande autonomie accordée aux infirmières, par exemple en définissant un cadre général d'exercice à cette profession et en établissant un partage précis des responsabilités des différents acteurs sur les actes délégués, à l'image de ce qui peut exister au Royaume-Uni. Sibbald et al. (2004)⁶² rappellent que, selon différentes études, les infirmières fournissent des soins de qualité équivalente à ceux des médecins avec parfois des compétences relationnelles supérieures et que la satisfaction des patients à leur égard est généralement bonne. En revanche, elles ont une durée de consultation plus longue, font davantage d'examen et rappellent souvent leur patient ce qui compense souvent la réduction de coût lié à leur moindre rémunération. Ainsi, il n'y aurait pas de preuves que la « substitution » infirmière-médecin soit coût-efficace. Mais le fait que ce soit une logique de diversification qui prédomine lors de la délégation rend caduque ce type d'argument, car on ne raisonne plus sur un produit homogène : il se peut très bien que les suppléments de coût observés soit plus que compensés par le gain en qualité lié à la diversification. Selon Bourgueil et al. (2006)⁶³, la tendance actuelle serait à l'éloignement par rapport au « centre de santé intégré » au profit du « cabinet libéral », en médecine de groupe, le tout accompagné d'incitations financières émanant des organismes d'assurance maladie ou des régions (financement de postes infirmiers et aide au développement de cadres d'exercice en commun). C'est plus une logique de diversification que de délégation qui prime ici.

Dans la mesure où le gain de temps médical – *direct, estimé à 20%* – généré par la stratégie de substitution n'est de toute façon guère conséquent, il peut sembler préférable de privilégier la perspective de diversification. L'allongement global du temps passé avec le patient, l'évolution des contenus du produit du couple médecin/infirmière libérale, et la qualité des soins qui en résulterait, pourrait alors avoir un second effet – *indirect, cette fois* – d'économie sur le temps médical disponible : les personnes mieux soignées, physiologiquement et psychologiquement stabilisées, font moins de recours aux soins. C'est donc peut-être sur cette dimension qu'il convient avant tout de jouer.

⁶⁰ Des cabinets de groupe pluridisciplinaire incluant des auxiliaires médicales seraient une forme parmi d'autres à envisager.

⁶¹ E. Brousseau, "La gouvernance des processus de coopération", in B. Bellon, C. Voisin, A. Plunket (eds.), *La coopération industrielle*, Economica, Paris, 2000, pp. 29-43.

⁶² Sibbald B., Shen J., McBride A. (2004), "Changing the skill-mix of the health care workforce" *Journal of health Services Research and Policy* 9 (supp 1), pp. 28-38.

⁶³ Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J. (2006), *Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières. L'apport d'expériences européennes et canadiennes*, IRDES, Paris, France.

CONTRIBUTION 4

TYPLOGIES DES COOPÉRATIONS ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Sandrine Chambaretaud

Les expériences internationales de coopération/délégation entre professionnels de santé, les expérimentations menées en France⁶⁴ et les travaux sociologiques montrent que les coopérations entre professionnels de santé correspondent à des dispositifs et arrangements divers. Afin d'appréhender au mieux leurs modalités, plusieurs dimensions – qui font apparaître des niveaux d'analyse différents - doivent être mobilisées : la nature des coopérations ; le type d'activité concernée et le degré de protocolisation de cette activité ; le statut et le mode de rémunération des professionnels impliqués ; les modes de coordination entre ces professionnels. Ces dimensions permettent de construire des typologies, qui éclairent de façon utile l'analyse des nouvelles formes de coopération susceptibles de se développer entre les professionnels de santé français.

Une première dimension a trait à la **nature des coopérations**. Les expériences internationales soulignent en effet que les nouvelles formes de coopération ou nouveaux partage des tâches peuvent concerner une activité existante – dans ce cas là on est dans une logique de substitution – ou une nouvelle activité – qui renvoie à de la diversification.

Une deuxième dimension est celle **du type d'activité déléguée**. Les expérimentations françaises autorisées par l'arrêté du 30 mars 2006 ont été définies selon qu'elles s'appliquaient à un acte « technique » (échographie par exemple) ou à un segment de prise en charge avec une évaluation, un diagnostic de situation et une prescription dans le cadre d'un protocole médical de suivi. Dans ce cadre, le degré de protocolisation des activités déléguées et de la délégation elle-même constitue une dimension fondamentale.

La troisième et la quatrième dimensions sont extrêmement liées puisqu'il s'agit, d'une part, des questions liées **au statut et au mode de rémunération des professionnels** (libéral (aux) ou salarié(s)) et, d'autre part, des **modalités de la coordination entre les professionnels**.

I. NATURE DES COOPÉRATIONS ENTRE PROFESSIONNELS

La revue des expériences internationales de coopération entre professionnels de santé, et plus spécifiquement les coopérations qui induisent une modification des

⁶⁴ Les expérimentations de coopération en cours se déroulent dans le cadre de l'hôpital à l'exception des expérimentations de coopération menée par l'établissement français du sang (qui concerne l'entretien pré-don) et Asalée. Dans le cadre de cette dernière, une infirmière de santé publique a été recrutée et salariée par une association regroupant des médecins libéraux. Cette infirmière est chargée de mener des consultations de prévention, du suivi des patients diabétiques et de la mise en œuvre des programmes de dépistage du cancer du sein.

« frontières » entre professions, distingue généralement deux grands types de coopération :

- Les coopérations qui obéissent à une **logique de substitution** : des tâches antérieurement réalisées par une certaine catégorie de professionnels sont transférées à une autre catégorie (le plus souvent des médecins vers les infirmières). Il s'agit par exemple du suivi des patients asthmatiques dans les cabinets de soins en Grande-Bretagne par les infirmières qui ont l'autorisation de prescrire certains médicaments.
- Les coopérations qui relèvent d'une **logique de diversification** c'est-à-dire une extension des services offerts aux patients grâce au développement ou à la reconnaissance de nouvelles compétences chez certaines catégories de professionnels. La création de consultations infirmières dédiées pour la promotion de la santé ou encore le développement d'activité d'orientation des patients par une infirmière sont des exemples types de cette logique.

Ces deux logiques ne sont toutefois pas exclusives. Il est ainsi fréquent de constater qu'un transfert de tâches entre médecins et infirmières s'accompagne aussi d'une diversification de l'activité dans la mesure où le service proposé par l'infirmière diffère du service proposé par le médecin (une consultation réalisée par une infirmière comporte plus souvent un volet conseil-éducation à la santé). Par ailleurs, l'impact des nouvelles formes de coopération sur l'organisation spatiale, temporelle et humaine des services ou de la prise en charge implique nécessairement des modifications qui vont au-delà d'une simple redéfinition de l'intervention des différents professionnels.

Dans le modèle de « substitution », deux objectifs sont généralement poursuivis : pallier des difficultés liées à une « pénurie » (ou une insuffisance au moins ressentie) de professionnels et/ou réduire les coûts de personnel.

Le modèle de diversification vise, le plus souvent, une amélioration de la qualité de la prise en charge, en termes de réponse à des besoins non satisfaits ou encore d'orientation des patients.

Les expérimentations françaises en cours (à part Asalée) relèvent, au départ, d'une logique de substitution : ce n'est pas la prise en charge des patients qui a été modifiée mais les intervenants.

Dans l'expérimentation Asalée, en revanche, le service rendu par l'infirmière de santé publique est un nouveau service : il s'agit donc d'une diversification de l'activité des professionnels.

II. COOPÉRATIONS, TYPE D'ACTIVITÉ DÉLÉGUÉE ET DEGRÉ DE PROTOCOLISATION

Le type d'activité déléguée est une autre dimension de l'analyse des coopérations qui s'applique particulièrement aux douze expérimentations réalisées en France.

Il peut ainsi s'agir de coopérations centrées sur **un acte technique** dont la maîtrise peut être plus ou moins complexe (par exemple la réalisation d'échographies par un manipulateur en électroradiologie, la réalisation d'explorations fonctionnelles digestives par un infirmier, la réalisation d'une échocardiographie par un professionnel non médecin). Ces formes de coopération n'impliquent pas de

décision diagnostique ou thérapeutique de la part du professionnel non médical. Elles concernent des actes qui peuvent être à visée diagnostique ou qui sont intégrés dans le suivi de maladies chroniques.

Les coopérations peuvent aussi porter sur un segment de prise en charge dans le cadre d'un protocole médical de suivi. Il s'agit d'expérimentations qui incluent une décision – diagnostique ou thérapeutique – de la part du professionnel non médecin. Les projets qui relèvent de cette catégorie incluent pour la plupart : un examen clinique du patient, la lecture et l'interprétation des données de la biologie et de l'imagerie, un diagnostic de situation (mais jamais un diagnostic initial) et une décision concernant la suite de la prise en charge (prescription hors protocole et/ou orientation du patient). Les expérimentations de coopération qui portent sur le dépistage (entretien pré-don de sang) et la prévention secondaire (éducation thérapeutique des patients diabétiques) entrent dans cette catégorie. Il faut toutefois souligner que, dans ce dernier cas, la possibilité d'expérimenter une nouvelle forme de coopération a permis de déterminer un nouveau protocole de suivi des patients alors que dans le cadre des autres expérimentations, ce n'est pas le protocole de suivi qui a été modifié mais la répartition des intervenants.

Au-delà des expérimentations françaises en cours, les segments de prise en charge qui sont le plus souvent concernés par les nouvelles formes de coopération sont :

- la promotion de la santé (éducation à la santé, dépistage, bilan) ;
- le suivi de pathologies chroniques (asthme, diabète, pathologies cardio-vasculaires) ;
- les consultations de première ligne (orientation, prise en charge autonome).

Le degré de protocolisation des activités de soins concernées par ces coopérations est extrêmement variable entre des activités pour lesquelles les procédures sont décrites de manière précise dans des protocoles de soins et des activités plus innovantes ou plus complexes où les marges d'appréciation laissées aux délégataires de soins sont potentiellement plus importantes.

III. COOPÉRATIONS, STATUT ET MODE DE RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS

Il convient aussi de distinguer les coopérations entre professionnels en fonction du statut de ces professionnels et de leur mode de rémunération, soit dans le contexte général où ils exercent, soit dans le cadre spécifique de ces coopérations. Ce statut et les modes de rémunération associés ont un impact sur les modes de coordination entre les professionnels et sur les mécanismes de financement envisageables ou à envisager.

- Le médecin et l'autre professionnel de santé peuvent être salariés d'un même établissement ou centre de santé. Il s'agit du cas le plus fréquemment rencontré à l'étranger et, pour les expérimentations françaises, de onze projets sur les douze autorisés par l'arrêté du 30 mars 2006.
- Un médecin libéral peut mettre en place des coopérations/délégations avec un autre professionnel de santé qu'il salarie. Cela concerne par exemple les assistantes médicales des cabinets libéraux en Allemagne qui effectuent quelques

tâches médicales. En France, seule l'expérimentation Asalée relève de cette logique. Ce modèle pose toutefois deux questions majeures : celle de l'autonomie des autres professions de santé – en particulier les infirmières libérales - qui peuvent ne pas souhaiter se situer une relation hiérarchique avec les médecins ; celle de l'équilibre économique pour les cabinets de médecins généralistes qui n'est probablement assuré que pour les cabinets de groupe.

- Les deux professionnels impliqués dans les coopérations peuvent, enfin, exercer dans un cadre libéral : ils sont alors partenaires ou associés. Ce modèle implique de définir les règles qui régulent leurs coopérations : cas de recours à la délégation, responsabilité des actes délégués, rémunération de ces derniers et partage des coûts éventuels de gestion des coordinations (dossier des patients, retours sur les cas...). Ce modèle est toutefois délicat à mettre en oeuvre dès lors que les professionnels se retrouvent dans une situation de concurrence quand la coopération relève d'une logique de substitution.

IV. COOPÉRATIONS ET MODES DE COORDINATION

Le développement des coopérations entre professionnels de santé peut aussi s'appréhender au travers des modalités de coordination entre acteurs.

Cette coordination peut être **hiérarchique**, ce qui peut être notamment le cas dans le cadre d'une relation de salariat. La coopération hiérarchique associe aide et contrôle dans la délégation de tâches, à la fois reconnaissance par un supérieur des capacités et contrainte dans la mesure où elle limite, par définition, l'autonomie des acteurs. Au sein même de ces coopérations s'exerçant dans un cadre hiérarchique, il existe toutefois différentes situations en termes de niveau d'exigence, de soutien social et d'autonomie laissée par le délégant (pour reprendre la typologie de Karasek) ainsi qu'en termes de reconnaissance des tâches qui sont effectuées. Ces facteurs influent à la fois sur les conditions de travail et sur les perspectives ouvertes aux délégataires confrontés à de nouvelles responsabilités, notamment les problèmes de reconnaissance en termes de statut, de perspectives de carrière et d'avantages financiers.

La coordination peut, à cet égard, davantage relever d'un modèle d'**autonomie contrôlée** qui offre aux équipes la possibilité de déterminer les formes de coopération qu'elles souhaitent mettre en oeuvre mais avec un ensemble de contraintes extérieures à respecter.

La coordination peut également être **contractuelle**, les deux parties étant liées par un contrat qui spécifie le champ de la coopération, les droits et les obligations des deux parties, éventuellement dans le cadre d'un protocole médical de suivi et/ou d'une convention de partenariat. Ce modèle renvoie assez naturellement, à celui des collaborateurs associés, les modalités de la coopération étant déterminées par les acteurs eux-mêmes.

CONTRIBUTION 5

DÉLÉGATION DE TÂCHES ET COOPÉRATIONS ENTRE PROFESSIONNELS HOSPITALIERS

Dominique Tonneau

— *INTRODUCTION*

Les problèmes de démographie médicale entraînant une réduction des effectifs disponibles dans les décennies à venir, notamment dans des spécialités bien ciblées, la nécessité de repenser l'organisation du travail dans les hôpitaux, en y intégrant des objectifs de qualité des soins et de performance, et l'irruption de la tarification à l'activité qui induit des ajustements stratégiques, ont conduit la Haute Autorité de Santé à explorer les possibilités de marge de manœuvre qui pourraient exister du côté des délégations de tâches, des médecins vers les infirmières plus particulièrement. Plusieurs contributions ont d'ores et déjà été émises, sur des thématiques précises, qui ont permis de mieux cerner le projet examiné, et de définir une typologie des cas possibles et un vocabulaire qui seront repris ici. La présente note a pour but de contribuer au débat en proposant un regard de chercheur en gestion.

Elle s'appuiera sur trois types de matériaux :

- D'une part, les apports théoriques des sciences de gestion, notamment dans tout ce qui a trait à la problématique de la coopération entre acteurs,
- D'autre part, les travaux de recherche du Centre de Gestion Scientifique de l'École des Mines de Paris, menés depuis plus de 30 ans notamment avec différents centres hospitaliers, mais aussi avec des organismes transversaux comme la MIRE, la DREES, et plus récemment la MeaH,
- Enfin, les contacts nombreux et de longue durée avec des médecins et des cadres hospitaliers lors des formations continues assurées depuis une quinzaine d'années par le CGS auprès des personnels de l'AP-HP dans le cadre de l'École de management pour les médecins hospitaliers (EMAMH).

I. LES APPORTS DES SCIENCES DE GESTION

Sans vouloir entrer dans le détail des nuances entre les différentes écoles qui peuvent exister, ni dans la totalité des champs qu'elles couvrent, il n'est peut-être pas inutile de rappeler en préambule les apports fondamentaux, et largement admis, des sciences de gestion en ce qui concerne la problématique de la délégation de tâches que nous examinons ci-après dans le cas du cadre hospitalier. JC Moisdon (1997) a proposé de lire les responsabilités du gestionnaire comme attachées à trois grandes problématiques :

- la délégation,
- la coordination,
- et l'évaluation.

Rappelant que les sciences de gestion sont nées de l'observation et l'analyse des grandes entreprises de type industriel au XIX^{ème} siècle, (certes affinées et complétées par d'autres apports postérieurs), il montre que ces problématiques sont issues directement des nécessités de l'action.

I.1 La délégation

Dès que la taille de l'entreprise croît, et que l'on quitte le stade de la petite entreprise artisanale où le patron connaît tout et chacun, les rôles vont se différencier, et les responsabilités apparaître. Dès lors, la question sera de savoir comment partager les rôles (par métier, par fonction, par unité géographique, par équipe), quelles tâches confier aux uns et aux autres, quel système de hiérarchie instaurer. Taylor (1911) insiste sur la nécessité de disposer d'une structure de conception qui va par une démarche scientifique identifier et aménager l'organisation du travail, sélectionner et former les opérateurs, et instaurer un système de management incitatif ; Weber (1921) le rejoint en ce qu'il lui semble également que la forme bureaucratique est la plus performante, c'est-à-dire qu'il met l'accent sur le rôle primordial de la définition des normes, en amont de la production ; Fayol (1916) s'intéresse à la typologie des fonctions dans l'entreprise (sécurité, logistique, finances, etc.) et aux principes de commandement (chacun doit avoir un chef et un seul, la question restant ouverte de savoir combien un chef peut commander de subordonnés). Au fond, la grande question sous-jacente est celle de la délégation du pouvoir du chef d'entreprise à ses salariés, de façon à ce que le processus de production soit le plus efficace et performant possible.

Les sociologues ont abordé cette question sous un autre angle, celui du pouvoir : indépendamment des nécessités de l'action et de la production, que produit tel ou tel découpage en termes de relations entre les individus, de structuration du pouvoir ? Crozier (1977) par exemple a montré que les individus qui se trouvaient appartenir à plusieurs groupes, mais positionnés en marge de chacun y trouvaient une source de pouvoir (c'est le type du marginal sécant). Mintzberg (1983) a cherché à repérer le groupe de l'entreprise qui détenait de facto le rôle le plus important, selon la configuration de l'entreprise (rappelons que l'hôpital constitue pour lui un archétype, et que, dans ce cas, il met en avant le rôle des professionnels de santé, c'est-à-dire des médecins et infirmières, et non celui des gestionnaires).

L'apport de Simon (1973) à la question de la délégation de tâches est immensément structurant, et sert d'ailleurs de commun dénominateur à la plupart des sciences sociales. Il postule que chaque acteur pris isolément se comporte de façon rationnelle (ce qui va à l'encontre de l'hypothèse classique d'incompétence, de non

implication, ou de stupidité, pourtant couramment mobilisée en premier ressort dans le feu de l'action) ; mais cette rationalité est pour lui fonction de ce que l'acteur perçoit de la réalité qui l'entoure, du panorama qu'il a sous les yeux, du champ de contraintes dans lesquelles il est inséré, ce qu'il traduit par le terme de rationalité limitée. Dès lors, la délégation des responsabilités, les partages de compétences, dont nous avons parlé plus haut, sont lourds de dangers putatifs : si chacun surveille son champ propre d'action, et se comporte rationnellement en fonction de ce qu'il en perçoit, quelle garantie a-t-on que ces rationalités convergent toutes vers une rationalité d'ensemble liée à la stratégie globale de la firme ? Comment éviter les conflits entre responsables ?

I.2 La coordination

Ici réside une difficulté majeure pour toutes les entreprises et organisations, celle de parvenir à fédérer les divers acteurs, à leur faire partager un sens commun, et à organiser des procédures qui assurent une bonne coordination entre des acteurs séparés, autonomes pour une large part, voire balkanisés. Cette difficulté n'est d'ailleurs pas résolue, et nombre d'entreprises cherchent encore à trouver des pistes de solution.

Simon (1973) a pourtant montré que, au fond, si les entreprises parviennent à fonctionner et à produire, ce n'est pas tant par leur style de management, que par une volonté commune de coopérer de la part de l'ensemble des acteurs. Mais comment précisément créer cet esprit collectif, cette volonté de coopérer ? Probablement, le goût du métier, le sens des responsabilités, les valeurs partagées sont des éléments qui participent de la constitution d'un esprit collectif. La sociologie de son côté analyse les rapports entre les acteurs, et la façon dont ils mettent en place et entretiennent des relations de travail plus ou moins conflictuelles. Herreros (2002) décrit ainsi les conditions d'une sociologie de l'action.

Mais il faut aussi mettre en place des procédures concrètes, avec rendez-vous, liste des acteurs concernés, réunions régulières, ordres du jour, fréquence, etc. qui vont structurer la façon dont la coordination peut s'exercer. Cette problématique peut se révéler lourde de conséquences ; ainsi par exemple, la sortie d'un nouveau véhicule est malheureusement parfois l'occasion de se rendre compte que des modifications demandées par un partenaire n'ont pas été répercutées en aval, et on se rend compte un peu tard, en bord de chaîne, que les vitrages ne correspondent pas aux dimensions des ouvertures dans la carrosserie (Midler, 2002). Dans les projets architecturaux, on trouve des gags de même sorte, lorsque les portes ne permettent pas le passage des matériels, ou que les canalisations ne correspondent pas d'un étage à l'autre (Pallez-Tonneau, 1994).

Plus généralement, dans les entreprises de conception, où on ne produit pas des produits en grande série, mais en quelque sorte des prototypes adaptés à chaque client, la question se pose chaque fois qu'il faut proposer un devis à un client : comment tirer parti des informations et des expériences déjà acquises ? comment structurer les données disponibles en bases pour pouvoir rapidement retrouver les exemples similaires et leurs responsables ?

Dans nombre de cas, la solution est venue non pas d'un surcroît de hiérarchisation, mais au contraire d'une organisation matricielle, où un même opérateur se retrouve à l'interface de plusieurs champs de responsabilités (unité géographique, métier, fonction, secteur commercial) et se voit en position d'arbitre entre les urgences portées par chacune de ces composantes. Autant dire que le niveau de ces opérateurs ne peut plus être celui des OS à la chaîne, et que leur formation doit

intégrer la polyvalence propre à ces diverses dimensions, plus une capacité à la vigilance pour pouvoir donner l'alerte en urgence, voire opérer des choix si nécessaire (Bouché et al, 1991).

Or, ces responsabilités accrues participent justement de la création d'un esprit collectif, au point que de plus en plus, la gestion des ressources humaines se doit d'abandonner les traditionnels systèmes de primes individuelles, et de trouver les incitatifs collectifs adéquats.

I.3 L'évaluation

La dernière opération consiste évidemment à regarder si les deux opérations précédentes ont bien fonctionné, et si l'entreprise a atteint les buts qu'elle s'était fixés. Ici encore, il ne s'agit pas d'une question facile, tant les buts d'une entreprise sont multiples, et complexes. Certes le profit en est un, mais s'agit-il du profit à court terme, auquel cas la réalisation de la situation nette permettrait de libérer tous les gains potentiels (mais en mettant fin à l'entreprise) ou d'un profit à plus long terme, dans lequel on peut alors inclure des choses plus difficilement mesurables (le pari sur un retour d'investissement par exemple), ou non mesurables (la qualité, ou l'image de l'entreprise par exemple). Là où auparavant on pouvait se contenter de mesurer un volume de production (souvent déjà un abrégé bien difficile à construire compte tenu de la diversité éventuelle des produits), on sait que l'entreprise cherche maintenant à mesurer d'autres paramètres comme les délais de réponse aux clients, les indices de satisfaction des clients ou de qualité des produits, la créativité, la réactivité, etc., sans compter naturellement toutes les mesures d'ordre financier et comptable.

Mais il faut bien aussi mesurer les performances des différentes composantes de l'entreprise, et chercher à saisir, éclairer et comprendre la structure des coûts. De ce fait, les gestionnaires de l'entreprise vont chercher à imaginer des indicateurs qui permettent d'évaluer ces différents secteurs. Il leur faudra trouver des indicateurs qui soient certes mesurables, reproductibles et fiables, mais qui soient aussi facilement atteignables, c'est-à-dire pour lesquels le coût d'obtention ne se révèle pas plus lourd que la précision qu'il apporte. Riveline (2005) a montré que ces indicateurs ressortissent souvent en outre de deux finalités : les indicateurs qui cherchent à représenter la réalité au plus près de la vérité, et ceux qui cherchent à pointer vers une direction souhaitable. Quel indicateur peut refléter au mieux la réalité ? (par exemple un volume de production, un délai d'attente, etc.), permettant ainsi de jauger les besoins ? quel indicateur peut inciter à aller dans la bonne direction ? (par exemple faire baisser un prix de revient unitaire, augmenter la productivité horaire, etc.). Or ces indicateurs sont forcément très pauvres par rapport à la diversité des problématiques de l'entreprise, et ne représentent finalement que des résumés mutilants de la réalité, si bien que, très vite, se sentant jugés sur ces indicateurs, les agents économiques, rationnels rappelons le, vont adapter leurs comportements et développer des stratégies qui améliorent leur image dans les indicateurs, au lieu d'adopter des stratégies correspondant aux objectifs affichés de l'entreprise. C'est un peu en gestion l'équivalent de ce que la théorie de l'agence en économie a mis en évidence avec le risque de sélection adverse. La tyrannie des prix de revient est à cet égard très prégnante, et on ne compte plus les exemples où la considération de cet indicateur a conduit les responsables à développer des stratégies contre-productives (desserte d'une ligne d'autobus par exemple, ou automatisation des laboratoires hospitaliers (Boigné et al., 1984).

Or une fois un outil de gestion en place, il est bien difficile d'en changer, dans la mesure où on n'a souvent que peu de choix par rapport aux qualités requises énumérées plus haut, et où surtout, on cherche à rester suffisamment simples pour

ne pas aboutir à des tableaux de bord tellement complexes que le temps nécessaire à leur décryptage les rendrait inopérants.

I.4 L'Analyse d'un projet

Si l'on juxtapose tous les traits rapidement esquissés ci-dessus, on se rend compte que la vie de l'entreprise va être faite du traitement de toutes ces difficultés, et d'une vigilance constante pour y parvenir, sachant de plus que les choix sont souvent à opérer dans la plus grande urgence. En schématisant, on sait d'avance que certaines fonctions sont difficiles à concilier et que leurs interfaces verront naître nombre de conflits. Il en va ainsi notamment des trois grandes catégories que sont les industriels, les commerçants et les financiers :

- le responsable du processus de production cherche à travailler dans une certaine permanence, à disposer de moyens pérennes, à mettre en place une organisation stable pour les optimiser, à produire des séries.
- le responsable de la structure commerciale au contraire cherche à conquérir de nouveaux marchés, et accepte des commandes que l'industriel ne peut mettre en chantier qu'au prix d'innovations permanentes, chacun accusant donc l'autre de ne pas se rendre compte de la réalité.
- le responsable des finances de son côté, responsable des comptes, s'attire leur commune aversion du fait de son rôle de gardien du contrôle des coûts.

La définition, la conduite et la gestion d'un projet renvoient évidemment à ces trois critères d'analyse.

- Le projet est-il techniquement faisable ? comment se répartir les tâches, quelles sont les compétences disponibles, quelles sont les conditions pré requises pour son aboutissement ? on retrouve ici la problématique de la délégation répartition.
- Le projet est-il acceptable par les acteurs de l'entreprise, socialement et culturellement ? quelles nouvelles modalités de travail va-t-il entraîner entre les acteurs, celles-ci sont-elles atteignables et viables ? on retrouve ici la problématique de la coordination coopération
- Le projet est-il économiquement rentable ? quels coûts va-t-il engendrer et quels bénéfices peut-on en escompter ? on retrouve ici la problématique de l'évaluation.

C'est sous ces trois angles que cette note se propose d'analyser la problématique de la délégation de tâches entre professionnels de santé. Auparavant, il faut toutefois mentionner un certain nombre de spécificités hospitalières et voir comment les apports ci-dessus rappelés peuvent s'appliquer au cas de l'hôpital. Chacun de ces points doit en effet être remis en perspective dans le contexte qui nous occupe.

II. LES SPÉCIFICITÉS DE L'HÔPITAL

L'hôpital constitue une entreprise un peu particulière, notamment eu égard aux aspects suivants :

- Son output ne peut être mesuré facilement,
- Le processus d'administration des soins dépend du patient traité,
- Malgré les protocoles de soins, différentes méthodes peuvent coexister,
- Il n'y a pas de hiérarchie unique parmi les personnels
- Les professions de santé ne communiquent pas beaucoup entre elles
- Les nouvelles modalités de financement sont en train de modifier les comportements

L'hôpital souffre de ce que son output ne peut être réellement mesuré. Certes des progrès ont été effectués, et on mesure maintenant les GHS au lieu des anciens indicateurs (journées effectuées, patients admis, coefficient d'occupation des lits, durée de séjour) qui étaient plutôt des indicateurs d'hôtellerie. Mais même ainsi, il s'agit d'agrégats dans lesquels les professionnels ne se reconnaissent pas forcément.

Pour eux il s'agit à chaque fois d'une relation personnelle, qu'il s'agisse des médecins (le fameux colloque singulier médecin - patient) ou des infirmières qui personnalisent la relation qu'elles ont avec les patients. On peut d'ailleurs voir que ceci correspond exactement aux attentes des patients, qui répugnent à n'être qu'un numéro, ou une pathologie, considérant que leur cas individuel mérite toute l'attention des professionnels, et ne peut se dissoudre dans un ensemble collectif.

Par ailleurs, en dernier ressort, ce sont bien les professionnels de santé qui sont seuls légitimes à définir leurs modalités de travail, les normes de leur profession, les exigences en termes de qualité des soins. Et la singularité des soins dispensés (la participation du patient à sa propre guérison rend son cas effectivement légèrement différent de celui du voisin, même à pathologie équivalente), incite à étudier chaque cas séparément, si bien qu'il n'y a pas, comme dans l'industrie ou les services, des normes bien arrêtées de production, ou mais au contraire la coexistence d'écoles, de traitements divers et donc d'organisation des soins. Certes de plus en plus, se mettent en place des protocoles qui cherchent à organiser une sorte de knowledge management, en demandant à diverses sociétés savantes ou organismes officiellement accrédités d'édicter sinon des normes du moins des règles de bonnes pratiques, si possible fondées sur l'état des connaissances les plus récentes (evidence based medicine), ou d'explicitier des schémas probabilistes de survie (cas du cancer notamment).

Même si les différents professionnels de santé conjuguent de fait leurs efforts autour de leurs patients, les clivages demeurent entre médecins, infirmières et soignants, personnels administratifs et techniques. En particulier, le corps médical obéit à d'autres règles de sélection, de nomination et d'avancement que les autres catégories de personnel, relève très souvent (mais pas toujours) d'une direction du personnel spécifique, ne se voit pas appliquer les mêmes règles de gestion, etc. On a bien deux hiérarchies parallèles, l'une médicale, l'autre non médicale, regroupant soignants et administratifs. Il y a très peu de passerelles entre ces deux grandes

hiérarchies, très peu de médecins accèdent à des postes de direction (à l'exception notable des CLCC et des cliniques privées), il n'y a pas de directeur médical, ni même de médecin dans les équipes de direction comme cela existe à l'étranger.

Certes ces deux hiérarchies renvoient à des professions très différentes, en formation, en responsabilités, mais on doit constater qu'aucune occasion n'est saisie pour essayer de les faire se rencontrer ou travailler ensemble. L'exemple le plus récent est celui de la mise en place de la réduction du temps de travail, où on a demandé aux soignants de mettre en place de nouvelles organisations, en laissant de côté les médecins, pour s'apercevoir un an plus tard que les médecins étaient eux aussi impactés par les nouvelles réglementations, et qu'il fallait à nouveau remettre en cause l'organisation du travail (Tonneau, 2003).

De façon plus générale, les mémoires que j'ai pu encadrer dans des écoles de cadres infirmiers d'une part, dans des formations pour médecins d'autre part (EMAMH notamment) m'ont toujours frappé par le fait que les projets présentés à l'occasion de ces mémoires (projet de soins d'un côté, projet médical de service ou de pôle de l'autre) faisaient presque toujours l'impasse sur l'autre composante, comme si l'on pouvait organiser les soins indépendamment des médecins, ou définir une stratégie de recrutement sans se préoccuper des soignants et de leur mode de travail.

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance hospitalière, on retrouve ce clivage : si les médecins sont plutôt satisfaits de se voir admis à siéger dans un nouveau conseil exécutif, à parité avec la direction, les soignants eux, ont l'impression de se voir écartés de cette instance, alors qu'ils avaient vécu comme une reconnaissance le fait de se voir représentés au niveau de la direction par un directeur des soins.

Enfin, toujours dans ce cadre, l'irruption de la T2A modifie profondément les comportements ; on a beaucoup dit que la T2A allait induire des changements de stratégie dans les établissements, inciter à davantage de productivité, favoriser la maîtrise des coûts et le développement de créneaux d'activité rentables, voire la sélection des patients. Mais il faudrait aussi anticiper les effets sur les populations au travail à l'hôpital. En reprenant les concepts évoqués dans la première partie, on peut tenter une analogie : la direction de l'hôpital, c'est le financier, le regard sur les coûts et la comptabilité analytique, chargé de répartir les gains éventuels et les contraintes certaines ; le rôle du commercial a toutes chances d'être tenu par le médecin, soucieux de s'attirer une clientèle, de développer son activité, d'animer des réseaux de correspondants, et de ce fait de modifier son recrutement dans le sens qui lui semble le plus opportun ; et l'industriel se retrouverait plutôt chez les soignants, pour qui l'organisation doit rester stable au maximum afin de permettre une administration et une qualité des soins fiable et sûre. Or on a vu que ce triangle générerait partout des interfaces à frottement. On risque donc, en différenciant des rôles qui ne l'étaient pas tant, sur un plan fonctionnel, dans le passé, de créer davantage encore de frictions, ou à tout le moins de divergences de vues.

C'est à la lumière de ces quelques considérations que nous nous proposons maintenant d'examiner le projet de délégation de tâches sous les trois angles précédemment énoncés, technique, socioculturel, et économique.

III. TECHNIQUEMENT, LA DÉLÉGATION DE TÂCHES EST-ELLE OPPORTUNE ?

Il existe de nombreuses situations dans lesquelles les infirmières assurent déjà des tâches en principe confiées à des médecins, et probablement cette gamme de situations pourrait s'élargir encore. Cette situation est d'ailleurs plus ou moins mal vécue, dans la mesure où les décrets de compétence et les missions définies pour chacune des catégories professionnelles fixent les limites dans lesquelles elles peuvent intervenir. Mais l'organisation du travail, les éventuels manques de personnels, et les habitudes ou les traditions font que ces frontières sont parfois dépassées, ou du moins entendues dans un sens un peu large.

La note de S. Chambaretaud (2007) a utilement fait le distinguo entre substitution de rôles et diversification d'activités, la première revenant à remplacer purement et simplement un professionnel par un autre, moyennant certaines conditions, tandis que la seconde revient à faire assumer des rôles jusqu'ici seulement latents ou peu développés.

Dans la catégorie des délégations substitutions, on peut citer bien entendu les cas de figure mentionnés dans le rapport Bourgueil-Berland (2005), mais aussi :

- Les infirmières d'orientation et d'accueil (IOA) à l'entrée des services des urgences, ainsi d'ailleurs que les permanenciers téléphoniques des centres 15, qui pratiquent des premiers tris pour repérer les degrés d'urgence, et lancer les moyens appropriés, sachant qu'en cas de doute, un médecin est facilement joignable pour prendre la décision qui lui paraît la plus pertinente.
- Les infirmières des hôpitaux de jour, qui souvent assurent des gestes techniques sous délégation médicale, dans un environnement sécurisé. C'est d'ailleurs une limite au transfert de ces activités vers l'hospitalisation à domicile, comme certains en rêveraient. Par exemple, les transfusions réalisées en hôpital de jour dans les centres de transfusion sont effectuées par des infirmières (et dans la pratique, une infirmière peut prendre 8 transfusions en charge simultanément), sachant qu'un médecin est à proximité et peut intervenir si nécessaire, mais si l'on essaie de les réaliser à domicile (cas des patients en fin de vie par exemple), alors la présence du médecin est requise en plus de celle de l'infirmière, pendant toute la durée de la transfusion, et les coûts s'en ressentent au point que cette solution n'est que trop rarement mise en application (Capron-Michel, 2004)
- Les IADE (infirmières anesthésistes) qui travaillent dans les blocs opératoires en collaboration suffisamment étroite avec les médecins anesthésistes pour qu'elles soient laissées seules par moments. Dans la pratique, les responsables s'arrangent pour qu'il y ait toujours au moins un membre du tandem par salle, sachant qu'un médecin anesthésiste pourra prendre deux patients en charge simultanément, et se fier à l'IADE pour l'autre, selon les temps de l'intervention.
- De même, les patients en salle de réveil sont placés sous la surveillance des médecins anesthésistes, mais de facto, ce sont les IADE qui assurent cette veille. Au mieux peut-on exiger que le patient ne quitte pas la salle de réveil sans avoir été vu par le médecin, qui signe alors la feuille de sortie. L'expérience montre que dans de nombreux blocs, les IADE assument ce rôle elles-mêmes dans un pourcentage élevé de cas (Laborie-Tonneau, 2006)
- Les techniciens des laboratoires, qui travaillent sur des paillasse et assurent la réalisation effective des analyses, alors que les médecins contrôlent et valident

les résultats ; mais cette différenciation n'est pas toujours respectée, et les techniciens se révèlent souvent, de par leur spécialisation, tout à fait capables de repérer les anomalies ; cette situation pourrait, moyennant certaines conditions, se trouver officiellement reconnue ;

- Les manipulateurs dans les services d'imagerie qui ne peuvent en théorie effectuer de cliché sans la présence d'un médecin, qui par ailleurs va assurer ensuite l'interprétation du cliché et dicter le compte-rendu. Mais dans les faits, la présence des médecins se rencontre effectivement dans les postes considérés comme nobles (IRM, scanner, cardio-vasculaire), ou dans ceux où l'imagerie devient interventionnelle, mais guère là où leur présence n'apporte pas vraiment de valeur ajoutée (postes des poumons, des os, etc.). En revanche, la partie interprétation et compte-rendu reste exclusivement à la charge des médecins.

Dans les services de soins, on aura plutôt des questions de délégation diversification, par exemple :

- Dans les services d'hospitalisation, les infirmières affirment souvent être questionnées par les patients pour se faire traduire, expliquer, ou compléter les paroles des médecins, et manquer de temps, et d'informations, pour le faire. Il s'agit donc bien là d'un rôle à la frontière du médecin et de l'infirmière, actuellement pas assez développé, et qui nécessite une grande coordination entre professionnels, car bien entendu les informations transmises aux patients doivent rester cohérentes.
- Dans les consultations, l'accent est mis pour l'instant sur le rôle du médecin, mais si ce dernier traite de toutes les questions diagnostiques et thérapeutiques, il n'a souvent pas le temps pour rentrer dans toutes sortes de détails concernant le comportement quotidien ; dans les cas où des consultations thérapeutiques infirmières ont pu être mises en place, on constate que les patients sont plus à même de comprendre leur traitement, et de l'observer correctement (cas notamment des patients issus de milieux défavorisés). Ici encore, une meilleure coordination entre professionnels permettrait d'atteindre un niveau supérieur de qualité des soins, et à terme, libérerait du temps médical, par des retours moins fréquents des patients à la consultation médicale.

Ces quelques cas correspondent à ceux qui ont pu apparaître au cours des interventions des chercheurs du CGS dans les services hospitaliers, mais il existe probablement bien d'autres situations susceptibles de donner matière à un accroissement de la délégation de tâches des médecins vers les infirmières. Il semble que les cas de substitution pure et simple sont déjà assez bien cernés, mais les situations de délégation diversification sont probablement encore mal identifiées, et le seront au fur et à mesure que les démarches de qualité des soins seront entreprises conjointement par les deux catégories de professionnels.

Au titre des contraintes à respecter pour pouvoir techniquement mettre en œuvre ces changements, il paraît utile de mentionner deux aspects, outre naturellement l'officialisation des rôles :

- les protocoles doivent être précis, notamment pour tous les gestes techniques, mais aussi pour les consultations, non pas tant pour subordonner à nouveau les gestes infirmiers aux professionnels médicaux, que surtout pour s'assurer

que chacun saura de ce fait ce qu'il est en droit d'attendre de toute intervention de l'autre, et que cette nouvelle forme de coopération s'effectue dans la coordination la plus intense

- la formation doit être assurée pour que les agents soient placés dans les meilleures conditions pour prendre en charge les rôles nouveaux qui leur seront confiés. Or il existe actuellement un écart extrêmement important, beaucoup plus qu'à l'étranger par exemple, entre les formations des médecins et celles des infirmières, qui ne disposent que très rarement d'une formation universitaire. Nous revenons sur ce point dans la partie suivante.

IV. D'UN POINT DE VUE SOCIOCULTUREL, LA DÉLÉGATION DE TÂCHES EST-ELLE RÉALISABLE ?

Une entreprise ne peut fonctionner que si ses différents professionnels ont la volonté de travailler ensemble et de coopérer pour atteindre un objectif commun. Il n'est pas niable que, dans le domaine de la santé, les différents professionnels, médecins et infirmières, ont bien en commun l'objectif de soigner le malade, et que cet objectif sous-tend leurs comportements. Mais avec deux restrictions :

- D'une part, la logique professionnelle dans laquelle ils sont insérés ne fait pas oublier la logique de leurs propres objectifs (déroulement de carrière, conditions de travail par exemple),
- D'autre part, leur objectif commun s'appréhende de façon différente selon la catégorie, et on en arrive parfois à la coexistence de deux objectifs différents

On est frappé de voir que tout en se côtoyant au quotidien, les deux professions se connaissent finalement mal, et ne comprennent pas toujours les contraintes et les ressorts de l'autre. Certes, de nombreuses équipes travaillent en symbiose parfaite, mais plusieurs exemples, tirés de nos contacts récents, témoignent de difficultés rémanentes :

- Nous avons déjà cité les mémoires des cadres infirmiers et ceux des médecins chefs de service présentant les changements qu'ils souhaitent faire intervenir dans leurs services, mémoires qui ne prennent souvent pas en compte l'autre profession, construisant des projets soignants ou médicaux indépendamment les uns des autres
- Dans le cadre des actions d'amélioration de l'organisation des services de soins lancées par la MeaH, l'une des actions lancées dans un établissement privé PSPH consistait justement à essayer de faire travailler ensemble médecins et infirmières. Apparemment caricatural, ce projet a pourtant révélé des traits intéressants probablement présents partout. Il s'agissait d'unités ouvertes en décalé, l'une du lundi au vendredi, l'autre du mercredi au lundi, de façon à avoir des lits disponibles à tout moment, sans pour autant devoir mettre en place une organisation immobilisant des personnels trop nombreux le week-end. Les unités étaient confiées à des équipes d'infirmières, mais les médecins étaient eux itinérants, ne disposant pas de lits fixes, et hébergeant leurs patients dans l'une ou l'autre unité en fonction de la date et de leur condition. Cette déconnexion entre personnel infirmier responsable des lieux, et personnel médical responsable des traitements a mis en lumière leur peu de coordination, et soulevé toutes sortes de difficultés que l'établissement souhaitait réduire. En fait, on retrouve là une situation proche de celle trouvée dans des hôpitaux et cliniques anglo-saxons, où les infirmières sont responsables des salles, et y accueillent les médecins qui ne sont pas propriétaires de leurs lits. Mais cela implique une coordination et une volonté de coopérer de tous les instants, avec des concertations pour l'admission, pour les soins à prodiguer, et pour la sortie, toutes choses auxquelles nos professionnels ne sont pas toujours habitués.
- De même dans les autres actions d'amélioration lancées par les établissements lors des chantiers MeaH, plusieurs ont porté sur des aspects touchant à la communication entre équipes ou entre professionnels (Lucas, Moisson, Tonneau, 2006), et portaient de constats de dysfonctionnements portant sur les

communications insuffisantes, sur les incompréhensions et accusations mutuelles de ne pas suffisamment reconnaître le travail de l'autre. Souvent cela renvoie à des inégalités d'informations sur les patients, ou à des disponibilités différenciées quant au temps, les médecins étant présents tous les jours (même s'ils partagent leur temps entre plusieurs activités, ils restent au contact du service), tandis que les infirmières assurent des plages continues, mais bornées dans le temps ; et surtout alternent jours de repos et de travail selon le planning du service, ne disposant ainsi pas de la continuité de perspective qui caractérise le médecin.

Il faut ici mentionner une des différences essentielles entre les deux professions, à savoir le rapport au temps. Certes les choses évoluent, mais fondamentalement, les différences demeurent.

La vie des infirmières est rythmée par le planning, et le passage aux 35 heures a encore accru cette prégnance en obligeant les cadres à veiller à l'équilibrage des plannings selon de nouvelles règles, en particulier pour la répartition des jours de RTT. En fait, d'après les déclarations des cadres participant aux travaux de la MeaH, nombreux sont les cas où le cadre passe plus de 50% de son temps à élaborer, gérer et décompter les plannings, ne disposant d'ailleurs plus de ce fait du temps nécessaire à veiller à l'organisation du travail de soins. On semble en être arrivé à un stade où les agents positionnent leurs jours de travail en fonction de leurs besoins propres, indépendamment des besoins du service, ce qui aboutit à des jours bien dotés en personnels, et d'autres où des trous apparaissent, nourrissant le constat d'un manque de personnel. Dans bien des cas, on a l'impression que la logique sociale d'élaboration des plannings l'emporte sur celle de fonctionnement du service (Tonneau, 2004).

De plus, le respect des horaires a pris une importance exagérée, comme si le fait qu'un poste dure 7 heures et 24 minutes exigeait une comptabilité plus serrée que s'il durait 7h et 30 minutes ou 8 heures. Les comptes d'apothicaire sur le décompte des temps ont peut-être induit des comportements adaptatifs pervers, par exemple, les essais pour intégrer dans le temps de travail effectif des temps qui, bien que rémunérés, n'y figurent normalement pas. Ainsi, il est acquis dans les hôpitaux publics que les temps d'habillage déshabillage sont intégrés au temps de travail effectif ; et contrairement à ce qui était prévu, on s'aperçoit que dans nombre de cas le temps de repas est de fait intégré au temps de travail effectif, comptant donc dans les 35 heures.

Quant aux médecins, qui avaient été laissés de côté au moment de la réduction du temps de travail des personnels hospitaliers, ils ont été à leur tour rattrapés l'année suivante par la réglementation européenne sur la durée maximum hebdomadaire, et surtout sur le repos de sécurité. Certes, il leur reste une marge de manœuvre beaucoup plus large, dans la mesure où le décompte s'effectue pour la plupart d'entre eux en demi-journées, et non en heures, sans spécifier la longueur d'une demi-journée. Les dépassements horaires donnent en principe lieu à attribution de demi-journées supplémentaires, mais selon des modalités complexes, retardées dans le temps, et surtout fonction des possibilités financières des établissements.

Les médecins ont depuis toujours été un peu insensibles à la durée de leur temps de travail, acceptant des horaires longs et contraints, et ils sont d'ailleurs prêts à accepter la persistance de cette situation, mais, et l'on en revient ici à la question de la coopération, ils ont du mal à accepter que leur travail soit contraint par les horaires infirmiers. Certains se sont vu refuser par exemple l'instauration de

consultations du soir, au motif que les plannings infirmiers ne le permettaient pas en l'état, et qu'il n'était pas question d'accepter que le médecin puisse tenir consultation sans infirmière. D'autres se voient opposer des difficultés pour faire sortir les malades pendant le week-end, pour cause d'effectif insuffisant, etc.

Mais le fait de signaler ces difficultés ne signifie pas que la tâche est impossible ; au contraire, dans la perspective d'une collaboration accrue entre professions par le biais d'une délégation de tâches, il y aurait probablement un levier pour aborder la question de l'organisation du travail et de la coopération entre professionnels, dans le respect du rôle propre de chacun, et dans une attention plus grande portée au confort du patient. C'est à notre avis, le point majeur qu'il convient de souligner.

Cela dit, peut-on espérer en tirer un avantage financier ?

V. QUELLE ÉVALUATION FINANCIÈRE PEUT-ON ANTICIPER DE LA DÉLÉGATION DE TÂCHES ?

En reprenant la distinction faite entre délégation substitution, et délégation diversification, on peut suggérer les remarques suivantes :

Pour ce qui concerne la délégation substitution, l'idée est de confier à une infirmière une tâche jusque là du ressort du médecin. Or, de deux choses l'une :

- Soit cette délégation a déjà lieu de façon officieuse, et la nouvelle réglementation ne fera que l'officialiser, sans pour autant dégager de gain financier. Cette situation présente néanmoins l'avantage certain de clarifier les situations, d'éviter le stress d'agents confrontés à des responsabilités en principe hors de leurs attributions, et de mettre la réglementation en accord avec la réalité de terrain.
- Soit cette délégation n'a pour l'instant pas lieu, et il s'agit d'une généralisation de pratiques exercées ici ou là, ou même d'une situation nouvelle jugée pertinente dans ce nouveau cadre par les instances de tutelle. On pourrait alors s'attendre à économiser des heures de médecin, et à les remplacer par des heures d'infirmières, donc à générer un certain gain financier. Encore faudrait-il que trois conditions soient réunies ; cela suppose en effet que :
 - On n'est pas dans le cas où l'on échange des heures de médecin peu rémunéré (début de carrière, médecin étranger sous-payé) contre des heures d'infirmière chevronnée, car le delta en termes de rémunération serait alors bien moindre que prévu ;
 - La productivité de l'infirmière serait équivalente à celle du médecin, ce qui n'est pas certain, compte tenu du poids relativement plus fort de cette responsabilité sur l'infirmière que sur le médecin. Il faudra donc regarder à chaque fois quel temps médecin est supprimé, et quel temps infirmier est nécessaire. Les deux peuvent d'ailleurs continuer à subsister, si l'on est par exemple dans un cas où les infirmières pourraient prendre en charge une activité, sous la responsabilité d'un médecin qui devrait être sinon présent, du moins non éloigné et joignable.
 - Le temps médecin libéré serait effectivement recyclé vers une autre activité de soins ; or, compte tenu de leurs nombreuses charges, les médecins estiment souvent déjà que leur activité de soins est trop importante par rapport aux autres missions dont ils ont obligation, comme l'enseignement, la recherche, la formation continue, les processus administratifs, etc. Il n'est donc pas certain

que l'intégralité des temps « économisés » seraient réaffectés vers les soins, ni a fortiori qu'ils permettraient de prendre en charge de nouvelles activités.

Pour ce qui concerne la délégation diversification, on est dans un cas de figure encore moins favorable. En fait, on transférerait vers les infirmières des tâches qui relèvent effectivement de la profession médicale, mais qui ne sont en réalité pas réellement assurées à l'heure actuelle. Financièrement, on génère plutôt de nouvelles charges de travail, donc des surcoûts, au moins à court terme. En revanche, d'un point de vue plus macro-social, on financerait ces nouvelles activités à un coût moindre dans la mesure où la formation d'une infirmière revient moins cher que celle d'un médecin. C'est pourtant là que de nouvelles coopérations entre professions pourraient s'avérer les plus utiles, et se montrer les plus susceptibles de participer à une amélioration de la qualité des soins.

La délégation de tâches : une question à travailler avec pour objectif une meilleure organisation et une meilleure qualité des soins

En résumé, et sans vouloir préjuger d'autres contributions qui pourraient émettre des avis différents, il semble que la délégation de tâches des médecins vers les infirmières :

- Ne soit pas quelque chose d'impossible techniquement, à condition que les formations soient revues en conséquence, et que les tâches transmises soient correctement protocolisées ;
- Ne permette probablement pas de dégager un quelconque gain financier, et contribue au contraire à un surcoût ;
- Exige en revanche de beaucoup travailler sur la coopération entre les professionnels, et à ce titre, contribue à engager une démarche de qualité, centrée sur le patient, autour duquel se fédéreraient les différentes approches ;

Autrement dit, à une mauvaise question (résoudre des problèmes de coûts et de démographie médicale), la délégation de tâches apporterait une bonne réponse en obligeant à travailler sur la coopération entre acteurs. L'observation actuelle de la réalité conduit malheureusement à se rendre compte que cette dernière voie, même si elle semble la plus prometteuse, n'est en tous cas pas la plus aisée, tant les habitudes de travail et les comportements actuels, notamment le rapport au temps, sont différents.

— RÉFÉRENCES

1. BOIGNE J.M., MOISDON J.C., TONNEAU D. (1984) : For a global approach of biochemistry in hospitals, *Journal of social science and medicine*, Pergamon Press
2. BOUCHE G., CHARPENTIER P., LALLEMENT C., MARTIN C., TONNEAU D., (1991) : Réussir une organisation en juste-à-temps, le cas d'un atelier de mécanique chez Renault, *Editions ANACT*
3. BOURGUEIL Y, BERLAND (2005) : coopération des professions de santé, transfert de tâches et de compétences, *rapport au Ministre de la santé*
4. CAPRON J, MICHEL C (2004) :le rôle des innovations techniques dans le développement des alternatives à l'hospitalisation, freins et enjeux, *Pub Ecole des Mines*
5. CHAMBARETAUD S (2007) : typologie des coopérations entre professionnels de santé, *Haute autorité de santé*
6. CHARUE-DUBOC F, MIDLER C (2002) : L'activité d'ingénierie et le modèle de projet concourant, *Sociologie du Travail*, Vol. 44, N°3
7. CROZIER M., FRIEDBERG E. (1977) : l'acteur et le système, *Seuil édit., Paris*
8. FAYOL H. (1916) : administration générale et industrielle, *Dunod édit, Paris, 1979*
9. FERMON B. (1991) : application de la théorie de l'agence à l'analyse de la production de soins, *Thèse, Université de Paris IX*
10. HERREROS G (2002) : pour une sociologie d'intervention, *Erès édit*
11. HOLCMAN R (2006) : l'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail, ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital *Thèse, Conservatoire national des arts et métiers Paris*
12. KLETZ F., ENGEL F., MOISDON J.C., TONNEAU D. (2000) : La démarche gestionnaire à l'hôpital, tome 2 : le PMSI, la régulation du système hospitalier, *Editions Seli Arslan, Paris*
13. LAWRENCE PR., LORSCH JW. (1967) : organization and environment, managing differentiation and integration, *Harvard Business school Press, Boston*
14. LUCAS A. TONNEAU D. (2006) : gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques, *Les Cahiers hospitaliers, Berger-Levrault, n°223, mai 2006*
15. MACE P. (1987) : rationalité et décision, éléments sur le rôle des dispositifs de gestion dans l'explication et la production du changement dans l'entreprise, *thèse, Ecole des mines de Paris*
16. MARCH JG, SIMON H (1969) : les organisations, *Dunod édit, Paris*
17. MINTZBERG H. (1983) : the structuring of organizations : a synthesis of the research, *Prentice hall*
18. MOISDON JC. (1997) Du mode d'existence des outils de gestion, *Seli Arslan éditeur, Paris,*
19. MOISDON J.C., TONNEAU D. (1999) : La démarche gestionnaire à l'hôpital, tome 1 : recherches sur la gestion interne, *Editions Seli Arslan, Paris*
20. MOISDON JC., TONNEAU D. LABORIE H. (2006) : temps de travail des soignants et organisation des services de soins dans les hôpitaux et cliniques, *publication MeaH, en ligne sur meah.sante.gouv.fr*
21. PALLEZ F., TONNEAU D. (1994) : l'accompagnement d'un projet architectural, l'exemple de la Cité de la Musique à la Villette, *Annales des Mines, Gérer et Comprendre, n° 36*
22. RIVELINE C. (2005) : évaluation des coûts, éléments d'une théorie de la gestion, *Presses de l'Ecole des mines, Paris*
23. SIMON H (1973) : Organization Man, rational or self-actualizing, *Public administration review*
24. TAYLOR FW (1947) : Scientific management, *Harper and Row,*

25. TONNEAU D. (2002) : l'organisation des soins à l'hôpital, actes des rencontres thématiques 2002, *Pub Assurance maladie CNAMTS, direction des statistiques et des études, Paris, déc 2002*
26. TONNEAU D., en collab. avec BONHOURE S., GALLET A.M., PEPIN M., (1996) : points de repère sur l'organisation du travail à l'hôpital dans les équipes de soins, *Editions ANACT, coll. Outils et méthodes*
27. TONNEAU D. (2003) : la réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics : des difficultés liées à l'organisation, *DREES, série Etudes, n°35, oct 2003, et Etudes et résultats, n°302, avril 2004*
28. TONNEAU D. (2005) : les 35 heures au péril de l'organisation, *actes du colloque dynamiques professionnelles dans le champ de la santé, DREES – MIRE, Paris mai 2005*
29. WEBER (1921) : économie et société, *Plon édit 1971*

CONTRIBUTION 6

COOPÉRATION ET DÉLÉGATION DU TRAVAIL EN MILIEU HOSPITALIER

Mihaï Dinu Gheorghiu*, Frédéric Moatty*

_ INTRODUCTION

Les enquêtes sur les conditions de travail montrent que la coopération au travail renvoie à des visions apparemment opposées : formelle ou informelle, hiérarchique ou librement consentie... Cette analyse mérite d'être plus approfondie notamment dans le monde de la santé, et plus spécifiquement à l'hôpital. En partant des enquêtes menées dans les établissements de santé, nous avons, dans un premier temps, identifié les lieux de coopération intense (blocs opératoires, centres médicaux psychiatriques ou urgences) puis, dans un second temps, analysé les déterminants et le contexte de ces coopérations, notamment du point de vue de la délégation des tâches. Ainsi, nous montrons que l'influence des positions socioprofessionnelles sur le travail collectif et les formes de compromis entre la coopération hiérarchique contrainte et l'entraide ou la solidarité dans les équipes de soins sont fondamentales. De même, l'articulation entre la coopération contrainte et le consentement individuel apparaît comme un aspect essentiel dans l'analyse de la délégation à l'hôpital.

— *Les enquêtes sur les conditions de travail : deux visions de la coopération*

La question des conditions de travail et celle des rapports de coopération au travail ont été traitées pendant longtemps séparément, la première étant considérée comme d'ordre social ou ergonomique, l'autre comme organisationnelle ou gestionnaire. Alors que la coopération devient centrale dans les formes de travail actuelles, les enquêtes sur les conditions de travail, dont la première date de 1978, n'ont fait place que récemment aux thématiques sur le travail collectif et la coopération au travail (groupe de travail, rôle de la hiérarchie, interdépendances, entraide, communications, réunions ...). Ces thématiques ont émergé grâce à l'apport des enquêtes sur les techniques et l'organisation du travail (TOTTO 1987 et 1993) et sur le changement organisationnel et l'informatisation (C.O.I. 1997 et 2006). Les enquêtes C.O.I. de 1997, menées dans l'industrie auprès des salariés d'une part et des dirigeants d'entreprise d'autre part, montrent des divergences dans leurs réponses aux questions portant sur le travail collectif et la coopération. La corrélation s'est révélée faible entre la part des salariés « participant à des équipes ou groupes » selon les responsables des entreprises et le fait, pour les salariés, de déclarer « réaliser une partie de leur travail en groupe ou collectivement ». Ces différences nous ont interrogés sur les représentations des principales catégories d'agents et la construction parfois divergente du sens de la coopération et du travail collectif. Les post enquêtes menées en 2003 auprès des salariés sur les conditions et l'organisation du travail dans les établissements de santé (Gheorghiu, Moatty, 2005) et la pré-enquête auprès des dirigeants

* Chercheur associé au Centre d'Etudes de l'Emploi et au Centre de Sociologie Européenne.

* Chercheur au Centre d'Etudes de l'Emploi-CNRS.

hospitaliers sur les changements organisationnels et l'informatisation (Gheorghiu & alii, 2007) confirment ces divergences. Le sens organisationnel de la coopération, dimension centrale des nouvelles pratiques managériales, et le sens informel, spontané de l'acte de coopérer s'opposent dans la mesure où le premier correspond à une coopération opérationnelle au sein d'équipes formelles dont les membres sont supposés être solidaires (y compris entre hiérarchie et subordonnés) tandis que le second peut constituer une forme de résistance au sein de collectifs de travail plus ou moins informels à la coopération imposée, contrainte ou hiérarchique.

— *La coopération au travail : éléments de définition*

La coopération au travail n'est pas réductible à ses formes organisées. L'analyse des situations de coopération prend son sens seulement par sa mise en relation avec une structure plus générale qui la détermine : la conjoncture du marché de travail, qui peut intensifier la concurrence entre les différents groupes professionnels et entre leurs membres les positions et les parcours des membres d'un groupe de travail, qui influencent leur disposition à coopérer. De plus, les réseaux de coopération s'étendent au-delà des relations de service, et se transforment dans le temps.

La polysémie de la coopération rend souvent difficile la dissociation des deux dimensions, organisationnelle et spontanée : les entretiens ont fait référence à la fois au rôle déterminant des chefs d'équipes dans l'organisation des collectifs et au « caractère » des collègues, plus ou moins disposés à s'entraider ou à se montrer « individualistes ». L'étude des interactions dans une situation donnée ne suffit pas pour comprendre pourquoi certains se montrent plus coopératifs que d'autres. L'analyse de quelques histoires de vie exemplaires montre cependant que pour coopérer au travail on doit pouvoir s'appuyer sur des dispositions durables, attachées au mode de socialisation de ces personnes. La coopération dépend aussi des trajectoires des membres d'un groupe de travail déterminé, de l'estimation des chances individuelles de carrière qu'ils associent au travail en groupe. La reconnaissance escomptée ou les profits attendus favorisent l'engagement dans le groupe en termes de formation ou de qualification, de promotion ou de reconversion. La disposition à coopérer est ainsi particulièrement apparente à certains moments de la trajectoire professionnelle, au début, quand on a intérêt à « évoluer », et vers la fin, quand le partage de l'expérience est une condition pour être reconnu.

— *Coopération et délégation : problématique*

C'est dans ce contexte que la problématique de la délégation des tâches dans les rapports de coopération au travail est apparue dans nos enquêtes de terrain. Elle correspondait à une « logique de substitution des tâches » (Chambaretaud, 2007), nos travaux n'ayant pas abordé les logiques de diversification. La délégation est une forme spécifique de coopération hiérarchique entre des occupants de positions hiérarchiques différentes dans les collectifs de travail. Ces coopérants acceptent de déléguer une partie des tâches qui leur sont propres ou d'exécuter un certain nombre d'actes pour lesquels ils n'ont pas reçu une formation qualifiante reconnue. La délégation est fondée sur des relations de confiance, établies dans le temps, et elle est rendue possible par une coopération ancienne. La délégation est aussi déterminée par un rapport de pouvoir propre à toute relation hiérarchique, par une contrainte liée à l'organisation du travail (impossibilité d'effectuer une partie de son activité, surcharge de travail, concentration sur les tâches « nobles » et évacuation des opérations de routine, situations d'urgence imprévues) et par la projection dans

le temps des effets de cette forme de coopération : effets cognitifs (apprentissage), professionnels (promotion), sociaux (relationnels), matériels et symboliques (récompenses, gratifications).

Dans l'espace des situations de coopération, tel que nous l'avons construit à travers nos enquêtes, la délégation du travail se situe sur la frontière entre les formes de coopération les plus instituées, qui se sont multipliées avec les nouvelles pratiques managériales, et les formes de coopération les plus spontanées, qui sont de l'ordre de l'entraide et de l'opposition à la coopération contrainte. Comme toute forme de coopération, la délégation du travail a une histoire qui se décline en fonction des différents collectifs et groupes professionnels, et prend des formes spécifiques en fonction des frontières qui les séparent. L'autonomie accrue de ces groupes et collectifs impose de nouvelles règles de négociation à la délégation, de même que l'intensification de la coopération produit ses effets sur les conditions d'acceptation de la délégation.

I. L'HÔPITAL, LIEU D'UNE COOPÉRATION INTENSE

I.1. Perspectives historiques

Une mise en perspective historique est également nécessaire au sujet de la délégation du travail. Habituellement, il est plus souvent question des rapports de travail entre les médecins et les infirmières, alors que les rapports entre les infirmières et les aides soignantes sont également concernés. Si l'évolution des formes de délégation de travail indique l'apparition de certaines spécialités intermédiaires « de première ligne » (infirmières *cliniciennes* et *praticiennes*), la délégation du travail et le transfert des compétences ne sont pas un phénomène récent, attribuable aux seules réformes organisationnelles en cours à l'hôpital.

La littérature disponible indique la période des années 1970 comme étant déjà caractérisée par « une importante délégation d'actes médicaux au personnel infirmier. « En effet, à la suite du mouvement de spécialisation/technicisation de la médecine et de la réforme de 1958 [la création des CHU et constitution d'un corps médical à temps plein dans les hôpitaux publics], la pratique médicale s'était enrichie de tâches exploratoires et de projets thérapeutiques nouveaux. C'est ainsi que les tâches médicales considérées comme les plus courantes ou d'un degré de complexité moindre par les médecins sont entrées dans le champ de compétence des infirmières. *Ce transfert des tâches s'effectue d'une manière officieuse dans les services sans aucune réglementation professionnelle, sans définition du champ de compétence des infirmières. Officieuse, la délégation médicale au personnel infirmier s'opère aussi à titre 'personnel et transitoire'* (Anfiide, 1975) » (Picot, 2005). Pour Geneviève Picot (Picot 2005, p.86-87), « Cela signifie qu'elle varie selon les services, les médecins, les infirmières, qu'elle n'est donc pas définitive et que le contenu du travail infirmier change d'un service à l'autre... Les caractéristiques de cette délégation médicale sont à mettre en corrélation avec le fort pouvoir des médecins hospitaliers, notamment des chefs de service, et le contexte économique caractérisé par une forte augmentation des dépenses de santé. (...) La forme de cette délégation donne lieu à une organisation particulière du travail fortement marquée par un 'travail informel' et une 'autonomie infirmière'. En effet, la présence médicale dans les services est faible, le temps des médecins accordé aux hospitalisés reste limité à celui de la visite, les infirmières assurant la surveillance quotidienne des malades. Cela fonctionne en raison de l'importance accordée 'à la négociation permanente' et à l'existence d'un 'ordre négocié' au sein de l'équipe soignante (Strauss, 1992) ».

A partir des années 1980, la problématique de la délégation du travail s'est de nouveau posée sous l'influence de la recomposition sociale des groupes professionnels⁶⁵, des transformations organisationnelles de l'hôpital, de la nouvelle réglementation professionnelle du groupe infirmier à partir de 1978 et de l'introduction des nouveaux outils de gestion des activités, de l'accroissement des effectifs de cadres infirmiers et de l'évolution du statut de médecin vers un statut de salarié. Il y a en même temps une intensification des rythmes de travail avec la baisse des durées moyennes de séjour des hospitalisés, le « travail sous pression » comme effet de la rationalisation des activités hospitalières (Sainsaulieu, 2003 ; Picot, 2005). Au début des années 2000, les travaux entrepris sur la coopération, la

⁶⁵ Avec notamment un profil populaire accentué chez les infirmiers hommes (54%) et chez les médecins hommes (26,5% issus des classes populaires et des catégories intermédiaires), ce qui aurait remis en cause le modèle antérieur, construit sur la complémentarité entre l'ordre professionnel et l'ordre sexué de domination masculine. Le nouveau modèle, socialement plus complexe, n'est pas pour autant moins hiérarchisé, indiquant au contraire une tendance très nette au renforcement d'une division entre conception et exécution qui sépare les médecins et le personnel infirmier (Picot, 2005).

délégation des tâches et le transfert des compétences ont privilégié la médecine de ville et l'activité des médecins généralistes (Berland, 2003 ; Bourgueil, Marek, Mousques, 2005). L'objectif principal annoncé est celui d'améliorer l'accès aux soins dans un contexte de saturation des médecins généralistes, et concerne donc surtout les soins primaires (prévention, bilans de santé, consultations liées à la prise en charge de maladies chroniques, consultation infirmière « de première ligne » - les problèmes de santé mineurs dans des centres ambulatoires) (Berland, 2003). Les études sur les formes de coopération dans les autres pays montrent l'apparition de nouvelles spécialisations, comme les infirmières cliniciennes spécialistes (en éducation, conseil, expertise en soins infirmiers) et les infirmières praticiennes (en soins spécialisés)⁶⁶. Ces études et les expérimentations en cours annoncent une possible remise en cause de l'ordre établi entre les corps professionnels à l'hôpital.

I.2. Les formes de la coopération à l'hôpital

Les résultats de la post-enquête sur les relations de coopération au travail en milieu hospitalier⁶⁷ montrent l'intensité voire l'intensification des différentes formes de coopération dans les équipes médicales et de soins. Si l'hôpital ne diffère pas sur ce point des autres secteurs, il se caractérise par l'importance chez les actifs hospitaliers des aides des collègues « en cas de travail délicat ou compliqué » (Le Lan, Baubeau, 2004), constituant une véritable norme professionnelle pour 91% d'entre eux (tableau 1). Les aides proviennent également du personnel médical, des supérieurs hiérarchiques et d'autres personnes extérieures ou non à l'établissement. De plus, pour effectuer correctement leur travail, 90% des actifs hospitaliers déclarent « avoir la possibilité d'échanger de l'information ou plus généralement de coopérer (entraide,...) ».

L'autonomie croissante des corps professionnels et des spécialités médicales, la grande mobilité du personnel et la recomposition des collectifs de travail sous l'effet des nouveaux modes de gestion des établissements de santé, de la concentration des cliniques et des hôpitaux, des regroupements de services en pôles d'activité ou des ARTT constituent des explications possibles de l'intensification des coopérations. Dans ce contexte, l'augmentation des rythmes et des charges de travail est à l'origine d'une inégalité croissante au sein des équipes, dont les membres sont confrontés à un avenir professionnel différencié. On a pu ainsi faire l'hypothèse – appuyée également sur la littérature disponible sur cette question – que cette intensification des coopérations traduit principalement une augmentation des formes de coopération contrainte, sous l'impulsion des nouveaux dispositifs organisationnels ces dispositifs entraînant aussi des manifestations de solidarité ou de résistance de la part de ceux qui sont le plus concernés. La coopération aurait ainsi tendance à s'institutionnaliser et à devenir une contrainte de travail parmi d'autres (horaires, urgences...) sous l'effet des changements organisationnels, comme dans le cas de la RTT (Tonneau, 2003).

Tableau 1. Aides⁶⁸ - en cas de travail délicat, compliqué...- fournie par [en %].

⁶⁶ En Ontario en 1994, au Québec en 2003 (Berland 2003).

⁶⁷ Réalisée en 2003 dans le cadre de l'enquête nationale de la DREES sur les conditions et l'organisation du travail auprès des actifs des établissements de santé, cette post-enquête menée à partir de 40 entretiens semi-directifs visait à valider et à approfondir les réponses obtenues par questionnaire aux questions relatives aux relations de coopération et d'entraide au travail (Gheorghiu, Moatty, 2005).

⁶⁸ La question était formulée de la manière suivante :

Si vous avez du mal à faire un travail délicat, compliqué, est-ce que vous êtes aidé par ... ? (plusieurs réponses possibles) :

- Le personnel médical

	Personnel médical	Supérieur hiérarchique	Collègues	Autres personnes	Personnes extérieures
Médecins	72	52	88	57	30
Infirmières	80	68	95	41	19
Aides- Soignantes	55	73	95	35	14
Ensemble (y.c autres personnes	63	68	91	39	20

I.3. Travail en équipe et coopération

La coopération au travail renvoie non seulement à l'organisation en équipe des professionnels (infirmiers et aides soignants essentiellement) mais aussi à des échanges spontanés entre des partenaires engagés dans des activités liées aux soins médicaux. Les frontières qui séparent l'organisationnel « formalisé » de l'entraide « informelle » ne sont ni fixes, ni établies selon les mêmes critères dans les différents collectifs de travail. Travailler en équipe ne suppose pas forcément coopérer si les relations sont conflictuelles ou limitées à des aspects purement fonctionnels. Cependant, dans le monde de la santé, l'intérêt du patient exige, au moins en principe, que tous les participants à l'acte médical coopèrent pour le guérir ou améliorer sa santé. Au-delà de la maladie, le malade devient un point central pour l'articulation de la coopération dans cet univers. Ainsi, les formes de coopération au travail « débordent » le cadre des équipes constituées, que ce soit vers le haut de la hiérarchie, avec les médecins, ou vers le bas, avec les femmes de ménage, les brancardiers ou les secrétaires.

Les relations de coopération dépassent les frontières qui séparent les équipes organisées ou les collectifs institués. Le collectif de travail se distingue de l'organisation dans la mesure où il constitue pour ses membres une réalité *sui generis*, dotée d'une forme de sociabilité propre (« l'esprit d'équipe ») et de valeurs éthiques partagées. Le respect d'autrui et la résolution des conflits en interne sont les principales conditions exigées pour « faire équipe ». La diversité des situations de coopération et des liens entretenus est fonction de la position dans le groupe, du degré de reconnaissance par les pairs (les membres du groupe) et/ou par la hiérarchie.

Les relations de coopération au travail s'établissent dans le temps et s'appuient sur des dispositions durables, attachées au mode de socialisation des personnes (la socialisation « primaire », antérieure à l'entrée dans la vie active, et une socialisation « secondaire », liée à l'expérience professionnelle et à l'ancienneté). On est plus ou moins « disposé » à coopérer dans la mesure où une habitude ou une routine sont installées avec le temps.

La représentation dans la durée des relations de coopération suppose également la prise en compte des trajectoires des membres du groupe de travail et l'estimation des opportunités de carrière associées au travail en groupe. L'engagement dans le groupe ou la distanciation dépendent ainsi de la reconnaissance escomptée ou des profits attendus de cet investissement particulier : en termes de formation ou de qualification, de promotion ou de reconversion. Autrement dit, l'habitude de coopérer n'exclut pas le calcul de l'intérêt à coopérer

- Vos supérieurs hiérarchiques (hors personnel médical)
- Les autres personnes avec qui vous travaillez habituellement
- D'autres personnes de l'établissement
- Des personnes extérieures à l'établissement

I.4. Des lieux de coopération intense

Plusieurs équipes médicales sont apparues au cours de cette enquête comme constituant des lieux de coopération intense : les équipes de bloc opératoire, parmi les plus affectées par les changements de frontières entre les médecins et les infirmières, mais aussi entre spécialités médicales, chirurgiens et anesthésistes ; les hôpitaux psychiatriques, les services de gériatrie, les centres de dialyse, les urgences ou les centres de récupération des handicaps moteurs, qui se distinguent par une coopération accentuée avec les professionnels du social.

Le fonctionnement des équipes de bloc a été affecté par trois types de changements : l'intensification des rythmes liée à la spécialisation des interventions, la fluidification des temps de présence des patients et du personnel et l'autonomie du personnel paramédical par rapport aux médecins. L'autorité du chirurgien chef d'équipe a plus de mal à s'imposer dans ces nouvelles conditions, son intervention sur plusieurs salles et le rythme accéléré augmentant la responsabilité des personnels intermédiaires. L'établissement de longue date de véritables couples de travail entre le chirurgien et l'IBODE et entre l'anesthésiste et l'IADE⁶⁹, fondés sur la complicité dans la délégation de certaines tâches, facilite ce mode de fonctionnement. Le bloc opératoire, institution médicale « totale » par son relatif isolement à l'intérieur des établissements hospitaliers, permet d'observer le changement des relations entre médecins et infirmières ainsi qu'entre chirurgiens et anesthésistes avec un déplacement des frontières entre ces professions et l'introduction d'un nouveau mode de management.

A la différence des blocs opératoires, certaines zones de l'espace médical sont nécessairement ouvertes au monde extérieur, ce qui impose aux personnels une prise en compte conséquente de l'environnement des établissements hospitaliers. L'intrusion du social dans le monde médical va au delà de la présence des assistantes sociales dans les hôpitaux. Dans les centres de jour des hôpitaux psychiatriques, les CMP, les centres de post-cure ou les « chantiers de réinsertion » - historiquement des lieux de désenclavement de l'ancienne « institution totale » asilaire (Goffman, 1968) - la présence discontinue des médecins (les psychologues sont souvent les seuls cadres permanents) et les relations de partenariat avec des services publics et des associations favorisent une autonomie plus importante des personnels de soins, avec des délégations de fait. Par exemple, les CMP, lieux de grande autonomie des professions intermédiaires de santé, sont aussi des structures de suivi souple d'une patientèle chronique mais cette distance de l'autorité administrative et médicale les rend vulnérables dans des conjonctures de restriction financière et de « rentabilisation ». La coopération renforcée prend alors la forme d'actes de solidarité face aux menaces qui pèsent sur les équipes.

Dans les centres de dialyse, la possibilité d'assurer aux infirmières une formation spécialisée constitue un moyen pour limiter le turnover du personnel. Le travail relationnel et de formation tend ainsi à l'emporter sur le travail proprement clinique. Cela renforce d'un côté des situations de délégation légitime, perçues comme actes de formation, mais est vécue en même temps comme un malaise professionnel, avec le sentiment permanent d'être débordé de travail, d'en faire trop et pas assez.

Les services d'urgence doivent leur développement aux transformations à la fois de l'institution hospitalière (externalisation de certaines fonctions, repli sécuritaire) et de son environnement (précarité, raréfaction des médiations sociales). Interface entre les services de l'hôpital lui-même d'une part et les services partenaires externes d'autre part, les urgences protègent l'institution hospitalière d'intrusions gênantes. Composées de médecins permanents mais surtout de médecins de passage, intervenant sur plusieurs sites à la fois, les urgences font tourner des médecins

⁶⁹ Infirmières de bloc opératoire (IBODE) et infirmières anesthésistes (IADE).

« généralistes spécialisés dans le temps » et des équipes d'infirmières jeunes, avec une espérance de vie professionnelle plutôt courte dans ce cadre très contraignant. La mobilité accélérée du personnel vers des services plus stables et autonomes font des urgences un lieu de passage en mesure de valoriser des identités professionnelles incertaines ou menacées. La performance des services d'urgence dépend de la capacité de mobilisation et d'orientation sur un temps court d'équipes à composante variable, ce qui suppose un surinvestissement du travail en équipe. Plus sollicités mais moins rémunérés que leurs collègues des services stables, la reconnaissance du personnel des urgences dépend de ces démonstrations de désintéressement, qui rend aussi possible une future réorientation ou promotion. C'est ce qu'un chef de service d'urgences désigne comme un décalage permanent entre le statut et la reconnaissance. Les urgences sont un lieu de passage, de tri et de classement non seulement pour les malades, mais aussi pour les professionnels⁷⁰. Dans les services d'urgences, le renforcement de la coopération est à la fois un effet structurel de la position des urgences et de l'instabilité professionnelle des urgentistes dans l'univers hospitalier face aux disciplines médicales les plus reconnues et un effet de la précarité sociale des publics et des problèmes de violence et de sécurité qui leur sont attachés. Tous ces lieux de coopération intense font état de pratiques courantes de délégation. Revenir sur les figures des formes de coopération en fonction des positions professionnelles peut aider à mieux comprendre la place qui revient à la délégation.

⁷⁰ Non reconnus en tant que spécialité établie, les urgentistes font du dévouement désintéressé et du surinvestissement collectif une modalité d'identification avec l'image idéale de la profession médicale. Leur position serait à comparer avec celle, opposée, des services de fin de vie ou de soins palliatifs, qui ne disposent pas du même type de gratification symbolique, et où les carrières des malades comme des professionnels peuvent être aussi longues que pénibles.

II. POSITIONS PROFESSIONNELLES ET FIGURES DE LA COOPÉRATION

Les positions occupées dans l'espace médical – positions de domination, d'exécution, positions intermédiaires ou de médiation – et les trajectoires des membres des équipes déterminent, nous l'avons dit, les dispositions et les intérêts à coopérer⁷¹. Si l'institution définit le cadre général de la coopération, à la fois pour ce qui concerne l'espace, le temps ou le contenu des échanges, c'est le background social et professionnel des personnes impliquées, ainsi que leur projection dans un devenir professionnel qui constituent le possible et le probable de toute relation de coopération.

La reconstitution des trajectoires professionnelles rend compte des changements de condition et de statut dans le parcours des médecins, des infirmières et des aides soignantes. Les discours « d'institution » et les discours « critiques » rendent visibles les articulations entre les attentes et les aspirations individuelles par rapport à l'institution et l'influence (réelle ou ressentie) des transformations du groupe professionnel sur les trajectoires individuelles.

Pour les occupants des positions les plus élevées, la question des rapports statutaires entre les différents corps de métiers et celle de la reconnaissance sociale sont au centre de la problématique de la coopération au travail. On parle ainsi beaucoup plus dans les entretiens des différents types de pouvoir (médical, infirmier, de l'administration...), de délégation que de la coopération dans l'exécution des tâches. Chez les médecins, la vision des conditions de travail et des relations de coopération peut être aussi très contrastée. Le chef de service des urgences que nous avons interrogé est confronté au quotidien avec une diversité de formes de coopération et en dresse dès le début de l'entretien la typologie. Pour lui, coopération et délégation des tâches constituent une dimension centrale de son secteur d'activité, d'où son investissement professionnel et rationnel dans la coopération. Presque à l'opposé, pour les médecins vacataires et attachés, exposés en permanence à l'exclusion, l'accès à l'information, la communication et la coopération représentent des formes de survie dans le milieu professionnel.

Des positions homologues se retrouvent dans le corps paramédical à un autre niveau hiérarchique. L'autonomie des professions paramédicales, amorcée par la mise en place d'un métier comme celui des aides soignantes, a été consacrée par la création des cadres infirmiers. Le détachement relatif du corps médical, s'il s'est traduit par plus d'autonomie, ne semble pas avoir apporté la reconnaissance souhaitée. La demande de reconnaissance reste une des plus fortes revendications en termes d'amélioration des conditions de travail. Plusieurs témoignages dans les entretiens mentionnent l'absence de communication (et de reconnaissance) entre les différents échelons de la hiérarchie. Une division du travail plus accentuée a rendu dans de nombreux cas le partage des tâches entre infirmières et aides soignantes potentiellement plus conflictuel. Les représentants des positions intermédiaires sont eux aussi porteurs de représentations contrastées sur l'univers médical et sur les relations de coopération, entre les plus satisfaits de leur parcours et les plus critiques, souvent en position d'abandon de la profession. Pour des infirmières, le sens de la coopération relève plus de l'entraide, de l'équité dans la distribution des tâches entre les membres des équipes, de la composition des équipes comme des relations entre elles, de la possibilité d'harmoniser temps de travail et temps pour la famille. Coopérer dans le cas des occupants des positions

⁷¹ Les caractéristiques des personnes ayant accepté d'être interviewées par un chercheur dans le cadre de l'enquête, dont font partie les 40 personnes interviewées, indiquent une surreprésentation des positions les plus stables, des trajectoires ascendantes et des expériences professionnelles confirmées.

dominées renvoie à la formation (accumulation des compétences par la mobilité et par la disponibilité), à la résistance à l'exploitation, voire à l'auto-exploitation (vulnérabilité au chantage moral sur « l'intérêt suprême du malade »), ou à des stratégies de reconnaissance.

II.1. Des figures de la coopération

A partir de l'ensemble de ces observations, plusieurs figures contrastées de la coopération peuvent être retenues comme propositions pour une typologie de la coopération à l'hôpital :

La coopération contrainte : forme de coopération déterminée par des changements organisationnels et / ou par l'intensification des rythmes de travail. La coopération devient une des contraintes du travail.

La coopération hiérarchique (« verticale ») : coopération entre les membres d'un collectif de travail occupant des positions inégalement situées dans la hiérarchie professionnelle ; la délégation des tâches et le transfert des compétences « informels » en font partie

La coopération stratégique : les bénéfices de la coopération sont pris en compte – bénéfices cognitifs, liés à la formation, à la reconnaissance ; suite à une coopération stratégique, la place du coopérant se stabilise, son activité s'inscrit dans le développement du poste ou de la carrière.

L'entraide (coopération « horizontale » ou de solidarité) : norme ou condition éthique pour « faire équipe » ; l'entraide peut prendre la forme d'un transfert des compétences – dans le cas des jeunes collègues ou des intérimaires, ou des collègues d'origine étrangère.

La coopération organisée et instituée : se décline tant dans les activités quotidiennes (réunions, transmissions, accueil de stagiaires...) que dans les activités de formation liées à la professionnalisation (stages, congrès...).

La coopération négociée. Les accords sur le temps de travail sont le meilleur exemple de coopération négociée avec une distinction entre l'arrangement des horaires entre collègues et les remplacements « en cas d'imprévu ».

II.2. Délégation, coopération contrainte et consentement

Ce qui est à retenir sur le rapport entre coopération et délégation est le caractère « mixte » de la délégation comme type de coopération : il s'agit aussi bien d'une forme de coopération hiérarchique, « sur la verticale », mais aussi d'une forme d'entraide entre collègues, car elle n'exclut pas la solidarité et suppose toujours le respect d'une norme éthique propre aux collectifs de travail, ainsi que celle de « l'intérêt suprême du malade ». La délégation se distingue cependant d'autres formes de coopération, comme le remplacement d'un collègue, car elle suppose un rapport d'autorité et le consentement à la transgression de la frontière entre « supérieur » et « subordonné ».

La délégation des tâches, forme de coopération hiérarchique par excellence, se distingue ainsi dans le sens où aide et contrôle sont étroitement associés, à l'origine d'une ressource particulière, d'un capital social spécifique. La délégation des tâches conforte les aspirations professionnelles et encourage la mobilité à l'intérieur du corps paramédical : plusieurs personnes interrogées ont commencé leur carrière comme agent hospitalier, pour suivre ensuite une formation d'aides soignantes, ou sont devenues infirmières après avoir été aides soignantes. A cette première dimension formative s'ajoute une dimension contraignante, toute délégation constituant aussi une obligation (on ne peut pas refuser la demande d'un supérieur), qui peut limiter l'autonomie. La multiplication des activités « déléguées » gêne

l'exécution des tâches propres, renforce les rapports hiérarchiques à l'intérieur d'un groupe et accroît les difficultés du personnel se trouvant en bas de l'échelle.

La multiplication en cascade des actes de délégation, du haut vers le bas de la hiérarchie, est aussi un effet de la coopération intense. L'intensification de la coopération se traduit principalement par une augmentation des formes de coopération contrainte. La délégation de tâches constitue une obligation qui, si elle prend appui sur les aspirations professionnelles de mobilité, accroît aussi les contraintes du personnel le moins doté, situé à la fin de la chaîne de délégation et mis en difficulté pour l'exécution des tâches propres.

À cet égard, la position des aides soignantes est exemplaire : catégorie constituée pour décharger les infirmières des tâches les moins qualifiées, elles ne peuvent valoriser leur travail qu'en assumant des tâches d'exécution déléguées par les infirmières ou en surinvestissant les contacts privilégiés avec les patients. La pénurie de personnel les menace doublement, à la fois à cause des surcharges de travail (être en bout de chaîne exclut toute possibilité de déléguer le travail propre) et des situations de risque de violence dans les rapports avec les patients et leurs familles. Malgré des bénéfices incontestables apportés par les 35 heures et par des améliorations ponctuelles des conditions matérielles de travail, les situations d'isolement ou d'exclusion dans cette catégorie, peu reconnue voire « invisible », semblent relativement nombreuses.

L'acceptation de la délégation des tâches relève à la fois d'une dimension individuelle (qui peut se traduire par des formes de complicité basées sur le respect des places de chacun) et d'une dimension collective dans la mesure où cette délégation s'inscrit et prend son sens dans des formes instituées de coopération et de reconnaissance des parcours professionnels encadrant ces consentements individuels et mettant à profit le décalage structurel entre le statut et la reconnaissance.

La contrainte est acceptée dans la mesure où l'autorité, la compétence du supérieur hiérarchique, mais aussi son autorité morale sont reconnues comme légitimes. Le rappel de « l'intérêt suprême du malade » pour imposer des remplacements en urgence de collègues absents, de même que l'entraide dans le souci d'un partage équitable des tâches à l'intérieur du collectif de travail indiquent aussi des formes d'acceptation de la contrainte, naturalisée comme une des multiples contraintes du travail. Ne pas pouvoir répondre à ces exigences éthiques en raison des rythmes de travail est considéré une forme d'abandon ou de démission, disqualifiante professionnellement et dégradante humainement.

_ *CONCLUSION*

Nous avons privilégié l'analyse de quelques établissements et services, lieux où la coopération et la délégation sont intenses et ont tendance à s'intensifier sous la conjonction des changements institutionnels, de la mobilité des personnels et des transformations de l'environnement. Ces lieux se trouvent à la frontière des oppositions qui structurent le champ hospitalier : celle entre le public et le privé, entre le corps médical et les équipes paramédicales ou de soins, et entre le personnel hospitalier et les patients. Le bloc opératoire, lieu fermé par nécessité à toute intrusion de l'extérieur, se montre aussi vulnérable aux effets de ces changements que ces lieux d'interférence entre les champs social et médical que sont les centres extrahospitaliers en psychiatrie, en gériatrie, les centres de dialyse ou les services d'urgence. Dans un deuxième temps, nous avons analysé les effets des principales positions socioprofessionnelles (médecins, cadres infirmiers, infirmières et aides soignantes) sur le travail collectif et les formes de compromis entre la coopération hiérarchique contrainte et l'entraide et la solidarité dans les équipes de soins.

Coopérer suppose une forme de croyance dans le collectif – l'équipe, le groupe ou le corps professionnel, l'institution hospitalière –, dans ses qualités professionnelles et éthiques, dans sa mission de salut humaniste ou humanitaire. Les discours sur la coopération ne sont pas réductibles à une philosophie managériale et ne constituent pas que des stratégies de façade, dissimulant les « vraies » stratégies cachées. Dans leur diversité, ils dévoilent les rapports au groupe de référence (enchantement ou désenchantement par rapport à une croyance d'origine, à la vocation ou à la mission, à la reconnaissance sociale), une vision pragmatique ou « professionnelle », la nécessité de formaliser ou de rationaliser la coopération, etc. La coopération est ainsi traitée comme une « ressource », substantialisée, disponible ou manquante, et des experts peuvent être convoqués pour stimuler sa production. Les discours sur la coopération sont plus répandus aux deux extrêmes de la hiérarchie professionnelle, chez ceux qui ne se justifient professionnellement que par leur capacité de mobilisation du travail des autres, et chez ceux dont le statut précaire rend la dimension symbolique de la profession encore plus précieuse dans la mesure où ils ne sont rien en dehors de l'institution.

En milieu hospitalier, c'est l'esprit de corps qui est souvent évoqué comme constituant un principe d'union et d'alliance supérieur à l'esprit d'équipe. Cela est dû très probablement à l'histoire des différentes professions médicales et paramédicales représentées dans une équipe, aux effets structurants forts des hiérarchies et des rapports de concurrence entre le secteur libéral et l'hôpital. La principale caractéristique de l'esprit d'équipe est, comme ailleurs, la résolution des problèmes en interne et les défaillances de l'encadrement ou l'incapacité des cadres infirmiers à régler ces conflits « en interne » peuvent le mettre à mal.

L'intérêt suprême du malade (patient, client) peut être invoqué en toute circonstance et opposé à l'intérêt individuel ou de groupe, pour mobiliser une équipe et ses membres : refuser de remplacer un collègue ou de coopérer peut porter tort au malade avant tout, et cela signifie aussi manquer à la mission propre de la profession, placée symboliquement au-dessus des autres. La force de l'identification à cette mission et de la revendication d'une telle vocation peut l'emporter sur celle de la hiérarchie sociale et professionnelle, et une aide soignante peut revendiquer en toute légitimité sa présence dans la proximité du malade et l'opposer comme fondement de sa vocation à la mission essentiellement technique de l'infirmière.

Enfin, quelques conclusions peuvent être retenues concernant la délégation du travail dans les établissements hospitaliers :

- La coopération et tout particulièrement la délégation des tâches doit être pensée dans le temps, son fonctionnement et sa reproduction étant liée à la reconnaissance des compétences et aux possibilités d'évolution et de carrière des parties prenantes et donc à leurs trajectoires individuelles et collectives.
- La délégation des tâches constitue une forme de coopération contrainte ayant une dimension de consentement dans la mesure où l'intérêt à coopérer n'est pas exclu.
- La délégation des tâches suppose l'établissement de relations de confiance interpersonnelles et repose sur des effets cognitifs (apprentissage), professionnels (promotion), sociaux (relationnels), matériels et symboliques (récompenses, gratifications).
- En raison des délégations en chaîne, la délégation peut entraîner des effets pervers en cas de surcharge de travail comme l'empêchement de l'exécution des tâches propres.
- Le suivi de la délégation en termes de responsabilité, de coordination, de contrôle et d'acquisition progressive de compétences et d'expérience professionnelle nécessite un investissement temporel spécifique favorisé par la coprésence temporelle et spatiale des professionnels et du malade sur un même lieu de travail avec des possibilités d'entraides et d'échanges de proximité.
- Son extension en dehors de l'hôpital, en situation d'isolement professionnel relatif face au malade, posera donc des problèmes spécifiques liés à la coordination du travail « à distance ».
- Son officialisation nécessitera également l'évolution des réglementations professionnelles et la définition juridique des responsabilités.
- Enfin, Il faudra également retenir le caractère « frontalier » de toute forme de délégation, qui suppose un accord inscrit dans la durée entre des collectifs et des individus, et qui changera inéluctablement avec le temps.

— RÉFÉRENCES

1. ANFIIDE, Réflexions préliminaires à l'étude d'une nouvelle définition de l'infirmière, rapport de travail, Strasbourg, 1975.
2. BÉRAUD C., « Les transformations du système de soins au cours des vingt dernières années : point de vue d'un acteur », *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n°4, décembre 2002, pp. 37-74.
3. BERLAND Y., « Coopération des professions de santé : le transfert des tâches et des compétences », rapport transfert de compétences, octobre 2003.
4. BOURGUEIL Y., MAREK A., MOUSQUES J., « La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens et au Canada », DREES, *Etudes et résultats*, 406, juin 2005, 12 p.
5. CHAMBARETAUD S., « Typologies des coopérations entre professionnels de santé », document de travail, groupe « Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé », 2007, 6p.
6. DURAND J.-P., *La chaîne invisible, travail et servitude volontaire*, Paris, Seuil, 2004.
7. FREIDSON E., *La profession médicale*, Paris, Payot (Médecine et Sociétés), 1984, 369 p.
8. GHEORGHU M. D., MOATTY F., « Les conditions du travail en équipe : les relations de coopération dans les établissements de santé », Paris, DREES, document de travail, n°47, 2005. <http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/>
9. GHEORGHU M. D., MOATTY F., « Réorganisation des entreprises et caractéristiques du travail collectif dans l'industrie : la diversité des formes de coopération », in *Revue Economique*, vol. 57, n°4, novembre 2006, pp. 1177-1203.
10. GHEORGHU M. D., MOATTY F., « La coopération contrainte en milieu hospitalier », in Jean-Pierre Durand et Marie-Christine Le Floch (eds.), *La question du consentement au travail. Dominations et résistances*, Paris, L'harmattan, 2006, pp. 253-262.
11. GHEORGHU M. D., GUILLEMOT D., MOATTY F., « Changements organisationnels et informatisation dans les hôpitaux français : premiers résultats d'une pré-enquête auprès de responsables hospitaliers », communication écrite aux XI^{èmes} Journées Internationales de Sociologie du Travail (JIST), « Restructurations productives, précarisation, valeurs », organisées par London School of Economics/London Metropolitan University, Londres, 20-22 juin, 2007, 13 p.
12. GOFFMAN E., *Asiles*, Paris, Minuit, 1968.
13. GOLLAC M., VOLKOFF S., *Les conditions de travail*, Paris, La Découverte (coll. Repères), 2000.
14. GREENAN N., HAMON-CHOLET S., « Les salariés industriels face aux changements organisationnels en 1997 », *Premières Informations et Premières Synthèses*, DARES, n°09.3, 2000, mars, 12 p.
15. LE LAN R., BAUBEAU D., « Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », DREES, *Etudes et résultats*, n°335, 2004, 12 p.
16. PICOT G., « Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable. Le cas de deux services hospitaliers », *RFAS*, 1, 2005, pp. 83-100.
17. SAINSAULIEU I., *Le malaise des soignants. Le travail sous pression à l'hôpital*. Paris, L'Harmattan, 2003.
18. STRAUSS A., *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan (Logiques sociales), 1992, 311 p.
19. TONNEAU D., « La réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics : des difficultés liées à l'organisation », DREES, Document de travail, série études, n°35, octobre, 2003, 117

CONTRIBUTION 7

RÉFLEXIONS SUR L'IMPACT POTENTIEL DES COOPÉRATIONS SUR LES DOTATIONS HOSPITALIÈRES, DANS LE CADRE DE LA T2A

Roland Cash

— INTRODUCTION

Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé se développent et, pour les plus novatrices, font l'objet d'expérimentations en cours d'évaluation. Même si l'objectif initial du développement de telles coopérations ne relève pas d'arguments strictement économiques, mais plutôt de difficultés liées à l'évolution de la démographie médicale, la question de l'impact économique de telles modifications de l'organisation des soins se pose.

Nous discuterons ici cet impact sur les activités d'hospitalisation dans le cadre de la T2A, à l'exclusion des activités externes facturées à l'acte via la CCAM.

Position du problème - la réforme tarifaire

La réforme tarifaire des établissements de santé est actuellement à mi-chemin et a profondément modifié dans le secteur ex-dotations globale la manière de considérer les dotations hospitalières. D'ailleurs, le régime des établissements a été modifié, la procédure budgétaire faisant maintenant appel à l'EPRD : Etat prévisionnel des recettes et des dépenses, les établissements devant établir un budget recettes/dépenses, pouvant faire apparaître des excédents ou des déficits.

Dans ce cadre, les budgets hospitaliers pour les activités de court séjour (MCO) se découpent de la manière suivante dans le secteur public et PSPH :

- Dotation MIGAC : allouée par l'ARH pour l'année, en fonction des missions de service public assurées, sur une base contractuelle (CPOM), avec versements mensuels par douzième.
- Dotation annuelle complémentaire (DAC) : « résidu » de la dotation globale, représentant à l'heure actuelle de l'ordre de 50% de la part liée à l'activité⁷². Elle est versée aussi par douzième.
- Activité : recettes liées aux GHS, suppléments journaliers, consultations et actes externes, passages aux urgences. Dans le cadre de la montée en charge de la T2A, la part liée aux tarifs des prestations augmente chaque année ; après avoir été de 10% en 2004, elle est passée à 25%, 35% puis maintenant 50% ; le reste du budget lié à l'activité est alloué via la DAC. Depuis le 1^{er} avril 2007, la transmission de ces données est mensuelle (elle était auparavant trimestrielle), les recettes en rapport étant versées à l'établissement après décision de l'ARH à réception de ces données.

⁷² La DAC est en principe exactement égale à 50% de la base activité en 2007, mais des mesures ponctuelles touchant certains domaines d'activité ou certains établissements ont pu conduire à s'écarter de ce taux. En outre, les taux d'évolution des tarifs et d'évolution de la DAC peuvent être dissociés.

- Forfaits annuels pour les urgences et les activités de prélèvements et greffes d'organes : évalués sur la base de l'activité de l'année précédente, versés par douzième.
- Médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) inscrits sur les listes de produits facturables en sus : remboursement à l'euro l'euro des consommations (ou à un taux inférieur en cas de manquement aux clauses du contrat de bon usage). Ces données de consommations sont transmises avec les données d'activité.

Dans le secteur privé lucratif, le schéma général est identique, mais il n'y a pas de DAC, et l'activité est facturée au fil de l'eau à 100% des tarifs nationaux. Pour assurer la transition entre la situation initiale observée en 2004 et la situation cible de 2012, chaque établissement se voit appliquer un coefficient correcteur dit de transition s'appliquant aux tarifs nationaux ; ainsi, un établissement initialement surdoté de 20% par rapport aux tarifs moyens nationaux est parti en 2005, année de mise en œuvre de la réforme, avec un coefficient de transition de 1,2 ; ce coefficient doit progressivement tendre vers 1 à l'horizon 2012⁷³.

La question posée par l'impact des nouvelles formes de coopération entre acteurs hospitaliers et des nouvelles organisations des prises en charge sur les coûts hospitaliers, et dès lors à terme sur les tarifs de prestations (qui de façon plus ou moins stricte, suivent l'évolution des coûts, nous discutons ce point plus loin), doit se décliner de façon différente selon le « compartiment » concerné du modèle T2A. Nous raisonnerons ici dans une perspective de T2A à 100% dans le secteur public pour simplifier l'argumentaire. En effet, la DAC a vocation à disparaître en 2012. Par ailleurs, le compartiment « médicaments et DMI en sus » n'est pas concerné par la présente problématique.

- Pour les activités relevant des GHS (et suppléments journaliers), la question est *in fine* de savoir si les tarifs doivent et peuvent évoluer en fonction de l'évolution des pratiques.
- Pour les activités à paiement forfaitaire, notamment les urgences et les greffes d'organes, la question repose sur l'évolution des critères de calcul des forfaits annuels.
- Pour les activités relevant de la dotation MIGAC, les règles d'allocation sont de nature différente, très globalisées. Toutefois, pour certaines de ces missions comme les consultations mémoire, l'éducation thérapeutique, les SMUR..., il existe des critères de suivi de l'activité et des moyens qui pourraient être utilisés pour moduler les financements ; il peut être envisagé dans ces cas d'évoluer vers le modèle précédent des forfaits annuels.

Nous structurerons la réflexion par étapes en abordant les trois questions suivantes :

- Quelles sont les formes de coopération qui effectivement peuvent avoir un impact significatif :
 - sur les coûts de prestations ? et à quelles conditions ?
 - sur l'évolution de l'activité et des recettes hospitalières ?
 - et par quels mécanismes ?

⁷³ Les cliniques bénéficiant auparavant d'un classement au titre de spécialités coûteuses ont en plus un coefficient dit de haute technicité s'appliquant aux tarifs.

- Est-on en mesure d'observer (et si oui avec quelle réactivité) une modification de la structure des coûts pour une activité donnée ?
- Comment s'effectue la « traduction tarifaire » d'une modification observée des coûts ?⁷⁴

⁷⁴ Le schéma de causalité est en effet plus complexe que dans le cadre d'un paiement à l'acte en secteur libéral : si un acte effectué auparavant par un médecin à un tarif X est effectué par un collaborateur non médecin, lui aussi libéral, à un tarif Y, inférieur à X, dans le même temps, l'impact sur les dépenses de soins est immédiat. Ce schéma simple l'est déjà moins quand le collaborateur est salarié, ce qui est le cas dans les cliniques privées par exemple.

I. QUELLES SONT LES FORMES DE COOPÉRATION QUI EFFECTIVEMENT PEUVENT AVOIR UN IMPACT SIGNIFICATIF SUR LES COÛTS DE PRESTATIONS ET LES RECETTES HOSPITALIÈRES ? PAR QUELS MÉCANISMES ?

Le thème des coopérations n'est pas nouveau en secteur hospitalier : il s'agit d'un secteur où par nature l'ensemble des métiers coopère autour de la prise en charge des patients. L'hôpital est d'ailleurs l'un des secteurs où l'on décompte le plus de métiers différents dans la même structure.

En secteur hospitalier comme en secteur libéral, certaines activités médicales comme la radiologie, la biologie médicale, font appel à la compétence de corps professionnels spécifiques qui assurent la réalisation technique des actes (manipulateurs de radiologie, techniciens de laboratoire), sous la supervision des médecins ou pharmaciens qui assument la responsabilité des actes.

Pourquoi parler de nouvelles formes de coopération à l'hôpital ? La réflexion est la plupart du temps née à partir du problème de démographie médicale. Le médecin hospitalier délègue d'autant plus facilement certaines tâches à d'autres professionnels qu'il est lui-même dans l'incapacité matérielle de les assumer toutes, au regard de sa charge de travail et/ou qu'il cherche à dégager du temps en faveur de tâches plus spécifiques du travail médical.

Les enjeux de qualité, d'efficacité, d'enrichissement des tâches des professionnels non médicaux sont importants, mais l'observation du primat de l'enjeu démographique n'est pas sans conséquence sur la discussion sur l'impact de ces coopérations sur les budgets hospitaliers : ces expérimentations pourraient bien davantage permettre de développer des activités actuellement freinées par manque d'effectifs, que de réduire les coûts globaux (mais il est vrai, les deux voies peuvent être toutes deux sources de gains d'efficacité).

La situation doit par ailleurs s'analyser de manière différente selon qu'on se trouve dans un cas de substitution (l'infirmière assure une partie des tâches effectuées auparavant par le médecin) ou dans un cas de diversification/accroissement de la gamme d'activités (exemple de l'éducation thérapeutique), même si cette distinction est un peu schématique et qu'il est rare d'observer un effet de substitution « pur ».

En reprenant la catégorisation proposée dans le rapport d'étape de la HAS sur les expérimentations engagées, on distingue :

- a) des projets centrés sur la **réalisation d'un acte technique** et n'impliquant pas de décision diagnostique ou thérapeutique de la part du professionnel non médical (ex : échographie, échocardiographie, exploration fonctionnelle digestive, radiothérapie).
D'une certaine manière, ces projets prolongent le « modèle » de la radiologie conventionnelle selon lequel la prise de l'image peut être aisément déconnectée de son interprétation.
On se trouve dans un cadre de substitution/délégation dans un cadre précis.
On pourrait aussi évoquer dans ce cadre l'infirmière d'accueil et d'orientation aux urgences qui voit les malades en premier lieu, selon un protocole précis, ou les sages-femmes vis-à-vis des obstétriciens.
- b) des projets portant sur la prise en charge de patients atteints de cancer ou de maladies chroniques. Ils portent sur un segment de prise en charge qui peut inclure des décisions diagnostiques ou thérapeutiques avec l'analyse de l'état de santé du malade, l'identification d'un problème et l'élaboration d'une solution pour le résoudre (prescription d'examens complémentaires ou décision thérapeutique). Ex : chimiothérapie, neurologie, pathologie prostatique,

insuffisance rénale, hépatite C, diabète de type 2. C'est dans ce cadre que se développent les actions d'éducation thérapeutique et il y a bien davantage extension de gamme que substitution simple de tâches.

- c) des projets axés sur la prévention et le dépistage, qui pour le moment ne concernent pas le secteur hospitalier dans les expérimentations. On se trouve en tout état de cause dans cette troisième catégorie dans le cadre d'une diversification des tâches. Le médecin juge qu'il n'a pas le temps en général d'assurer ces missions, et le fait de les déléguer à des paramédicaux ne constitue pas une substitution.

Un quatrième groupe est constitué par **les cas où la coopération est liée à une nouvelle organisation des soins**. Le cas de l'infirmière d'accueil et d'orientation aux urgences en est un premier exemple. Celui des maisons périnatales de proximité est encore plus frappant : ce sont des lieux où les sages-femmes consultent, surveillent les femmes avant ou après accouchement, et assurent donc des prestations réalisées auparavant par la maternité (en l'occurrence, ces organisations se mettent en place quand la maternité a fermé). Les discussions sur l'efficacité de telles solutions d'organisation se posent en termes de rémunération relative de la maternité (à distance) et de ces centres périnataux de proximité.

Ces différentes catégories n'ont pas potentiellement le même impact sur les coûts et les budgets.

— *Approche théorique*

L'impact d'une modification dans l'organisation des soins peut prendre plusieurs voies :

- Substitution de tâches d'un praticien vers un professionnel d'une autre qualification, avec différentiel de rémunération significatif entre les deux ; il y a deux effets à prendre en compte :
 - diminution du coût unitaire de la prestation faisant l'objet de la substitution
 - possibilité pour le praticien, d'assurer de nouvelles activités sur son temps rendu disponible

Exemple schématique : un praticien rémunéré R assure une production P, avec donc un coût unitaire de réalisation de cette production de $C=R/P$.

Si un personnel formé pour certaines tâches, et rémunéré $R/2^{75}$, peut se substituer à ce praticien pour une part r de sa production, le coût total de la réalisation de la production est $R+R/2$, mais la production elle-même augmente, le praticien pouvant réaliser au moins rP qu'il ne pouvait pas faire avant l'opération de substitution. Le coût unitaire devient $C' = (R+R/2)/(P+rP) = 3/2R/(P(1+r)) = 3/2C/(1+r)$

Si r est égal par exemple à 1/3, on a $C'=9/8C > C$

Si r est égal à 1/2 (c'est-à-dire que le professionnel paramédical a une capacité de production égale à la moitié de celle du médecin), on a $C'=C$

Si r est égal à 2/3, on a $C'=9/10C < C$

⁷⁵ Ce rapport 1/2 est celui observé en moyenne dans les hôpitaux publics entre praticiens hospitaliers et infirmières.

Et si $r=1$ (c'est-à-dire que le professionnel paramédical a la même capacité de production que le médecin sur les tâches faisant l'objet de la substitution), on a $C'=3/4C$.

Ainsi, dans cet exemple, cela signifie que la substitution n'est efficace que si le personnel paramédical, sur son temps de travail, assure au moins l'équivalent de la moitié de la production du praticien. Pour les tâches totalement substituables (même temps de travail pour le médecin et le professionnel paramédical, $r=1$), le gain de productivité conduit à abaisser d' $1/4$ le coût de production.

- Développement de tâches non assurées auparavant, et/ou amélioration de la qualité de prise en charge par l'intervention d'un nouveau professionnel sous la supervision du médecin : le fait de pouvoir assurer de nouvelles prestations ou d'améliorer l'environnement de prise en charge (sécurité, qualité, multidisciplinarité...) doit aussi être considéré comme un gain d'efficacité si on intègre cette amélioration de qualité dans l'indicateur de production, mais il existe un surcoût net global :
 - soit via un surcoût unitaire de la prestation à production identique quantitativement ;
 - soit via l'augmentation d'activité.

Pour revenir sur le formalisme précédent, on a une augmentation de $t\%$ de P (au sens large, c'est-à-dire augmentation d'activité et/ou de qualité) via l'intervention d'un nouvel agent, rémunéré $R/2$, pour donner $P'=(1+t)P$.

Le ratio de coût de production devient $(R+R/2)/((1+t)P)$.

On retrouve une formule identique au cas précédent, mais r et t n'ont pas tout à fait la même signification. Dans le 1^{er} cas, r représente une part de l'activité du médecin qui est assurée par le professionnel paramédical (ex : rôle du manipulateur radio dans la réalisation d'échographies). Dans le 2^{ème} cas, t représente le supplément de production (ou d'amélioration de qualité) que peut assurer le professionnel paramédical (ex : consultation de diététique).

Dans ces deux cas, en généralisant le raisonnement, on a donc à la fois :

- une augmentation des coûts totaux : on ajoute $R/2$ aux coûts
 - une augmentation d'activité : le supplément rP ou tP de production
 - une diminution du coût unitaire si le supplément de production couvre au moins $R/2$ avec la productivité requise (c'est-à-dire r ou $t > 1/2$)
- Un autre élément à prendre en compte, qui complique l'évaluation, relève des coûts de transaction : dans tous les cas, des coûts « d'accompagnement » sont à prendre en compte : formation des acteurs, évaluation, voire démarche de conduite du changement dans les projets les plus ambitieux. Ces coûts sont loin d'être négligeables, et, en tout cas dans les expérimentations en cours (par construction), pèsent notablement sur les coûts.

En annexe, sont présentés quelques exemples à partir des coopérations en cours concernant l'activité hospitalière illustrant ces questions.

On peut tirer de ces réflexions quatre points clés pour juger de l'efficacité d'une coopération/délégation :

- **a)** Le premier point est celui du différentiel de rémunérations qui a un impact direct sur un éventuel gain d'efficacité ; il faut noter qu'en perspective, sur cette

question des rémunérations relatives, le différentiel pourrait se réduire si, ce qui serait logique, les professionnels paramédicaux qui assurent une partie des tâches par délégation ou transfert de compétences, sont amenés à être mieux rémunérés que la moyenne de leurs collègues, en reconnaissance de leur rôle.

- **b)** Le deuxième point concerne le différentiel de temps entre le médecin et le professionnel non médical pour réaliser la tâche déléguée : il faut que le temps de réalisation par le professionnel non médical de la tâche déléguée soit suffisamment proche du temps de réalisation par le médecin (ou que ce temps soit de nature à opérer un gain de qualité de la prestation suffisant) pour couvrir la rémunération $R/2$ dans l'exemple ci-dessus.
- **c)** Le troisième point concerne l'observation du temps médical potentiellement dégagé : peut-on le mesurer ? que fait le médecin de son temps ainsi dégagé ? Il est clair que si ce temps n'est pas source de production de soins, le surcoût est net.
- **d)** Ce qui amène au quatrième point : y a-t-il substitution ou addition des temps d'intervention ? Et n'y a-t-il pas de fait presque toujours diversification de tâches ? Si la coopération conduit à accroître le champ d'intervention qualitativement, l'appréciation de l'efficacité doit en tenir compte. Il faut alors dans ces cas évoquer le principe de complémentarité : les deux catégories de professionnels n'assurent pas en réalité la même prestation, au regard des durées respectives de consultations et des résultats de soins (exemple de la consultation diététique).

II. EST-ON EN MESURE D'OBSERVER (ET SI OUI AVEC QUELLE RÉACTIVITÉ) UNE MODIFICATION DE LA STRUCTURE DES COÛTS DANS UNE ACTIVITÉ DONNÉE ?

Nous n'aborderons que le cas des séjours hospitaliers et des forfaits annuels. Pour ces activités, il convient de distinguer deux cas, selon que l'on se base sur des coûts observés ou des coûts normés.

II.1. Coûts observés

L'observation des coûts hospitaliers est assurée, pour ce qui est des séjours hospitaliers, à travers l'étude nationale de coûts (ENC). Cette étude est gérée par l'ATIH, et consiste à recueillir auprès d'un échantillon d'établissements publics et PSPH (une cinquantaine) les coûts par séjour, donc par GHM, à travers un modèle de comptabilité analytique commun. Ce modèle de comptabilité analytique a schématiquement les caractéristiques suivantes :

- affectation directe au séjour des dépenses de médicaments, dispositifs médicaux et dépenses des sections médico-techniques (laboratoires, imagerie, bloc opératoire...);
- affectation à la journée d'hospitalisation des dépenses des sections cliniques (notamment les dépenses de personnels), des charges logistiques et générales.

Les données d'une année n sont disponibles 1 an et demi après, soit en $n+2$. Pour des raisons liées aux faibles effectifs de séjours dans les GHM rares, l'ATIH regroupe deux années pour publier l'ENC ; ainsi, l'ENC 2005 (qui a servi à évaluer les tarifs 2006) est issue des années 2002 et 2003. La réactivité de l'impact d'un changement de pratiques sur les structures de coûts observés fait donc l'objet d'une certaine inertie.

Il faut aussi rappeler que le GHS est un groupe rassemblant de multiples formes de prises en charge, leur point commun étant une certaine homogénéité médico-économique ; mais si une forme de coopération touche un segment seulement d'une prise en charge, par exemple un suivi en oncologie par une infirmière experte, ce gain d'efficacité sera « noyé » dans l'ensemble des prises en charge des GHM d'oncologie.

Ou encore, lorsque la coopération porte sur la pratique d'un examen complémentaire d'imagerie, ce qui est un cas fréquent des expérimentations en cours, il n'y a guère de chance d'observer quoi que ce soit sur les coûts, tant les dépenses d'imagerie sont réparties de façon diffuse sur l'ensemble des GHM.

Par contre, certains autres exemples comme celui de l'infirmière experte en hémodialyse, concernent des activités très ciblées, en l'occurrence le GHM de dialyse en centre. Dans ces cas, une substitution de tâches peut plus aisément être constatée dans les coûts de ce GHM, si elle est généralisée à l'ensemble des établissements.

Ces difficultés pour suivre l'évolution des coûts sont les mêmes **en interne**. Peu d'établissements sont à même de suivre l'évolution de leurs coûts de manière détaillée. Il est hautement improbable que la direction financière puisse apprécier l'impact direct d'une coopération/délégation à partir de son système d'information (si tant est qu'elle soit au courant ; l'activité hospitalière est très fragmentée...). Cette observation peut cependant être contrebalancée par la diffusion des outils de comptabilité analytique par pôle qui devrait dans l'avenir permettre aux gestionnaires une plus grande réactivité.

Ceci étant, **en dynamique**, en se plaçant sur le moyen terme, une évolution notable de la répartition des tâches entre médecins et autres professionnels (ou au sein des catégories paramédicales), de nature à modifier dans un champ donné la répartition des effectifs des deux catégories, s'observera dans les coûts. Et même s'il existe une certaine inertie dans cette observation des coûts, à moyen terme, une telle modification de la structure des tâches sera aisée à identifier.

A noter sur ce thème de l'ENC que dès 2008, l'ATIH devrait disposer d'une **étude de coûts à méthodologie commune (ENCC)** pour les secteurs public et privé permettant de comparer, avec toutes les précautions qui s'imposent, les coûts des deux secteurs pour une activité donnée. Les structures de personnels par GHS, les recours aux secteurs médico-techniques notamment pourront être analysés⁷⁶.

II.2. Coûts normés

Dans certains cas, le raisonnement pour fixer un tarif se fait sur la base de coûts « standard ». C'est rarement le cas pour les GHS (en fait uniquement pour des GHS couvrant une activité innovante : protonthérapie, activité interventionnelle de rythmologie, etc.). C'est par contre le cas en général pour les activités faisant l'objet d'un forfait annuel + un tarif de prestations, comme les urgences ou les activités de prélèvements et de greffes d'organe.

Ce peut être aussi le cas de certaines missions d'intérêt général, certaines ayant fait l'objet de travaux d'harmonisation (centre de dépistage anonyme et gratuit, prise en charge de la douleur, SMUR, implantation cochléaire...)⁷⁷.

Dans ces cas, à partir du moment où le raisonnement normatif a permis de « construire » la structure de coûts, une modification survenant dans la norme de fonctionnement initialement retenue peut facilement être traduite dans un nouveau calcul de coûts.

Exemple : la norme de fonctionnement d'un SMUR est la suivante : 1 médecin, 1 infirmier, 1 ambulancier 24h/24 toute l'année. Cette norme conduit à un montant de fonctionnement minimal pour un SMUR de l'ordre de 900 000 à 1 million d'euros, en tenant compte des temps de travail réglementaires et en ajoutant une quote-part de charges générales. Si la norme évoluait, par exemple pour les transports secondaires, avec sortie uniquement de l'infirmière et de l'ambulancier, selon un protocole pré-établi, le calcul normatif pourrait être révisé.

Il faut toutefois souligner à cet égard que **les normes émises ces 10 dernières années** en matière d'activité hospitalière ont plutôt eu tendance à renforcer la présence médicale qu'à la diminuer : ex : dialyse, anesthésie...

⁷⁶ Et d'ailleurs, si la politique de convergence tarifaire inter-sectorielle était poursuivie, les questions d'organisation des soins et de répartition des tâches prendront un tour nouveau, dépassant les enjeux ici évoqués concernant les coopérations.

⁷⁷ mais les ARH gardent toute marge de manœuvre pour allouer ces MIG aux établissements, sans être tenues d'utiliser ces travaux qui ne sont qu'indicatifs.

III. COMMENT SE FAIT LA « TRADUCTION TARIFAIRE » D'UNE MODIFICATION OBSERVÉE DES COÛTS ?

III.1. Les tarifs de prestations peuvent évoluer en fonction de l'évolution constatée des coûts, mais ce lien n'est pas mécanique ni obligatoire.

La procédure de fixation des tarifs des prestations (GHS essentiellement) a été la suivante en 2005 et 2006 :

- calcul de « pré-tarifs » basés sur l'étude nationale des coûts publiée par l'ATIH ;
- traduction en tarifs par le Ministère de la Santé par application d'un coefficient aux pré-tarifs de manière à garantir le respect de l'enveloppe disponible des dépenses hospitalières ;
- modification à la marge des tarifs de quelques GHS par évaluation de coûts standards ;
- application des mesures contenues dans les plans de santé publique conduisant à revaloriser les tarifs de certains GHS de façon ciblée (à l'argument que l'observation des coûts de l'année n-2 ne permet pas toujours de rendre compte des mesures de renforcement de personnels décidées plus récemment) ;
- éventuellement mesures de régulation tarifaire si les objectifs nationaux de dépenses hospitalières de l'année précédente ont été dépassés (ce qui a été le cas lors de la campagne tarifaire 2006 : baisse générale des tarifs de 1%).

Cette procédure a conduit à des modifications de tarifs assez fortes parfois d'une année sur l'autre, d'autant plus que ces années ont donné lieu à des modifications importantes du modèle et des outils de la T2A (création de suppléments journaliers, modification du calcul des séjours extrêmes, modification des listes de prothèses facturables en sus, modification de la version de la classification en GHM).

En 2007, en particulier pour éviter de telles évolutions tarifaires, l'étude de coûts n'a pas été utilisée, et seules certaines hausses ciblées en fonction des plans de santé publique ont été appliquées : plan cancer, plan périnatalité, plan addictologie.

Des modulations de tarifs des GHS concernés par la chirurgie ambulatoire ont aussi été effectuées.

Le principe affiché pour l'avenir est de maintenir une stabilité tarifaire pour donner aux acteurs la visibilité nécessaire, sans s'interdire de modifier ponctuellement les tarifs de certains GHS pour tenir compte d'une part des choix de santé publique, d'autre part de l'évolution des coûts : si l'ENC indique que les coûts d'une prise en charge évoluent de manière significative, à la hausse ou à la baisse, les tarifs peuvent être modifiés en conséquence, sans qu'il y ait automaticité.

Dans le cas (rare) de tarifs calculés à partir d'une évaluation standard de coûts, il est clair que la modification des conditions de cette évaluation standard (publication de normes nouvelles notamment) doit conduire à réviser les tarifs. Cette éventualité n'a été pour le moment appliquée qu'à la hausse (exemple des GHS et suppléments de néonatalogie).

III.2. Le principe de traduire de façon automatique des gains d'efficience opérés par les établissements dans les tarifs de prestations ne va pas de soi.

En premier lieu, le GHS est un paiement forfaitaire et l'esprit n'est pas standardiser la structure de production au sein du GHS. Les établissements peuvent opter pour

des structures de production différentes (arbitrage entre investissement, matériels, personnels...) dans le cadre du tarif national.

Ainsi, un établissement qui a opté pour un développement de coopérations dans un domaine peut engranger une rente par rapport au tarif national s'il opère ainsi des gains d'efficacité, sans que la tutelle ne soit en position de récupérer cette rente, pour plusieurs raisons :

- cet établissement peut ne pas être suivi par d'autres (sauf si évidemment cette coopération est d'emblée instaurée comme une nouvelle norme de fonctionnement, ce qui est peu probable), et en l'absence de généralisation de cette coopération, les autres établissements seraient mis en difficulté par une baisse du tarif ;
- l'intérêt à agir de l'établissement serait d'emblée remis en cause si au moindre effort de productivité, la logique tarifaire lui retirait la rente ; il peut y avoir partage de rente entre la tutelle et l'établissement, mais les calculs risquent d'être complexes...
- et comme nous l'évoquions dans le chapitre précédent, l'observation des coûts à travers l'ENC se fait avec retard, avec des modalités d'affectation des charges qui rendent peu probable la possibilité d'observer un impact à court terme sur les coûts d'une mesure ponctuelle de réorganisation des soins (dans la mesure notamment où les charges de personnels sont réparties à la journée).

Il se peut toutefois que dans certains cas, cette observation d'une baisse de coûts et sa traduction tarifaire soient possibles. Ce peut être le cas :

- lorsque le calcul de coûts a été basé sur un raisonnement normatif : prenons l'exemple du forfait annuel pour financer les coordinations de prélèvements d'organes (CPO) ; de fait, une délégation de tâches importantes aux infirmières de coordination de prélèvements a déjà été engagée, et le calcul de coûts ayant conduit au forfait CPO a été basé sur un effectif normé des coordinations. Si la répartition des tâches était amenée à évoluer dans ce domaine, ce calcul normatif pourrait être aisément révisé ;
- lorsque le gain de productivité touche un domaine très précis de l'activité, faisant l'objet d'un GHS unique au contenu homogène. C'est le cas par exemple de l'activité d'hémodialyse. Si le rôle de l'infirmière experte se renforçait et se généralisait (avec un changement des normes actuelles de fonctionnement de cette activité, assez exigeantes sur le plan de la présence médicale...), une modification du tarif pourrait être envisagée. Il peut en être de même pour la chimiothérapie. On est de fait proche de l'activité ambulatoire et d'une tarification à l'acte dans ces exemples ;
- sur le moyen terme, lorsqu'une politique globale est poursuivie pour modifier dans un secteur donné la répartition des effectifs entre médecins et autres professionnels. Dans cette dynamique, la modification structurelle se verra au bout de quelques années dans l'évolution des coûts, et il peut être légitime que cette évolution conduise à une évolution à la baisse des tarifs. Mais tant que la modification d'organisation n'est pas suffisamment généralisée, les quelques établissements qui se sont engagés dans cette voie bénéficient d'un tarif non modifié pour des coûts inférieurs à la moyenne des établissements.

— *CONCLUSION*

AU TOTAL, la question des impacts des coopérations sur les tarifs et budgets hospitaliers, à travers les mécanismes de la T2A, à ce stade de la réflexion, peut être résumée de la façon suivante :

- L'enseignement des expérimentations en cours ne permet pas encore de conclure sur la réalisation d'un gain objectif et significatif de productivité lorsqu'une tâche habituellement réalisée par un médecin est prise en charge (avec supervision) par un personnel paramédical. Les questions des temps relatifs de prise en charge de la tâche, des rémunérations relatives, de l'utilisation du temps médical rendu disponible, des coûts de formation et de formalisation des procédures sont autant de paramètres à prendre en compte pour statuer sur un éventuel gain de productivité.
- Il reste que certaines de ces expérimentations indiquent un gain de temps médical qui peut se traduire par :
 - Une augmentation des recettes de l'établissement, si ce gain de temps médical est alloué à de nouvelles activités, et notamment dans le cadre des coopérations relevant d'une diversification des tâches ;
 - Et une diminution du coût unitaire de la prestation.
- Dans la mesure où cette diminution du coût unitaire s'observera avec de grandes difficultés méthodologiques, avec retard, et sera sans doute sans conséquence tarifaire à court terme, le résultat global pourrait être simplement l'augmentation d'activité et/ou l'augmentation de la qualité des prestations⁷⁸. Cela est d'ailleurs l'objectif initial de ces recherches de coopérations nouvelles. Cela signifie une augmentation du coût global.
- Toutefois, à moyen terme, si une coopération/délégation se généralise, avec modification significative du rapport des effectifs médecins/autres professionnels, dans un secteur donné, les tarifs pourraient baisser, en phase avec la baisse des coûts unitaires.
- Dans certains cas particuliers (dialyse, chimiothérapie...), la traduction tarifaire de la coopération, si elle fait l'objet d'une approche en coûts normés ou standard, pourrait entrer dans les faits plus rapidement.

⁷⁸ Même si cette évolution de la qualité des prestations reste assez difficile à mesurer...

ANNEXES

Annexe 1. Caractéristiques des expérimentations en cours sur les coopérations entre professionnels de santé et les transferts de compétences entre professions de santé et autres professions de santé (relevant de la première « tranche » des 5 expérimentations, avec les enseignements de l'évaluation réalisée).

Intitulé	Sites d'expérimentation	Principes / Objectifs	Résultats d'évaluation / Perspectives	Impacts possibles sur les coûts et les tarifs
Groupe 1 : Acte technique				
Coopération entre manipulateur en électroradiologie et médecins radiothérapeutes	Institut Curie Centre Alexis Vautrin à Nancy Centre Oscar Lambret à Lille	<u>Objectif principal</u> : faire face à l'augmentation de la demande de soins en radiothérapie et à l'évolution technique <u>Objectifs II</u> : démontrer l'économie de temps pour radiothérapeutes et radiophysiciens, élaborer une évolution de carrière pour les manipulateurs et techniciens de physique <u>Processus de soins</u> : délégation de compétences, avec trois actes dérogatoires : simulation standard ou virtuelle, contourage des organes à risque et des volumes cibles anatomocliniques standardisés, études dosimétriques complexes, dans le cadre de protocoles	Pb : Expérimentations menées en période de surcharge de travail, résistances dans les services, manque de connaissance en anatomie : nécessité de renforcer la formation Gain de temps pour les médecins de l'ordre de 15-30 min par simulation, 30 min par contourage, pour les radiophysiciens de 60 min par dosimétrie complexe	Substitution attendue en faveur d'une augmentation d'activité par gain de temps médical, si les pré-requis en terme de formation sont remplis Expérimentation non poursuivie

Annexe 1 (fin).

<p>IDE spécialisée en centre CH Lisieux d'hémodialyse</p>	<p><u>Objectif principal</u> : maintenir l'offre de soins face à la pénurie annoncée de néphrologues et la progression du nombre de patients dialysés</p> <p><u>Objectifs II</u> : réallouer le temps médical vers les consultations, et offrir des perspectives de carrière dans le soin aux IDE</p> <p><u>Actes dérogatoires</u> : évaluation situation clinique, vérification bio, prescription d'examens complémentaires, information, renouvellement de prescriptions sur protocole...</p>	<p>2 IDE expertes à mi-temps : 5 heures de temps médical épargnées par semaine en salle de dialyse</p> <p>Pas de hausse du nb de consultations</p> <p>Contrôle maintenu des médecins sur l'activité des IDE</p> <p>Importance de la formation</p> <p>Qualité des soins égale ou améliorée</p>	<p>Au mieux, activité assurée à coût constant, et probablement coût plus élevé (1 ETP d'IDE équivalent à 1/7 d'ETP médical)</p> <p>Mais observation d'une activité maintenue avec un médecin en moins (parti au début de l'expérimentation)</p>
<p>Consultation diététique pour le diabète de type 2</p> <p>pour le CHU Nantes, CHU Angers, CH de la Roche sur Yon, CH de Chateaubriant</p>	<p><u>Objectifs</u> : délégation de la prise en charge diététique aux diététiciens en permettant une épargne de temps de consultation des médecins et une réduction des délais de RV, en conservant une bonne qualité des soins</p> <p><u>Processus de soins</u> : thérapeutique diététique des patients à partir d'une prescription médicale initiale qui pourra être modifiée par le diététicien, pour des patients pris en charge en ambulatoire</p>	<p>Dans le groupe de suivi partagé avec les diététiciennes, le médecin gagne 6 min sur la première consultation, et 2 min sur la consultation finale, lui permettant de dégager du temps pour d'autres patients</p> <p>Le temps diététique par patient sur 3 consultations est de 2 heures</p> <p>Les prescriptions pharmaceutiques étaient moins élevées dans ce groupe</p> <p>Bons résultats sur l'Hb glyquée et la réduction pondérale</p>	<p>Si l'amélioration de qualité est avérée, il y a gain d'efficacité, mais au prix d'un surcoût lié au temps passé par les diététiciennes</p>

CONTRIBUTION 8

ÉTAT DES LIEUX SUR L'ACTIVITÉ, LE TEMPS DE TRAVAIL ET LA DISPOSITION À EMPLOYER UN DÉLÉGUÉ POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE LA RÉGION PROVENCE ALPES CÔTE D'AZUR

Bruno Ventelou^{1,2,3}, Bérengère Saliba^{1,2}

¹ **Observatoire régional de la santé PACA**, 23 rue Stanislas Torrents, 13006 Marseille, France

² **INSERM UMR 379**, 23 rue Stanislas Torrents, 13006 Marseille, France

³ **GREQAM-CNRS**, 2 rue de la Charité, 13236 Marseille, France

Le panel MG PACA est un outil d'observation et d'évaluation des pratiques en médecine de ville. Il est représentatif de la population des médecins généralistes libéraux de la région PACA, hors MEP exclusif. Cette étude repose principalement sur deux volets de la vague 6 du panel (2006) : le premier touchant aux opinions des médecins sur les réformes de l'assurance maladie ; le second fournissant des informations sur l'activité générale des médecins et pour lequel nous disposons de données officielles extraites du Relevé Individuel d'Activité et de Prescription concernant un sous-ensemble de médecins. L'enquête réalisée permet en particulier de quantifier la charge de travail des médecins.

Cette note présente, d'une part, un état des lieux sur l'activité et le temps de travail des médecins généralistes (partie 1) et, d'autre part, les quelques enseignements directs que l'on peut tirer du panel concernant la coopération entre professionnels de santé (partie 2). Deux questions seront traitées en particulier : celle concernant le désir de réduire son temps de travail, puis, celle de l'adhésion à une perspective (hypothétique) d'emploi d'auxiliaires de soins au sein du cabinet médical. Enfin, sur un échantillon plus limité du panel, nous pourrions proposer une étude des prescriptions réelles de soins paramédicaux réalisées par les médecins généralistes (partie 3).

Repères méthodologiques

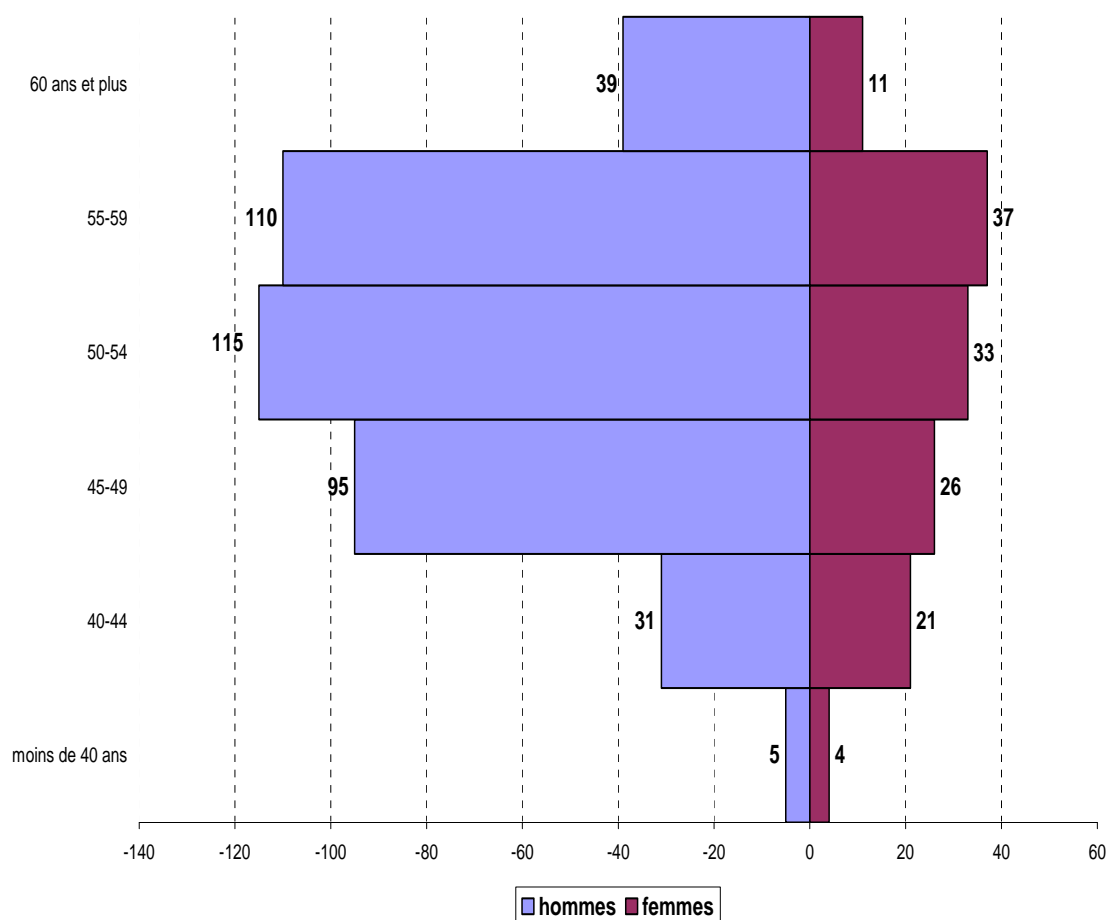
Le panel a été construit par échantillonnage aléatoire stratifié sur le sexe, l'âge et la taille de l'unité urbaine d'exercice. Les médecins exerçant de façon exclusive un mode d'exercice particulier (homéopathie, acupuncture, ostéopathie...) ou une activité spécifique (échographie, radiologie...) et ceux ayant des projets de mobilité ou de cessation d'activité à court terme ont été exclus.

Sur les 1076 médecins sollicités en mars-avril 2002, par courrier puis par téléphone, 600 médecins (55,8 %) se sont engagés à répondre deux fois par an, trois années successives, à des enquêtes sur leurs pratiques, attitudes et opinions dans la prise en charge de maladies particulières.

Tableau 1. Quelques caractéristiques liées à l'environnement professionnel du médecin.

Secteur 1	n	%
oui	439	83,3
non	88	16,7
Exerce en cabinet de groupe		
oui	283	53,8
non	243	46,2
Dispose d'un secrétariat médical		
<i>oui, une personne à temps complet</i>	136	25,8
<i>oui, une personne à temps partiel</i>	88	16,7
<i>oui, dans le cadre d'une centrale</i>	32	6,1
<i>Non</i>	271	51,4

Graphique 1. Pyramide des âges.



I. LA CHARGE DE TRAVAIL DÉCLARÉE

Le module *activité* de la vague 6 du panel fait ressortir le « portrait économique » du médecin généraliste (cf. Tableaux 1, 2, 3 et 4) : heures travaillées, types d'activité, rythmes, revenus.

I.1. Volume d'activité

En 2005, le temps de travail hebdomadaire déclaré (y compris gardes et astreintes, pour une « semaine type » en 2005) par les médecins de la vague 6 du panel est de 56,7 heures en moyenne (écart-type=13,1). Cette donnée recoupe la statistique de la durée moyenne du travail des médecins déclarée dans l'enquête emploi de l'INSEE (« durée effectuée la semaine dernière », cf. ⁷⁹).

Une charge de travail déclarée significativement plus importante chez les hommes

Le médecin homme travaille plus que le médecin femme (cf. tableau 1). En moyenne et par semaine, un médecin homme déclare travailler 9 heures de plus qu'un médecin femme (58,9h pour les hommes vs 49,8h pour les femmes ; $p < 0,001$). 51,7 % des hommes déclarent travailler 60 h ou plus par semaine contre seulement 23,4 % des femmes. Ce phénomène s'observe tout au long du cycle de la vie professionnelle (cf. graphique 1.b).

Tableau 1. La durée moyenne du travail déclarée en 2005 par les médecins généralistes *par semaine*, en région PACA selon le sexe.

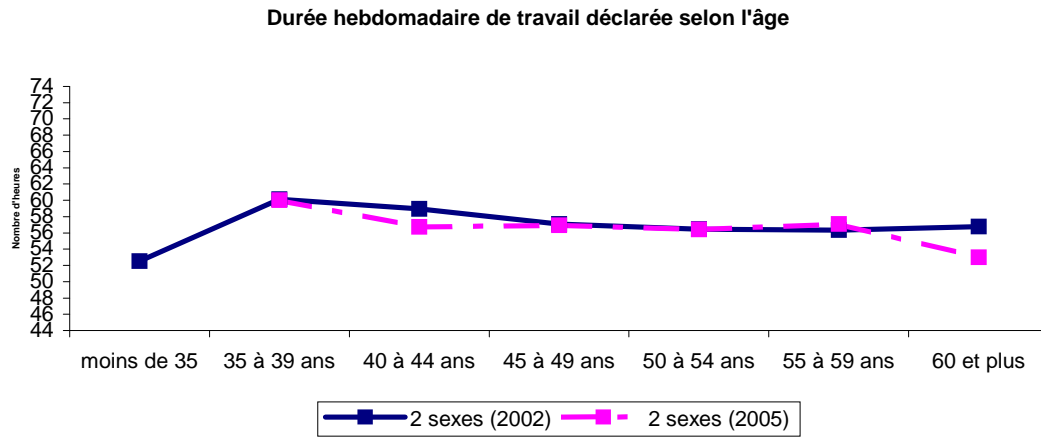
	Total	Hommes	Femmes	P*
	<i>Moyenne (écart-type)</i>			
Nombre d'heures travaillées (y compris gardes et astreintes)	56,7 (13,1)	58,9 (12,7)	49,8 (11,6)	<0,001
Nombre d'heures travaillées en libéral	54,9 (13,4)	57,0 (13,0)	48,5 (12,4)	<0,001
Nombre d'heures consacrées aux tâches administratives et de gestion	6,5 (4,9)	6,9 (5,2)	5,4 (3,4)	<0,001

* : p-value associée au test de Student d'égalité des proportions

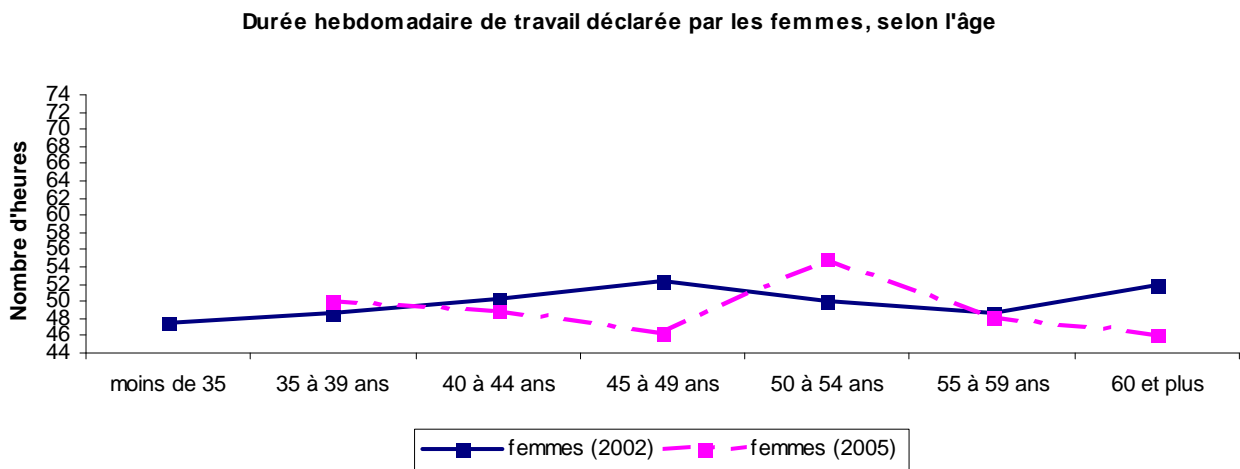
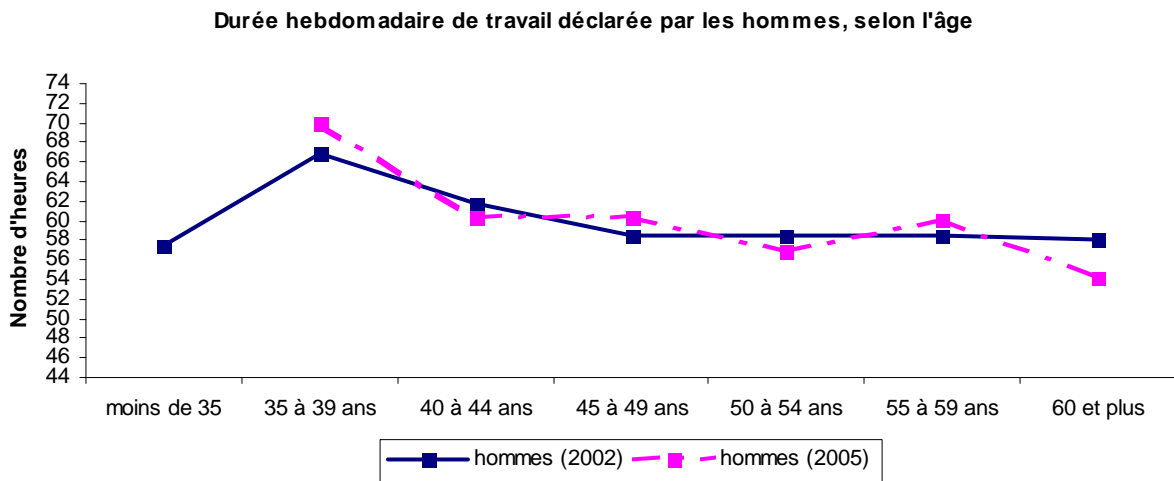
Les médecins interrogés déclarent consacrer en moyenne 6h30 par semaine à des tâches administratives et de gestion.

⁷⁹ Niel, X. et Vilain, A., Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions sociodémographiques, *Etudes et Résultats*, N°114, mai 2001.

Graphique 1.a .Durée hebdomadaire de travail* déclarée en 2002 et en 2005 selon l'âge.



Graphique 1.b. Durée hebdomadaire de travail* déclarée en 2002 et en 2005 selon le sexe et l'âge.



* il s'agit de la durée de travail totale, y compris les temps hors exercice médical proprement dit.

Le panel permettait un suivi longitudinal du temps de travail. Entre 2002 et 2005, la durée moyenne de travail n'a guère évolué. Elle a perdu 30 minutes (non significatif). Ce qui est cependant une rupture par rapport au trend établi pour les médecins par l'enquête emploi sur les années 1990/2000 (+20 min, d'année en année). Cette –légère– baisse moyenne est concentrée, d'après nos données, sur les médecins les plus âgées : les médecins âgés de 60 ans et plus ont travaillé en moyenne près de 4 heures de moins en 2005 qu'en 2002.

Le nombre d'heures travaillées par semaine (total ou en libéral) ne diffère pas suivant la classe d'âge (hors la dernière classe) ou selon que le médecin exerce seul ou en cabinet de groupe (cf. tableaux 2 et 3.1). Toutefois, un médecin exerçant dans le secteur 1 travaille en moyenne 3 heures et 20 minutes de plus par semaine qu'un médecin n'exerçant pas dans ce secteur ($p=0,034$, cf. tableau 3.2), ce qui peut correspondre à l'idée que les médecins généralistes de secteur 2 satisfont leur revenu cible plus vite. Une telle différence ne s'observe pas sur le temps de travail consacré aux tâches administratives ($p=0,148$).

Tableau 2. La durée moyenne du travail déclarée en 2005 par les médecins généralistes *par semaine*, en région PACA selon la classe d'âge.

	Moins de 40 ans	De 40 à 44 ans	De 45 à 49 ans	De 50 à 54 ans	De 55 à 59 ans	60 ans et plus	p*
<i>Moyenne (écart-type)</i>							
Nombre d'heures travaillées (y compris gardes et astreintes)	60 (18,5)	56,7 (12,8)	56,9 (15,9)	56,4 (11,0)	57,1 (11,9)	53,0 (13,2)	0,674
Nombre d'heures travaillées en libéral	55,8 (14,4)	55,2 (13,5)	53,9 (16,1)	55,4 (11,7)	55,4 (12,7)	52,2 (12,9)	0,780
Nombre d'heures consacrées aux tâches administratives et de gestion	6,3 (5,0)	6,4(3,6)	6,3 (4,2)	6,4 (5,0)	7,2 (5,9)	5,5 (4,5)	0,531

* test de comparaison de moyennes proc glm. Lorsqu'on teste séparément la significativité de la différence de la moyenne de la dernière classe d'âge (60 ans et plus), le test est positif à 10% : $p=0,097$.

Tableau 3.1. La durée moyenne du travail déclarée en 2005 des médecins généralistes *par semaine*, en région PACA selon si le médecin exerce seul ou en cabinet de groupe.

	Exerce seul	Exerce en cabinet de groupe	p*
Nombre d'heures travaillées (y compris gardes et astreintes)	56,2 (13,0)	57,0 (13,1)	0,475
Nombre d'heures travaillées en libéral	54,9 (13,7)	54,9 (13,1)	0,998
Nombre d'heures consacrées aux tâches administratives et de gestion	6,8 (5,1)	6,3 (4,7)	0,291

Tableau 3.2. La durée moyenne du travail des médecins généralistes *par semaine*, en région PACA selon le secteur d'activité du médecin.

	Secteur 1	Secteur 2 ou non conventionné	p*
Nombre d'heures travaillées (y compris gardes et astreintes)	57,2 (13,3)	53,9 (11,5)	0,034
Nombre d'heures travaillées en libéral	55,4 (13,6)	52,2 (11,9)	0,044
Nombre d'heures consacrées aux tâches administratives et de gestion	6,7 (4,9)	5,8 (4,6)	0,148

En moyenne, les médecins prennent presque 5 semaines de vacances par an (4,9 ; écart-type=3,0). Il n'y a pas de différence significative ($p=0,584$) suivant le sexe du médecin.

I.2. Les données d'activité disponibles dans le Relevé Individuel d'Activité et de Prescription (RIAP-2004).

Parmi les 528 médecins de la vague 6 du panel, les données d'activité issues du Relevé Individuel d'Activité et de Prescription de l'année 2004 ne sont disponibles que pour 264 médecins.

Un nombre d'actes significativement plus important chez les hommes et tendanciellement décroissant avec l'âge

En moyenne, en 2004, un médecin a, par semaine, reçu 73,7 patients à son cabinet et rendu visite à 15,7 patients soit un nombre d'actes hebdomadaires moyen de l'ordre de 89,4. En moyenne et par semaine, un médecin homme réalise 31,4 actes de plus qu'un médecin femme (97,8 pour les hommes vs 66,4 pour les femmes ; $p<0,001$). Cette différence significative suivant le sexe s'observe aussi bien sur les visites à domicile qu'en cabinet (*cf.* tableau 4).

Tableau 4. Le nombre d'actes réalisés par semaine des médecins de région PACA selon le sexe et la classe d'âge.

Sexe	Total (%)	Hommes (%)	Femmes (%)	P*
<i>Moyenne (écart type)</i>				
Nombre de consultations hebdomadaires	73,7 (37,8)	79,3 (38,8)	58,2 (30,3)	p<0,001
Nombre de visites hebdomadaires	15,7 (13,0)	18,5 (13,8)	8,2 (5,8)	p<0,001
Nombre d'actes hebdomadaires	89,4 (44,1)	97,8 (44,7)	66,4 (33,1)	p<0,001
Classe d'âge	[35-48] (29,9 %)	[49-54] (32,6 %)	[55-70] (37,5 %)	P*
Nombre de consultations hebdomadaires	77,9 (41,8)	75,7 (35,3)	67,3 (36,0)	p=0,15
Nombre de visites hebdomadaires	17,3 (15,3)	15,2 (10,4)	14,7 (13,1)	p=0,37
Nombre d'actes hebdomadaires	95,2 (49,3)	90,7 (40,7)	82,2 (41,6)	p=0,15

Rythme des consultations (N=528)

Les médecins femmes ont une durée de consultation déclarée significativement plus longue que leurs homologues masculins

Au cabinet, 77,1 % des médecins femmes déclarent voir un patient toutes les 20 minutes ou toutes les demi-heures contre 54,2 % pour les hommes (p<0.001) et seulement 6,9 % d'entre elles, déclarent passer moins d'1/4 d'heure avec chaque patient. Il semblerait que plus le médecin est âgé et plus il passe de temps avec son patient (mais la différence n'est pas significative au seuil de 5%).

Le rythme moyen des consultations « variable calculée » (N=249)

En 2004-2005, en vague 6, nous avons pu calculer un rythme moyen de consultation (non aberrant) pour 249 médecins ayant fourni leur RIAP ; le calcul consiste à rapporter la durée du travail médical déclarée par le médecin au nombre d'actes réalisés sur une même période, ce qui fournit alors une approximation de la « durée moyenne de consultation »⁸⁰. La durée de consultation en 2004-2005 est, d'après ce calcul, significativement plus grande chez les médecins femmes que chez leurs homologues masculins (p=0,019). Les travaux sur cette donnée, qui est sans doute moins subjective que la donnée déclarative, confirment donc les résultats déjà présentés concernant les différences hommes/femmes. Le modèle économétrique présenté ci-dessous permet d'estimer les effets des différents déterminants de la durée de consultation (secteur 1) :

⁸⁰ Le nombre d'heures passées en moyenne avec les patients par semaine est calculé comme suit : nombre d'heures en libéral – nombre d'heures passées à des tâches administratives et de gestion – le temps consacré aux visiteurs médicaux (soit ¼ h par visiteur).

La durée de consultation au cabinet (en minutes) est calculée comme suit :

60* [(le nombre d'heures passées en moyenne avec les patients par semaine – 1/4h * le nombre de visites par semaine)] divisé par le nombre d'actes par semaine.
Hypothèse : ¼ d'heure par trajet par visite à domicile.

Tableau 5. Durée de consultation (log) – Secteur 1.

	2SLS
Caractéristiques médecin	
Sexe féminin	0.311 (0.001)**
Avec enfants	-0.179 (0.007)**
Tarif moyen des consultations (log)	0.152 (0.003)**
Formation médicale continue (heures/année)	-0.001 (0.055)+
Caractéristiques patient	
% des patients entre 0-16 ans (log)	-0.004 (0.978)
% des patients entre 60-69 ans (log)	-0.228 (0.098)+
% des patients de 70 ans et plus (log)	0.548 (0.000)**
% des patients exonérés du ticket modérateur (log)	-0.731 (0.002)**
% des patients ayant la CMU (log)	0.202 (0.064)+
Constante	1.697 (0.720)
Nombre d'observations	143
R ² #	0.358
R ² ajusté #	0.309

Modèle estimé en doubles moindres carrés (le temps de loisir est estimé simultanément).

P-valeurs entre parenthèses, + significatif à 10%; * significatif à 5%; ** significatif à 1%

R² généralisé de Pesaran-Smith pour les 2SLS

Le fait d'être une femme médecin augmente la durée moyenne de consultation (exprimée en logarithme) de +0,311, soit une augmentation d'un peu plus d'une minute. Le fait d'avoir des enfants réduit cette durée (-0,179). Plus le pourcentage de patients de plus de 70 ans est important dans la patientèle, plus la durée moyenne de consultation du médecin augmente.

I.3. L'activité appréhendée par les revenus

Les revenus nets⁸¹ annuels moyens liés à l'activité médicale seule en 2005 sont de 56535 euros (cf. tableau 6).

Tableau 6. Revenu net annuel moyen lié à l'activité médicale du médecin généraliste (hors charges professionnelles) en 2005.

	N	Revenus nets annuels moyens en euros	Ecart-type	p associée au test d'égalité de 2 proportions
Ensemble des médecins	280	55392	27671	
Sexe				
<i>homme</i>	233	58869	28128	
<i>femme</i>	47	38156	16997	<0,001
Age en 2006				
de 35 à 48 ans	86	55324	31992	
de 49 à 54 ans	93	58337	25988	
de 55 à 70 ans	100	52866	25189	0,392
Secteur d'exercice				
Secteur 1	236	56189	28213	
autres	44	51119	24411	0,265
Cabinet de groupe				
oui	152	54995	25564	
non	127	55745	30167	0,822

Les hommes déclarent un revenu net annuel moyen significativement supérieur à celui des femmes (58 869€ pour les hommes vs 38156€ pour les femmes ; $p < 0,001$; soit un revenu moyen annuel majoré de 54,3% pour les hommes par rapport aux femmes).

⁸¹ Le questionnaire ne demandait pas au médecin de déclarer les revenus nets liés à son activité. Néanmoins la question « Quelle est la part des revenus de votre activité médicale dans le revenu total de votre ménage ? » permettait d'obtenir l'information en la croisant avec la donnée sur les revenus agrégés du ménage.

II. LE DÉSIR DE RÉDUIRE SON TEMPS DE TRAVAIL ET SA DISPOSITION À EMPLOYER UN DÉLÉGUÉ

II.1. Le désir de réduire son temps de travail

En général, les médecins généralistes se déclarent surchargés ; cet aspect apparaît dans le volet « activité » où l'on demande au médecin s'il souhaite travailler moins ou plus.

Le questionnaire posait la question suivante :

Souhaiteriez-vous travailler : ?

- 1 Beaucoup plus
- 2 Plus
- 3 Moins
- 4 Beaucoup moins
- 5 Ni plus, ni moins
- 6 NSP

Si réponse 1 à 4 **Nombre d'heures en plus ou en moins par semaine :** __ __

Plus de 6 médecins sur 10 souhaitent réduire leur temps de travail (Rép. 3 et 4)

Une majorité des médecins interrogés (60,5 %) souhaite réduire son temps de travail, de seize heures et demi par semaine en moyenne (écart-type=10,3). Seulement 2,1% des médecins souhaiteraient travailler davantage et 37,4 % des médecins sont satisfaits de leur temps de travail c'est-à-dire ne souhaitent ni travailler davantage ni travailler moins. Le tableau 7.1 (colonne *Envie de moins travailler*) permet de mettre en évidence certaines relations :

- Les médecins hommes sont significativement plus nombreux à souhaiter travailler moins que les femmes (68,2 % vs 37,2%, $p < 0,001$).
- Les médecins exerçant dans une commune rurale sont significativement plus nombreux à souhaiter moins travailler (75 % vs 58,8 % ; $p = 0,024$).
- Plus le médecin travaille et plus il désire réduire son temps de travail ($p < 0,001$).
- Les médecins amenés à réaliser des « actes gratuits » plusieurs fois par semaine sont significativement plus nombreux à souhaiter réduire leur temps de travail (66 % vs 50,5 %, $p < 0,001$).
- Plus le médecin a un rythme de consultation élevé et plus il souhaite réduire son temps travail ($p = 0,050$) .

Le fait de vouloir travailler moins n'est ni associé à l'âge, ni au fait d'exercer en cabinet de groupe ou en secteur 1.

Les différentes variables listées ci-dessus sont parfois corrélées entre elles. Le modèle du tableau 8.1 (logistique) permet de ne garder que les variables les plus directement liées à la variable expliquée –d'après un critère statistique, *toutes choses égales par ailleurs* – ; il montre que **le fait de vouloir travailler moins est positivement associé au fait d'être un homme, au nombre d'heures travaillées par semaine, au fait de réaliser plusieurs actes gratuits par semaine et au lieu**

où le médecin exerce son activité (en commune rurale ou non). Il est intéressant de remarquer qu'indépendamment du volume horaire

hebdomadaire, un médecin homme a 2,6 fois plus de chance d'être désireux de réduire son temps de travail qu'une femme. Cet écart traduit peut-être le fait que le médecin femme a une démarche plus active dans son choix de son nombre d'heures de travail ; mais les femmes médecins pourraient être aussi moins fréquemment confrontées à la pression d'une clientèle trop nombreuse, du fait de leur choix d'installation par exemple.

Enfin, le tableau 8.2⁸² montre qu'on peut maintenir 'nombre d'heures travaillées' et 'nombre d'actes' dans un même modèle explicatif : non seulement le montant d'heures travaillées contribue à donner au médecin un sentiment de surcharge, mais, même une fois ce premier montant pris en compte, le nombre d'actes réalisés provoque un sentiment de surcharge supplémentaire (intensité des heures travaillées).

II.2. La disposition à employer un auxiliaire pour certaines tâches

Un module « opinion face aux réformes du système de santé » existait dans la vague 6. Une question portait explicitement sur la délégation : « **Si la législation l'autorisait, seriez-vous favorable à l'emploi d'auxiliaires de santé dans votre cabinet pour vous décharger de certaines activités correspondant à des qualifications moindres ?** ».

1 Oui,

2 Oui, mais à la condition de recevoir un soutien financier pour l'emploi de cette personne,

3 Non, par principe

Plus de 6 médecins sur 10 sont favorables à la délégation de certaines tâches

L'idée d'employer des auxiliaires de santé remporte une adhésion assez large : 65 % y sont favorables, dont 80,9% à la condition de recevoir un soutien financier pour employer les auxiliaires de santé. Mais 35 % s'y déclarent opposés par principe.

Le tableau 7.1 (seconde partie) donne les variables associées à la disposition à employer un délégué. Les médecins désirant réduire leur temps de travail sont significativement plus favorables à la délégation des tâches que les autres (70,2 % vs 57,6%, $p=0,004$). Les médecins hommes y sont significativement plus favorables que les médecins femmes (68,1 % vs 55,8%, $p=0,01$). Ces deux premiers effets, présents simultanément dans le modèle de régression (Tableau 9.1), sont indépendants : il y a bien un effet supplémentaire « homme » sur l'adhésion à la délégation, hors même le fait que les hommes sont plus fréquemment désireux de réduire leur temps de travail. Bien sûr, le genre du médecin cache peut-être une autre variable non prise en considération ici (le type de clientèle ? la zone d'exercice ?).

Le fait d'exercer en cabinet de groupe apparaît comme un facteur d'adhésion à la disposition à employer un délégué (significatif à 9%) ; peut-être parce qu'il est plus « rentable » d'employer un tiers en étant regroupé, peut-être aussi parce que des habitudes de travail en collectif ont déjà été prises. Il est aussi intéressant de noter que la plus forte disposition à employer un délégué ne s'explique pas par le nombre d'heures consacrées à des tâches administratives ou de gestion ($p = 0,94$). Il

⁸² L'échantillon y est plus petit car on utilise une variable du RIAP.

semblerait que la disposition à employer un délégué dépende aussi du nombre d'heures travaillées par semaine ($p=0,055$, Tableau 7.1 partie 2). Mais, comme on l'a vu, cette variable est également très liée au souhait de réduire son temps de travail. Lorsqu'on estime simultanément l'effet des deux variables, seul le « souhait de réduire » reste significatif (Tableau 9.1).

Les médecins participant à l'Évaluation des Pratiques Professionnelles ont une plus forte disposition à employer un délégué que ceux déclarant ne pas y participer. Cette variable pourrait traduire deux choses : d'abord elle marque sans doute une certaine proximité des médecins avec le principe général des réformes du système de santé mises en œuvre en 2004, les médecins les mieux disposés quant au train de réforme étant ceux qui ont d'emblée fait la démarche de recourir à l'EPP (en 2006, seuls 30% des médecins sont dans cette démarche). Ensuite, la variable EPP peut aussi agir comme le marqueur statistiquement discriminant d'un certain esprit « travail en équipe », qui est l'organisation généralement utilisée pour les EPP (par groupes de pairs).

Le tableau 7.2 prolonge la recherche des variables corrélées à la disposition à employer un délégué par des variables disponibles dans le RIAP. Plus les médecins ont des clientèles âgées (+ de 70 ans), plus ils se déclarent favorables au principe de l'emploi d'un auxiliaire de soins au cabinet. Le modèle estimé pour la durée de consultation montrait qu'un pourcentage élevé de ce type de patients tendait à provoquer, toutes choses égales par ailleurs, une hausse de la durée moyenne de consultation (Tableau 5).

Tableau 7.1. Quels sont les médecins souhaitant réduire leur temps de travail et quels sont ceux favorables à une délégation vers des auxiliaires ?

	Envie de moins travailler (N=516*)			Disposition à employer un délégué (N=515)		
	%	p ⁺	N	%	p ⁺	N
Caractéristiques personnelles du médecin						
Sexe						
hommes	68,2		387	68,1		386
femmes	37,2	<0,001	129	55,8	0,011	129
Age en classe						
[35 ; 48]	59,7		154	70,1		154
[49 ; 54]	61,3		168	66,1		168
55 et plus	60,1	0,945	193	59,5	0,131	192
Exerce en commune rurale						
oui	75,0		52	68,0		50
non	58,8	0,024	464	64,7	0,645	465
Caractéristiques liées à l'activité du médecin						
Exerce en secteur 1						
oui	61,4		430	65,6		427
non	55,3	0,293	85	62,1	0,532	87
Exerce en cabinet de groupe						
oui	63,0		276	68,2		277
non	57,6	0,205	238	61,0	0,088	236
Envie de moins travailler						
oui	-	-	-	70,2		305
non	-	-	-	57,6	0,004	198
Nombre d'heures travaillées par semaine (y compris gardes et astreintes)						
Moins de 49 h	24,0		104	56,2		105
Entre 50 et 64	67,0		267	69,3		264
Plus de 65 h	79,4	<0,001	131	64,1	0,055	131
Réalise plusieurs fois par semaine des actes gratuits						
Plusieurs fois par semaine	66,0		332	67,2		332
Jamais ou parfois	50,5	<0,001	184	61,2	0,174	183
Participez-vous à l'Evaluation des Pratiques Professionnelles						
oui	62,0		142	75,2		145
non	59,9	0,666	374	61,1	0,003	370
Au cabinet, dans l'exercice normal de votre activité, à quel rythme voyez-vous vos patients ?						
Moins d'1/4 h	70,9		55	71,7		53
Environ ¼ h	64,9		151	67,5		151
Toutes les 20 minutes ou ½ h	56,3	0,050	309	62,8	0,342	309
Score de prévention						
[27 ; 40]	55,7		122	63,4		123
[41 ; 49]	62,4		237	65,0		243
[50 ; 64]	61,8	0,442	144	66,2	0,891	148

* La taille de l'échantillon est réduite, en raison de non-réponses.

+: p-valeur associée au test du χ^2

Tableau 7.2. Quels sont les médecins souhaitant réduire leur temps de travail et quels sont ceux favorables à une délégation, d'après des variables du RIAP ?

	Envie de moins travailler (N=261)			Disposition à employer un délégué (N=259)		
	%	p	N	%	p	N
Composition de la patientèle						
% patients bénéficiant de la CMU						
moins de 10	61,0		177	67,0		176
de 10 à 20	61,4		44	59,1		44
de 20 à 30	56,5		23	63,6		22
30 et plus	58,8	0,977	17	70,6	0,749	17
% patients âgés de 70 ans ou plus						
moins de 10	59,6		57	57,9		57
de 10 à 20	58,7		143	62,1		140
20 et plus	64,9	0,718	57	81,0	0,015	58
Volume d'activité						
Volume hebdomadaires d'actes*						
moins de 59	38,2		68	55,1		69
[60 ; 90]	59,7		67	67,2		67
[91 ; 113]	71,0		62	72,9		59
114 ou plus	73,8	<0,001	61	68,9	0,162	61

*actes : consultation et visites

Tableau 8.1. Caractéristiques associées au désir de réduire son temps de travail (N=502).

	Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95%		p
Sexe				
<i>femme</i>	1			
<i>homme</i>	2,57	1,60	4,13	<0,001
Exerce en commune rurale				
<i>non</i>	1			
<i>oui</i>	2,60	1,20	5,63	0,016
Est amené à réaliser des actes gratuits plusieurs fois par semaine ou chaque jour				
<i>non</i>	1			
<i>oui</i>	1,59	1,04	2,42	0,031
Nombre d'heures travaillées par semaine (y compris gardes et astreintes)				
<i>moins de 49 h</i>	1			
<i>entre 50 et 64</i>	4,95	2,88	8,50	
<i>plus de 65 h</i>	7,97	4,17	15,26	<0,001

Tableau 8.2. Caractéristiques associées au désir de réduire son temps de travail (N=254).

Effet	Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95%		p
Sexe				
<i>femme</i>	1			
<i>homme</i>	2,23	1,12	4,43	0,023
Exerce en commune rurale				
<i>non</i>	1			
<i>oui</i>	3,65	1,18	11,23	0,024
Nombre d'heures travaillées par semaine (y compris gardes et astreintes)				
<i>moins de 49 h</i>	1			
<i>entre 50 et 64</i>	4,29	1,95	9,41	<0,001
<i>plus de 65 h</i>	7,86	2,96	20,84	<0,001 (p global<0,001)
Nombre d'actes hebdomadaires				
<i>moins de 59</i>	1			
<i>[60 ; 90]</i>	1,77	0,82	3,79	0,146
<i>[91;113]</i>	3,20	1,40	7,27	0,006
<i>114 ou plus</i>	2,72	1,17	6,32	0,020 (p global=0,027)

Tableau 9.1. Déterminants de la disposition à employer un délégué (N=502).

	Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95%		p
Sexe				
<i>femme</i>	1			
<i>homme</i>	1,53	0,991	2,364	0,055
Agé de 56 ans ou plus				
<i>non</i>	1			
<i>oui</i>	0,68	0,455	1,021	0,063
Participe à l'Evaluation des Pratiques Professionnelles				
<i>non</i>	1			
<i>oui</i>	1,83	1,173	2,853	0,008
Souhaite réduire son temps de travail				
<i>non</i>	1			
<i>oui</i>	1,54	1,042	2,287	0,030

Toutes choses égales par ailleurs, la disposition à employer un délégué est positivement associée au fait d'être un homme, au fait d'être âgé de moins de 55 ans, au fait de participer à l'évaluation des pratiques professionnelles et au désir de réduire son temps de travail.

Tableau 9.2. Déterminants de la disposition à employer un délégué (N=252).

	Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95%		p
Souhaite réduire son temps de travail				
<i>non</i>	1			
<i>oui</i>	1,98	1,152	3,402	0,013
% patients âgés de 70 ans ou plus				
<i>moins de 10</i>	1			
<i>de 10 à 20</i>	1,22	0,647	2,312	0,536
<i>20 et plus</i>	3,29	1,375	7,859	0,007(p global=0,019)

Par ailleurs, en tenant compte des données issues du RIAP, il ressort que plus la proportion de patientèle âgée de 70 ans ou plus est importante, plus les médecins sont disposés à employer un délégué.

III. LA COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ APPRÉHENDÉE PAR LES DÉPENSES INDUITES À LA SÉCURITÉ SOCIALE

Dans cette partie, on s'intéresse aux dépenses en soins infirmiers, en kinésithérapie et en biologie induites par le médecin généraliste. A l'issue d'une consultation ou visite, le médecin est amené à coopérer avec d'autres professionnels de santé en prescrivant des soins infirmiers, des séances de rééducation ou des examens biologiques. Grâce aux données du Relevé Individuel d'Activité et de Prescription dans lequel sont enregistrées ces prescriptions (dits « coefficients infirmiers », « coefficients biologie », etc.), il est possible de quantifier les dépenses induites prises en charge par la Sécurité Sociale.

III.1. Les montants de prescriptions

Pour chacun des 264 médecins qui a donné son RIAP, on dispose de l'activité directe du médecin (nombre d'actes) et du montant annuel généré par ses prescriptions en soins infirmiers, kinésithérapie et examens biologiques. Il est alors possible de calculer le montant moyen par acte de ces différents types de soins (cf. tableau 10).

Tableau 10. Montant en soins infirmiers, kinésithérapie et biologie par acte.

	Soins infirmiers	Kinésithérapie	Biologie	Soins infirmiers et kinésithérapie ensemble	Tous types de soins*
Montant annuel (en €)					
médiane	14424	15124	110440	30801	147544
moyenne (écart-type)	24330,76 (29376 ,34)	19257,14 (16329,23)	122772,92 (99628,29)	43698,62 (43030,07)	167557,90 (127571,29)
Montant par semaine (en €)					
médiane	298,94	323,14	2377,94	669,59	3162,65
Moyenne (écart-type)	516,86 (627,69)	410,42 (351,98)	2609,34 (2089,59)	929,61 (923,69)	3561,47 (2696,78)
Montant par acte (en €)					
médiane	4,53	4,22	28,26	8,39	39,22
moyenne (écart-type)	5,83 (5,93)	4,63 (3,03)	29,78 (19,08)	10,46 (8,20)	40,24 (23,12)

* Soins infirmiers, kinésithérapie et biologie

En moyenne, par an, les dépenses liées à des soins infirmiers découlant de visites chez le médecin généraliste s'élèvent à 24330,76€, celles liées à des actes de kinésithérapie à 19257,14€ et celles liées à des actes de biologie à 122772,92€. Ramené au nombre d'actes, le coût supplémentaire induit à la Sécurité Sociale est de l'ordre de 5,83€ en termes de prescriptions de soins infirmiers, 4,63€ en termes de prescriptions en kinésithérapie et 29,78€ en termes de prescriptions d'examens biologiques. Il y a bien sûr une grande hétérogénéité, selon les actes et les patients (inobservables dans la base de données), et même, selon les médecins : 10% des médecins génèrent par acte des soins infirmiers ou de

kinésithérapie d'un montant supérieur ou égal à 21,55€ (plus du double de la moyenne). Les médecins hommes sont significativement plus nombreux que les médecins femmes à avoir des montants par acte de délégation supérieurs à 21,55€ (infirmiers et kinésithérapeutes : 12,6 % vs 2,9%; $p=0,02$). Il n'existe pas de différence significative selon le secteur et les conditions d'exercice (cabinet de groupe ou non) du médecin.

III.2. La prescription à d'autres professionnels de santé mise en relation avec la densité médicale de médecins généralistes de la commune d'exercice

Tableau 11. Déterminants de la prescription de soins infirmiers (N=255).

		Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95%		p
Densité élevée					
	<i>non</i>	1			
	<i>oui</i>	0,42	0,193	0,914	0,047
Sexe					
	<i>femme</i>	1			
	<i>homme</i>	1,32	0,631	2,782	0,430
% patients âgés de 70 ans ou plus					
	<i>moins de 15</i>	1			
	<i>Plus de 15</i>	4,02	2,149	7,529	0,029

Variable expliquée : Montant en **soins infirmiers** par acte est supérieur au 3^{ième} quartile (7,25€ par acte)

Variable de densité par commune : la densité médicale du MG est supérieure au 3^{ième} quartile en PACA (à savoir 155,2 médecins pour 100 000 habitants)

Résultat : Un médecin faisant partie des 25% des médecins exerçant dans une commune de densité médicale élevée (>155,2 MG pour 100000 habitants) a une probabilité plus faible de déléguer fortement (en termes de montant par acte **en soins infirmiers**) que les 75% autres médecins exerçant dans des communes de plus faible densité. Autrement dit, le fait d'avoir une concurrence importante est associé chez le médecin à moins de prescription de soins auprès des infirmiers. Plusieurs interprétations peuvent être données : dans les zones de forte concurrence, les médecins ont peut-être tendance à conserver certains actes (tarifés) pour maintenir leurs revenus⁸³ ; mais aussi : soumis à une concurrence plus sévère, ils souhaitent conserver l'acte potentiellement délégable pour signifier à leur patientèle une plus haute qualité de prestation, indépendamment de la source de revenu supplémentaire.

Il y a peu de variables explicatives dans ce modèle. Ceci montre qu'en PACA du moins, les déterminants de la prescription de soins infirmiers rencontrent quelques difficultés à être clairement établis. Les déterminants médicaux sont, à la limite, les plus « parlants » –si l'on prend le pourcentage de patients d'âge supérieur à 70 ans comme une variable reflétant l'état de santé moyen de la patientèle du médecin. La densité médicale s'avère bien un facteur du niveau de prescription des actes infirmiers ; mais en dehors des « coupes » proposées ici (au troisième quartile), la relation entre densité et prescription n'est pas significative. Peut-être parce qu'en PACA, on dispose de très peu de variabilité sur la densité (on n'atteint jamais de densités très faibles) ; en effet sur les 264 médecins, la densité moyenne par commune s'élève à 148,6 et le premier quartile vaut 121,4.

⁸³ On retrouve Ben Aoun, Ventelou, Videau (2007), encadré annexé à ce document.

— *CONCLUSION*

La surcharge de travail (en termes de volume horaire sinon de volume d'actes réalisés) constitue le quotidien des médecins interrogés, ce alors même que l'étude a lieu dans une région à très forte densité médicale. Les analyses effectuées mettent l'accent sur un fort désir des médecins de réduire leur temps de travail (à 60,5%). De même, la question directe sur leur disposition à employer des auxiliaires remporte un certain succès : 65% y sont favorables. Au-delà de la parenté de ces deux chiffres en niveau, il est surtout significatif que les déterminants des réponses à ces deux questions soient sensiblement les mêmes : le désir de moins travailler entre systématiquement comme un prédicteur de la disposition à employer un délégué.

Des résultats antérieurs obtenus d'après les vagues 3 à 5 du panel (*cf.* RFAS n°1 2005 p136) ont révélé que le manque de temps, les tâches administratives, la charge de travail excessive et les responsabilités importantes constituaient les principales causes du stress évoquées par les médecins. Ce niveau de stress important lié à la profession, associé à une fatigue accumulée, constitue probablement un obstacle à une meilleure qualité des soins ou de l'information médicale transmise en médecine de ville. La durée de consultation offerte au patient en est alors le marqueur principal.

L'analyse qui est proposée ici, basée à la fois sur la surcharge de travail ressentie et la disposition à employer un délégué, montre que la délégation vers d'autres professionnels de santé semblerait d'un apport plus net pour les catégories suivantes : les médecins hommes et en forte activité, ceux qui exercent en commune rurale ou qui sont isolés des autres médecins (faible densité), et ceux qui ont une clientèle composée de personnes plus âgées.

La délégation des tâches aujourd'hui : étude économétrique

Leïla Ben Aoun, Bruno Ventelou, Yann Videau

La relation qui lie médecin et profession paramédicale est du point de vue législatif une relation de suppléance. On peut citer, par exemple, les actes d'infirmières libérales ou d'orthoptistes qui sont effectués sur prescription d'un médecin dans le premier cas ou d'un ophtalmologue dans le second. Cette étude économétrique se base sur le fait que les médecins sont –dans l'état actuel de la réglementation– maîtres de leur délégation : ils peuvent décider, pour certains actes à effectuer, de « faire faire » par une autre profession ou de faire eux-mêmes. Cette analyse portera sur deux professions au cœur du système de soins français que sont les infirmières et les médecins. Les données issues de la CNAMTS (Centre National d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) ont permis d'étudier le comportement des médecins généralistes libéraux hors MEP exclusifs (Modes d'Exercice Particulier) et des infirmières libérales ayant exercé toute l'année 2002 en France.

Hypothèses de travail

Nous voulons tester l'hypothèse selon laquelle les formes de délégation médecin/infirmière déjà existantes en France seraient le résultat d'arbitrages effectués par le médecin de manière discrétionnaire. Le médecin, comme tout agent économique, est soumis à une contrainte, le temps disponible, et à un objectif, son revenu. Etant donnés ces deux éléments, il va décider de déléguer ou non certains actes. Quand le médecin a une faible activité, il préférera pratiquer les actes lui-même, se garantissant ainsi un niveau de revenu. Tandis que, dans le cas où il a une très forte activité, il sera plus enclin à déléguer et ainsi concèdera certains actes à l'infirmière.

L'hypothèse testée économétriquement est la suivante. Sachant que les actes de *nursing* ne vont pas faire l'objet d'un arbitrage par le médecin étant donné le caractère peu technique et faiblement rémunérateur de la tâche, celui-ci fait son arbitrage sur les actes techniques ; c'est donc le volume et/ou la part des actes techniques pratiqués par les infirmières qui diminuera ou augmentera en relation avec l'activité du médecin

Pour situer le cadre, au 31/12/2002, on comptait dans notre base de données plus de 54 000 médecins généralistes libéraux hors MEP et près de 47 000 infirmières libérales. Les médecins sont les prescripteurs d'actes infirmiers techniques 'AMI' (Actes Médicaux Infirmiers par ex. soins urologiques, injections) ou d'acte non techniques 'AIS' (Actes Infirmiers de Soins tels que la garde à domicile ou nursing). L'activité moyenne d'un médecin généraliste (K_MG_ACT_MOY) est d'environ 5500 actes par an.

Celle d'une infirmière est en moyenne de 8000 actes AMI (COEF_MOY_AMI) et de 7000 actes AIS (COEF_MOY_AIS). Au-delà de ces données moyennes, l'activité des professionnels de santé est très hétérogène selon les territoires (ces disparités s'accroissent à mesure que l'on passe à des échelons inférieurs d'observation).

L'estimation

Dans un premier temps nous étudierons les déterminants du volume d'actes infirmier, puis ceux des différents types d'actes, et enfin ceux de la part des actes AMI sur le total des coefficients réalisés (cf. tableau1). Ce n'est pas sur le volume total que porte notre intérêt principal mais sur la répartition de la pratique des infirmières libérales entre AMI et AIS en relation avec les caractéristiques d'activité des médecins de leur localité. La méthode économétrique appropriée à cette modélisation est un Tobit simple.

La densité infirmière a une relation positive avec le volume d'actes non techniques réalisés (col. 2) et négative avec le nombre d'actes techniques (col. 3). Les infirmières nombreuses dans une zone ont à se partager un volume d'activité technique plus réduit, mais le « nursing » permet de rattraper le déficit d'activité, vraisemblablement parce que les infirmières se situent là où la « patientèle » (de personnes âgées) exerce une demande forte.

De plus, on remarque que le fait de se situer dans un pseudo canton à caractéristiques rurales diminue la pratique d'actes de nursing et augmente celle d'actes techniques. La taille de la population a un impact significatif mais négligeable sur la pratique infirmière. À première vue paradoxale, la part des personnes âgées de plus de 75 ans dans le pseudo-canton a un impact négatif sur le volume d'actes non techniques. Mais cela peut s'expliquer, d'une part, par l'effet déjà capturé par la densité infirmière (plus la population de la zone est « âgée », plus les infirmières y sont nombreuses et doivent se partager la patientèle), d'autre part, par la présence d'Auxiliaire de Vie Sociale (AVS) qui peuvent aussi prendre en charge certains types de réalisations telles que les toilettes.

Enfin, plus les médecins ont une activité élevée dans une zone et plus ils sont enclins à prescrire des actes techniques aux infirmières. Il y aurait donc bien, ici, apparition d'une délégation du médecin "surchargé" vers l'infirmière libérale.

Ces résultats, obtenus sur le volume, persistent en estimant la part des actes AMI. Cela confirme le fait que lorsque l'activité du médecin est élevée et/ou sa densité est importante, plus la part d'AMI prescrits sera importante. On observe également que la ruralité a un impact, toutes choses égales par ailleurs (hors l'effet d'âge de la population), sur la proportion d'actes techniques pratiqués par l'infirmière. Le coût en temps des visites à domicile, plus élevé à la campagne, peut expliquer que la délégation d'actes techniques soit plus importante en zone rurale. Ce phénomène conforte notre hypothèse selon laquelle existe déjà une délégation informelle, laissée à la discrétion du médecin, touchant plus nettement certaines zones géographiques et/ou catégories de population.

Discussion

Bien que les soins infirmiers constituent un maillon clé dans les services hospitaliers, en libéral, leur place est moins clairement définie. Dans le secteur libéral, l'infirmière est l'exécutante des prescriptions de médecins et, comme nous l'avons

vu dans le modèle économétrique précédent, sa marge d'action est conditionnée par un arbitrage préalable effectué par le médecin généraliste. Ce phénomène pourrait être renforcé par le nouveau rôle de « *gatekeeper* » du médecin-traitant. Par ailleurs, l'infirmière se trouve prise dans une seconde « zone de chevauchement de compétences » : elle peut en effet être en concurrence avec les AVS pour certains actes de *nursing*.

Variable	Définition
INF_COEF_MOY	Nombre d'actes infirmiers réalisés par infirmière libérale
COEF_MOY_AIS	Nombre d'Actes Infirmiersde Soins réalisés par infirmière libérale
COEF_MOY_AMI	Nombre d'Actes Médicaux Infirmiers réalisés par infirmière libérale
PART_AMI	Proportion d'actes AMI par infirmière libérale
ZRR	Le fait de se situer dans un pseudo-canton ayant une ZRR
R75	Proportion de personnes de plus de 75 ans
C_POP	Taille de la population en centaines d'habitants
DENSINF	Densité infirmière
DENSMG	Densité de médecin
K_MG_ACT_MOY	Activité moyenne d'un MG en milliers d'actes par an

Tableau 1. Estimation par Tobit

	INF_COEF_MOY	COEF_MOY_AIS	COEF_MOY_AMI	PART_AMI
constante	15856.018*** (390.417)	9624.850*** (421.679)	6241.156*** (325.861)	0.380*** (0.022)
ZRR	-702.300*** (165.845)	-1504.976*** (179.351)	750.892*** (138.343)	0.074*** (0.009)
R75	-7286.932*** (2500.189)	-15484.057*** (2701.641)	7994.767*** (2085.480)	0.875*** (0.141)
C_POP	0.985*** (0.199)	1.531*** (0.215)	-0.541*** (0.166)	-0.000*** (0.000)
DENSINF	-16.441 (10.334)	316.919*** (11.166)	-330.030*** (8.620)	-0.022*** (0.001)
DENSMG	15.620 (21.731)	-14.493 (23.473)	32.196* (18.131)	0.002** (0.001)
K_MG_ACT_MOY	-59.083 (47.573)	-748.751*** (51.437)	680.435*** (39.698)	0.050*** (0.003)
N	3083	3083	3083	3083

Seuil de significativité : *** : 1%, ** : 5%, * : 10%

¹ Phillips, R. L.Jr., Harper, D.C., Wakefield, M., Green, L.A., Fryer, G.E.Jr. (2002), "Can nurse practitioners and

CONTRIBUTION 9

TEMPS DE TRAVAIL ET ACTIVITÉ DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX : QUELS ENSEIGNEMENTS POUR UN RENFORCEMENT DE LA COOPÉRATION AVEC D'AUTRES PROFESSIONNELS ?

Yann Bourgueil, Chantal Cases, Philippe Le Fur, IRDES

INTRODUCTION

Le nombre de médecins en France va diminuer dans les prochaines années, aussi bien dans les différentes spécialités qu'en médecine générale, en raison de la diminution du *numerus clausus* dans les années 90 et de l'augmentation du nombre de médecins partant à la retraite⁸⁴. Cette diminution du nombre de praticiens, alors même que la population va continuer à augmenter, va se traduire par une réduction plus importante de la densité médicale, quand la part des personnes âgées et très âgées, fortes consommatrices de soins médicaux, va croître de manière très importante. Cette évolution programmée va inéluctablement conduire à une réduction du temps médical disponible pour les soins fournis à la population.

Au-delà des mesures visant à améliorer la répartition géographique des médecins, se pose la question de savoir comment optimiser le temps médical et notamment, dans le cas particulier traité ici, celui des médecins généralistes.

Bien entendu, outre l'activité médicale, cœur du métier du médecin libéral, celui-ci réalise d'autres tâches nécessaires à la conduite de son exercice. Certaines ne sont pas réalisables par d'autres professionnels mais pourraient être probablement mieux organisées. Il en est ainsi de la formation médicale continue. D'autres pourraient sans doute être allégées et partiellement effectuées par d'autres professionnels de santé en développant des coopérations plus étroites. C'est également le cas des tâches dites de gestion du cabinet et de secrétariat pour les praticiens n'en disposant pas. Un changement de contenu de l'activité des médecins généralistes, orienté vers une meilleure utilisation de leurs compétences médicales, pourrait ainsi participer à améliorer l'attractivité de la profession et donc à diminuer l'érosion du choix de cette spécialité dans les nouvelles générations d'étudiants en médecine.

Dans une première partie, la note explore l'état des connaissances sur le temps de travail des médecins généralistes et le contenu de leur activité. Dans un deuxième temps, nous décrirons l'activité médicale telle qu'elle est aujourd'hui appréhendée et nous nous interrogerons sur les domaines qui pourraient faire, au sein de celle-ci, l'objet d'une distribution différente entre professionnels.

⁸⁴ Sabine Bessière, Pascale Breuil-Genier, Serge Darriné – La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections – DREES - Etudes et résultats n° 353, novembre 2004

Encadré 1 : Les données statistiques existantes concernant l'activité des généralistes

Les médecins généralistes libéraux exercent par définition tout ou partie de leur activité médicale dans le secteur libéral. Ils peuvent avoir également des activités salariées. Celles-ci peuvent être médicales (notamment en dispensaire ou en établissement hospitalier...) ou non médicales (enseignement, formation, journalisme...). L'activité la mieux connue statistiquement est l'activité libérale donnant lieu à des honoraires, sous réserve qu'ils soient présentés au remboursement⁸⁵. Les actes sont alors comptabilisés par l'Assurance maladie qui peut ainsi déterminer l'activité journalière des praticiens.

Dans le cadre libéral, les sources de données de l'Assurance maladie ne recensent toutefois que les actes ayant donné lieu à honoraires. Or, les médecins réalisent certains actes ne donnant pas lieu à tarification. Il s'agit en particulier des actes réalisés à titre gratuit ou encore des réponses à des demandes de renseignements téléphoniques des patients. La fréquence de ces actes et le temps médical qui y est consacré ne peuvent être abordés que par l'intermédiaire d'un questionnaire direct des praticiens.

L'activité salariée des médecins libéraux est en revanche mal connue. Pour des raisons techniques, les sources fiscales ne permettent pas de déterminer précisément la part des médecins généralistes libéraux exerçant peu ou prou comme salariés. Seules des enquêtes représentatives questionnant directement les praticiens permettent d'appréhender cette activité. De même, la connaissance de la durée d'exercice dans le cadre libéral repose sur des données déclaratives.

Les bases de données administratives de remboursement permettent d'une part de mesurer le volume d'activité des médecins généralistes et d'autre part, d'accéder à certaines informations sur les prescriptions et le contenu des actes médicaux. On connaît ainsi précisément les médicaments prescrits par les médecins, acquis par les patients et présentés au remboursement, sans toutefois disposer de la posologie journalière, composante essentielle pour suivre notamment la bonne observance des traitements. On connaît également les différents examens biologiques prescrits, réalisés et remboursés. On peut également maintenant appréhender les actes pratiqués en cours de séances et qui ont donné lieu à une tarification particulière à l'aide de la Classification Commune des Actes Médicaux. Toutefois, ceux-ci sont extrêmement rares en médecine générale, contrairement à ce qui se passe pour certaines spécialités. Par contre, aussi surprenant que cela paraisse on ne dispose pas actuellement d'outils publics permanents permettant de connaître les raisons pour lesquelles les patients consultent un médecin, sauf pour les patients en ALD lorsqu'ils consultent notamment pour la ou les pathologies qui donnent lieu à exonération. Dans ce cas seule cette ALD ou ces ALD sont connues, mais les comorbidités associées, très fréquentes chez ces patients, ne peuvent pas être appréhendées. Or les prises en charge diagnostiques comme thérapeutiques dépendent fréquemment de ces pathologies ou facteurs de risque associés, ce que reflètent les recommandations de la HAS pour établir les différentes stratégies de prise en charge. Actuellement, seules existent des données provenant de sociétés privées ou de sociétés savantes capables de fournir de manière continue les motifs de recours aux médecins.

IMS-Health conduit ainsi depuis de nombreuses années, auprès d'un échantillon de médecins généralistes et spécialistes représentatifs des médecins libéraux, une enquête dite « EPPM » (enquête permanente sur la prescription médicale). Cette société dispose également d'un panel de médecins libéraux informatisés (Disease Analyzer), transmettant en continu l'ensemble des informations enregistrées dans leurs dossiers patients. De même, la société CEGEDIM dispose d'un panel de médecins généralistes informatisés appelé « THALES ». Enfin,

⁸⁵ La généralisation de la carte Vitale devrait considérablement réduire le nombre d'actes non présentés au remboursement.

la Société Française de Médecine Générale (SFMG) a mis au point un observatoire de la médecine générale (OMG), également sous la forme d'un échantillon de médecins informatisés ; mais pour le moment cet échantillon d'environ 100 à 150 généralistes n'est pas représentatif de la profession.

D'une manière générale, l'accès à ces données fines est limité ; de plus, pour les deux sociétés privées citées ci-dessus, il est payant et d'un coût élevé. Cependant, l'IRDES dispose depuis 1992 d'un accès gratuit aux données de l'EPPM, dès l'année suivant le recueil de l'information. C'est en nous appuyant notamment sur ces informations que nous avons tenté d'appréhender l'activité des généralistes libéraux et plus particulièrement de décrire le type de pathologies prises en charge en médecine générale.

Concernant l'emploi du temps et la durée de l'activité des médecins généralistes, il n'existe en France que très peu de données représentatives au plan national. A notre connaissance, seules trois études françaises récentes sont disponibles sur ce thème.

L'une a été réalisée par l'Assurance maladie à partir des données du SNIR 2000 associées à celles d'Erasmus (version initiale du SNIIRAM pour le Régime général). Cette étude permet de décrire une semaine d'activité des médecins généralistes⁸⁶. Maintenant que le SNIIRAM est disponible, cette étude pourrait naturellement être renouvelée régulièrement.

La seconde a été conduite par la DREES en 2002 auprès d'un échantillon représentatif de 922 généralistes. Elle s'intéresse aux déterminants de la pratique médicale et notamment aux facteurs influençant la durée des consultations et des visites des généralistes⁸⁷.

Quant à la troisième étude, il s'agit d'une exploitation spécifique de l'enquête emploi 2003-2004, réalisée par la DREES⁸⁸.

Nous avons également bénéficié d'un accès à certaines données issues de l'enquête urgences en médecine générale menée par la DREES en 2004⁸⁹ auprès de 1304 généralistes.

Il existe par ailleurs une autre étude, malheureusement ancienne puisqu'elle date de 1994, qui décrit très précisément le contenu de l'activité des généralistes. Il s'agit de l'enquête « Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales »⁹⁰. Elle a été réalisée à la demande de la SFMG auprès de 250 généralistes. Etant donné les modifications considérables de la pratique médicale et des moyens de communication depuis 15 ans, ses résultats sont difficilement utilisables actuellement.

D'autres études ont été menées sur ce thème, notamment par les URML, mais elles décrivent les comportements des médecins des régions concernées et sont, notamment en raison des différences de densités médicales, difficilement extrapolables à l'ensemble du territoire. Nous les utiliserons toutefois dans ce travail, en précisant leur caractère local.

⁸⁶ Carline Fivaz, Sylvie Le Laidier. Une semaine d'activité des généralistes libéraux CNAMTS Point Stat n°3 3 juin 2001.

⁸⁷ Pascale Breuil-Genier, Céline Goffette La durée des séances des médecins généralistes DREES, Etudes et Résultats n°481, avril 2006.

⁸⁸ Pascale Breuil-Genier, Daniel Sicart La situation professionnelle des conjoints de médecins DREES Etudes et Résultats n°430 septembre 2005.

⁸⁹ Marie Gouyon, Géraldine Labarthe. Les recours urgents et non programmés en médecine générale DREES, Etudes et Résultats n°471, mars 2006.

⁹⁰ Jean Luc Gallais et al. Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. Document de recherche en médecine générale – SFMG 1994 : 1-107.

I. DURÉE DE TRAVAIL ET ACTIVITÉ DES MÉDECINS

I.1. Les médecins généralistes déclarent travailler en moyenne plus de 50 heures par semaine, mais leurs situations sont diverses...

Au 31 décembre 2004, le SNIR dénombrait 60 832 omnipraticiens libéraux, dont 6 560 MEP et 54 272 médecins généralistes⁹¹. Parmi ces derniers 76 % étaient des hommes. En 2004, les généralistes ont pratiqué plus de 275 millions d'actes, soit en moyenne 5 069 actes par médecin dont 737 actes cotés en V correspondant à des visites à domicile. Selon l'enquête emploi 2004 de l'Insee, les généralistes libéraux déclarent travailler globalement presque 53 heures par semaine⁹².

I.1.1. ... entre hommes et femmes...

Cette durée varie de manière importante selon le sexe du praticien ; selon la même source, elle était en 2004 de 56 heures 40 minutes pour les hommes et de 45 heures 20 minutes pour les femmes. En moyenne donc, selon leurs déclarations respectives, les généralistes hommes travailleraient 11 heures de plus que les généralistes femmes. La durée varie également selon l'âge, le maximum étant atteint entre 40 et 55 ans. Des critères familiaux entrent également en ligne de compte : à sexe et âge comparables, l'étude faisait apparaître une durée du travail plus longue pour les médecins dont le conjoint était inactif ou aide familial.

Les éléments sur la durée moyenne de travail et les différences hommes-femmes des médecins sont corroborés par un certain nombre d'enquêtes régionales. Ainsi, selon l'étude de l'URML Rhône-Alpes⁹³ réalisée par le CAREPS en 2003 auprès d'un échantillon de 284 généralistes libéraux de la région, les généralistes hommes travaillaient à cette date en moyenne 53,8 heures par semaine et les femmes 41,6 heures, avec une grande variabilité : 40 % des hommes et 14 % des femmes déclaraient travailler 60 heures par semaine ou davantage ; à l'inverse, 41 % des femmes et 8 % des hommes travaillaient 40 heures ou moins. Selon l'enquête de l'URCAM Bretagne menée en 2002 auprès d'un échantillon de 544 généralistes bretons⁹⁴, ceux-ci déclaraient travailler en moyenne 53 heures par semaine. Les femmes déclaraient travailler en moyenne 7 heures de moins que les hommes, soit pratiquement 2 demi-journées de moins par semaine.

La durée des interruptions d'activité, notamment des congés, semble également plus longue pour les femmes. Ainsi, les généralistes femmes de la région Rhône-Alpes interrompaient-elles leur activité en moyenne 7 semaines par an contre 5,8 semaines pour les hommes. Les généralistes femmes de 45 ans et plus s'interrompaient moins longtemps que les plus jeunes : respectivement 6 semaines et 7,9 semaines. Selon l'URCAM Bretagne, les généralistes femmes de la région déclaraient prendre 5,8 semaines de congés annuels et les hommes 5,5.

Les femmes généralistes de la région Rhône-Alpes déclaraient pour leur part exercer en moyenne 7,6 demi-journées par semaine et les hommes 9,3 en 2003. Ces estimations sont peu différentes de celles issues de l'enquête sur les urgences en médecine générale réalisée par la DREES en 2004. En effet, les généralistes femmes déclaraient avoir effectué 8,2 demi-journées d'exercice libéral pendant la semaine d'enquête *versus* 8,9 pour les hommes, ce qui correspond

⁹¹ Le secteur libéral des professions de santé en 2004 – Carnets Statistiques n° 112, 2006 – Direction de la Stratégie, des Etudes et des Statistiques - CNAMETS

⁹² Pascale Breuil-Genier, Daniel Sicart La situation professionnelle des conjoints de médecins DREES Etudes et Résultats n°430 septembre 2005.

⁹³ Etude de la féminisation de la profession médicale et de son impact – Approche quantitative et qualitative – Enquête auprès des médecins en exercice CAREPS (Centre Rhône-Alpes d'épidémiologie et de prévention sanitaire) (p.14) rapport n°418 A octobre 2003.

⁹⁴ La médecine générale en Bretagne : démographie, aspects sociologiques, activité, permanence des soins. Les dossiers de l'Urcam Bretagne n°14 septembre 2003

respectivement à 4 et 4,5 jours d'activité libérale hebdomadaire. Ces estimations semblent particulièrement basses par rapport à celles issues de l'étude réalisée sur l'ensemble des généralistes libéraux en 2000 par la Cnamts⁹⁵. Sur les 9 jours d'observation de l'étude (une semaine et 2 week-ends), de 88 à 95 % des généralistes femmes et de 91 à 97 % des hommes avaient une activité libérale durant les 5 jours ouvrés de la semaine. Les femmes étaient moins présentes que les hommes, 6,3 jours versus 7 jours. Elles s'absentaient plus souvent que les hommes le dimanche, le samedi et le mercredi. Dans cette étude, avoir une activité libérale un jour donné se définissait comme le fait d'avoir vu au moins un patient ayant présenté sa feuille de soins au remboursement. Il est probable que cette définition soit très extensive et conduise à définir un jour d'activité libéral comme le fait d'avoir vu un ou deux patients. En tout état de cause, elle ne recouvre pas la question posée lors de l'enquête DREES dans laquelle on demandait aux généralistes le nombre de demi-journées d'exercice libéral pendant la semaine d'enquête. Il est d'ailleurs possible que cette formulation ait conduit un certain nombre de praticiens à ne pas comptabiliser les demi-journées partiellement travaillées.

Au vue de ces éléments, il existe donc une réelle incertitude sur le nombre de jours ou de demi-journées d'activité libérale effectivement travaillées.

Des écarts hommes-femmes sont également perceptibles sur les volumes d'activité. Selon l'étude précédente réalisée par la Cnamts, les femmes réalisaient en moyenne 14 actes présentés au remboursement par jour, *versus* 17 pour les hommes. Cette différence d'activité s'expliquait en particulier par deux facteurs. D'une part, comme on vient de le voir par une moindre présence et d'autre part, par une activité sensiblement plus faible que celle des hommes et ce quel que soit le jour de la semaine.

Selon cette même étude, les femmes participaient également moins à la permanence des soins. Au cours du premier semestre 2006 celle-ci concernait 43 % des omnipraticiens, soit 26 213 praticiens⁹⁶. Parmi ceux-ci, 46 % avaient effectué moins de 11 astreintes au cours du premier semestre 2006, soit moins de 2 astreintes par mois ; 37 % en avaient effectué de 11 à 30, soit entre 2 et 5 astreintes par mois.

La durée de travail des généralistes et sa variabilité entre médecins a par ailleurs évolué au cours du temps. La féminisation croissante du corps médical depuis trente ans, plus rapide parmi les généralistes que parmi les spécialistes libéraux, aurait dû en effet conduire, du fait d'une activité moindre des femmes, à une diminution de l'activité moyenne des généralistes, que l'on peut évaluer à une diminution de 3,5 % entre 1989 et 2000. Or l'activité moyenne annuelle de l'ensemble des omnipraticiens libéraux a augmenté sur la période de 12 %⁹⁷. Si une partie de cette augmentation peut s'expliquer par le vieillissement du corps médical, d'autres facteurs interviennent. A l'aide d'un modèle, une augmentation tendancielle de l'activité des généralistes de 0,6 % par an entre 1989 et 2001 a été mise en évidence. Cette évolution n'est expliquée « ni par la féminisation, ni par le vieillissement ni par l'évolution de la répartition des omnipraticiens entre régions, entre secteurs conventionnés ou selon le mode d'exercice des généralistes ». Sur ce point, deux évolutions importantes peuvent être constatées : d'une part, une tendance nette, à la fin de la période couverte par l'étude, 1995-2000, au resserrement des activités moyennes annuelles des omnipraticiens et ce quel que soit leur âge ; d'autre part, une augmentation de l'activité moyenne des femmes qui représentait 60 % de celle des hommes en 1989 et qui en représente plus de 70 % en 2000.

Au total, même si les écarts des durées de travail, notamment entre hommes et femmes, restent sensibles, ces différents constats contribuent à relativiser l'impact de la

⁹⁵ Carline Fivaz, Sylvie Le Laidier. Une semaine d'activité des généralistes libéraux CNAMTS Point Stat n°3 3 juin 2001.

⁹⁶ Source Erasme V1 CNAMTS. Les données concernent tous les régimes car les forfaits d'astreinte sont versés par le Régime général pour tous les régimes.

⁹⁷ Xavier Niel, Jean Philippe Perret – Féminisation et vieillissement des médecins au cours des années quatre-vingt-dix – Données sociales, INSEE, édition 2004

féménisation du corps médical sur la durée d'activité des omnipraticiens, qui n'a cessé d'augmenter ces dernières années.

I.1.2. ... et entre lieux et modes d'exercice

Certaines enquêtes régionales relèvent d'autres éléments de variabilité des temps de travail : saisonnalités dans l'activité, ou variations selon la zone géographique. Selon le baromètre des pratiques en médecine libérale de l'URML Bretagne, en été 2003⁹⁸, les généralistes interrogés déclaraient ainsi travailler en moyenne 57,3 heures par semaine en période estivale ; selon le même baromètre, au cours de l'hiver 2003-2004⁹⁹ les généralistes déclaraient travailler 52 heures. Les praticiens installés en zone rurale déclaraient travailler en moyenne une heure de plus par jour que ceux installés en milieu urbain.

Une partie de la variabilité des temps et des volumes d'activité des médecins généralistes réside dans la fréquence du temps partiel ou de la multi activité. Dans l'enquête de la DREES sur les urgences en médecine générale menée en 2004, 15 % des généralistes déclaraient avoir une activité à la fois libérale et salariée. Selon l'enquête emploi de 2000, la part des médecins généralistes en activité déclarant exercer à temps partiel était d'environ 10 %¹⁰⁰. Selon l'étude menée par la Cnamts¹⁰¹, 12 % des généralistes, présents tout au long de l'année 2000, pouvaient être considérés comme ayant une activité à temps partiel dans le cadre libéral puisqu'ils réalisaient en moyenne moins de 10 actes par jour travaillé, contre 20 pour les autres généralistes. Toutefois, rien dans ces deux derniers travaux ne permet de distinguer si cette activité limitée est choisie ou au contraire subie, ni si le temps libéré est totalement ou pour partie consacré à d'autres activités. Selon l'enquête sur la médecine de groupe réalisée conjointement par la DREES et la CNAMTS en 2002¹⁰², un quart des omnipraticiens déclaraient travailler dans une autre structure que le cabinet. 12 % avaient une activité en centre de soins, 8 à 9 % une activité en hôpital public et 5 % une activité en clinique. Par ailleurs, 11 % des omnipraticiens exerçant en cabinet de groupe et 14 % de ceux exerçant seuls avaient d'autres activités (maisons de retraite, médecine scolaire...). Ces activités supplémentaires à celles du cabinet représentaient globalement par omnipraticien (ayant ou non une activité complémentaire) 2,3 heures par semaine pour un omnipraticien exerçant en groupe et 3,1 heures pour les autres. Si l'on exclut l'exercice en clinique, pour lequel les actes sont comptabilisés dans l'activité libérale relevée par l'assurance maladie, le temps hebdomadaire consacré aux activités salariées¹⁰³ par omnipraticien (exerçant ou non ces activités) était de 1,7 heures pour les praticiens exerçant en groupe et de 2,2 heures pour les autres. Les enquêtes régionales fournissent également des évaluations des taux de médecins concernés par les activités salariées. Ainsi, 24,5 % des hommes et 21 % des femmes médecins généralistes libéraux de la région Rhône-Alpes déclaraient avoir une activité salariée, avec une part du temps de travail très variable : 41 % des généralistes femmes déclaraient une activité très ponctuelle, moins de 10 % de leur temps de travail, *versus* 30 % des hommes. Inversement, pour 18 % d'entre elles l'activité salariée représentait plus de la moitié de leur temps de travail (3 % chez les hommes).

⁹⁸ G. Levasseur, R. Bataillon, J-L Samzun - Synthèse des résultats « conditions de travail » - Baromètre des pratiques en médecine libérale, URML Bretagne, octobre 2003.

⁹⁹ R. Bataillon, G. Levasseur, J-L Samzun - Synthèse des résultats « emploi du temps : une semaine en hiver en médecine générale » - Baromètre des pratiques en médecine libérale, URML Bretagne, juin 2004.

¹⁰⁰ Xavier Niel Annick Villain. Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions sociodémographiques Etudes et Résultats n°114, mai 2001.

¹⁰¹ Caroline Fivaz, Sylvie Le Laidier. Une semaine d'activité des généralistes libéraux CNAMTS Point Stat n°33 juin 2001.

¹⁰² Florence Garry, Nelly Bonnet : L'emploi du temps des médecins libéraux selon leurs modes d'organisation Cnamts. Présentation effectuée dans le cadre du colloque organisé par la DREES sur les modes d'organisation et de consultation des praticiens libéraux Paris 16 juin 2004.

¹⁰³ Il est possible qu'une faible part de ces activités concerne des activités non directement consacrées aux patients du type enseignement, journalisme ...

Selon l'enquête réalisée en 2002 par l'URCAM Bretagne¹⁰⁴, 18 % des médecins déclaraient une activité professionnelle en plus de leur activité libérale. Cette activité était multiple puisque 16 % des généralistes intervenaient en maison de retraite, 16 % avaient des vacances hospitalières ou intervenaient dans un hôpital local et 6 % faisaient de l'enseignement initial ou continu.

Par ailleurs, l'organisation du cabinet, et notamment l'exercice en groupe, est susceptible d'influer sur la durée de travail des généralistes. En la matière, il est difficile de conclure. En effet, selon les omnipraticiens ayant participé à l'enquête sur la médecine de groupe réalisée conjointement par la DREES et la CNAMTS, le nombre d'heures consacrées à l'activité en cabinet était de 54 heures par semaine pour les praticiens exerçant en groupe et de 53 heures pour ceux exerçant seuls¹⁰⁵. Selon cette enquête, les omnipraticiens exerçant en groupe déclaraient cependant prendre un peu plus de vacances, 34 jours, que ceux exerçant seuls, 30 jours. Par ailleurs, selon le panel de généralistes bretons, les praticiens exerçant en groupe déclaraient travailler moins que les autres, respectivement 49 heures et 54 heures.

Au total, l'ensemble des sources analysées montre une durée de travail élevée des médecins généralistes, mais aussi une assez forte variabilité des durées d'activité selon le lieu d'exercice, le sexe du médecin, son âge, le type d'organisation de sa pratique ou même la période de l'année. A l'exception de ce dernier critère, ces résultats posent la question des marges d'augmentation du temps médical. Si l'on se fonde sur l'activité moyenne, ils suggèrent que des réserves de temps médical global existent pour certaines catégories de médecins (les femmes, les médecins exerçant en groupe). Il est toutefois douteux que la durée moyenne d'activité soit une norme souhaitée par toutes les catégories de médecins, notamment les plus jeunes qui semblent exprimer des attentes différentes. Par ailleurs, des activités salariées peuvent déjà occuper une partie de ce temps apparemment non utilisé en exercice libéral.

¹⁰⁴ La médecine générale en Bretagne : démographie, aspects sociologiques, activité, permanence des soins. Les dossiers de l'Urcam Bretagne n° 14 septembre 2003

¹⁰⁵ Florence Garry, Nelly Bonnet : L'emploi du temps des médecins libéraux selon leurs modes d'organisation Cnamts. Présentation effectuée dans le cadre du colloque organisé par la DREES sur les modes d'organisation et de consultation des praticiens libéraux Paris 16 juin 2004.

II. DU TEMPS À L'ACTIVITÉ : TEMPS AU CABINET MÉDICAL ET AUTRES TEMPS

II.1. Le temps de travail du généraliste comporte de toute évidence une forte part de temps non directement consacré aux patients

Dans la perspective de la possible répartition d'activité médicale entre professionnels de santé, l'analyse des temps de travail n'est toutefois qu'un préalable. C'est l'analyse du contenu de ce temps en activités et la nature de celles-ci qui est centre de l'intérêt. Le passage entre temps de travail et activité comporte cependant de nombreuses difficultés méthodologiques.

Dans sa note sur les conditions d'exercice et les revenus des médecins libéraux¹⁰⁶, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a ainsi relevé l'écart apparent entre le temps passé auprès du patient et le temps de travail total déclaré par les médecins. Pour mieux analyser la structure du temps de travail des médecins de ville, le HCAAM a cherché à évaluer le temps de « travail médical » des médecins libéraux, c'est-à-dire celui passé auprès des patients, en affectant au nombre total de consultations et de visites réalisées en ville les durées moyennes de celles-ci. Avec un temps de consultation de 16mn et un temps de visite de 30mn, le temps médical libéral apparaît, selon ces calculs, très inférieur aux durées du travail globales déclarées par les médecins. En appliquant le même mode de calcul aux volumes de consultations et visites recensées par l'assurance maladie pour les seuls généralistes, on obtiendrait effectivement pour 2004 un peu plus de 33 heures de temps médical libéral par semaine sur la base de 46 semaines d'activité.

Ce résultat brut est vraisemblablement inférieur au temps médical total. Il est en effet affecté par les temps d'exercice mixte, dont on a vu ci-dessus que l'évaluation n'était pas aisée ; il doit par ailleurs être corrigé d'une part, des temps de garde et des périodes d'astreinte qui se caractérisent par un faible nombre d'actes et d'autre part, des actes gratuits et conseils téléphoniques qui sont exclus du calcul.

Concernant les périodes d'astreinte, il est possible d'estimer le temps consacré à cette activité grâce à l'existence des différents forfaits d'astreinte et de régulation qui ont été mis en place à partir de juin 2005. En effet, ces forfaits distinguent les différentes périodes d'astreinte que sont les périodes de nuit (PRN) de 20h à 0h, les périodes de milieu de nuit (PRM) de 0h à 8h, les périodes de nuit totale (PRT) de 20h à 8h, les périodes correspondant aux dimanches et jours fériés (PRD) de 8h à 20h. La régulation (REG) donne lieu au versement d'une rémunération de 3C par heure, ce qui permet connaissant les montants versés de calculer le nombre d'heures consacrées à cette activité.

Ces différents éléments, fournis par la DSES¹⁰⁷ de la CNAMTS pour le premier semestre 2006, permettent d'évaluer à 3 heures en moyenne par semaine le temps consacré aux astreintes et à la régulation par un omnipraticien (ayant ou non participé à ces activités), soit 180 minutes. Il est probable que la durée pour un généraliste soit un peu plus élevée, car les médecins à exercice particulier participent moins aux gardes et astreintes que les généralistes.

¹⁰⁶ http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hcaam/note_240507.pdf, mai 2007

¹⁰⁷ Direction de la stratégie, des études et des statistiques

Tableau 1. Dénombrement des forfaits d'astreinte et de régulation du premier semestre 2006 pour les omnipraticiens.

Type de forfait	Nombre de forfaits	nb heures	nb total d'heures
Ancien forfait d'astreinte (AST) 12 heures	918	12	11016
Astreinte : rémunération de nuit (PRN) de 20h à 0 h	107 820	4	431280
Astreinte : rémunération de milieu de nuit (PRM) de 0h à 8 h	27 551	8	220408
Astreinte : rémunération dimanche et jour férié (PRD) de 8 h à 20 h	65 687	12	788244
Astreinte : rémunération totale (12h) de nuit (PRT) 20 h à 8 h	264 841	12	3178092
TOTAL forfaits d'astreinte	466 817		4629040
Rémunération régulation (REG)	126 024	1	126024
TOTAL forfaits	592 841		4760091
nb total d'omnipraticiens			60970
nb d'heures par omnipraticien ayant ou non participé aux astreintes			78,1
nb de semaines dans le semestre			26
nb d'heures par semaine			3,0

Source Cnamts- DSES

Certaines sources d'enquête permettent de fournir des éléments d'évaluation des conseils téléphoniques. Ainsi, en une semaine, les généralistes ayant participé à l'enquête de la DREES sur les urgences en médecine générale en 2004 déclaraient avoir donné 19 conseils téléphoniques médicaux n'ayant pas donné lieu à une consultation ou une visite pendant la semaine d'enquête. Les généralistes participant au baromètre des pratiques en médecine libérale de l'URML Bretagne disaient avoir été amenés à conseiller par téléphone en moyenne 31 patients en été 2003 (cf. réf ci-dessus) et 30 patients en hiver 2003-2004¹⁰⁸, soit 5 à 6 patients par jour. La durée de ces contacts n'est pas connue. Ce chiffre de 30 à 31 conseils par semaine est plus élevé que celui relevé par la DREES, mais cette différence provient sans doute des modalités du questionnement. En effet, dans l'enquête sur les urgences, sont exclus les conseils qui ont ensuite été suivis d'une consultation ou d'une visite. Il est probable qu'en termes d'analyse du temps consacré à cette activité téléphonique, les réponses issues du baromètre breton soient plus proches de la réalité. Il semble difficile d'envisager une durée inférieure à 3 minutes par appel, ce qui conduit à estimer à 90 minutes par semaine le temps consacré à cette activité.

Par ailleurs, selon l'enquête de l'institut de la communication médicale (Cégédim) menée en 1996, les généralistes réaliseraient en moyenne 10 actes gratuits par semaine dont deux avec émission d'une feuille de maladie¹⁰⁹. Selon l'enquête actes et fonction du médecin généraliste menée en 1994 pour la SFMG, 7,8 % des séances de généralistes seraient des actes gratuits ou impayés. Parmi ceux-ci les trois-quarts, correspondant à 5,7 % de l'ensemble des consultations des généralistes, ne donneraient pas lieu à l'établissement d'une feuille de soins. Ces deux enquêtes

¹⁰⁸ G. Levasseur, R. Bataillon, J-L Samzun - Synthèse des résultats « conditions de travail » - Baromètre des pratiques en médecine libérale, URML Bretagne, octobre 2003

¹⁰⁹ Enquête réalisée auprès de 24000 généralistes. L'exploitation sur l'activité et le rôle social et économique du généraliste a été réalisé sur un échantillon de 500 médecins représentatifs des généralistes participants. Evaluation quantitative du rôle social et économique des médecins généralistes. Impact quotidien n°955, octobre 1996

déjà anciennes évaluaient donc à ces dates entre 9¹¹⁰ et 10 actes réalisés à titre gratuit par semaine et entre 6 et 8 actes par semaine ne donnant pas lieu à l'établissement d'une feuille de soins et échappant donc à toutes comptabilisation par l'Assurance maladie. Cette estimation est fragile car le contexte de prise en charge des personnes les plus défavorisées (personnes susceptibles probablement de bénéficier plus souvent que les autres d'actes gratuits) s'est modifié. En effet, depuis le 1^{er} janvier 2 000, ces personnes ont accès à la CMU complémentaire qui leur permet d'accéder gratuitement aux soins, en particulier aux soins de médecins. Par ailleurs, la durée de ces actes gratuits ne semble pas avoir été évaluée. Nous faisons l'hypothèse que la durée de ces actes est vraisemblablement inférieure à celle des consultations traditionnelles. Si l'on considère que ces actes sont moitié moins longs que les autres consultations, 8 minutes au lieu de 16, on peut estimer que le temps consacré à cette activité se situe à environ 76 minutes par semaine.

Une première évaluation de l'ensemble du temps médical sur la base des différents chiffrages présentés ci-dessus conduit à un total d'un peu moins de 41 heures (cf. tableau 2). C'est dire si, au-delà de la difficulté d'évaluer les temps de travail¹¹¹, l'écart entre temps médical calculé à partir du nombre de consultations remboursées et temps total déclaré par les médecins n'est pas négligeable : une douzaine d'heures par semaine environ. Cette estimation doit être utilisée avec précaution, en raison de la diversité des sources d'information utilisées et des hypothèses qui ont été nécessaires à sa construction. Quoi qu'il en soit, la nature des activités hors du temps strictement médical doit être explorée, afin notamment que son optimisation puisse participer à une amélioration des conditions d'exercice des médecins.

II.2 La formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles

Selon le baromètre des pratiques en médecine libérale de l'URML Bretagne, en 2004¹¹² les généralistes bretons participant au panel déclarent avoir consacré environ 6 jours dans l'année à des actions de formation. 86% ont participé à des soirées de FMC, 33 % à des journées de FMC, 45 % à des séminaires de 2 jours, 15 % à des DU ou DIU, 30 % à des congrès et 8 % à des staffs hospitaliers. En valorisant ces journées à hauteur de 8 heures et sur la base de 46 semaines d'activité on peut estimer à 63 minutes par semaine le temps consacré à ces activités de formation.

La lecture de la presse médicale, d'articles et de revues médicales participent également à la formation des médecins. A notre connaissance, aucune étude récente ne relève le temps consacré à cette activité. Aussi, à titre indicatif, on notera que, en 1994 dans l'étude actes et fonctions du généraliste réalisée par la SFMG, 8 praticiens sur 10 déclaraient lire la presse médicale lors des journées de travail complètes. Ils y consacraient en moyenne 34 minutes par jour. La lecture d'ouvrages médicaux n'était réalisée que lors de 35 % des journées d'activité complètes et les généralistes concernés y consacraient en moyenne 24 minutes. Il est probable, du fait du développement des possibilités informatiques que ces comportements se soient modifiés au cours de ces dernières années. Mais nous ne disposons pas d'informations susceptibles de nous dire si les praticiens consacrent plus ou moins de temps qu'auparavant à la consultation d'articles ou d'ouvrages médicaux dont certains sont maintenant accessibles sur Internet. A partir de ces données anciennes on

¹¹⁰ En 1994 un généraliste réalisait en moyenne 4765 séances, soit 104 séances par semaine si l'on considère 6 semaines de vacances annuelles.

¹¹¹ Voir par exemple sur ce point « Les conditions de travail des médecins : intérêts et limites d'une comparaison entre médecins libéraux et salariés », Document de travail n°50, Série Etudes, Drees, juin 2005

¹¹² Enquête sur l'évaluation des pratiques professionnelles - Baromètre des pratiques en médecine générale, URML Bretagne, novembre 2005.

peut donc estimer qu'en moyenne les généralistes consacrent 35 minutes¹¹³ par jour à cette activité, soit 175 minutes par semaine.

Quant à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) instituée par la loi d'août 2004, elle se met progressivement en place. En 2006, seuls 28 % des généralistes interrogés dans le cadre du panel de généralistes PACA¹¹⁴ déclaraient avoir participé à l'EPP organisée par les URML. Cette activité devenue obligatoire, devrait donc concerner rapidement l'ensemble des praticiens qui devront donc y consacrer une partie de leur activité.

Ces activités sont par nature non déléguables et le temps que les médecins devront y consacrer dans les prochaines années est vraisemblablement destiné à augmenter par rapport à l'estimation effectuée ici, de l'ordre de 4 heures par semaine. C'est ici davantage sur l'organisation de ces activités dans le temps médical que l'attention devra se porter.

II.3 Les tâches administratives, une place importante, mais un problème de définition (voir à ce titre appel d'offre DSS en court)

En 2003, l'URML Rhône-Alpes a commandité une étude intitulée « les transferts de charges des organismes tiers vers les médecins libéraux »¹¹⁵ auprès de 123 généralistes de la région. Dans cette étude, seules sont étudiées les tâches considérées comme administratives et se rapportant aux patients, selon les promoteurs de cette étude. Sont donc exclues les tâches administratives liées à la gestion du cabinet ou encore celles donnant lieu à une rémunération spécifique.

Compte tenu du champ défini, les généralistes de la région estimaient à 1 heure 47 minutes par journée d'activité le temps consacré à des tâches administratives liées aux patients, soit 18 % de leur temps d'activité professionnelle quotidienne. D'après cette enquête, la télétransmission des FSE et la gestion du tiers payant constituaient en 2003 les deux tâches les plus prenantes pour les généralistes.

Toutes opérations confondues les généralistes estimaient à 23 minutes par jour le temps consacré à cette opération de télétransmission. Ce temps comporte le temps de saisie, de télétransmission, de sauvegarde et d'ajustement technique. Ces opérations pourraient être déléguées à un secrétariat médical, lorsqu'il existe.

Les généralistes estimaient par ailleurs consacrer 19 minutes par jour à la gestion des tiers payant. La création en 2007 d'un compte professionnel personnel accessible sur le site de l'Assurance maladie, devrait réduire cette charge de travail. En effet, ce compte comporte notamment l'ensemble des informations concernant les actes effectués en tiers payant auprès de chaque praticien.

Le troisième grand type de charge administrative concerne la constitution de dossiers tels que les dossiers de COTOREP, les dossiers APA... Même si ces dossiers sont peu fréquents, ils sont très lourds, et les généralistes estiment y consacrer environ 18 minutes par jour. Une simplification de ces dossiers et/ou leur informatisation permettraient probablement de réduire le temps de remplissage. Il est probable par ailleurs, que ces dossiers pourraient être préparés par le secrétariat du praticien lorsqu'il en dispose.

¹¹³ (34 minutes*0,78) + (24 minutes*0,35) = 35 minutes

¹¹⁴ Regard Santé n°16, décembre 2006, ORSPACA – INSERM U 37 9.

¹¹⁵ Union régionale des médecins libéraux Rhône-Alpes - « Les transferts de charges des organismes tiers vers les médecins libéraux » CAREPS Rapport n°411, février 2004

Enfin, l'établissement de certificats médicaux de tous types, d'arrêts de travail ou de certificats d'accident de travail constitue le dernier type de charge administrative pour le généraliste. Il y consacre en moyenne 25 minutes par jour, et dans 40 % des cas l'obtention de cette pièce administrative constitue le motif pour lequel le patient consulte. Contrairement aux tâches précédentes, celle-ci est, pour partie au moins, incluse dans les temps médicaux répertoriés ci-dessus et peu déléguable à un secrétariat.

Même si cette étude n'est pas extrapolable à l'ensemble du territoire, elle permet d'appréhender le temps que les généralistes interrogés estiment relever du domaine administratif lié au patient et non rémunéré. Si l'on considère que sur les 1 heure 47 minutes consacrées aux tâches administratives liées aux patients, les 25 minutes passées pour l'établissement des certificats sont déjà comptabilisées dans le temps des consultations et visites, de même que la moitié du temps passé à l'élaboration de dossier administratifs lourds, ce sont donc 73 minutes par jour que le médecin consacre à ces tâches, en plus du temps passé avec les patients. Selon cette source, ceci correspond à 6 heures d'activité hebdomadaire, en sus des autres activités.

57 % des médecins généralistes libéraux de Midi-Pyrénées interrogés en 2002¹¹⁶, et la moitié de ceux de la région Centre interrogés en 2004¹¹⁷ estimaient leur temps de travail administratif (sans autre précision) entre 2 heures et 5 heures par semaine. 30 % d'entre eux estimaient y consacrer de 5 à 10 heures par semaine et 12 à 15 % moins de 2 heures. Les écarts de temps administratifs déclarés par les médecins de ces deux régions s'expliquent probablement par la présence ou non d'un secrétariat (plus fréquent dans les cabinets de groupe) et la nature des tâches confiées à ce dernier. On peut penser qu'il existe des modes d'organisation très divers parmi les médecins généralistes, certains ayant déjà optimisé le temps médical en déléguant une partie du temps à un secrétariat qu'ils financent par ailleurs par un surcroît d'activité. A partir des distributions des temps déclarés par les généralistes ayant participé à ces deux enquêtes, on aboutit à des estimations très proches du temps consacré aux tâches administratives (sans autre précision), environ 270 minutes soit quatre heures et demi par semaine¹¹⁸.

Les tâches administratives semblent occuper une place importante dans l'activité journalière des généralistes. Toutefois, leur définition n'est pas stable, certains incluant par exemple les certificats d'arrêt de travail ou tout autre types de certificats médicaux.

II.4 40 à 50 % de généralistes effectuent les tâches de secrétariat

Lors de l'enquête sur les urgences en médecine générale menée par la DREES en 2004, 38 % des généralistes déclaraient assurer eux-mêmes la permanence téléphonique durant les heures d'ouverture du cabinet. On peut donc considérer qu'ils n'avaient pas de secrétariat pour les assister. Parmi les généralistes qui disposaient d'un secrétariat, 4 médecins sur 10 déclaraient partager cette permanence téléphonique avec leur secrétariat. Ils y consacraient donc une partie de leur temps de travail.

Selon l'étude de l'URML Rhône-Alpes, 45 % des généralistes de la région (hommes comme femmes) assuraient eux mêmes leur secrétariat en 2003. 19 % des généralistes femmes et 9 % des hommes faisaient appel à un télé-secrétariat ; 14 % des hommes et 2 % des femmes font appel à leur conjoint et 34 % des hommes et 31 % des femmes recourent à un secrétariat médical au cabinet.

¹¹⁶ Besoins et attentes des médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Bulletin d'information de l'Union régionale des médecins libéraux de Midi-Pyrénées n°5 octobre, novembre, décembre 2002.

¹¹⁷ Etude sur les préoccupations et aspirations des médecins généralistes libéraux en région Centre. URML Centre, année 2004.

¹¹⁸ Somme des temps médians des tranches d'heures pondérés par la proportion de généralistes concernés.

La moitié des généralistes bretons (enquête URCAM Bretagne) ne disposaient pas de secrétariat en 2002. Selon le baromètre des pratiques en médecine libérale de l'URML Bretagne en 2003, sur les 105 généralistes interrogés, 56 % des médecins avaient un secrétariat. Une fois sur deux il s'agissait d'un secrétariat localisé au cabinet du praticien. Ces résultats étaient très liés au mode d'exercice des médecins : 88 % des généralistes qui exerçaient en groupe avaient un secrétariat, *versus* 16 % de ceux qui exerçaient seuls. Cependant, selon cette enquête, même lorsqu'ils ont un secrétariat, les généralistes effectuent eux même certaines tâches qui pourraient en relever¹¹⁹ : classement des dossiers patients (18%), changement d'adresses, de téléphone des patients (35%), courriers de correspondants (42%), résultats d'examens de laboratoire (33%), dactylographie des courriers (82%), comptabilité (63%), accueil téléphonique pendant les gardes (98%).

D'après l'ensemble de ces travaux, ce sont donc 4 à 5 généralistes sur 10 qui ne disposaient pas de secrétariat et qui devaient donc assumer l'ensemble des tâches dévolues aux secrétaires et en particulier la tenue de l'agenda des rendez-vous. Nous ne disposons pas d'élément qui permette de quantifier le temps passé à ces tâches, mais il doit être certainement conséquent. Cependant une partie du temps consacré à ces tâches de secrétariat est certainement comptabilisée par les médecins, notamment ceux qui ne bénéficient pas de l'aide d'une secrétaire, dans le temps consacré aux tâches administratives. Ne disposant pas d'information sur le temps consacré aux prises de rendez-vous, nous faisons les hypothèses suivantes. Les généralistes qui n'ont pas de secrétariat passent au minimum une demi-heure par jour pour les prises de rendez-vous et ceux qui partagent la permanence téléphonique avec leur secrétariat y passe 6 minutes par jour¹²⁰. On peut donc estimer le temps passé en moyenne par généraliste à cette activité à 13 minutes par jour, soit 65 minutes par semaine d'activité.

II.5 L'entretien du cabinet

Plus étonnant, une partie des généralistes semblent assurer eux-mêmes l'entretien du cabinet. Selon l'étude de l'URML Rhône-Alpes, 23 % des généralistes de la région Rhône-Alpes (hommes comme femmes) déclaraient se trouver dans ce cas. On peut penser que ces praticiens y passent un minimum de 1 heure par semaine, soit 14 minutes en moyenne pour l'ensemble des médecins, y compris ceux qui n'effectuent pas ces tâches.

II.6 La réception des visiteurs médicaux

En 2005, un médecin (généraliste ou spécialiste) recevait en moyenne 25 visiteurs médicaux par mois. Sachant qu'une visite dure en moyenne 10 minutes, ce sont donc 4 heures qui étaient consacrées chaque mois à cette activité¹²¹. Il semble par ailleurs, selon l'enquête groupe réalisée par la Drees et la Cnamts en 2002, que le passage des visiteurs médicaux soit plus fréquent chez les omnipraticiens exerçant en groupe que chez les praticiens isolés. Il est probable que les visiteurs médicaux optimisent leurs déplacements en cherchant à rencontrer l'ensemble des médecins du groupe

Finalement, réception des visiteurs médicaux, mais aussi tâches de secrétariat, tâches administratives et même entretien occupent vraisemblablement un volume horaire non

¹¹⁹ Le faible effectif concerné (n=57) incite cependant à une interprétation prudente pour certains des résultats

¹²⁰ Pour établir ces estimations nous faisons les hypothèses suivantes : pour les généralistes qui n'ont pas de secrétariat 20 appels par jour d'une durée 1minutes 30 secondes et pour les médecins qui partagent les permanences téléphoniques avec leur secrétariat 4 appels par jour d'une durée de 1 minute 30.

¹²¹ Christophe Weber, PDG GSK France. La visite médicale : Quelles règles ? Quelle rentabilité ? Conférence – Les Echos, 20 septembre 2005

négligeable au cours d'une semaine de travail, évalué ici en moyenne à presque 7 heures par semaine ; ce temps est encore plus élevé pour les médecins généralistes qui les réalisent sans aide.

Au total, cette évaluation analytique des différentes tâches non strictement médicales effectuées par les médecins rend assez bien compte de l'écart constaté entre temps médical et temps total de travail déclaré : l'ensemble des estimations réalisées réduirait cet écart à un peu plus d'une heure (tableau 2). Ces tâches sont dans la plupart des cas¹²² réalisables, et dans certains cas réalisées, simplement par des professionnels autres que le médecin et les autres professionnels de santé. Le fait qu'elles ne soient pas toujours déléguées illustre des choix d'organisation très différents selon les praticiens.

¹²² Excepté la réception des visiteurs médicaux

Tableau 2. Répartition estimée des temps de travail des médecins généralistes par groupes d'activité.

Nature de l'activité	Sources et méthodes de l'évaluation des temps d'activité	Temps hebdomadaire moyen estimé
Activité médicale libérale	Méthode « HCAAM » : volumes de consultations et visites remboursées par l'assurance maladie x temps moyen de l'acte (16mn par consultation et 30 mn par visite) sur une base de 46 semaines d'activité	33,1 heures
Autres activités médicales		7,75 heures
Consultations gratuites	Nombre de consultations gratuites estimées à 9 ou 10 actes par semaine (voir référence des études dans le texte), avec l'hypothèse que ces actes sont moitié moins longs que les autres consultations (8 minutes)	76 minutes
Activité salariée	Enquête DREES-CNAMTS sur l'exercice en groupe des médecins libéraux : 1/4 des omnipraticiens concernés en 2002, hors exercice en clinique inclus dans l'activité libérale relevée par l'assurance maladie	120 minutes
Astreintes	CNAMTS : Nombre de forfaits d'astreinte et de régulation payés par l'assurance maladie pour des durées horaires répertoriées	180 minutes
Conseils téléphoniques	Baromètre de l'URML Bretagne : 30 conseils téléphoniques par semaine, hypothèse de durée unitaire : 3 minutes	90 minutes
Formation		4 heures
Formation continue	Baromètre de l'URML Bretagne : environ 6 jours par an à des actions de formation médicale, Comptabilisées pour 8 heures par jour et sur la base de 46 semaines d'activité	63 minutes
Lecture	Enquête actes et fonctions menée (SFMG, 1993)	175 minutes
Autres activités		6,75 heures
Activités administratives	URML Midi-Pyrénées 2002 (924 généralistes) et URML Centre 2004 (198 généralistes). Estimations concordantes réalisées à partir des distributions du temps consacré par les médecins aux tâches administratives (sans précision).	270 minutes
Tâches de secrétariat	Enquête urgences en médecine générale (DREES) : 38 % des généralistes n'avaient pas de secrétariat en 2004 et parmi les autres généralistes 40 % partageaient la permanence téléphonique avec leur secrétariat ; hypothèses sur les temps concernés : une demie heure par jour pour les généralistes sans secrétariat et ceux qui partagent la permanence téléphonique avec leur secrétariat y passe 6 minutes par jour	65 minutes
Entretien du cabinet	URML Rhône-Alpes : 23 % des généralistes déclaraient assurer eux mêmes l'entretien du cabinet médical ; hypothèse de durée d'1 heure par semaine pour les médecins concernés	14 minutes
Réception des visiteurs médicaux	Hypothèses : 25 visiteurs médicaux par mois durée moyenne 10 minutes	56 minutes
Activités non identifiées		1.4 heures
Total	Temps de travail hebdomadaire déclaré (enquête emploi INSEE)	53 heures

Encadré 2. Les médecins à exercice particulier.

Selon le SNIR 2004, 10,8 % des omnipraticiens libéraux pratiquent un mode d'exercice particulier (acupuncture, homéopathie, allergologie...), soit 6 560 médecins. C'est le cas de 15,2 % des femmes et de 9,3 % des hommes. La DREES dénombrait pour sa part au 1^{er} janvier 2000 95 000 omnipraticiens salariés ou libéraux inscrits au répertoire Adeli. 78 000 praticiens n'avaient pas de qualification complémentaire déclarée et 17 000 possédaient un diplôme ou s'étaient vu reconnaître une compétence, sans pour autant être considérés par l'Ordre des médecins comme spécialistes¹²³. Parmi les médecins sans qualification complémentaire déclarée, 5 000 étaient homéopathes et/ou acupuncteurs. Parmi les praticiens qui disposaient d'une qualification complémentaire, 2 700 avaient une orientation qui semblait éloignée de la médecine générale, telle l'angéiologie ou encore l'allergologie. Enfin, plus de 5 000 omnipraticiens avaient une compétence dans une discipline classée par l'Ordre parmi les spécialités ; plus de la moitié d'entre eux disposaient d'une compétence en médecine du travail.

D'autres sources de données tendent à montrer que la pratique d'un mode d'exercice particulier semble plus répandue parmi les omnipraticiens libéraux que ne le laissent penser les données du SNIR.

Ainsi, selon le baromètre santé médecins/pharmaciens de l'INPES réalisé en 2003, si deux médecins généralistes sur trois pratiquent au moins un mode d'exercice particulier, plus de la moitié le pratique de manière occasionnelle et 13,3 % de manière systématique. Cette pratique tend à augmenter depuis 10 ans puisque le pourcentage de MEP exclusifs est passé de 11,1 % à 13,3 % des omnipraticiens. Cette pratique exclusive est nettement plus développée chez les femmes, 20,8 %, que chez les hommes 11,2%. Etant donné la féminisation de plus en plus importante du corps médical, si les jeunes femmes omnipraticiennes qui vont s'installer dans les prochaines années continuent à choisir de pratiquer souvent un mode d'exercice particulier de manière exclusive, il faut s'attendre à une diminution de la part du temps médical consacré aux soins de premier recours.

Cette pratique exclusive concerne plus de 41 % des praticiens du secteur 2, *versus* 9 % de ceux du secteur 1. Elle est pour le moment moins fréquente chez les jeunes généralistes de 40 ans et moins, 8,5 %, que chez les praticiens plus âgés en particulier ceux de plus de 50 ans, 15,3 %. Les omnipraticiens MEP réalisant moins d'actes que les généralistes, la plus grande fréquence de ce mode d'exercice particulier exclusif chez les praticiens de plus de 50 ans pourrait contribuer à expliquer une partie de la diminution d'activité (nombre d'actes) observée chez les généralistes de plus de 55 ans.

Selon l'étude de l'URML Rhône-Alpes¹²⁴ réalisée en 2003 auprès d'un échantillon de 284 généralistes de la région, 13,4 % d'entre eux pratiquent de manière prédominante un exercice particulier, 19 % des femmes et 11 % des hommes. Ces chiffres sont donc proches de ceux provenant du baromètre santé de l'INPES. Par contre, ils diffèrent de ceux de l'Assurance maladie qui dénombre 9,7 % de MEP en 2003 parmi les omnipraticiens de la région Rhône-Alpes.

La qualité de ce dénombrement est particulièrement importante, car si le nombre d'omnipraticiens pratiquant un mode d'exercice particulier de manière exclusive est sous-évalué, le temps médical susceptible d'être disponible pour les soins traditionnels de premier recours sera quant à lui surévalué.

¹²³ Serge Darriné, Xavier Niel : Les médecins omnipraticiens au 1^{er} janvier 2000, DREES, Etudes et Résultats n° 99, janvier 2001

¹²⁴ Etude de la féminisation de la profession médicale et de son impact – Approche quantitative et qualitative – Enquête auprès des médecins en exercice CAREPS (Centre Rhône-Alpes d'épidémiologie et de prévention sanitaire) (p. 14) rapport n°418 A octobre 2003.

III. L'ACTIVITÉ MÉDICALE LIBÉRALE : DURÉE, FRÉQUENCE ET MOTIFS DES CONSULTATIONS

Nous entendons par temps médical le temps de contact avec les patients. Dans une perspective de réduction de la ressource médicale associée à une augmentation de la demande de soins, une manière d'économiser du temps de médecin généraliste pourrait être de réduire la durée moyenne des séances et/ou de réduire la fréquence des consultations médicales par patient en associant des consultations d'autres professionnels sur des situations bien identifiées et standardisables. Ces scénarios sont envisageables pour autant que cette réduction ne se traduise pas par une baisse de qualité des soins prodigués. Examinons dans un premier temps les facteurs de variation de ces durées et dans un deuxième temps les motifs de consultation.

III.1 La durée des séances dépend pour l'essentiel des caractéristiques des patients

Selon l'enquête de la Drees sur les consultations et visites de généralistes réalisée en 2002, la durée moyenne d'une séance est, selon les déclarations des médecins, de 15,6 minutes. D'après les différentes sources analysées, et quelle que soit l'année d'observation, les généralistes déclarent depuis plus de dix ans qu'une séance dure en moyenne entre 15 et 16 minutes et demi. Ces déclarations des généralistes sont tout à fait cohérentes avec celles des patients. Ainsi, dans l'enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Irdes menée en 2004, ceux-ci déclarent qu'en moyenne une séance de généraliste dure un peu plus de 17 minutes. Les patients déclarent cependant davantage de séances très longues, plus de 30 minutes et nettement moins de séances courtes, moins de 15 minutes.

L'enquête Drees attribue pour un tiers les variations de la durée des séances à la variation des pratiques des généralistes et pour deux-tiers aux disparités observées au sein de la patientèle. Les caractéristiques des patients et le contexte de la séance sont les principaux déterminants de la durée des séances. Parmi ces caractéristiques se rapportant aux patients ou à la séance, autres que celles relatives à l'état clinique du patient ou aux actes effectués, traité dans les paragraphes suivants, citons quelques facteurs en relation directe avec notre problématique.

Dans l'enquête de la Drees, comme d'ailleurs dans l'ESPS 2004, la durée des séances varie en fonction de l'âge des patients. Ainsi selon la Drees, si la durée moyenne des séances réalisées pour les enfants de moins de 6 ans est de 15,2 minutes, les séances les plus courtes s'observent pour les enfants de 7 à 14 ans, 13,5 minutes et pour les adultes jeunes de 15 à 24 ans, 13,9 minutes. Ensuite, la durée des séances tend à augmenter avec l'âge pour atteindre une durée moyenne chez les adultes de 45 à 69 ans, et 16,8 minutes pour les personnes âgées de 70 ans et plus.

Le fait que le patient ne soit pas connu du généraliste tend à légèrement augmenter, mais de manière marginale, la durée de la séance (15,9 minutes pour les patients réguliers et 15 minutes pour les patients occasionnels). De ce point de vue, la mise en place du médecin traitant qui devrait contribuer, encore plus qu'auparavant, à fidéliser les patients à leur généraliste, pourrait tendre à réduire la part des nouveaux patients consultant un autre généraliste.

La durée des visites à domicile qui concernent fréquemment des personnes âgées est plus longue que celle des consultations au cabinet, respectivement 18,1 et 14,9 minutes. La diminution de la part des visites dans l'activité des généralistes qui a été considérable au cours des 25 dernières années¹²⁵, a donc permis d'économiser une part importante de temps médical. Il est probable qu'avec le niveau atteint actuellement, moins de 15 % de

¹²⁵ 37 % des séances de généralistes en 1980, 32 % en 1990, 24 % en 2000 et moins de 15 % en 2004 – Eco Santé France (sources CNAMTS).

l'activité, on ait atteint un seuil en dessous duquel il sera difficile de descendre. L'économie de temps médical à attendre de la poursuite de la baisse des visites sera donc probablement limitée, du moins si les modalités de l'activité du généraliste n'évoluent pas.

A l'opposé, les consultations réalisées sur rendez-vous sont plus longues que celles sans rendez-vous, respectivement 16,3 et 15,1 minutes. Il est probable que dans le cadre d'une meilleure gestion du temps des médecins et des patients et vraisemblablement d'une amélioration de la qualité des soins, les généralistes effectueront de plus en plus de consultations sur rendez-vous, ce qui devrait alors contribuer à légèrement augmenter le temps médical.

Les variables relatives aux généralistes expliquent, comme on l'a vu, un tiers de la variabilité de la durée des consultations et des visites. Les séances des praticiens hommes sont plus courtes que celles des femmes et ce quel que soit l'âge des généralistes. Les écarts entre hommes et femmes sont de plus en plus marqués quand l'âge des généralistes augmente. Cette augmentation de la durée des séances est à mettre en relation avec des effets de clientèle, attestés également dans l'enquête EPPM d'IMS Health : en particulier, les généralistes âgés prennent en charge davantage de patients âgés.

La durée moyenne des séances est nettement moins longue pour les généralistes du secteur 1 que pour ceux du secteur 2, respectivement 15,6 minutes et 18,3 minutes. La part des généralistes en secteur 2 ne cessant de décroître (9,5 % en 2005), le temps médical disponible devrait donc s'accroître, du moins si les modalités d'exercice n'évoluent pas. Toutefois, cette différence entre généralistes du secteur 1 et 2 est probablement plus complexe. En effet, comme l'a montré le baromètre santé médecins/pharmaciens réalisé par l'INPES en 2003¹²⁶, il y a une plus forte proportion de généralistes pratiquant, pour tout ou partie de leur clientèle un mode d'exercice particulier parmi les généralistes du secteur 2, la totalité de ces praticiens n'étant pas répertoriés comme tels dans les bases de données de l'Assurance maladie (voir encadré 2).

Enfin, le niveau d'activité annuel des généralistes influence également la durée moyenne des séances. Ainsi, selon la Drees, la durée moyenne des séances des généralistes qui ont une activité de plus de 5000 actes par an est de 15 minutes alors qu'elle est de 16,1 minutes pour ceux qui ont une activité annuelle de moins de 3000 actes. L'enquête ne précise toutefois pas si ce niveau d'activité est choisi ou subi par le médecin. Il pourrait être par exemple plus souvent choisi par des praticiens ayant un mode d'exercice particulier. Toutefois, une analyse toutes choses égales par ailleurs, prenant en compte certaines caractéristiques des patients, des séances et des médecins confirme la persistance de ces écarts.

Au total, il est bien difficile d'anticiper ce que pourrait être l'évolution attendue dans les prochaines années des durées de consultation. Certains facteurs structurels lourds évoqués ici (genre et âge des médecins, âge des patients) laissent penser qu'à tout le moins, sauf modification importante des conditions d'exercice ou renforcement important du volume d'activité par médecin, la durée des séances ne devrait pas diminuer « naturellement ».

¹²⁶ Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003, sous la direction d'Arnaud Gautier Edition INPES, avril 2005


III.2 Les pathologies traitées par les généralistes : une forte proportion d'affections chroniques, comportant fréquemment des comorbidités

Dans l'hypothèse de la mise en place d'un transfert de tâches ou d'une coopération plus large entre médecins et paramédicaux, notamment les infirmières, l'analyse des pathologies traitées par les médecins généralistes est essentielle. C'est en effet autour du suivi des pathologies chroniques et de l'éducation à la santé des personnes concernées que s'est organisée une grande partie des transferts et diversifications de tâches médicales à l'étranger¹²⁷.

A partir des données de l'enquête sur l'activité des généralistes réalisée par la Drees en 2002, une typologie a été produite caractérisant huit grands types de recours¹²⁸ qui se différencient essentiellement par l'âge des patients et la nature du recours au généraliste (affections aiguës, en cours d'exploration ou chroniques). Les deux premières classes concernent plutôt des patients jeunes consultant soit pour des affections aiguës (infections des voies aériennes), 19 % des séances, soit pour de la prévention 5 % des séances. La troisième classe, 23 % des séances, rassemble des adultes plutôt jeunes consultant souvent pour des affections aiguës ou des délivrances de certificats. Le groupe suivant, 10 % des séances, se caractérise huit fois sur dix par un diagnostic se rapportant à un problème psychologique ou psychiatrique. La cinquième classe, 6 % des séances, se caractérise par la fréquence des affections en cours d'exploration. Dans la classe suivante, 9 % des séances, le généraliste a diagnostiqué plus de huit fois sur dix des problèmes rhumatologiques. La septième classe rassemble 21 % des séances et concerne 9 fois sur 10 des recours réalisés dans le cadre d'un contrôle ou suivi régulier des affections chroniques ; une fois sur deux les patients ont une affection de longue durée et 7 fois sur 10 ils ont au moins un diagnostic de maladie cardiovasculaire. Enfin, la dernière classe, 7 % des séances, rassemble essentiellement des patients âgés vus en visite et polypathologiques puisque la quasi totalité des séances comporte au moins 3 diagnostics versus 10 % en moyenne.

Cette typologie distingue en particulier trois classes de séances, qui semblent recouvrir en partie les problématiques liées aux coopérations possibles entre les généralistes et les autres professionnels de santé. Il s'agit de la classe 2 relative aux recours pour prévention, de la classe 7 caractérisée par des recours réalisés dans le cadre d'un contrôle ou d'un suivi d'affections chroniques stables et de la dernière classe caractérisée par la fréquence des patients polypathologiques vus à leur domicile dans un contexte d'affections plutôt stables. Ces trois groupes de séances recouvrent le tiers de l'activité des généralistes.

Les séances consacrées aux patients chroniques sont souvent d'une durée supérieure à la moyenne. Ainsi, selon l'enquête réalisée par la DREES en 2002¹²⁹, lorsque les recours concernent une affection chronique déstabilisée, les séances sont très longues : plus de 19 minutes. Lorsqu'il s'agit d'un premier diagnostic d'une affection chronique, les séances sont également plus longues que la moyenne, 17,3 minutes versus 15,6. Inversement, lorsqu'il s'agit du contrôle ou du suivi d'une affection chronique stable les séances ont une durée moyenne de 15,8 minutes. Ceci sous-entend que les explications qu'il est souvent nécessaire de renouveler pour améliorer le suivi ou la prise en charge thérapeutique de ces affections, ne semblent pas influencer sur la durée des séances. Par contre, celle-ci

¹²⁷ Yann Bourgueil, Anna Marek, Julien Mousques. La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec.  Questions d'économie de la santé IRDES n°95. Juin 2005

¹²⁸ Géraldine Labarthe, Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. DREES Etudes et Résultats n°315 juin 2004

¹²⁹ Pascale Breuil-Genier, Céline Goffette La durée des séances des médecins généralistes DREES, Etudes et Résultats n°481, avril 2006.

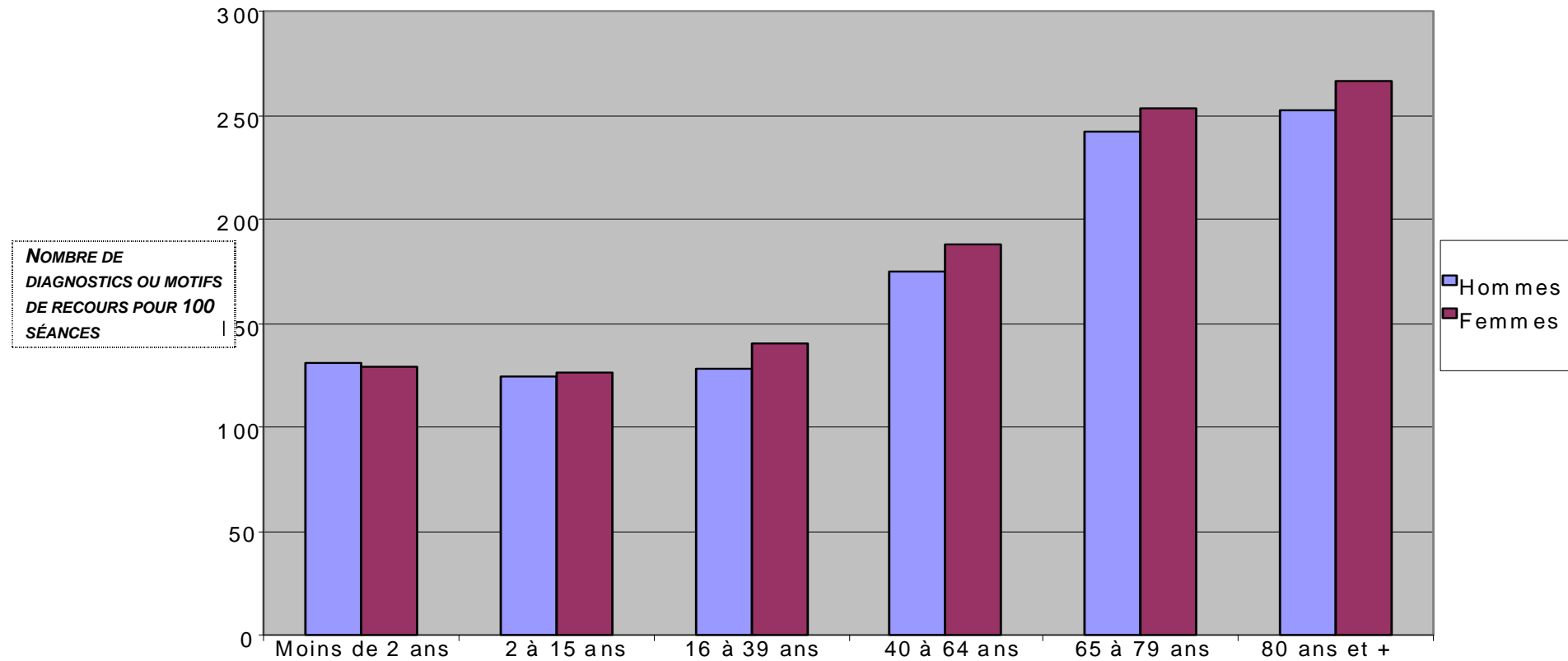
s'accroît pour les patients en ALD. En présence d'un patient présentant une ALD la durée moyenne d'une séance est de 16,8 minutes ; lorsqu'il en présente deux ou plus elle est de 18,7 minutes.

III.2.1 Un nombre de diagnostics par séance qui augmente avec l'âge

L'analyse des diagnostics et motifs de recours au généraliste réalisée ci-dessous s'appuie essentiellement sur les données issues de l'enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) d'IMS Heath. Celle-ci permet de disposer régulièrement d'informations détaillées et représentatives au plan national concernant la patientèle, les pathologies prises en charge et les traitements mis en œuvre par les médecins généralistes. En 2005, 18 % des séances de généralistes, sont réalisées pour des enfants, 57 % le sont pour des adultes de 16 à 64 ans et 25 % pour des personnes âgées de 65 ans et plus.

En moyenne, les généralistes déclarent 1,8 diagnostic par séances. Le nombre de diagnostics pris en charge augmente en fonction de l'âge des patients (graphique 1). Compris entre 1,24 et 1,31 diagnostic par séance entre 0 et 15 ans chez les garçons comme chez les filles, le nombre de diagnostics par séance est ensuite toujours plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Au delà de 64 ans, le nombre de diagnostics augmente de manière très importante, atteignant en moyenne, selon les classes d'âge, 2,4 à 2,7 diagnostics ou motifs de recours par séance.

Graphique 1. Nombre moyen de diagnostics et motifs de recours pour 100 séances en fonction de l'âge et du sexe des patients.



Source: EPPM 2005, IMS-Health, exploitation IRDES

Source

Étant donné l'augmentation attendue du nombre de personnes âgées ou très âgées dans la population, on doit s'attendre à un accroissement de la demande de soins notamment auprès des généralistes. Cette hypothèse est également formulée par le HCCAM qui constate d'ailleurs une croissance sensible du nombre de recours par assuré dans les années récentes¹³⁰. Dès lors, ceci devrait se traduire soit par une augmentation du nombre de consultations ou de visites par personne, soit par une augmentation du nombre moyen de diagnostics ou motifs de recours pris en charge par séance. Ceci n'est pas sans conséquence sur l'activité et le temps de travail des praticiens. En effet, une augmentation du nombre de séances se traduirait inévitablement par un accroissement de l'activité des généralistes. De même, une augmentation du nombre de diagnostics ou motifs de recours par séance se traduirait par une augmentation de la durée des séances. En effet, celle-ci augmente régulièrement avec le nombre de diagnostics. Ainsi, selon l'enquête de la DREES sur les consultations et visites des généralistes la durée moyenne des séances passe de 14,9 minutes pour un diagnostic à 16,9 minutes pour deux diagnostics et à 18,7 minutes pour trois diagnostics et plus¹³¹. Bien sûr, cette augmentation de la durée des séances en fonction du nombre de diagnostics associés, traduit la lourdeur et/ou la complexité de la prise en charge de ces patients polypathologiques : examen clinique souvent plus long, nécessité de conseils multiples, prescriptions plus importantes d'examen et de médicaments etc..

III.2.2 Une grande diversité des situations, mais une forte concentration des diagnostics autour de quelques grandes pathologies

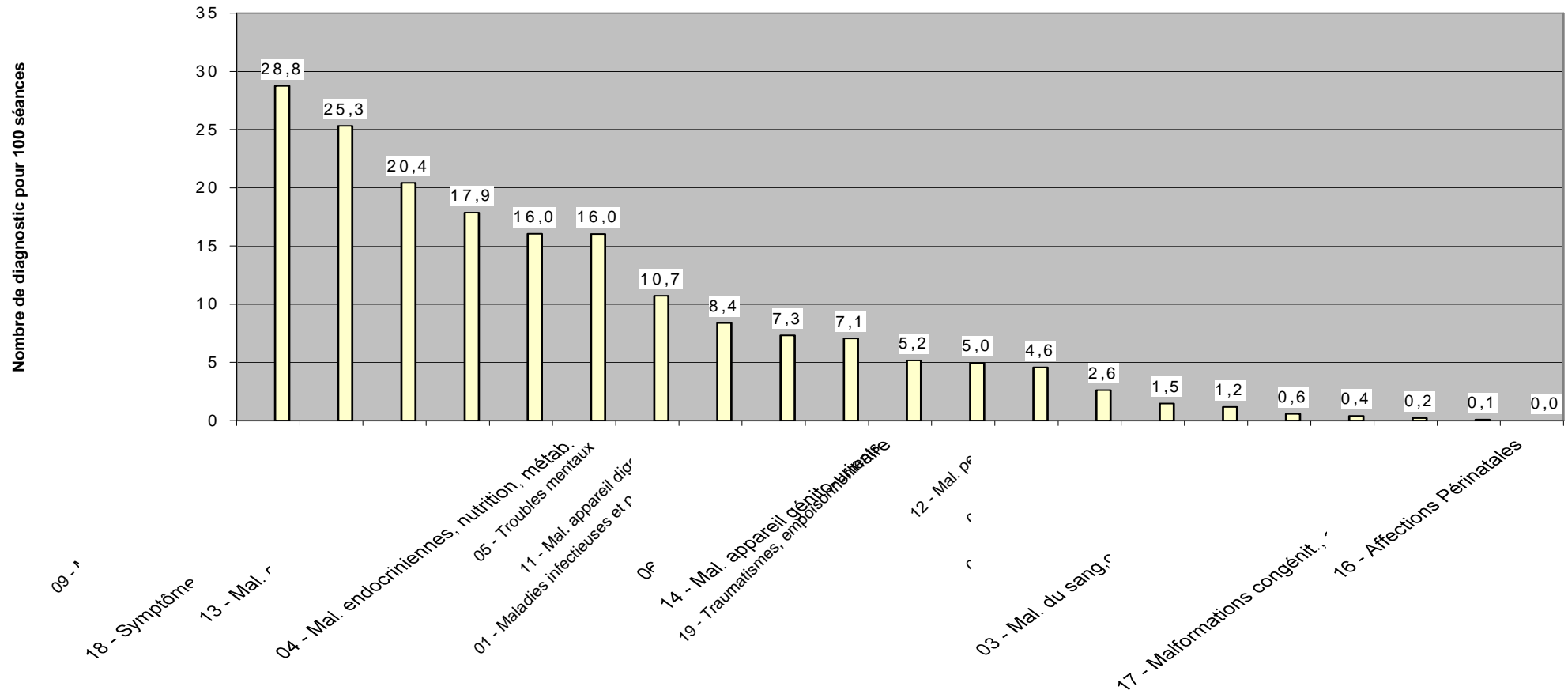
Que l'on analyse les motifs de recours ou les diagnostics par grands chapitres de la classification internationale des maladies (CIM) ou selon une classification plus détaillée, on constate à la fois une grande étendue de situations rencontrées, mais aussi une forte concentration de celles-ci autour d'un nombre restreint de pathologies. .

Ainsi, si l'on effectue une première analyse par grands chapitres de la CIM (graphique 2), les maladies cardiovasculaires et les affections respiratoires sont responsables de 30 % de l'ensemble des diagnostics ou motifs de recours aux généralistes. Viennent ensuite quatre autres motifs de recours : les symptômes, signes ou résultats anormaux d'examen, les maladies ostéoarticulaires, les autres motifs de recours et les maladies endocriniennes ou de la nutrition. Ces quatre types de recours sont responsables de 39 % des diagnostics ou motifs de recours au généraliste. Suivent les troubles mentaux, 11 affections pour 100 séances, puis les maladies de l'appareil digestif, les maladies infectieuses et les maladies du système nerveux. Quant aux autres affections, elles sont rencontrées 5 fois ou moins pour 100 séances. Certaines maladies ne sont pratiquement jamais ou très rarement rencontrées en médecine générale. Il s'agit des affections périnatales, des malformations congénitales ou des anomalies chromosomiques, de l'accouchement et des complications de la grossesse. Les recours pour causes externes qui recouvrent certaines complications de soins médicaux et chirurgicaux ont également très peu rencontrés.

¹³⁰ Référence citée

¹³¹ Pascale Breuil-Genier, Céline Goffette La durée des séances des médecins généralistes DREES, Etudes et Résultats n°481, avril 2006.

Graphique 2. Nombre de diagnostics ou motifs de recours pour 100 séances de généralistes par grands chapitres de la classification internationale des maladies, 10^e révision.



Source : EPPM 2005, IMS-Health, exploitation IRDES

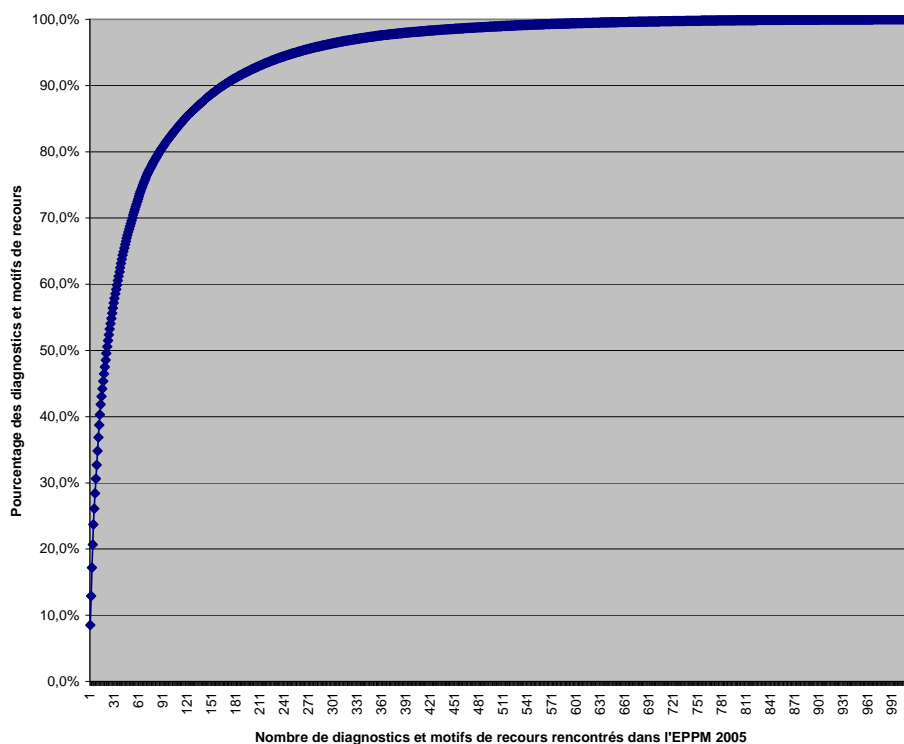
Si comme on l'a vu, l'augmentation du nombre de diagnostics ou motifs de recours accroît la durée moyenne des séances, le type de pathologie prise en charge la modifie également. Ainsi, les séances sont nettement plus longues qu'en moyenne lorsque la pathologie diagnostiquée est un trouble psychologique ou psychiatrique, 18,2 minutes¹³² *versus* 15,6. Les séances sont également plus longues, entre 16,5 et 17 minutes, lorsque les patients présentent des problèmes rhumatologiques, cardiovasculaires, gastroentérologiques ou encore des symptômes ou syndromes. Quant aux recours pour prévention, ils ont une durée moyenne.

Si la connaissance globale des diagnostics et motifs de recours rencontrés en médecine générale est utile pour cadrer l'activité des généralistes, chacun de ces grands chapitres recouvre des réalités bien différentes les unes des autres. Ainsi en est-il par exemple des pathologies cardiovasculaires qui vont des affections les plus graves, de type infarctus du myocarde, aux problèmes veineux des membres inférieurs sans complication. Une connaissance plus détaillée des motifs de recours est donc indispensable à la compréhension de l'activité des généralistes. Nous détaillerons ces motifs de recours au niveau du Code CIM à trois caractères composant les catégories de diagnostics de la classification internationale des maladies. Si le besoin s'en fait sentir, nous descendrons à un niveau plus fin, celui du motif ou de la pathologie précise correspondant au code CIM détaillé à quatre caractères.

La diversité des situations, aussi bien que la concentration décrite au niveau des chapitres de maladies est encore plus frappante au niveau des catégories de diagnostics. Dans l'enquête EPPM 2005, les médecins généralistes ont fait face au total à 1015 situations différentes, en termes de codes CIM à 3 positions. Les 22 codes les plus souvent rencontrés (2,2 % de l'ensemble des codes) représentent à eux seuls plus de la moitié des diagnostics ou motifs de séances relevés par les généralistes ; les 66 codes les plus souvent rencontrés (6,5 % de l'ensemble des codes) regroupent les trois-quarts des diagnostics ou motifs de recours. A l'opposé, les 760 codes CIM les moins rencontrés (les trois quarts de l'ensemble des codes utilisés dans l'enquête) regroupent seulement 5 % de tous les diagnostics ou motifs de recours relevés par les généralistes.

¹³² Etant donné que les patients peuvent consulter pour plusieurs pathologies, l'effet d'une pathologie doit être compris comme l'effet induit par la présence de cette pathologie, indépendamment de l'impact des autres affections éventuelles.

Graphique 3. Concentration des diagnostics et motifs de recours en médecine générale.



Source : EPPM 2005, IMS-Health, exploitation IRDES

III.2.3 Les pathologies chroniques les plus fréquentes en médecine générale : des possibilités de coopération

Dans l'optique d'une coopération entre professionnels, nous chercherons à distinguer les pathologies chroniques ou de long cours des pathologies aiguës. En effet, dans l'état actuel de l'organisation du système de soins en France, le recours aux soins pour une pathologie aiguë nécessite l'intervention d'un médecin. Même si la pathologie peut paraître bénigne, le patient qui décide de consulter se doit d'être examiné par le médecin qui posera le diagnostic, éliminera l'existence de toute complication et éventuellement réalisera une prescription ou orientera le malade. A l'inverse, pour les maladies chroniques ou de long cours, une fois le diagnostic posé et le traitement établi et en l'absence de déstabilisation, certaines interventions médicales pourraient être confiées à d'autres professionnels. Parmi celles-ci citons : le renouvellement du traitement en l'absence de modification du tableau clinique, la surveillance du patient ou encore certains aspects de la formation et de l'éducation du patient à la prise en charge de sa maladie. De même, on peut penser que certaines interventions relatives à la prévention pourraient être en partie réalisées par des professionnels de santé autres que les médecins, notamment certaines vaccinations, la formation à la diététique etc..

Toujours dans cette optique de collaboration entre professionnels, nous détaillerons essentiellement les motifs de recours ou les diagnostics fréquemment rencontrés en médecine générale ainsi que le volume d'actes qu'elles représentent. En effet, on peut penser qu'il n'est pas très opérationnel de former d'autres professionnels non

médecins au suivi de patients atteints de pathologies relativement peu fréquentes. A contrario, faciliter le partage des tâches pour certaines affections chroniques fréquentes permettrait d'augmenter la part du temps médical consacré au diagnostic des pathologies ou à la prise en charge de patients dont l'état clinique est particulièrement complexe.

Les deux affections les plus fréquentes en médecine générale répertoriées dans l'enquête EPPM sont deux affections chroniques, l'hypertension artérielle et l'hyperlipidémie, pour lesquelles existent des recommandations publiées en 2005 respectivement par la HAS et par l'AFSSAPS.

La première, l'hypertension artérielle essentielle, est une affection chronique le plus souvent asymptomatique, qui concerne presque exclusivement des adultes de plus de 40 ans. Elle nécessite la plupart du temps un traitement ininterrompu comportant de nombreuses mesures hygiéno-diététiques et des traitements pharmaceutiques associés à des bilans cliniques, biologiques et électrocardiographiques réguliers dont le contenu et la périodicité sont fonction de chaque situation personnelle.

Ce diagnostic est porté dans 15,2 % des séances de généralistes, soit plus de 38 millions d'actes. En y ajoutant celles associées à des complications rénales ou cardiaques, l'ensemble des hypertensions artérielles concernent 15,5 % des séances, soit 39 millions d'actes. Ces estimations du nombre absolu de séances proviennent des données de l'EPPM dont le champ de l'enquête est légèrement plus réduit que celui de l'ensemble des généralistes puisque sont exclus notamment : les remplaçants, les généralistes exerçant en médecine d'urgence, ceux installés en Corse ou encore ceux dont l'activité extra-libérale représente plus de 25 % de leur activité. Ainsi en 2005, l'activité des généralistes participant à l'EPPM était estimée à 252 millions de séances. En 2004, l'Assurance maladie dénombrait quant à elle 275 millions d'actes de généralistes. Si l'on applique à ce décompte la proportion de séances comportant un diagnostic d'hypertension artérielle provenant de l'EPPM (15,5 %) ce serait quelques 43 millions de séances qui comporteraient ce diagnostic. On peut donc estimer que le nombre total de séances réalisées pour des patients hypertendus (qui consultent pour HTA et le plus souvent simultanément pour d'autres affections) se situe entre 39 millions et 43 millions par an en 2004 Ceci correspond en moyenne à 720 - 790 séances par médecin généraliste dans l'année, soit environ 3 patients par jour (2,8 à 3,1)¹³³.

Cette prédominance de l'hypertension artérielle en médecine générale est confirmée par les autres sources d'information : 13,7 % des séances selon l'observatoire de la médecine générale (OMG) de la SFMG en 2005¹³⁴, 16,6 % en 2002 dans l'enquête sur les consultations et visites de généralistes de la DREES.

Au delà des volumes globaux de séances relatives à l'hypertension, certaines sources de données permettent d'estimer le nombre d'hypertendus dans la patientèle des généralistes. On utilisera ici les résultats de l'observatoire de la médecine générale (OMG) de la SFMG¹³⁵ et du panel Disease Analyzer d'IMS Health¹³⁶. Les données sont indicatives, mais elles permettent cependant

¹³³ Pour 5,5 jours d'activité par semaine, 46 semaines par an et pour 54272 généralistes recensés dans le SNIR 2004

¹³⁴ Toutefois, les médecins généralistes volontaires participant à cet observatoire ne sont pas représentatifs des généralistes exerçant en France. Observatoire de la médecine générale 2004-10 Société Française de Médecine Générale <http://omg.sfm.org>.

¹³⁵ En 2005, les estimations de l'OMG reposent sur l'activité de 67 généralistes. Ceux-ci ont été sélectionnés parmi l'ensemble des praticiens participant au recueil de l'information pour la qualité et l'exhaustivité de leurs données.

¹³⁶ Données aimablement communiquées par IMS Health pour la période mai 2006-mai 2007.

d'approcher le nombre de personnes présentant telle ou telle affection dans une patientèle des médecins généralistes. En moyenne, un généraliste participant à l'OMG a 139 hypertendus dans sa patientèle, et un médecin généraliste du panel disease analyzer en a environ 182. Il est possible que le premier chiffre soit légèrement sous-évalué dans la mesure où la taille de la patientèle des généralistes participant à l'OMG est plus faible que celle relevée par l'Assurance maladie respectivement 1160 patients versus 1535. Si l'on extrapole les données de l'OMG à la taille de la patientèle des généralistes relevée par l'Assurance maladie, on peut estimer le nombre de patients hypertendus par médecin entre 160 et 180 environ.

Dans l'échantillon de l'OMG, les patients consultent en moyenne 2,9 fois dans l'année le même généraliste participant à l'observatoire pour traiter leur hypertension. Dans le panel Disease analyzer le nombre des seules consultations (les visites ne sont pas relevées dans ce panel) est un peu supérieur : 3,6. Par ailleurs, les patients hypertendus consultent également le même médecin pour d'autres motifs : le nombre total de consultations annuelles est, selon disease analyzer, de 5,2 en moyenne. Il est possible qu'un certain nombre de ces patients consultent également par ailleurs, pour leur hypertension, un autre praticien mais ces sources de données ne permettent pas de l'observer. Les médicaments prescrits¹³⁷ n'étant pas tous spécifiques de l'hypertension artérielle, seules des enquêtes en population générale comportant le diagnostic ou le motif de recours au généraliste peuvent fournir cette information.

Pour ce faire, nous utilisons l'enquête décennale santé 2002-2003. Celle-ci confirme le chiffre de 2,9 recours annuels pour hypertension artérielle tous généralistes confondus et ce quel que soit l'âge des patients.

Ce nombre moyen annuel de 3 à 4 recours se situe dans la fourchette conseillée dans les recommandations de la HAS concernant la prise en charge de l'HTA¹³⁸ : il devrait se situer entre 2 et 4 recours annuels mais uniquement pour les hypertensions contrôlées non compliquées, ce qui n'est pas le cas pour une grande partie des hypertendus traités. Ainsi, l'étude menée en 2003 par le service médical de l'Assurance maladie¹³⁹ auprès des malades en ALD pour hypertension artérielle sévère, montrait que seuls 45,5 % d'entre eux étaient contrôlés (PAS et PAD < 140/90 mm Hg ou PAS ≤ 160 mm Hg si âge ≥ 60 ans avec HTA systolique isolée). Il peut donc être attendue une augmentation des consultations pour un meilleur résultat.

Le second motif de recours au généraliste, mais très loin derrière l'hypertension artérielle, concerne également une affection chronique, l'hyperlipidémie. Comme l'hypertension artérielle, il s'agit d'une affection asymptomatique. En prévention primaire, le traitement repose dans un premier temps sur la diététique. Si cette seule prise en charge s'avère insuffisante pour réduire l'hyperlipidémie, elle doit tout de même être poursuivie en association avec un traitement pharmaceutique qui, une fois instauré (à bon escient), ne doit pas être interrompu¹⁴⁰. Il s'agit donc d'un traitement au long cours.

¹³⁷ Lorsque les médicaments sont spécifiques d'une pathologie, par exemple ceux concernant le diabète ou l'hyperlipidémie, il est possible de dénombrer les séances de médecins ayant donné lieu à de telles prescriptions. Toutefois, on ne peut pas dénombrer les éventuelles séances n'ayant pas donné lieu à prescription, par exemple celles au cours desquelles le médecin n'aura donné que des conseils hygiéno-diététiques.

¹³⁸ Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle - HAS / Service des recommandations professionnelles / Juillet 2005

¹³⁹ Tilly B, Salanave B, Ricordeau Ph, Bertin N, Guilhot J, Fender P, Allemand H - Hypertension artérielle sévère en France : traitement et contrôle tensionnel en 1999 et 2003. Revue Médicale de l'Assurance Maladie 2004 n°3

¹⁴⁰ Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique. AFSSAPS, mars 2005

Les recours pour anomalies du métabolisme des lipides concernent, selon l'enquête EPPM 2005, 7,9 % des consultations ou visites des généralistes, ce qui correspond en 2005 à environ 19 à 21 millions d'actes¹⁴¹, soit entre 310 et 350 séances par an et par généraliste, ce qui correspond à environ 1,2 à 1,5 patient par jour.

Un généraliste participant à l'OMG 2005 a en moyenne dans sa patientèle 100 patients présentant une hyperlipidémie¹⁴² ; le panel disease analyzer estime ce nombre à près de 120. En moyenne, chacun de ces patients recourt, selon les sources, entre 2,6 fois (OMG) et 3,4 fois (DA pour les seules consultations) dans l'année pour ce trouble. Le nombre de recours au généraliste déclaré dans l'enquête santé 2002-2003 est en revanche plus faible : 1,5 recours dans l'année. Comme pour l'hypertension artérielle cette affection pose le problème de l'éducation du patient, car l'observance thérapeutique semble là encore relativement faible. Ainsi, en 2003, un tiers des patients hyperlipidémiques traités par statines et enquêtés par l'URCAM Ile de France était considérés comme non observants¹⁴³.

La pathologie chronique suivante concerne les « dorsalgies ». Celles-ci motivent 5,4 % des séances de généralistes, soit entre 14 et 15 millions d'actes. 58 % de ces dorsalgies sont des lombalgies basses, 13 % des cervicalgies et 10 % des sciatiques. Toutes les autres affections ou motifs de recours concernent chacun moins de 5 % des séances de généralistes participant à l'EPPM 2005, ce qui représente parfois tout de même un nombre important de séances (cf. tableau 3). Parmi ces affections ou motifs de recours moins fréquents, citons les affections chroniques ou encore les motifs administratifs ou de prévention concernant plus de 5 millions de séances :

- l'ensemble des arthroses périphériques (hors rachis), 4,6 %, soit 11,5 et 12,5 millions de séances,
- les autres troubles anxieux (essentiellement l'anxiété sans précision), 4,3 %, soit 10,8 et 11,8 millions de séances,
- les épisodes dépressifs, 4 %, soit 10 et 11 millions de séances,
- le diabète non insulino-dépendant ou sans précision, 3,7 %, soit 9,4 et 10,3 millions de séances,
- les troubles du sommeil, 3,7 %, soit 9,2 à 10 millions de séances,
- l'insuffisance veineuse, 3,3 %, soit 8,3 à 9 millions de séances,
- les examens médicaux et autres prises de contacts à des fins administratives, 2,8 %, soit 7,2 à 7,9 millions de séances,
- les vaccinations, 2,5 %, soit 6,3 à 6,9 millions de séances, soit de 100 à 120 vaccinations par an et par généraliste,
- le reflux gastro-œsophagien, 2,2 %, soit 5,4 à 5,9 millions de séances,
- la prise en charge de la contraception, 2 %, soit 5 à 5,5 millions de séances,
- tout comme l'asthme, 2 % des séances et également 5 à 5,5 millions de séances.

Parmi ces pathologies moins fréquemment prises en charge, le diabète est, dans les expériences étrangères, l'une des affections qui donne le plus souvent lieu à des coopérations entre différents professionnels de santé.

¹⁴¹ cf. modalités de calcul pour l'HTA ci-dessus.

¹⁴² Il est possible que ce nombre soit légèrement sous-évalué pour les mêmes raisons que précédemment. Une réévaluation sur la base de la taille de la patientèle relevée par l'Assurance maladie donnerait un chiffre maximum de 132 patients hyperlipidémiques par généraliste.

¹⁴³ Estimation de l'observance chez les patients traités par statines en 2003 - URCAM Ile-de-France - Avril 2004

Les généralistes de l'OMG 2005 ont en moyenne 32 diabétiques dans leur patientèle¹⁴⁴ ; Disease Analyzer fournit un résultat assez proche (37 patients par médecin). Pour ces patients, les praticiens réalisent 102 actes (32x3, 2) dans l'année selon l'OMG, 142 consultations (37x3,8) selon Disease Analyzer.

Dans le panel OMG, chaque patient est vu en moyenne 3,2 fois dans l'année explicitement pour son diabète ; disease Analyzer évalue le nombre de consultations à 3,8, et le nombre total de consultations du patient diabétique avec le même médecin généraliste à 5,6 par an. Le nombre moyen de contacts pour diabète issu de l'enquête santé 2002-2003 est de 4 recours dans l'année. Il est conforme aux conseils fournis par la HAS dans le guide destiné aux patients diabétiques¹⁴⁵ qui préconise un suivi régulier par le médecin traitant et/ou le diabétologue tous les trois mois. Il correspond d'ailleurs au rythme recommandé pour le suivi biologique de la glycémie : dosage tous les trimestres de l'HBA1c...

On notera que lorsque l'on apparie les données de l'EPAS et de l'ESPS 2004¹⁴⁶, le nombre total de recours annuel moyen d'un diabétique de type 2 chez un ou plusieurs omnipraticiens est de 9,4. Il existe donc un écart important entre les informations recueillies auprès des panels et de l'enquête étudiés et le nombre de contacts issus des fichiers de remboursements de l'Assurance maladie. Différents arguments peuvent être avancés pour expliquer, du moins partiellement, ces écarts. Tout d'abord les panels de médecins ne permettent de relever que les recours auprès du médecin participant à l'étude. Les patients qui consultent ce praticien peuvent également consulter d'autres omnipraticiens notamment lorsqu'ils sont en vacances ou lorsque le cabinet de leur praticien habituel est fermé. Par ailleurs, dans Disease Analyzer les visites des généralistes au domicile des patients ne sont pas relevées, ce qui minimise le nombre total de recours. Concernant l'enquête santé qui interroge directement les personnes, outre les biais de mémoire inhérents aux enquêtes en population, il est possible que les diabétiques les plus atteints acceptent moins de participer à l'enquête. De ce fait, les plus forts consommateurs de soins (les plus malades) sont sous représentés ce qui réduit la moyenne du nombre de recours annuels.

Maintenant qu'existe le système de médecin traitant, il serait intéressant à partir des bases de remboursement de l'Assurance maladie, d'étudier pour le diabète, mais aussi pour les autres affections chroniques connues de l'Assurance maladie (ALD), le nombre moyen de recours au médecin traitant et le nombre moyen de recours aux autres généralistes. Ceci permettrait de quantifier plus précisément le nombre de recours des patients suivis pour telle ou telle affection chronique par le médecin traitant habituellement le patient. Toutefois, ceci ne permettrait pas de distinguer parmi les recours ceux qui sont réalisés pour le diabète ou une autre maladie chronique connue de l'Assurance maladie, de ceux qui sont réalisés pour d'autres motifs, sauf lorsque le recours donne lieu à la prescription d'un médicament spécifique de la pathologie.

Comme le montrent les données de Disease Analyser seules deux-tiers des consultations de généralistes chez un diabétique ont pour motif de recours le diabète. Si l'on applique « brutalement » cette proportion aux données issues de l'appariement EPAS-ESPS, ce ne sont donc pas 9,4 recours qui seraient motivés par le diabète mais 6,4 recours annuels.

¹⁴⁴ Il est possible que ce nombre soit légèrement sous-évalué pour les mêmes raisons que précédemment. Une réévaluation sur la base de la taille de la patientèle relevée par l'Assurance maladie donnerait un chiffre maximum de 42 patients diabétiques par généraliste.

¹⁴⁵ Guide affection de longue durée – La prise en charge de votre maladie, le diabète de type 2 – Comprendre comment gérer sa santé avec un diabète de type 2 – HAS octobre 2006

¹⁴⁶ Cet appariement permet d'associer chez une même personne les données de remboursements de l'Assurance maladie issues de l'EPAS (échantillon permanent des assurés sociaux), avec les données provenant de l'enquête ESPS. Il est ainsi possible de dénombrer dans les fichiers de remboursement le nombre annuel de contacts chez un omnipraticien (quel qu'il soit) pour les personnes qui se sont déclarées diabétiques dans l'enquête ESPS.

Une autre méthode d'approximation du nombre de recours pour diabète consiste à calculer le différentiel des recours entre la population générale et la population de diabétiques. Sur la base de l'appariement EPAS-ESPS 2004 le nombre de recours moyen de la population est de 4,8 recours à un omnipraticien dans l'année. Le différentiel est donc de 9,4 – 4,8, soit une augmentation de 4,6 recours chez un omnipraticien qui pourraient être imputable au diabète. Cette dernière estimation se rapproche de celles observées dans les différentes enquêtes analysées dans ce travail.

Comme on le voit, il existe une forte incertitude sur le nombre de recours annuels des diabétiques au généraliste pour leur diabète.

Au total, l'analyse des affections rencontrées par les généralistes met en évidence une forte concentration de l'activité des praticiens sur un nombre relativement faible de diagnostics. Parmi les pathologies les plus fréquentes, on relève plusieurs affections chroniques ou de long terme. L'hypertension, l'hyperlipidémie et le diabète, les trois pathologies chroniques les plus souvent concernées par la coopération avec d'autres professionnels, pourraient concerner si ces différentes pathologies étaient indépendantes les unes des autres 300 à 350 patients par médecin en moyenne. Etant donné la fréquence des associations de deux ou trois de ces pathologies chez un même patient (cf. ci-dessous) ces chiffres se situent plutôt entre 220 et 250 patients par médecin. Quant au nombre de recours annuel moyen pour la pathologie considérée il est plus complexe à déterminer et nécessiterait des exploitations complémentaires. Il semble être compris entre 3 et 4 pour l'hypertension artérielle et l'hyperlipidémie et entre 3,2 et 6,4 selon les sources, pour le diabète. Quoiqu'il en soit, cette volumétrie indicative montre, comme on pouvait le prévoir, qu'un transfert d'une partie de ces consultations à une infirmière¹⁴⁷ ne constituerait pas un travail à plein temps pour celle-ci, même si cette coopération se traduisait par des consultations supplémentaires justifiées par une extension de la prise en charge des patients, par exemple en matière d'éducation à la santé. Une infirmière devrait alors collaborer avec plusieurs médecins

Tableau 3. Les diagnostics ou motifs de séances les plus rencontrés en médecine générale (au total 75 % des diagnostics ou motifs cités).

¹⁴⁷ Le médecin généraliste conservant par exemple une séance de suivi par an

		Nb Brut	Nb pondéré	Nombre pour 100 séances	Pourcentage de l'ensemble des diagnostics	Pourcentage cumulé sur l'ensemble des diagnostics
I10	Hypertension artérielle essentielle	20518	38393	15,2	8,5%	8,5%
E78	Anomalies du métabolisme des lipides des lipoprotéines et autres lipidémies	10604	19840	7,9	4,4%	12,9%
R69	Causes inconnues et non précisées	10256	19383	7,7	4,3%	17,2%
J00	Rhinopharyngite aiguë (rhume banal)	8168	15675	6,2	3,5%	20,7%
M54	Dorsalgies (essentiellement lombalgies)	7272	13676	5,4	3,0%	23,7%
M15àM19	Ensemble des arthroses périphériques	6187	11548	4,6	2,6%	26,3%
F41	Autres troubles anxieux (anxiété)	5839	10827	4,3	2,4%	28,7%
J02	Pharyngite aiguë (dont angine)	5442	10303	4,1	2,3%	31,0%
F32	Épisodes dépressifs	5305	10027	4,0	2,2%	33,2%
E11+E14	Diabète sucré non insulino-dépendant et SAI	4989	9429	3,7	2,1%	35,3%
A09	Diarrhée et gastro-entérite d'origine présumée infectieuse	5009	9426	3,7	2,1%	37,4%
G47	Troubles du sommeil (insomnie)	5045	9293	3,7	2,1%	39,4%
I87	Autres atteintes veineuses (insuffisance veineuse)	4551	8388	3,3	1,9%	41,3%
Z02	Examen médical et prise de contact à des fins administratives (Y compris certificats)	3839	7165	2,8	1,6%	42,9%
J40	Bronchite non précisée aiguë ou chronique	3617	7007	2,8	1,6%	44,4%
Z27+Z25	Ensemble des vaccinations (contre une ou plusieurs maladies)	3326	6329	2,5	1,4%	45,8%
K21	Reflux gastro-oesophagien	2866	5412	2,2	1,2%	47,0%
Z30	Prise en charge d'une contraception	2684	5019	2,0	1,1%	48,1%
J45	Asthme	2676	5009	2,0	1,1%	49,2%
K59	Autres troubles fonctionnels de l'intestin (dont constipation)	2550	4724	1,9	1,0%	50,3%
J04	Laryngite et trachéite aiguës	1937	3710	1,5	0,8%	54,9%
M81	Ostéoporose sans précision de fracture pathologique	1903	3598	1,4	0,8%	55,7%
J11	Grippe, virus non identifié	1803	3525	1,4	0,8%	56,5%
J20	Bronchite aiguë	1813	3520	1,4	0,8%	57,3%

Tableau 3 (suite). Les diagnostics ou motifs de séances les plus rencontrés en médecine générale (au total 75 % des diagnostics ou motifs cités).

		Nb Brut	Nb Pondéré	Nombre pour 100 séances	Pourcentage de l'ensemble des diagnostics	Pourcentage cumulé sur l'ensemble des diagnostics
Z01	Autres examens et investigations sans diagnostic rapporté	1834	3456	1,4	0,8%	58,0%
N40	Hyperplasie de la prostate (dont adénome)	1662	3122	1,2	0,7%	58,7%
H66	Otite moyenne suppurée et sans précision	1653	3119	1,2	0,7%	59,4%
J32	Sinusite chronique	1627	3086	1,2	0,7%	60,1%
I49	Autres arythmies cardiaques	1605	2996	1,2	0,7%	60,8%
M25	Autres affections articulaires non citées ailleurs (dont douleurs articulaires)	1585	2979	1,2	0,7%	61,4%
Z00	Examen général (bilan, examen de routine de l'enfant)	1579	2953	1,2	0,7%	62,1%
L30	Autres dermites (dont eczéma)	1551	2931	1,2	0,6%	62,7%
T14	Lésion traumatique d'une partie du corps non précisée)	1527	2885	1,1	0,6%	63,4%
G43	Migraine	1509	2849	1,1	0,6%	64,0%
R42	Etourdissement et éblouissement (vertiges)	1515	2826	1,1	0,6%	64,6%
J30	Rhinite allergique et vasomotrice (dont rhume des foins)	1493	2817	1,1	0,6%	65,3%
I25	Cardiopathie ischémique chronique	1306	2485	1,0	0,6%	65,8%
I77	Autres atteintes des artères et artérioles (artérite)	1299	2431	1,0	0,5%	66,3%
T78	Effets indésirables non classés ailleurs (allergie)	1273	2415	1,0	0,5%	66,9%
M79	Autres affections des tissus mous non cités ailleurs (dont rhumatisme sans précision)	1184	2199	0,9	0,5%	67,4%
H10	Conjonctivite	1145	2139	0,9	0,5%	67,8%
Z76	Sujet ayant recours dans d'autres circonstances (renouvellement d'ordonnance)	1065	2089	0,8	0,5%	68,3%
R51	Céphalées	1061	1992	0,8	0,4%	68,7%
E79	Anomalie du métabolisme des purines et de la pyrimidine (Hyperuricémie)	1079	1975	0,8	0,4%	69,2%
I48	Fibrillation et flutter auriculaires	1054	1944	0,8	0,4%	69,6%
Z29	Nécessité d'autres mesures prophylactiques	1040	1935	0,8	0,4%	70,0%

Tableau 3 (fin). Les diagnostics ou motifs de séances les plus rencontrés en médecine générale (au total 75 % des diagnostics ou motifs cités).

		Nb Brut	Nb pondéré	Nombre pour 100 séances	Pourcentage de l'ensemble des diagnostics	Pourcentage cumulé sur l'ensemble des diagnostics
M77	Autres enthésopathies (dont tendinites)	1036	1930	0,8	0,4%	70,5%
I50	Insuffisance cardiaque	1048	1915	0,8	0,4%	70,9%
N95	Troubles de la ménopause et périménopause	996	1890	0,8	0,4%	71,3%
J06	Infections aiguës des voies respiratoires supérieures à localisations multiples ou non précisées	999	1878	0,7	0,4%	71,7%
N39	Autres affections de l'appareil urinaire	985	1824	0,7	0,4%	72,1%
R50	Fièvre d'origine inconnue	942	1820	0,7	0,4%	72,5%
I20	Angine de poitrine	968	1797	0,7	0,4%	72,9%
N30	Cystite	945	1763	0,7	0,4%	73,3%
K29	Gastrite et duodénite	939	1733	0,7	0,4%	73,7%
K63	Autres maladies de l'intestin	898	1700	0,7	0,4%	74,1%
M75	Lésions de l'épaule	864	1593	0,6	0,4%	74,4%
R11	Nausées et vomissements	828	1550	0,6	0,3%	74,8%

Source : EPPM 2005, IMS-Health, exploitation IRDES

III.2.4 Une activité médicale beaucoup plus complexe qu'il n'y paraît, avec des comorbidités fréquentes : l'association HTA, Hyperlipidémies, diabète.

Les situations cliniques des malades chroniques susceptibles d'être suivis conjointement par des généralistes et d'autres professionnels de santé ne sont cependant pas toujours limitées à une seule pathologie¹⁴⁸. Parmi les diagnostics les plus fréquemment rencontrés en médecine générale, nous analyserons successivement les comorbidités liées à l'hypertension artérielle, à l'hyperlipidémie et au diabète, pathologies qui nécessitent toutes trois un suivi régulier afin de prévenir l'apparition de certaines complications, notamment cardiovasculaires, et afin d'éduquer les patients à la gestion de leur pathologie.

Seules 12,8 % des séances comportant un diagnostic d'hypertension artérielle ne comportent que ce diagnostic. Les autres séances sont donc réalisées pour au moins un motif supplémentaire. En moyenne, une séance pour hypertension artérielle comporte 2,3 diagnostics ou motifs supplémentaires de recours. Lorsque la consultation comporte plusieurs diagnostics ou motifs, 2,6 sont comptabilisés en plus de celui d'hypertension.

Le tableau ci-dessous met en évidence la fréquence du nombre de diagnostics associés à une hypertension artérielle lors des consultations ou visites de généraliste :

¹⁴⁸ Une étude actuellement en cours sur les polyprescriptions liées aux polyopathologies rencontrées en médecine générale, devrait permettre d'identifier les situations cliniques complexes associant diverses affections chroniques. Polyprescriptions médicamenteuses en médecine générale, Pascal Clerc et al. , SFMG

lors d'une séance relative à une hypertension artérielle, le médecin généraliste prend en charge une fois sur cinq 3 affections en plus de l'hypertension et également une fois sur cinq au moins quatre affections en plus de cette hypertension.

Tableau 4. Nombre de diagnostics associés à l'hypertension artérielle.

Nombre de diagnostics associés à l'hypertension artérielle	Pourcentage
Absence de comorbidité	12,8
1 comorbidité	21,9
2	24,8
3	20,4
4	12,6
5	4,1
6	2,0
7	1,4
Ensemble des HTA	100,0

Source : EPPM 2005, IMS-Health, exploitation IRDES

Ceci met en évidence la complexité des prises en charge de ces patients et la très faible fréquence des séances consacrées à une hypertension isolée.

- *L'hypertension artérielle est le plus souvent associée à d'autres pathologies chroniques augmentant le risque cardio-vasculaire*

Voyons maintenant les diagnostics ou motifs de recours les plus fréquemment associés à une hypertension artérielle. Lors de 29 % des séances pour hypertension, les généralistes prennent également en charge une hyperlipidémie, et lors de 14 % de ces séances ils prennent également en charge un diabète non insulino-dépendant. Ces deux comorbidités sont associées lors de 5 % des séances pour HTA, ce qui correspond à près de 2 millions de séances de généraliste.

Le recours pour HTA est associé dans 13 % des cas à un recours pour arthrose, dans 10 % des cas à un recours pour insuffisance veineuse. Les autres associations, bien que moins fréquentes, concernent tout de même un nombre non négligeable de recours. Parmi celles-ci citons les cardiopathies ischémiques et les épisodes dépressifs associés à plus de 6 % des séances pour HTA ainsi que les affections de la thyroïde et les maladies chroniques des poumons associées chacune à 5 % des séances pour HTA.

Tableau 5. Les affections les plus souvent associées à l'hypertension artérielle en sous-chapitre de la CIM 10 (association à au moins 5 % des séances comportant une HTA).

Libellés des sous-chapitres de la CIM 10	NOMBRE DE SÉANCES	Pourcentage avec diagnostics associés	NOMBRE D'ASSOCIATIONS POUR 100 SÉANCES POUR HTA
0408 - Anomalies du métabolisme	12667	14,6	33,0
<i>dont E78 Anomalie du métabolisme des lipides</i>	10979	12,6	28,6
1808 - Symptômes et signes généraux	8809	10,1	22,9
<i>dont prescription d'un médicament sans information sur le diagnostic</i>	7693	8,9	20,0
1301 – Arthropathies	6339	7,3	16,5
<i>dont M15 à M19 = arthroses</i>	5154	5,9	13,4
0402 - Diabète sucré	5690	6,5	14,8
<i>dont diabète non insulino-dépendant et SAI</i>	5261	6,1	13,7
0909 - Maladies des veines, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques	4543	5,2	11,8
<i>dont I87 insuffisance veineuse (essentiellement insuffisance veineuse chronique périphérique)</i>	3778	4,3	9,8
0606 - Affections neurologiques épisodiques et paroxystiques	3924	4,5	10,2
<i>dont G47 troubles du sommeil</i>	3116	3,6	8,1
0906 - Autres formes de cardiopathies	2916	3,4	7,6
<i>dont I49 autres arythmies cardiaques (essentiellement arythmie SAI)</i>	1426	1,6	3,7
<i>dont I48 Fibrillation et flutter auriculaires</i>	970	1,1	2,5
1102 - Maladies de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum	2821	3,2	7,3
<i>dont K21 reflux gastro-œsophagien</i>	1903	2,2	5,0
0505 - Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et	2790	3,2	7,3
<i>dont F41 autres troubles anxieux (anxiété SAI)</i>	2734	3,1	7,1
0904 - Cardiopathies ischémiques	2521	2,9	6,6
0504 - Troubles de l'humeur [affectifs]	2420	2,8	6,3
<i>dont F32 épisodes dépressifs</i>	2265	2,6	5,9
0401 - Affection de la glande thyroïde	1971	2,3	5,1
<i>dont E03 autres hypothyroïdies (Hypothyroïdie SAI)</i>	1682	1,9	4,4
1005 - Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	1933	2,2	5,0
<i>dont J45 asthme</i>	854	1,0	2,2
<i>dont J44 autres maladies obstructives chroniques</i>	512	0,6	1,3
Autres affections associées	27551	31,7	71,8
Nombre total des diagnostics ou motifs de recours associés à HTA	86895	100,0	226,3

Source : EPPM 2005, IMS-Health, exploitation IRDES

La fréquence de ces associations de pathologies qui, pour la plupart, nécessitent des prises en charge spécifiques, conduit comme on l'a vu, les généralistes à augmenter la durée des séances comportant au moins une hypertension artérielle. En effet, la plupart de ces pathologies associées nécessite de fournir aux patients une information sur leurs prises en charge notamment concernant l'alimentation, l'activité physique régulière, les risques médicamenteux, l'observance des traitements, la surveillance biologique, les examens de dépistage des complications... Ces pathologies concernant le plus souvent des personnes âgées ou très âgées, il est probable qu'il faille fréquemment répéter ces explications et éclaircir les points les plus difficiles à assimiler.

Les autres associations non citées dans le tableau ci-dessous concernent chacune moins de 5 % des séances pour HTA et représentent 32 % de l'ensemble des maladies et motifs associés à cette pathologie. Parmi celles-ci certaines viennent compliquer sérieusement la prise en charge des patients. Parmi les plus fréquentes citons les artérites, les maladies vasculaires cérébrales, la maladie d'Alzheimer...

— *Plus de 9 séances sur 10 consacrées à l'hyperlipidémie comportent des diagnostics multiples*

Considérons maintenant les patients qui consultent pour hyperlipidémie, pathologie qui correspond à l'un des facteurs de risque cardiovasculaire majeurs. Sur les quelques 20 millions de séances de généralistes consacrées notamment à l'hyperlipidémie, seules 7,7 % comportent une hyperlipidémie isolée. Toutes les autres séances pour cette affection comportent donc au moins un diagnostic associé. En moyenne, une séance comportant un diagnostic d'hyperlipidémie comporte 2,6 diagnostics supplémentaires (2,8 si l'on exclut les séances pour hyperlipidémie isolée). Comme pour l'hypertension, cette affection est donc associée à un grand nombre d'autres pathologies.

Plus de la moitié (55 %) des séances pour hyperlipidémie comportent également une hypertension artérielle essentielle. Le diagnostic de diabète de type 2 (ou sans précision) est présent lors de 14 % des séances comportant une hyperlipidémie. L'association simultanée d'une HTA et d'un diabète concerne plus de 9 % des séances avec hyperlipidémie. Le diagnostic d'arthrose périphérique (M15 à M19) est présent lors de 12 % des séances et l'insuffisance veineuse chronique lors de 10 % des séances. Viennent ensuite les troubles anxieux, 7 %, les troubles du sommeil, 7 %, les épisodes dépressifs, 6 %, les reflux gastro-œsophagiens et les hypothyroïdies 5 % des séances chacun. Les autres affections sont présentes chacune dans moins de 5 % des recours pour hyperlipidémie. Notons tout de même la fréquence des associations hyperlipidémie affections cardiaques : 8 % des séances sont associées à l'une des cardiopathies ischémiques et 8 % à une autre forme de cardiopathie. Comme on le constate, là encore, les recours comprenant une hyperlipidémie sont des recours lourds, puisqu'en moyenne chacune de ces séances comporte au total 3,6 diagnostics ou motifs de recours différents.

— *Les diabètes également sont le plus souvent associés à des comorbidités*

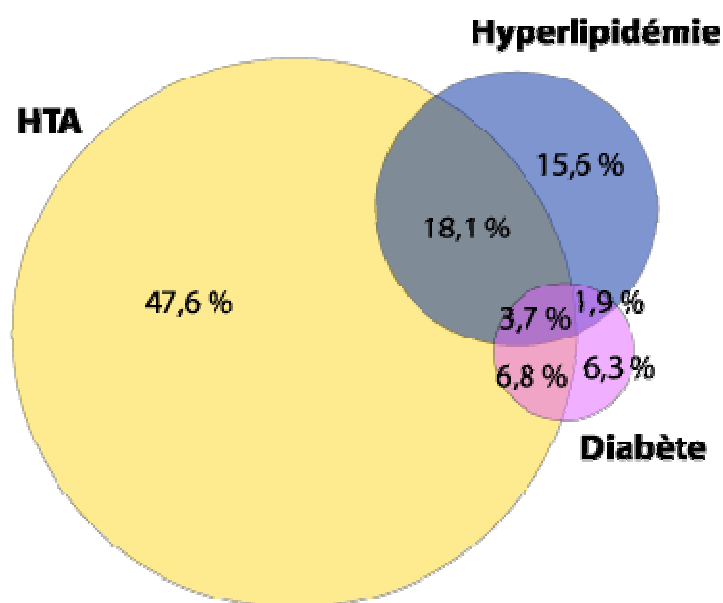
Enfin, concernant le diabète, sur les 9,4 millions de séances de généraliste comportant un diagnostic de diabète de type 2, 12 % présentent ce seul diagnostic. Toutes les autres séances réalisées pour diabète de type 2 comportent donc au moins un diagnostic associé. En moyenne, une séance avec un diabète de type 2 comporte 2,4 diagnostics supplémentaires (2,7 si l'on exclut les séances pour diabète isolée). Comme pour l'hypertension et l'hyperlipidémie, cette affection est donc associée à un très grand nombre d'autres pathologies.

Ainsi, 56 % des séances ont également un diagnostic d'hypertension artérielle essentielle, 30 % une anomalie du métabolisme des lipides. Ces deux affections sont présentes simultanément dans presque une séance sur cinq réalisée pour un diabète (19,6 %). Dans une toute récente publication¹⁴⁹, la Cnamts constate qu'en 2005 des médicaments antihypertenseurs avaient été prescrits au moins deux fois dans l'année à trois patients diabétiques sur quatre et que 55 % des diabétiques avaient eu au moins deux prescriptions d'hypolipémiants. L'association au diabète de l'hypertension artérielle et de l'hyperlipidémie semble donc encore plus importante que ce que laisse apparaître les données de l'EPPM. Ceci est certainement lié, du moins en partie, aux modalités de recueil de l'information dans cette enquête, qui ne prend en compte que le médecin généraliste participant à l'EPPM, alors que le patient peut consulter d'autres généralistes. Par ailleurs dans ce type d'enquête certains médecins ne précisent pas toujours toutes les affections qui ont conduit les patients à consulter.

En dehors de l'HTA et de l'hyperlipidémie, on relève dans l'EPPM d'autres diagnostics associés aux consultations ou visites pour diabète. Ainsi, 10 % des séances comportent également un diagnostic d'arthrose périphérique, 6 % une insuffisance veineuse chronique 6 % des troubles du sommeil et 6 % également des épisodes dépressifs. Comme pour les séances avec hyperlipidémie signalons l'importance des associations au diabète de l'une des cardiopathies ischémiques (9 %) et de l'une des autres formes de cardiopathies (8 %).

Au total, les trois affections analysées, HTA, hyperlipidémie et diabète sont fréquemment associées entre elles lors des consultations et visites de généralistes comme le montre la figure ci dessous.

Figure 1. Pourcentage des séances comportant au moins un des diagnostics HTA et/ou hyperlipidémie et/ou diabète.



Source : EPPM 2005, IMS-Health, exploitation IRDES

Sur 100 séances comportant une ou plusieurs de ces affections, 4 sont réalisées pour ces trois affections réunies et 27 pour deux d'entre elles. Les autres séances sont

¹⁴⁹ Kusnik-Joinville O, Weill A, Salanave B, Ricordeau P, Allemand H – Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2005 ? Pratiques et Organisation des Soins volume 38 n°1 / janvier-mars 2007

motivées par une seule de ces pathologies, mais la plupart d'entre elles comportent des comorbidités autres. En effet, plus de 8 séances sur 10 réalisées pour une seule de ces affections comporte au moins un autre diagnostic.

Globalement, on peut estimer à partir des données de l'EPPM 2005 que ce sont quelques 50 millions de séances qui ont été réalisées en 2005 pour HTA et/ou hyperlipidémie et/ou diabète (55 millions si l'on réévalue ces chiffres sur la base de l'activité globale des généralistes constatée par l'Assurance maladie).

Au total, suite à cette analyse des comorbidités, il apparaît clairement que les sujets atteints par l'une de ces trois pathologies présentent un tableau clinique bien plus complexe que ce que ne le laissait présager la simple étude de la fréquence des diagnostics ou motifs de recours au généraliste. Pour les patients concernés, on ne se situe donc plus dans le cadre de la prévention de l'apparition d'une de ces affections, mais bien dans le cadre de la prise en charge et du suivi de patients atteints par au moins deux de ces pathologies, voire d'autres comorbidités. Cette constatation ne remet pas nécessairement en cause la possibilité d'une coopération des médecins avec d'autres professionnels pour traiter ces patients ; elle change le contenu de cette possible coopération en élargissant le champ d'intervention de ces derniers. Cette coopération suppose donc l'existence de recommandations spécifiques ainsi que des modalités d'échanges d'informations entre professionnels qui permettent d'adapter les protocoles à la complexité et à la singularité des personnes suivies.

IV. LES ACTES TECHNIQUES RÉALISÉS PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Selon l'enquête sur les consultations et visites des médecins généralistes libéraux¹⁵⁰ effectuée en 2002 par la Drees auprès d'un échantillon de généralistes, les praticiens réalisent relativement peu d'actes techniques lors des consultations ou visites. Seules 6 % des séances comportent au moins un acte techniques parmi ceux répertoriés dans l'enquête : ECG, Vaccin, frottis, plâtre, suture, injection, prélèvement de gorge et autres actes.

L'acte le plus fréquemment pratiqué par les médecins généralistes est la vaccination ; 3 % des séances sont concernées et en moyenne ces séances ont une durée de 15,6 minutes, comparable à la durée moyenne de l'ensemble des séances. Viennent ensuite les autres injections, réalisées lors de 1,5 % des séances. La réalisation d'une suture ou l'ablation des fils est réalisé dans 0,5 % des séances et la réalisation d'un électrocardiogramme dans un peu moins de 0,5 % des consultations. Lorsqu'un ECG est réalisé, les séances sont longues puisqu'elles durent en moyenne 21,1 minutes, soit une augmentation de 35 % par rapport à la durée moyenne des séances. Bien entendu, seuls les médecins équipés peuvent réaliser ce type d'actes¹⁵¹. Enfin, la réalisation de frottis est extrêmement rare, moins de 0,4 % des séances. Les autres actes le sont encore plus.

On peut donc estimer qu'en moyenne chaque médecin réalise environ 150 vaccinations et 75 injections par an. Il est probable qu'une partie de ces actes, en particulier les vaccinations antigrippales, pourraient être réalisées par d'autres professionnels. Les autres actes étant rares, moins de 3 actes par mois, il ne semble pas opérationnel de confier leur réalisation à d'autres professionnels, sauf à penser que les généralistes qui ont un électrocardiographe font de nombreux ECG chaque semaine, ce qui ne semble pas cohérent avec le taux d'équipement relevé dans le baromètre des pratiques de l'URML Bretagne.

¹⁵⁰ Géraldine Labarthe, Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. DREES Etudes et Résultats n°315 juin 2004

¹⁵¹ Selon le baromètre des pratiques en médecine libérale de l'URML B en 2003¹⁵¹, sur les 105 généralistes interrogés, 72 % disposent d'un ECG (84 % quand ils exercent en groupe et 60 % seuls). Ce taux d'équipement, qui nécessiterait confirmation, semble cependant très élevé sachant la faible utilisation qu'en font les généralistes.

— *CONCLUSION*

Quelles marges de manœuvre pour réallouer le temps des médecins ?

Au bout du compte, l'analyse des temps et du contenu de l'activité des médecins généralistes conduit à un certain nombre de pistes possibles pour réallouer le temps des médecins.

Tout d'abord, la grande variabilité des temps de travail, le rapprochement des durées de travail entre hommes et femmes, laisse penser que, malgré le niveau élevé des durées moyennes, il existe encore des marges disponibles, ce que laisse penser l'évolution constatée sur les années récentes. Néanmoins, les attentes exprimées par les jeunes générations de médecins suggèrent plutôt une évolution à la baisse du temps médical.

En second lieu, et même si les évaluations sont fragiles, on ne peut qu'être frappé par le volume important de temps consacré par les médecins généralistes à d'autres tâches que celles effectuées auprès du patient. Si certaines d'entre elles sont essentielles à la qualité de son activité et non déléguables, comme la formation permanente, d'autres, comme les tâches d'administration, de secrétariat, de gestion ou même d'entretien sont largement déléguables, à des coûts inférieurs, à d'autres professionnels que les professionnels de santé. Toute la question est de savoir pourquoi cette délégation n'est pas plus fréquente ; on peut penser notamment, au vu des écarts de situation constatés entre modes d'exercice, que l'extension de l'exercice en groupe pourrait être un facteur favorable à cette délégation par la mise en commun de personnel.

Enfin, en ce qui concerne le temps médical proprement dit, on peut constater que les pistes expérimentées à l'étranger, en particulier la délégation d'une partie du suivi des pathologies chroniques stables, en intercalant des séances de suivi infirmier entre les séances de suivi par un médecin, et de certains actes de prévention comme les vaccinations, serait de nature à épargner une quantité non négligeable de temps médical. Cette démarche permettrait sans doute d'améliorer également la qualité de ce suivi en faisant une plus grande place à la prévention et à l'éducation pour la santé des patients dans cadre de ce suivi infirmier et en concentrant le temps d'expertise médicale sur des situations qui le nécessitent.

Cependant, l'analyse des diagnostics et motifs de consultation, en particulier pour l'hypertension artérielle, l'hyperlipidémie et le diabète montre que ce suivi concernera alors une grande part de patients polyopathologiques, présentant souvent des facteurs de risque cardiovasculaires multiples. Ainsi, dans le cadre du suivi du diabète de type 2 les deux-tiers des séances de généralistes concernent des patients qui ont déjà soit une hypertension artérielle, soit une hyperlipidémie ou encore ces deux affections réunies. On ne se place donc plus dans le cadre de la prévention de ces risques mais bien dans celui de leur prise en charge. Dès lors, c'est autour de cet ensemble de pathologies cardiovasculaires que devrait s'organiser cette coopération, ce qui suppose l'élaboration de recommandations et de formations adaptées. Ces résultats confirment également l'importance de définir des référentiels et des protocoles contextualisés aux conditions de la pratique en médecine générale.

L'existence de certaines comorbidités fréquentes, mais qui ne sont pas en relation directe avec les affections prises en charge, doivent être recherchées dans la mesure où elles retentissent sur les modalités même de ces prises en charge. Ainsi en est-il par exemple de l'arthrose ou encore des lombalgies qui sont susceptibles de favoriser la sédentarité des patients alors même que l'activité physique, tout comme d'ailleurs le programme alimentaire, participent aux fondements de la prise en charge d'un certain

nombre d'affections ou de facteurs de risque cardio-vasculaires. Enfin et surtout, la complexité des situations restituée par l'analyse souligne l'importance d'une approche personnalisée et singulière de la prévention et de l'éducation thérapeutique.

Une évaluation grossière des volumes d'activité concernés par ces trois affections chroniques analysées laisse penser qu'un temps complet d'infirmière consacrée à ce suivi ne peut être obtenu qu'en l'associant à plusieurs médecins, même si une partie de son activité serait vraisemblablement aussi une extension de celle actuellement réalisée par les médecins généralistes auprès de ces patients. C'est également ce qui ressort des éléments issus des expériences étrangères.

On pourrait envisager des coopérations du même type pour des personnes atteintes d'autres pathologies chroniques, notamment les pathologies respiratoires qui, tout en représentant des volumes moindres, sont également fréquemment traitées en médecine générale. Une analyse détaillée des contenus de séance du même type que celle qui a été réalisée ci-dessus serait alors nécessaire pour mieux calibrer ces coopérations. De manière générale, disposer d'un système d'information plus complet sur les temps et contenu d'activité des médecins est une nécessité pour définir et préciser des préconisations de ce type.

CONTRIBUTION 10

LA DEMANDE DE SOIN D'AUXILIAIRES MÉDICAUX EN MÉDECINE DE VILLE : QUELS ENJEUX DANS LA PERSPECTIVE D'UNE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONS MÉDICALES ET PARAMÉDICALES ?

Denis Raynaud

— INTRODUCTION

Les enjeux économiques de coopérations nouvelles entre professionnels de santé concernent surtout l'offre de soins, tant en terme d'organisation de l'offre que du développement de nouveaux types de soins. Néanmoins, toute réflexion sur évolution de l'offre de soins doit aussi analyser les interactions avec la demande de soins, car c'est bien au final les assurés sociaux qui reçoivent ces soins. Ainsi, l'objectif de ce travail est d'appréhender la problématique de la coopération entre professions médicales et paramédicales en médecine de ville, du point de vue des patients.

Le point de départ de l'étude se base sur les recours aux soins d'auxiliaires médicaux et de médecins tels qu'ils ont été mesurés à partir de l'enquête santé menée en 2002 et 2003 par l'INSEE. Les soins infirmiers représentent environ 50 % des remboursements de soins d'auxiliaires médicaux du régime général de l'assurance maladie, les soins de masseur-kinésithérapeutes en représentant quant à eux environ 40 %. Le reste des soins pris en charge par l'assurance maladie concerne essentiellement les soins d'orthophonistes (7 %), qui se concentrent chez les enfants. Les autres soins d'auxiliaires médicaux (sages-femmes, orthoptistes, pédicures) représentent moins de 3 % de la dépense. Aussi, ce travail va-t-il se concentrer sur les déterminants de l'accès aux soins infirmiers et de kinésithérapie, en les comparant aux déterminants de l'accès aux soins de médecins.

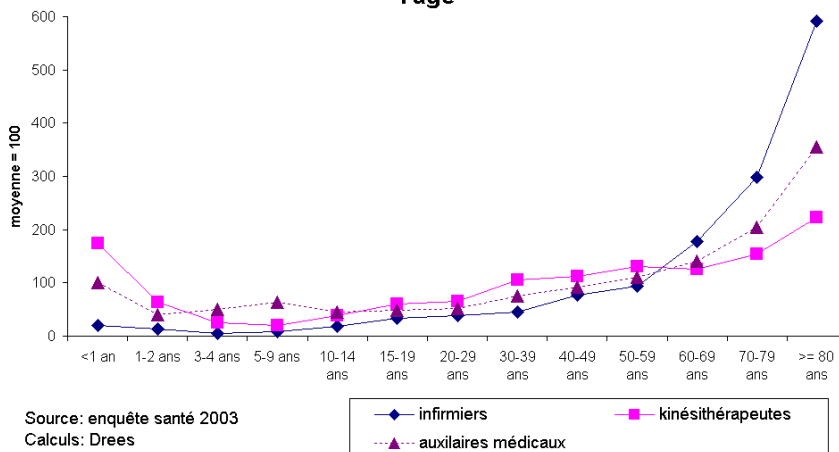
Dans une deuxième partie, la problématique des coopérations entre médecins et auxiliaires médicaux sera abordée, en tenant compte des enseignements de la première partie. En particulier, des déterminants différents d'accès aux soins de médecins ou d'auxiliaires médicaux peuvent permettre d'envisager les réponses possibles de la demande de soins aux évolutions de l'offre de soins, de réfléchir à des formes d'organisation de l'offre et de prise en charge par la sécurité sociale permettant aux assurés d'accéder aux soins dont ils ont besoin.

I. LES RECOURS AUX SOINS D'AUXILIAIRES MÉDICAUX ET DE MÉDECINS

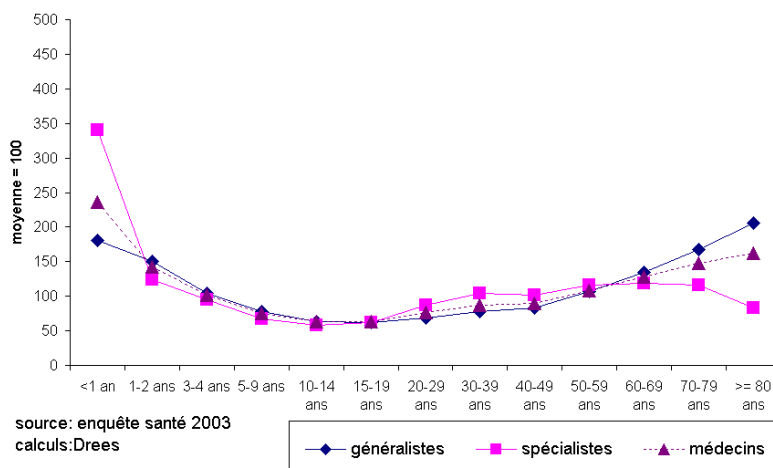
L'enquête décennale de santé 2002-2003 réalisée par l'INSEE s'est déroulée entre octobre 2002 et septembre 2003. Elle répond, comme les enquêtes précédentes à un triple objectif : relever la morbidité déclarée et évaluer l'état de santé de la population, mesurer la consommation de soins et de prévention, mettre en relation la consommation de soins avec l'état de santé déclaré et les caractéristiques socio-démographiques des individus et du ménage.

Le champ étudié dans ce travail concerne au total environ 35 000 personnes qui ont participé aux trois visites des enquêteurs et pour lesquelles l'ensemble des consommations de soins durant les deux mois d'enquête a pu être recueilli. Pour chaque individu, le nombre de recours à des soins d'auxiliaires médicaux et de médecins est connu, par types de soins (infirmiers, kinésithérapeutes, généralistes, spécialistes...). Toutefois, les soins d'auxiliaires médicaux se caractérisent par de fréquentes répétitions de soins identiques, se différenciant simplement par la date du soin. Il est vraisemblable que le nombre de soins identiques (par exemple de séances de kinésithérapie) relève plus du professionnel de santé que du patient lui-même, et c'est pourquoi, afin d'étudier les déterminants de la demande de soins, les séances correspondant à un même cycle de soins ont été regroupées en un seul soin. Ainsi, un individu pour lequel on compte deux recours aux soins de kinésithérapie durant l'enquête, a en fait bénéficié de deux cycles de soins différents (ou d'un même soin mais avec deux prescriptions différentes, la deuxième prolongeant la première).

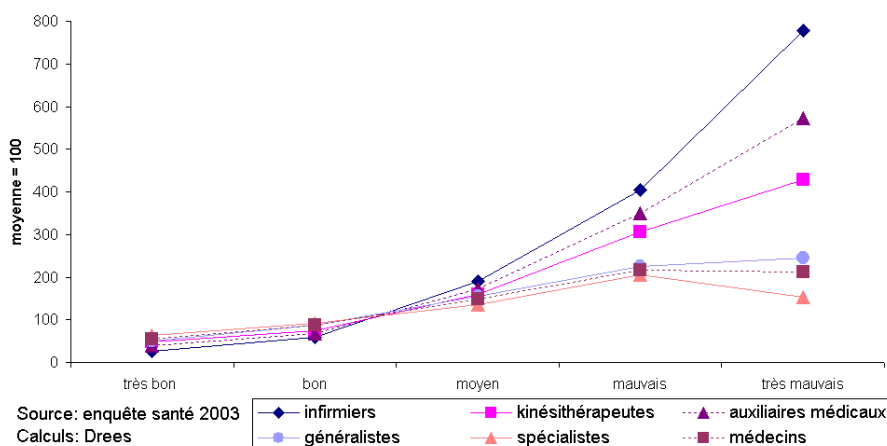
Graphique 1 : recours aux auxiliaires médicaux selon l'âge



Graphique 2 : recours aux médecins selon l'âge



Graphique 3 : recours aux auxiliaires médicaux et aux médecins selon l'état de santé déclaré



Les *graphiques 1 à 3* présentent les recours aux soins selon l'âge ou l'état de santé déclaré, en comparaison par rapport à la moyenne¹⁵². Naturellement, les recours aux soins varient considérablement avec le vieillissement ou la dégradation de l'état de santé, mais l'importance des variations de consommation selon ces deux critères diffère sensiblement selon le type de soins considérés. En particulier, pour les personnes âgées de 80 ans et plus, le nombre de recours aux soins infirmiers est six fois supérieur au recours moyen de la population, alors que ce nombre de recours se limite au double du recours moyen pour les soins de kinésithérapie, et à moins encore en ce qui concerne les soins de médecins. On constate le même type de hiérarchie en ce qui concerne l'influence de l'état de santé déclaré sur le recours aux soins. Naturellement, la probabilité de déclarer un mauvais état de santé augmentant avec l'âge, le résultat est immédiat. Mais la simple analyse des recours moyens ne permet pas de trancher la question de savoir si c'est l'âge ou l'état de santé déclaré qui exerce l'influence la plus forte sur le recours aux soins.

En conséquence, pour identifier et mesurer l'influence des variables démographiques, économiques, sociales... pouvant agir sur le recours aux soins, il convient de mener une analyse multivariée, permettant d'interpréter les résultats « toutes choses égales par ailleurs ». Dans la mesure où dans la très grande majorité des cas où au moins un recours à un soin donné a été identifié dans l'enquête, il n'y a pas de deuxième recours, l'analyse qui suit porte seulement sur les facteurs explicatifs de l'existence ou non d'un recours, délaissant le nombre de recours total. Les tableaux en annexe présentent les résultats de régressions logistiques sur le recours aux soins infirmiers, de kinésithérapie ou de médecins généralistes ou spécialistes durant l'enquête.

I.1. Contrairement aux soins infirmiers, l'âge n'influence pas significativement le recours aux soins de kinésithérapie

Les soins infirmiers se concentrent surtout aux âges élevés, avec une accélération à partir de 60 ans et surtout au delà de 80 ans. Concernant les soins de kinésithérapie, l'âge joue un rôle mineur (à l'exception des soins de kinésithérapie pour les enfants en bas âge) une fois que l'on prend en compte l'ensemble des facteurs pouvant expliquer le recours, notamment l'état de santé. On constate à la fois pour les soins infirmiers et de kinésithérapie, une plus grande probabilité de consommation de la part des femmes, particulièrement entre 30 et 60 ans. Concernant les consultations de médecins, il y a à la fois un effet de l'âge et du sexe, avec des consommations plus fréquentes chez les jeunes enfants et croissantes avec l'âge au delà de 50 ans, et pour les femmes entre 15 et 70 ans.

I.2. Les personnes souffrant d'une gêne physique limitant leur activité et les personnes ayant été hospitalisées au cours des 12 derniers mois ont un recours plus fréquent aux soins de kinésithérapie

Naturellement, pour les trois types de soins étudiés (infirmiers, kinésithérapeutes, médecins), la probabilité de recours augmente quand l'état de santé déclaré est moins bon. Les personnes qui déclarent souffrir d'une gêne dans leur vie quotidienne et les personnes qui ont eu recours à une hospitalisation durant les 12 mois précédant l'enquête ont une plus grande probabilité de recours aux soins de

¹⁵² Sont considérés ici le nombre de recours aux soins de médecins généraliste et spécialistes, ainsi que les recours aux soins de kinésithérapeutes, infirmiers et en auxiliaires médicaux durant l'enquête. Ce dernier poste comprend outre les soins de kinésithérapeutes et d'infirmiers, les soins d'orthophoniste, recouvrant 98% du champ de l'ensemble des auxiliaires médicaux. Dans l'ensemble des trois graphiques, le nombre moyen de recours a été normé à 100.

kinésithérapie, même si leur probabilité de recours aux soins infirmiers ou de médecins augmentent logiquement elles aussi, mais dans une moindre proportion.

I.3. Les personnes isolées recourent plus fréquemment aux soins d'auxiliaires médicaux

Toutes choses égales par ailleurs, et donc en particulier en tenant compte de l'âge ou de l'état de santé déclaré, ce sont les personnes isolées qui ont la plus forte probabilité de recourir à des soins d'auxiliaires médicaux, que ce soient des soins infirmiers ou kinésithérapie, alors qu'elles n'ont pas un recours plus fréquent au médecin. L'absence d'aidant familial pourrait expliquer dans une certaine mesure ce recours plus élevé, une partie des soins pouvant être du ressort de la famille proche dans d'autres compositions familiales.

I.4. Les bénéficiaires d'une couverture complémentaire recourent plus aux soins

Le bénéfice d'une couverture complémentaire augmente significativement, toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de recours à des soins infirmiers, de kinésithérapeutes ou de médecins. L'ampleur de cet effet est comparable quel que soit le type de soins (odds ratio de 1,5 à 1,6) suggérant que cette influence passe d'abord par l'effet sur la consultation de médecin, se propageant ensuite aux prescriptions de soins infirmiers ou de séances de kinésithérapie. Toutefois, quand on se limite aux personnes ayant eu recours aux consultations de médecins durant l'enquête, l'effet de la couverture complémentaire subsiste tout en étant d'ampleur plus réduite (odds ratio de 1,4), suggérant au final une influence de la couverture complémentaire allant au delà de la simple influence sur le recours aux soins de médecins. En conséquence, on peut en déduire que la dimension économique a une importance dans le recours aux soins infirmiers ou de kinésithérapie. Le fait de bénéficier d'une assurance complémentaire, et donc d'être généralement remboursé des dépenses liées à ces soins (1) stimule la demande.

I.5. Le revenu influence le recours aux soins de kinésithérapie mais pas les soins infirmiers

Au delà du bénéfice d'une assurance complémentaire, le rôle des éléments d'ordre économique dans le recours aux soins d'auxiliaires médicaux et de médecins est encore illustré par l'effet du revenu du ménage. En effet, l'influence du revenu sur l'accès aux soins de médecins se limite aux trois premiers déciles de revenu, qui ont toutes choses égales par ailleurs une moindre probabilité de recourir à un médecin que les individus issus de ménages plus aisés, l'ampleur de cet effet étant par ailleurs modeste (odds ratio de 1,1 à 1,2 à partir du quatrième décile de revenu). Dans l'accès au médecin, le revenu joue toutefois un rôle plus important en ce qui concerne le choix d'un médecin spécialiste plutôt que d'un généraliste (2)

En revanche, concernant les soins d'auxiliaires médicaux, il existe une grande différence entre les soins infirmiers et les soins de kinésithérapie. Alors que le revenu ne semble jouer aucun rôle sur l'accès aux soins infirmiers, un revenu élevé augmente significativement la probabilité de recourir à des soins de kinésithérapie, en particulier pour les 30 % d'individus appartenant aux ménages les plus favorisés, l'effet du revenu étant le plus fort pour les ménages du dernier décile.

Dans l'accès aux soins d'auxiliaires médicaux, les déterminants économiques jouent donc un rôle, illustrés par l'influence de la couverture complémentaire pour les soins de kinésithérapie et d'infirmiers et par l'effet du revenu sur les soins de kinésithérapie. L'analyse des dépenses à partir de l'EPAS (*tableaux 1 et 2*) indique toutefois que 93 % des dépenses de soins infirmiers sont prises en charge par la sécurité sociale, le reste des dépenses correspondant au ticket modérateur (7 %), ce qui laisse peu de place aux déterminants économiques et explique vraisemblablement pourquoi le revenu ne joue aucun rôle dans l'accès aux soins infirmiers. En ce qui concerne les soins de kinésithérapie, la part de la sécurité sociale est plus faible (80 %), le ticket modérateur représentant alors 18 % de la dépense, le reste relevant de dépassements exceptionnels en raison d'exigences particulières du patient¹⁵³. On peut en déduire que des incitations financières peuvent jouer sur les comportements d'accès aux soins de kinésithérapie.

	montant (€)	structure (%)
remboursement sécurité sociale	205	92,6%
tichet modérateur	16	7,2%
dépassement	1	0,2%
reste à charge avant remboursement des assurances complémentaires	16	7,4%
dépense totale	221	100,0%
Source: EPAS		
Champ: régime général, assurés ayant bénéficié de remboursements de soins infirmiers en 2002		
Calculs: Drees		

	montant (€)	structure (%)
remboursement sécurité sociale	269	80,3%
tichet modérateur	61	18,2%
dépassement	5	1,5%
reste à charge avant remboursement des assurances complémentaires	66	19,7%
dépense totale	335	100,0%
Source: EPAS		
Champ: régime général, assurés ayant bénéficié de remboursements de soins de kinésithérapeutes en 2002		
Calculs: Drees		

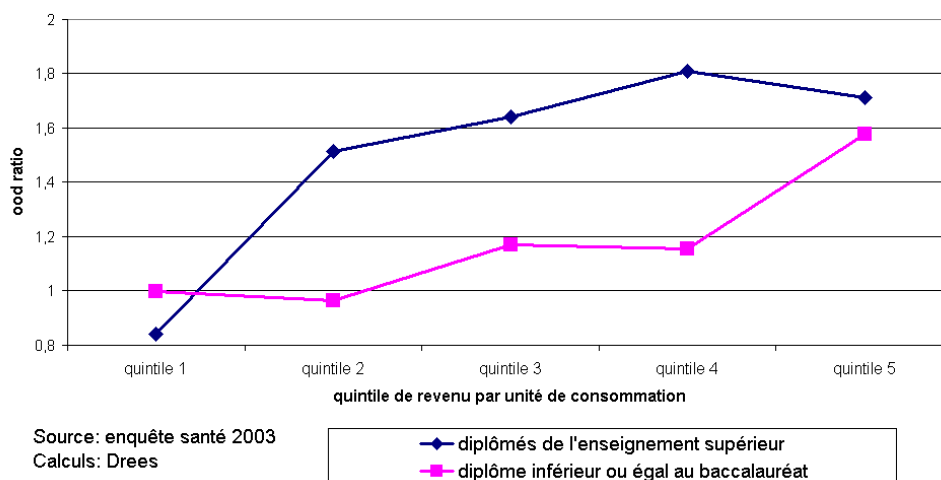
I.6. Les diplômés du supérieur accèdent plus souvent aux soins de kinésithérapie, mais recourent moins aux soins infirmiers

Des exploitations complémentaires ont toutefois permis de mettre en évidence un rôle différencié du revenu selon le niveau d'étude de la personne de référence du ménage (*graphique 4*). En effet, pour les ménages dans lesquels la personne de référence (généralement l'homme actif selon la classification de l'INSEE) dispose d'un niveau d'études supérieur ou égal à bac+2, le revenu ne joue aucun rôle. En revanche, au sein des ménages de niveau culturel plus bas, c'est à dire dans lesquels le chef de

¹⁵³ La convention entre les masseurs-kinésithérapeutes et l'assurance maladie indique que les dépassements exceptionnels doivent être fixés avec tact et mesure et la convention cite en exemple un patient demandant un rendez-vous à heure fixe comme une exigence particulière

famille a un diplôme inférieur ou égal au baccalauréat, les ménages de revenus confortables (9^{ème} et 10^{ème} déciles) ont un accès aux soins de kinésithérapie significativement plus fort que ceux de revenus inférieurs, et comparable aux ménages dans lesquels le chef de famille a un diplôme de l'enseignement supérieur. Il faut noter que cet effet croisé du revenu et du diplôme ne saurait se résumer à un effet du milieu social. En effet, celui-ci ne semble pas influencer significativement le recours aux soins de kinésithérapie, même si, compte-tenu des corrélations entre milieu social, diplôme et revenu, un effet du milieu social apparaît, avec une ampleur modeste, dès lors que le revenu et le diplôme sont ôtés des variables explicatives du modèle de recours aux soins de kinésithérapie.

Graphique 4 : effet croisé du revenu et du diplôme sur le recours aux soins de kinésithérapeutes - Odd Ratio



Dans la mesure où l'accès au médecin spécialiste dépend du gradient social, il est légitime de se poser la question de savoir si l'effet du revenu et du diplôme concernant l'accès aux soins de kinésithérapie est dû à un effet prescripteur. En effet, les cadres, diplômés du supérieur, et les revenus supérieurs au revenu médian débutent plus fréquemment un épisode de soins par un médecin spécialiste, notamment par un médecin spécialiste à accès libre dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie de 2004 et quand il y a un deuxième recours, la probabilité que le deuxième recours soit auprès d'un spécialiste est également plus forte pour les milieux favorisés (2).

Ces soins ont été prescrits suite à...	(%)	infirmiers	kinésithérapeutes
A une hospitalisation déjà décrite		15	9
A une séance de médecins déjà décrite		48	34
A une séance de dentiste ou orthodontiste déjà décrite		0	0
Autre		28	45
Non renseigné		9	12
Ensemble		100	100
Source: enquête santé 2003			
Calculs : Drees			

Le *tableau 3* indique que même si le rôle des spécialistes dans les prescriptions est plus important en ce qui concerne les soins de kinésithérapie (24 % des prescriptions) que les soins d'infirmiers (18 % des prescriptions), ce sont les généralistes qui jouent un rôle prépondérant dans la prescription de kinésithérapie (53 %) ou de soins infirmiers (55 %). En conséquence, il ne semble pas que l'effet du revenu ou du diplôme sur l'accès aux soins de kinésithérapie soit un effet indirect de l'influence de ces variables sur l'accès au spécialiste. En outre, les personnes issues de familles monoparentales accèdent moins aux soins de spécialistes mais n'accèdent pas moins aux soins de kinésithérapie, laissant supposer que le moindre recours à la kinésithérapie des personnes issues de ménages modestes n'est pas un effet indirect lié à un moindre accès aux médecins spécialistes. D'ailleurs, une estimation des déterminants de l'accès aux kinésithérapeutes sur le champ des personnes ayant consulté un spécialiste durant l'enquête confirme les influences du diplôme et du revenu. Les plus diplômés accèdent plus souvent aux soins de kinésithérapie, et parmi les non diplômés du supérieur, seuls les plus riches ont un accès comparable à celui des diplômés.

En conséquence, l'accès différencié aux soins de kinésithérapie selon le gradient social apparaît comme un résultat robuste. Contrairement aux soins infirmiers qui sont très largement pratiqués au domicile des patients, les séances de kinésithérapie sont essentiellement réalisées au cabinet du praticien (*tableau 4*). La nécessité de se déplacer pour bénéficier des soins entraîne un coût de transport. Ce coût, couplé à une possible valorisation différenciée des bénéficiaires des soins de kinésithérapie selon le niveau culturel, pourrait expliquer ces différences de recours en fonction du revenu et du diplôme.

Quel est le lieu de réalisation de ces actes ? (%)	infirmiers	kinésithérapeutes
Hôpital public	2	1
Clinique ou hôpital privé	1	2
Cabinet du praticien	9	81
Dispensaire, PMI, centre de planning familial...	2	0
Service médical d'entreprise, à l'école...	2	0
Un établissement de cure, thalasso-thérapie...	0	1
Au domicile	81	13
Autre	3	1
Ensemble	100	100
Source: enquête santé 2003		
Calculs : Drees		

Enfin, le niveau d'étude semble jouer un rôle différencié en ce qui concerne les soins de kinésithérapie et les soins infirmiers. En effet, ce sont toutes choses égales par ailleurs les individus issus de ménages dont la personne de référence est diplômée de l'enseignement supérieur qui ont les recours les plus faibles aux soins infirmiers, alors même que le diplôme ne semble pas influencer significativement la probabilité de recourir à un médecin. Il est possible que dans le cadre d'une délégation informelle des tâches des professionnels de santé vers la famille, les familles de niveau culturel supérieur soient plus à même d'effectuer des soins infirmiers de base que les ménages moins éduqués.

I.7. Les soins infirmiers sont plus fréquents en zone rurale

Il existe une grande disparité géographique de recours aux soins infirmiers. En effet, ce sont dans les communes rurales que les recours les plus fréquents sont observés. Toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de recourir à des soins infirmiers est trois fois plus faible dans l'unité urbaine de Paris qu'en zone rurale (odds ratio = 0,3). Les unités urbaines de province se situant à mi-chemin de ces deux cas polaires, les petites agglomérations étant plus proches des zones rurales (odds ratio = 0,7) et les moyennes et grandes (au delà de 20 000 habitants hors Paris) étant plus proche de Paris (odds ratio = 0,5). Ces modes de recours différenciés renvoient vraisemblablement aux disparités de répartition de l'offre de soins infirmiers sur le territoire, et à la géographie de la France où les zones rurales connaissent des densités de population faibles et où la distance avec le médecin généraliste libéral est élevée, laissant un terrain propice aux recours aux soins infirmiers. Cela illustre une certaine délégation de tâche informelle qui existe déjà entre médecins et infirmières libérales en milieu rural, auprès des personnes âgées. Dans les départements à majorité rurale, la distance moyenne au médecin généraliste libéral est ainsi cinq fois plus grande que dans les départements urbains¹⁵⁴ (source éco-santé, données de 1990). Toutefois, la probabilité de recourir à un médecin est comparable d'une zone à une autre, même si le choix du recours généraliste/spécialiste est dépendant de l'offre régionale de soins. Le recours au médecin spécialiste est ainsi plus élevé à Paris ou dans les grandes villes où l'offre de spécialistes libéraux est abondante, alors que ce sont les recours aux généralistes qui sont privilégiés en zone rurale. Quant aux recours aux soins de kinésithérapie, il n'y a pas de différence significative entre les personnes vivant à la campagne ou dans l'unité urbaine de Paris. Ce sont les personnes des agglomérations de plus de 20 000 habitants qui ont la plus grande probabilité de recours (odds ratio = 1,3)

II. QUELS ENSEIGNEMENTS À TIRER DANS LA PERSPECTIVE D'UNE COOPÉRATION PLUS GRANDE ENTRE MÉDECINS ET AUXILIAIRES MÉDICAUX

Après une première partie qui a permis de d'analyser les déterminants des recours aux soins d'auxiliaires médicaux et de médecins à partir de l'exploitation de l'enquête santé 2002-2003, cette deuxième partie a une vocation plus prospective. Compte tenu des enseignements précédents, quelles coopérations entre professions médicales et paramédicales les plus à-même de répondre à la demande de soins? Cette question est abordée d'une part du point de vue du type d'organisation de l'offre de soins, et d'autre part selon le type de soins concernés, c'est à dire selon que l'on se situe dans un contexte de délégation de tâches ou d'extension de la gamme. Une autre question soulevée par ces perspectives de coopérations nouvelles concerne enfin le type de prise en charge publique le plus à même d'inciter les patients à un recours efficient à ces soins.

¹⁵⁴ Les départements urbains sont ici ceux où la proportion de la population vivant dans des communes rurales est inférieure à un quart

II.1 Sur l'organisation de l'offre de soins

II.1.1. Les infirmières libérales, substituts partiels des médecins en zone rurale et auprès des personnes âgées ?

La probabilité de recourir à des soins de médecins n'est pas plus faible dans les zones rurales ni dans les régions où la densité médicale est faible. Mais face à la baisse prévue de la densité médicale, notamment en zone rurale, il est possible qu'à l'avenir, l'accès au médecin soit un peu plus contraint (distance élevée, file d'attente...). Dans cette hypothèse, l'importance des infirmières dans le dispositif d'offre de soins apparaît, des tâches confiées aujourd'hui aux médecins pourraient leur être attribuées (suivi régulier des pathologies chroniques, visites de contrôle, petits actes techniques aujourd'hui réalisés par des médecins...). Or, les soins infirmiers sont plus fréquents dans les zones rurales, les infirmières sont donc déjà en contact avec les populations des zones rurales et avec les personnes âgées. Ainsi, une extension de leur rôle pourrait être acceptée par des patients qui les côtoient déjà et qui leur font confiance. Ce contact existant pourrait être un bon levier pour leur confier d'autres missions, sous réserve d'une qualification supplémentaire.

L'élargissement de l'activité des infirmières suppose une augmentation du nombre d'infirmières libérales, dans l'hypothèse où elles continueraient à exercer aussi leurs tâches actuelles. Aujourd'hui, environ 30 000 élèves infirmières entre chaque année dans les instituts de formation de soins infirmiers, et s'il existe une déperdition de l'ordre de 20 % de ces effectifs, le nombre d'infirmières en activité (salarisées et libérales) augmente chaque année de 15 000 environ, compte tenu des cessations d'activité (3). Cette hausse d'effectif pourrait peut-être permettre de répondre à une augmentation de la demande de soins infirmiers en ville dans la perspective du développement de coopérations nouvelles avec les médecins.

Il est possible malgré tout que dans certaines zones du territoire, moins attractives en terme d'installation, les coopérations nouvelles se heurtent à des effectifs infirmiers insuffisants. Toutefois, il existe une certaine délégation informelle des tâches entre les infirmières libérales et les aidant-familiaux. Ainsi, les personnes isolées ont des recours plus fréquents aux soins infirmiers et les diplômés du supérieur, peut-être plus à même d'effectuer les soins de base des infirmières, ont un moindre recours, à état de santé donné. La question des coopérations entre médecins et auxiliaires médicaux pourrait trouver un prolongement dans les coopérations avec la famille. En particulier, si les coopérations nouvelles entre médecins et auxiliaires médicaux se font à effectif constant dans un premier temps, l'augmentation d'activité des auxiliaires médicaux pourrait conduire à inciter à plus de coopération avec la famille. Mais un autre point de vue serait d'en conclure qu'une augmentation de l'activité des auxiliaires médicaux dans le cadre de la coopération avec les médecins ne pourra pas se faire sans augmentation d'effectif dans la mesure où les aidant familiaux sont déjà mis à contribution. D'autres professionnels de santé pourraient se substituer aux infirmières pour les soins non techniques dans les cas où la famille ne peut le faire, faute de compétence ou pour les personnes isolées. Ce pourrait être des aide-soignantes libérales ou salariées d'un cabinet de médecins ou d'infirmières.

II.1.2. Vers le développement de centre de santé comprenant médecins, infirmières et kinésithérapeutes ?

Le meilleur mode d'organisation pour promouvoir les coopérations entre médecins et auxiliaires médicaux semble être le modèle du cabinet de médecins ou du centre de santé dans lequel les infirmières et les kinésithérapeutes exerceraient, sous forme libérale ou salariée (voir la contribution de Leila Ben Aoun, Bruno Ventelou et Yann Videau, sur l'analyse économique des coopérations en médecine de ville). Quelles sont les conséquences d'un tel mode d'organisation par rapport à la situation actuelle ?

Aujourd'hui, les soins de kinésithérapie ont lieu au cabinet du professionnel alors que les soins infirmiers ont lieu le plus souvent au domicile des patients (*tableau 4*). Si on développe la coopération à travers de cabinets intégrés ou de centre de soins, l'accès au kinésithérapeutes pourrait être facilité dans la mesure où il y aurait une plus grande proximité géographique et relationnelle entre le médecin prescripteur et le kinésithérapeutes. Cela pourrait peut-être améliorer le recours aux soins de kinésithérapie des personnes appartenant aux ménages les moins éduqués, qui aujourd'hui n'accèdent pas aussi fréquemment à ce type de soins que les diplômés du supérieur.

En revanche, en ce qui concerne les soins infirmiers, ils ont lieu au domicile des patients dans plus de 80 % des cas. Une infirmière travaillant dans un cabinet intégré ou un centre de santé exercera alors un métier différent de l'infirmière qui se rend chez les patients. Il est possible que les infirmières aient dans ce cadre une activité mixte (salarié au cabinet, en libéral chez les patients?). Mais le développement de l'activité des infirmières dans des cabinets ou des centres ne peut se justifier que dans le cadre d'activités nouvelles, sous forme de coopération avec les médecins.

II.2. La problématique délégation de tâches / élargissement de la gamme :

La coopération entre médecins et infirmières peut prendre deux formes. Dans le cadre de délégation des tâches, l'infirmière réalise des actes auparavant faits par le médecin. Il existe déjà un segment des soins qui est substituable, il s'agirait alors d'en laisser une plus grande partie aux infirmières. Cela pourrait entraîner une certaine segmentation de l'accès aux soins, en fonction du revenu, de l'âge, de la localisation, de la couverture complémentaire...

Dans le cadre d'un élargissement de la gamme de l'offre de soins, l'infirmière réaliserait des actes que personne ne fait aujourd'hui (prévention, promotion de la santé, disease management...). La demande de soins étant différente selon les groupes sociaux, notamment pour la prévention, l'infirmière est peut-être le bon moyen de développer ces actes dans les groupes sociaux défavorisés (moins de distance culturelle par rapport au médecin, échanges facilités)

II.2.1. Délégation des tâches

Dans les pays étrangers où la coopération a déjà été mise en place, les patients qui s'orientent vers les infirmières n'ont pas les mêmes caractéristiques socio-démographiques, à pathologie donnée, que ceux qui privilégient le généraliste (4). Pour le segment de soins où il y a substitution entre médecins et infirmières, on peut supposer que les patients aisés iront plutôt chez le généraliste. En effet, on observe déjà, sur d'autres segments de soins, que les cadres privilégient le spécialiste et les

ouvriers le généraliste, et au sein des spécialistes, ceux qui sont bien assurés ou qui ont des revenus élevés choisissent des médecins du secteur 2, sans garantie de soins de meilleure qualité. Ce comportement peut refléter (à l'exclusion de problème d'offre de type absence de médecins de secteur 1 dans une zone géographique donnée) un comportement de type « achat de marque ». Dans ce cas la « marque médecin » pourrait être mieux valorisée par les assurés que la « marque infirmière ». Il est aussi possible qu'une plus grande proximité culturelle entre les médecins et les classes aisées de la population favorise ce type de segmentation.

Pour éviter ce qui pourrait être perçu comme une « médecine à deux vitesses », il faudrait que la nomenclature des actes puisse identifier les soins substituables et ceux qui ne le sont pas afin d'établir la meilleure tarification et les taux de remboursement adéquats. Ainsi, on pourrait imaginer un système de tarification et de remboursement rendant plus onéreux pour l'assuré (ou sa complémentaire) le soin prodigué par le médecin. Toutefois, en l'absence de réglementation de type « contrats responsables », on peut supposer que les personnes préférant consulter un médecin plutôt qu'une infirmière souscriront les contrats d'assurance annulant l'incitation financière à privilégier les soins de infirmiers. Une solution plus contraignante pour les assurés consisterait à ne plus du tout rembourser les actes substituables s'ils sont réalisés par un médecin dans les zones où l'offre d'infirmières est suffisante.

Dans le cadre d'une délégation de tâches, les médecins se poseront la question des patients à transférer aux infirmières. Un critère pourrait être la durée de consultation. Selon l'enquête de la Drees sur les pratiques des médecins généralistes en 2002 (5), la durée moyenne de consultation d'un médecin généraliste libéral est de 16 minutes. La durée de la consultation dépend notamment des actes réalisés ou prescrits. Elle est plus longue si la consultation inclut un acte ou une prescription d'électrocardiogramme, des analyses biologiques, des soins paramédicaux. Les consultations qui incluent un vaccin ne sont pas plus longues que la moyenne, mais il s'agit de l'exemple type d'activité qui pourrait aussi être déléguée à une infirmière. La durée de consultation augmente aussi avec l'âge du patient et quand le patient parle beaucoup de ses problèmes personnels.

Quelles sont les limites de cette délégation des tâches ? Les infirmières pourraient se voir confier un pouvoir de prescription, comme en Angleterre. Dans le contexte français, les prescripteurs font face à la pression des patients qui attendent une prescription, étant généralement solvabilisés par un contrat d'assurance maladie complémentaire remboursant le ticket modérateur. Or les médecins n'ont aucune incitation micro-économique à la modération de la prescription, ce qui expliquerait au moins en partie pourquoi les prescriptions de médicaments sont en France les plus élevées en Europe. Un droit de prescription supplémentaire aux infirmières pourrait être inflationniste, surtout dans le cadre d'un exercice libéral des infirmières. En effet, elles seraient en concurrence entre elles, et pourraient aussi être en concurrence avec les médecins en cas d'accès direct possible aux infirmières. Prescrire plus pourrait alors être un moyen d'augmenter leur nombre de patients et donc leurs revenus. Les enseignements des expériences étrangères nous apprennent en outre que les infirmières ont tendance à prescrire ou réaliser plus d'examen complémentaires que les médecins (5).

II.2.2. Extension de la gamme

Les soins infirmiers concernent aujourd'hui surtout les personnes âgées. Dans le cadre d'une coopération renforcée entre médecins et infirmières, la proximité entre

les infirmières et les personnes âgées devraient permettre une bonne acceptation d'un nouveau partage des tâches de la part de ces dernières (visites de contrôle, suivi des consommations de médicaments...). Toutefois, on se situe là plus dans une logique de délégation que de partage des tâches dans la mesure où les personnes âgées ne sont pas la cible prioritaire des actions de prévention qui pourraient être le cœur d'un élargissement de la gamme des prestations des professionnels de santé dans le cadre d'une diversification des tâches liée à des coopérations nouvelles entre médecins et infirmières. En conséquence, la logique de diversification des tâches conduirait à un changement assez profond du rôle des infirmières en soins de ville, qui aujourd'hui vont le plus souvent faire des soins ne mobilisant pas l'ensemble de leur savoir faire au domicile des personnes âgées.

Dans le cadre d'un élargissement de la gamme (prévention, suivi de pathologies chroniques...) comment pourraient réagir les patients ? Aujourd'hui, ce sont plutôt les individus issus des catégories sociales supérieures qui font de la prévention volontaire (6), et les organismes complémentaires ont compris tout l'enjeu de cette demande de prévention (7). Le remboursement de la prévention devient un élément de différenciation des contrats, encouragés par la réglementation des contrats responsables qui exige le remboursement d'au moins deux actes de prévention. Ce sont les contrats plutôt « hauts de gamme » qui remboursent la prévention, visant les catégories les plus favorisées (exemple du projet ajourné de contrats « très haut de gamme » de la part de AGF). Cependant, les dépenses de prévention qui ont un rapport coût-efficacité jugé suffisant sont généralement déjà remboursées par la Sécurité sociale.

En conséquence, un élargissement de la gamme pourrait profiter aux personnes qui se tournent déjà vers les contrats d'assurance complémentaire incluant de la prévention volontaire. Ils ne semblent pas être la cible prioritaire, faisant déjà de la prévention et pouvant ainsi bénéficier d'un effet d'aubaine. Toutefois, la prévention relevant dans le cadre des coopérations entre professionnels de santé du rôle des infirmières, le risque d'effet d'aubaine est minoré, certains patients pouvant privilégier les médecins. L'infirmière pourrait même être le bon vecteur de promotion de la santé pour des patients modestes qui sont mal à l'aise avec les médecins. Dans ce cas, pour limiter l'effet d'aubaine, il conviendrait de rembourser la promotion de la santé faite par les infirmières mais pas par les médecins, cette dernière relevant plutôt du financement des organismes complémentaires.

Enfin, l'élargissement de la gamme des soins infirmiers vers le suivi des pathologies chroniques (examens de contrôle, observance des prescriptions, conseils d'hygiène de vie...), se rapprochant du « disease management », bénéficierait aux personnes souffrant de pathologies chroniques ou identifiées à risque par leur médecin de famille.

II.3. La demande globale va augmenter

Par construction, l'extension de la gamme de l'offre de soins va être inflationniste, au moins à court et moyen terme, les bénéficiaires du suivi des pathologies chroniques ou de l'éducation à la santé pouvant éventuellement se faire sentir à long terme. Mais la substitution peut théoriquement entraîner elle aussi une hausse globale de la demande de soins en révélant une demande non satisfaite auparavant. C'est le cas face à des problèmes de densité médicale (exemple des ophtalmologistes/opticiens), mais compte-tenu de la forte densité médicale en France, cela ne peut arriver que dans les zones vraiment sous-dotées. La coopération entre professionnels de santé se situe donc dans une logique de

satisfaction de la demande de soins (substitution) et d'amélioration de la qualité des soins (diversification) plutôt que dans une logique d'économie.

— *RÉFÉRENCES*

1. Etudes et résultats N°402, mai 2005
les contrats offerts en 2002 par les organismes d'assurance maladie complémentaire
Géraldine Martin-Houssart, Marie-Odile Rattier et Denis Raynaud, DREES
2. Etudes et résultats N°463, février 2006
les trajectoires de soins en 2003
Bénédicte Boisguérin et Denis Raynaud
avec la collaboration de Pascale Breuil-Genier, DREES
3. Rapport 2005 de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS)
4. Midy 2003 Questions d'économie de la santé IRDES n°65.
Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières.
5. Etudes et résultats N°481, avril 2006
la durée des séances des médecins généralistes
Pascale Breuil-Genier, DREES
Céline Goffette, École nationale de la statistique et de l'administration économique (Ensaé)
6. 6) Etudes et résultats N°378, février 2005
les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire
Denis Raynaud, DREES
7. Rapport 2006 du Fonds de financement de la CMU

_ ANNEXES

1. Avoir recours au moins une fois durant les deux mois de l'enquête santé à :
 - des soins infirmiers
 - des soins de masseur-kinésithérapeutes
 - un médecin (généraliste ou spécialiste)
 - un médecin généraliste
 - un médecin spécialiste

2. A partir de la reconstitution des épisodes de soins , type de premier recours aux soins
(Boisguérin, Raynaud « Les trajectoires de soins en 2003 » Drees, Etudes et résultats n°463, février 2006)

	SOINS INFIRMIERS		SOINS KINÉSITHÉRAPEUTES		M E D E C I N	GENERALISTE		SPECIALISTE		
Parameter	Odds Ratio Estimates	Pr > ChiSq	Odds Ratio Estimates	Pr > ChiSq	Odds Ratio Estimates	Pr > ChiSq	Odds Ratio Estimates	Pr > ChiSq	Odds Ratio Estimates	Pr > ChiSq
Variables démographiques										
Hommes										
<=2 ans	0,174	0,0042	1,074	0,7924	9,878	<,0001	4,766	<,0001	6,536	<,0001
3-4 ans	0,112	0,0125	0,271	0,0029	3,764	<,0001	2,842	<,0001	3,46	<,0001
5-9 ans	0,116	0,0004	0,19	<,0001	1,907	<,0001	1,69	<,0001	1,826	<,0001
10-14 ans	0,334	0,0081	0,297	0,0001	1,816	<,0001	1,439	0,0014	1,851	<,0001
15-19 ans	0,432	0,0361	0,903	0,6772	1,395	0,0004	1,226	0,0399	1,577	0,0008
20-29 ans	1		1		1		1		1	
30-39 ans	0,717	0,2556	1,145	0,4449	1,005	0,9364	1,059	0,4324	1,084	0,4431
40-49 ans	1,106	0,6999	0,974	0,8828	1,144	0,049	1,098	0,2002	1,333	0,0049
50-59 ans	1,371	0,2049	0,883	0,492	1,372	<,0001	1,456	<,0001	1,446	0,0003
60-69 ans	2,049	0,004	1,046	0,8149	2,053	<,0001	2,078	<,0001	1,827	<,0001
70-79 ans	2,455	0,0003	0,901	0,6102	2,854	<,0001	2,874	<,0001	1,857	<,0001
>=80 ans	4,345	<,0001	1,083	0,7354	3,533	<,0001	3,852	<,0001	1,056	0,7329
Femmes										
<=2 ans	0,346	0,0289	0,935	0,8087	8,367	<,0001	3,837	<,0001	6,319	<,0001
3-4 ans	0,036	0,037	0,16	0,0012	3,201	<,0001	2,468	<,0001	3,042	<,0001
5-9 ans	0,184	0,0016	0,134	<,0001	2,515	<,0001	1,946	<,0001	2,397	<,0001
10-14 ans	0,266	0,0039	0,343	0,0007	1,717	<,0001	1,451	0,0013	1,873	<,0001
15-19 ans	0,935	0,8404	0,434	0,0039	2,062	<,0001	1,584	<,0001	2,662	<,0001
20-29 ans	1,246	0,4192	0,919	0,6558	2,446	<,0001	1,788	<,0001	3,317	<,0001
30-39 ans	1,617	0,0549	1,346	0,0781	2,243	<,0001	1,624	<,0001	3,466	<,0001
40-49 ans	1,922	0,0069	1,546	0,0086	2,001	<,0001	1,53	<,0001	3,111	<,0001

	SOINS INFIRMIERS	SOINS KINÉSITHÉR APEUTES	M E D E C I N	GENERALISTE	SPECIALISTE	
Parameter	Odds Ratio Estimates	Pr > Odds ChiSq Estimates	Odds Ratio Estimates	Pr > Odds ChiSq Estimates	Odds Ratio Estimates	Pr > Odds ChiSq Estimates
50-59 ans	1,688	0,0324	1,645	0,0028	2,135	<,0001
60-69 ans	2,276	0,0008	1,228	0,261	2,945	<,0001
70-79 ans	2,612	<,0001	1,24	0,2408	3,14	<,0001
>=80 ans	3,805	<,0001	1,262	0,2407	3,979	<,0001
	SOINS INFIRMIERS	SOINS KINÉSITHÉRAPEUTES	MEDECIN	GENERALISTE	SPECIALISTE	
Parameter	Odds Ratio Estimates	Pr > Odds ChiSq Estimates	Odds Ratio Estimates	Pr > Odds ChiSq Estimates	Odds Ratio Estimates	Pr > Odds ChiSq Estimates
Décile de revenu par unité de consommation						
décile 1	NS	1	1	1	1	
décile 2		1,278	0,069	1,017	0,7521	0,985
décile 3		1,102	0,4955	1,051	0,3721	1,011
décile 4		1,215	0,1667	1,196	0,0014	1,089
décile 5		1,363	0,0261	1,228	0,0003	1,16
décile 6		1,42	0,0115	1,105	0,0821	1,006
décile 7		1,278	0,0855	1,144	0,0204	1,03
décile 8		1,6	0,0008	1,15	0,0178	1,031
décile 9		1,53	0,0028	1,172	0,0089	1,049
décile 10		1,972	<,0001	1,157	0,0238	0,997
Couverture sociale						
cmu	1,114	0,6702	1,469	0,0519	1,593	<,0001
couv. compl.	1,485	0,0013	1,57	0,0001	1,575	<,0001

	SOINS INFIRMIERS		SOINS KINÉSITHÉRAPEUTES		M E D E C I N	GENERALISTE		SPECIALISTE		
Parameter	Odds Ratio Estimates	Pr > ChiSq	Odds Ratio Estimates	Pr > ChiSq	Odds Ratio Estimates	Pr > ChiSq	Odds Ratio Estimates	Pr > ChiSq	Odds Ratio Estimates	Pr > ChiSq
sans exonéré du tm	1		1		1		1		1	
non exo tm	2,242	<,0001	1,113	0,15	1,879	<,0001	1,46	<,0001	1,741	<,0001
Etat de santé										
tbon	1		1		1		1		1	
bon	1,499	0,0019	1,385	0,0006	1,588	<,0001	1,604	<,0001	1,388	<,0001
moyen	2,169	<,0001	1,88	<,0001	2,949	<,0001	2,867	<,0001	1,864	<,0001
mauvais	2,66	<,0001	2,324	<,0001	3,889	<,0001	3,623	<,0001	1,982	<,0001
tmauvais	4,862	<,0001	2,562	<,0001	4,533	<,0001	4,921	<,0001	1,4	0,0529
limitation d'activité	1,709	<,0001	3,338	<,0001	1,608	<,0001	1,428	<,0001	1,415	<,0001
sans limitation	1		1		1		1		1	
hospitalisé 12 derniers mois	1,601	<,0001	2,07	<,0001	1,518	<,0001	1,214	<,0001	1,681	<,0001
non hospitalisé	1		1		1		1		1	
	SOINS INFIRMIERS		SOINS KINÉSITHÉRAPEUTES		MEDECIN	GENERALISTE		SPECIALISTE		
Parameter	Odds Ratio	Pr > ChiSq	Odds Ratio	Pr > ChiSq	Odds Ratio	Pr > ChiSq	Odds Ratio	Pr > ChiSq	Odds Ratio	Pr > ChiSq
catégorie sociale de la personne de référence										
agriculteur	NS		NS		0,89	0,0887	0,836	0,0084	0,964	0,6657
artisan					0,873	0,0198	0,805	0,0002	1,104	0,1696
cadre					1,039	0,5333	0,879	0,0382	1,287	0,0006
profession intermédiaire					1,116	0,0324	1,037	0,4813	1,185	0,0072
employé					1,065	0,2182	0,949	0,2985	1,184	0,0074
ouvrier qualifié					0,969	0,5003	0,954	0,3096	0,996	0,9474

	SOINS INFIRMIERS		SOINS KINÉSITHÉR APEUTES		M E D E C I N	GENERALISTE		SPECIALISTE		
Parameter	Odds Ratio Estimates	Pr > Odds ChiSq Estimates	Odds Ratio Estimates	Pr > Odds ChiSq Estimates	Odds Ratio Estimates	Pr > Odds ChiSq Estimates	Odds Ratio Estimates	Pr > Odds ChiSq Estimates	Pr > ChiSq	
ouvrier non qualifié					1		1		1	
diplôme de la personne de référence										
sans diplôme ou non renseigné	0,857	0,0606	1,064	0,4777	0,943	0,1408	0,933	0,0755	0,886	0,0119
cep, bepc	1		1		1		1		1	
cap, bep	0,935	0,4662	1,277	0,0044	1,104	0,0073	1,043	0,2554	1,134	0,0046
bac	0,875	0,2595	1,031	0,778	1,002	0,9575	0,931	0,1143	1,18	0,0018
bac+2	0,769	0,0875	1,371	0,0056	1,096	0,0744	0,942	0,2493	1,308	<,0001
supérieur à bac+2	0,641	0,0045	1,417	0,0018	1,103	0,0771	0,898	0,0564	1,328	<,0001
type de ménage										
personne seule	1,257	0,0075	1,279	0,0038	0,96	0,35	1,01	0,8159	0,921	0,0989
couple sans enfant	1		1		1		1		1	
couple avec 1 enfant	0,952	0,6561	1,113	0,2447	0,963	0,3613	0,93	0,0781	1,017	0,7204
couple avec 2 enfants	0,954	0,7204	1,182	0,1006	0,95	0,242	0,966	0,4417	0,951	0,339
couple avec 3 enfants ou plus	0,702	0,0326	1,143	0,2545	0,853	0,0011	0,887	0,0151	0,88	0,031
famille monoparentale	1,015	0,9179	1,059	0,6512	0,925	0,1444	0,996	0,9415	0,837	0,0063
autre	1,219	0,347	0,768	0,3036	0,781	0,0234	0,839	0,1111	0,867	0,2769
taille d'unité urbaine										
commune rurale	1		1		1		1		1	
unité urbaine < 20 000 h	0,665	<,0001	1,119	0,1886	0,994	0,8599	1,018	0,6182	0,921	0,0662
unité urbaine entre 20 000 et 100 000 h	0,529	<,0001	1,139	0,1647	0,905	0,0147	0,898	0,0083	1,017	0,7303
unité urbaine entre 100 000 et 2 000 000 h	0,536	<,0001	1,29	0,0008	0,983	0,6232	0,885	0,0003	1,221	<,0001
unité urbaine de Paris	0,286	<,0001	1,075	0,441	0,83	<,0001	0,638	<,0001	1,31	<,0001

CONTRIBUTION 11

ENJEUX ÉCONOMIQUES DES NOUVELLES FORMES DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ : ESQUISSE D'UN CADRAGE ÉCONOMIQUE

Gérard de Pourvoirville

Position du problème

Comme il l'a été maintes fois dit au sein du groupe réuni par la HAS, le thème de la coopération entre professionnels de santé a pris une actualité forte en France à cause d'une baisse attendue du potentiel de l'offre médicale, notamment généraliste. On convient que cette baisse attendue est liée à quatre phénomènes : une baisse du nombre absolu de médecins liée aux départ à la retraite des médecins arrivés sur le marché du travail au cours de la période de numerus clausus élevé, au cours des années soixante dix, non remplacés un pour un compte tenu de la diminution ultérieure de ce numerus ; une évolution des attentes des nouveaux médecins en termes de temps et de conditions de travail ; une féminisation du corps médical, les médecins femmes ayant un volume d'activité inférieur à celui de leurs homologues hommes ; enfin, ces évolutions combinées conduirait à une désertification médicale de zones à faible densité de population, compte tenu de la faible attractivité de celles-ci.

Une première réponse simple à cette baisse attendue de l'offre médicale est la réouverture de l'accès aux études de médecine, qui a d'ailleurs été engagée. Néanmoins, cette augmentation du recrutement portera effet à moyen terme et ne résoudra pas le problème de la désertification médicale, qui est la conséquence d'évolutions démographiques et de comportements et attentes des médecins, mais aussi du manque d'attractivité de ces zones : peu ou pas d'équipements collectifs, pas d'environnement médical spécialisé (hôpitaux ou médecins spécialistes de ville), des charges de travail attendues trop importantes.

Cette crise est alors apparue comme l'occasion de réfléchir à de nouvelles modalités de délivrance et d'organisation des soins. S'agissant de soins primaires, la comparaison avec d'autres pays montre que la France a peu recours aux professionnels de santé non médecins, principalement les infirmiers/infirmières. Explorer les voies d'augmentation de la part prise par ces professionnels apparaît comme une piste féconde pour plusieurs raisons : elle permet de diminuer le besoin en formation de médecins, formation chère et longue, de ce fait elle permet d'offrir des soins moins coûteux. Dans les zones à faible densité médicale, elle permettrait de diminuer la charge de travail des médecins encore en exercice et aussi d'augmenter l'offre de soins de proximité. Sur ce dernier point, il convient de noter que cette solution ne règle pas complètement la question de la faible attractivité de ces zones, tant pour les médecins que pour les professionnels non médecins. Il n'est pas sûr que les non médecins ne soient pas sensibles eux aussi, au manque d'attractivité des zones à faible densité de population.

Le groupe réuni à l'initiative de la HAS explore l'intérêt de cette piste, du point de vue de ses bénéfices attendus, de sa faisabilité, des obstacles à sa mise en œuvre et de son impact sur l'efficacité des soins. Pour schématiser, l'hypothèse étudiée pour les soins primaires est celle d'un transfert d'une partie des soins réalisés par les médecins

vers des non-médecins, infirmiers/infirmières et autres. Ce transfert doit s'analyser selon des dimensions multiples : celles des compétences requises pour les non-médecins, qui renvoie au périmètre des activités transférés, celle de la qualité des soins qui en résultera, celle de l'acceptabilité par la population de ces transferts, celle du transfert de responsabilité médico-légale. Enfin, il convient de réfléchir aux modes de rémunération et aux incitations économiques diverses qui favoriseront ces transferts s'ils sont jugés bénéfiques, ainsi qu'à leur impact sur les dépenses de santé et l'efficacité de celles-ci.

La présente note exploratoire se centre sur ce dernier thème. On abordera trois questions : d'un point de vue économique, quel intérêt un médecin généraliste payé à l'acte a-t-il à transférer une partie de son activité vers un non médecin ? Quel intérêt un professionnel non médecin a-t-il à accepter cette charge de travail supplémentaire ? De façon plus générale, en s'abstrayant du contexte français, quels sont les modes de rémunération qui favorisent l'émergence d'une division du travail plus efficiente en soins primaires ?

Le médecin généraliste

Dans un modèle de paiement à l'acte à la française, le revenu avant impôt d'un médecin est égal à son chiffre d'affaires, directement proportionnel à son activité, diminué de ses frais de fonctionnement de cabinet. Le niveau de cette activité dépend des arbitrages qu'il réalise entre temps de travail, revenu et temps de loisir, mais aussi de la demande qui s'adresse à lui. Celle-ci est fonction de sa réputation mais aussi de la concurrence qu'il peut affronter dans sa zone de chalandise. Il peut également sous certaines conditions jouer sur le prix de ses prestations, en réalisant des actes techniques (par exemple des ECG), en passant en secteur 2, ou en adoptant un mode d'exercice particulier. Dans le cadre de la réforme du médecin traitant, il perçoit également un paiement forfaitaire à la capitation, pour chaque assuré social en ALD qu'il prend en charge, en contrepartie d'exigences en termes de suivi de protocoles thérapeutiques. On sait que les médecins qui passent en secteur 2 ou qui exercent en MEP ont en général un niveau d'activité (en nombre d'actes) inférieur à celui des médecins qui restent dans le secteur conventionnel. Il est difficile de savoir si ce comportement confirme l'hypothèse de la recherche par les médecins d'un revenu cible : dans cette hypothèse, une augmentation des prix permettrait aux médecins de travailler moins tout en maintenant leur niveau de revenu. Cependant, compte tenu de l'absence de régulation administrative des tarifs en secteur 2 et des MEP, il est possible que certains médecins aient pu à la fois augmenter leurs revenus et baisser leur activité (peut-être n'avaient-ils pas atteint leur revenu cible avant de passer en prix libre).

Si l'on fait abstraction des contraintes technique (compétences requises) et juridiques à un transfert d'activité vers un professionnel non médecin, pourquoi un médecin payé à l'acte aurait-il un intérêt économique à ce transfert, qui se traduirait pas une baisse d'activité et donc potentiellement par une baisse de revenus ? Pour répondre à cette question, il est nécessaire d'analyser plusieurs cas de figure, qui sont autant de combinaison des facteurs déterminants le revenu des médecins, mais également de ses attentes en termes de revenu, de la conception qu'il a de son métier, de la satisfaction retirée de son travail et de son temps de travail. Ces derniers facteurs sont intrinsèques à chaque médecin et il est donc difficile de faire des prédictions générales. On s'attachera donc à construire des faits stylisés combinant des facteurs plus exogènes, **et on raisonne en se cantonnant strictement à la nature de l'incitation économique**¹⁵⁵.

¹⁵⁵ Ce qui n'exclut pas que le médecin ait d'autres motivations dans ses choix de pratiques, mais elles ne sont pas prises en compte de façon à illustrer comment fonctionnent les incitations économiques existantes.

I. 1^{ER} CAS DE FIGURE : LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE EN SECTEUR 1.

Dans ce cas, le tarif de l'acte est le même quelque soit l'effort réalisé par le médecin au cours d'une consultation. Toutes choses égales par ailleurs, l'intérêt du médecin est de transférer des activités de soins qui rallongent son temps de consultation, sans rémunération supplémentaire. Une incitation supplémentaire non économique à transférer est éventuellement l'absence d'intérêt qu'il prend à réaliser ces tâches. Il peut alors utiliser le temps ainsi libéré soit à augmenter son activité, soit à diminuer son temps de travail. Il est clair que l'incitation à transférer est d'autant plus forte que le médecin a atteint un niveau de revenus satisfaisant et qu'il a une patientèle suffisante.

Si on raisonne dans ces termes et **uniquement d'un point de vue économique**, cela exclut *a priori* du transfert des prestations de soins simples et ne prenant pas beaucoup de temps, qui pourraient être réalisées par d'autres professionnels ; par exemple, des renouvellements de vaccination, ou des consultations simples de surveillance avec prise de paramètre pour un patient bien équilibré. En revanche, des prestations de promotion ou d'éducation à la santé, qui peuvent requérir une interaction longue avec le patient, seraient des candidates à un transfert.

Quel type de transfert est possible dans ce cas de figure ? Le modèle le plus simple est celui de l'envoi du patient à un autre professionnel non médecin, qui sera rémunéré directement par l'Assurance Maladie. De ce fait, le médecin n'a pas à en supporter le coût. Pour l'Assurance-Maladie, le bilan en termes d'efficacité est positif pour autant que les actes transférés sont rémunérés moins chers que la consultation du médecin. Par ailleurs, les actes transférés sont des actes prescrits et le patient n'a pas un accès direct à l'autre professionnel de santé. En revanche, le nombre total d'actes peut augmenter et donc les dépenses globales, si le médecin en profite pour augmenter son activité¹⁵⁶. Dans un contexte de pénurie d'offre, cependant, cette solution est bénéfique puisqu'elle permet de répondre à une demande non satisfaite sans augmentation de la démographie médicale.

Dans quelles conditions le médecin peut-il avoir intérêt à intégrer ce transfert, en employant lui-même le professionnel non médecin ? Le critère du volume d'actes transféré est sans doute le premier critère à prendre en charge. Les coûts de transaction et l'augmentation des coûts de fonctionnement du cabinet liés à un emploi à temps partiel peuvent être trop élevés par rapport au bénéfice attendu. La décision de l'emploi salarié est donc plus probable dans un cabinet de groupe, qui permet d'additionner les volumes de transferts de l'ensemble des médecins et d'abaisser le coût de fonctionnement du cabinet par médecin.

Dans ce modèle économique, le médecin (ou le cabinet de groupe) supporte le coût de cette rémunération (S) et un supplément de coût de fonctionnement au cabinet (ΔC). En contrepartie, il reçoit la rémunération des prestations correspondantes par l'Assurance Maladie (R1) et il augmente son activité et ses recettes propres (R2). La solution est rentable pour lui si

$$R2 + R1 > S + \Delta C.$$

Le même calcul économique peut s'appliquer pour comparer cette solution à la première, celle de la délégation à un professionnel indépendant. Dans ce cas, le gain de la délégation est égal à la différence entre le chiffre d'affaire

¹⁵⁶ Il ne pourra sans doute pas augmenter son activité à hauteur du volume transféré, car le transfert va impliquer des coûts de coordination.

supplémentaire, R2, et l'augmentation marginale induite des coûts de fonctionnement. Les deux solutions sont neutres pour le payeur, mais dans le premier cas, le bénéfice du transfert est uniquement le revenu supplémentaire du médecin grâce à l'activité supplémentaire dégagée, dans le deuxième cas, le médecin peut également bénéficier de la marge dégagée pour son cabinet par l'activité du professionnel non médecin. Notons que le modèle avec intégration du professionnel non médecin diminue probablement les coûts de coordination entre les deux acteurs. Il facilite aussi sans doute l'acceptabilité de ce transfert pour les patients. Il peut également exister une solution intermédiaire quand il y a transfert d'actes vers un professionnel non médecin mais qui participe à un cabinet médical pluridisciplinaire.

Il est probable que ce modèle est celui adopté par les médecins spécialistes en ophtalmologie qui emploient des orthoptistes salariés.

Le médecin peut ne pas profiter du transfert de prestations pour augmenter son activité. Il existe alors deux cas de figures. Il peut réinvestir le temps gagné dans un allongement de la durée de ses séances. Il en tire une satisfaction accrue de son travail (prendre son temps pour traiter les patients), ce qui peut améliorer la qualité des soins et éventuellement diminuer le niveau de dépenses induites par le renforcement de l'effet placebo de la relation médecin/malade. Indirectement, cette amélioration de la relation médecin/malade peut aussi augmenter la fidélité de ses patients et stabiliser son revenu. Mais en principe, son revenu devrait diminuer, car il est peu probable que ses frais de fonctionnement diminuent en proportion. Il peut également décider de travailler moins, avec un niveau de revenu moins élevé. Dans les deux cas, le bilan est positif pour l'assurance maladie, à la fois en termes de gain d'efficience et de volume des dépenses.

Le dernier cas de figure envisagé est celui où l'Assurance Maladie voudrait encourager le transfert mais sans augmentation d'activité du médecin, de façon à bénéficier complètement du gain d'efficience lié au différentiel tarifaire entre les deux prestataires. Dans ce cas, le payeur devrait au moins compenser la perte de revenu du médecin, et éventuellement obtenir de sa part un engagement de stabilité de son activité, ou un transfert du temps libéré vers un allongement de la durée moyenne des séances. Il se peut dans ce cas que le médecin accepte de gagner en temps de loisir sans pertes de revenus. Dans ce cas, la compensation devrait être neutre par rapport au revenu après impôt du médecin.

Cette compensation peut être versée sous la forme d'une subvention de fonctionnement au cabinet. On peut penser qu'il est difficile d'obtenir des engagements de niveau d'activité ou de durée d'activité auprès des médecins, ou tout du moins coûteux d'en contrôler le respect. Dans ce cas, le paiement de la compensation pourrait prendre la forme d'une subvention de fonctionnement au cabinet calculée sur la base du volume observé de transfert et de respect des cahiers des charges. Cette subvention intégrerait alors une dimension de paiement à la performance en termes de qualité des soins.

Exemples numériques

Pour illustrer les cas de figure évoqués, on a élaboré trois exemples numériques à partir des données et hypothèses de base suivantes, à partir des données du logiciel ECO-Santé 2006, en utilisant les données disponibles de l'année 2004. Les deux acteurs impliqués sont un médecin généraliste et une infirmière libérale.

Tableau 1. Données de base.

Chiffre d'affaire du généraliste: CA		114 000 €
Taux de charge: T		0,44
Charges: C	$C = CA \times T$	50 160 €
Revenu avant impôt: R	$R = CA - T \times CA$	63 840 €
Part de charges fixes: Tf		0,9 Hypothèse
Part de charges variables: Tv		0,1 Hypothèse
Charges fixes: Cf	$Cf = Tf \times C$	45 144 €
Charges variables: Cv	$Cv = Tv \times C$	5 016 €
Nombre d'actes		5000
Nombre de consultations		4000
Tarif de la consultation		22 €
Tarif moyen de l'acte d'infirmière		5,83 €
Taux de délégation en nombre de consultations		0,1 Hypothèse

Le tarif moyen de l'acte d'infirmière établit la contrainte de participation. En-dessous de ce tarif moyen, l'infirmière n'a aucun incitatif à accepter une activité supplémentaire. L'hypothèse est faite que les charges du médecin sont en majorité des charges fixes, peu sensibles à une variation d'activité de 10% : coût immobilier, assurances professionnelles, abonnements de communication, d'informatique, etc. , les principales charges variables étant du petit consommable médical et des dépenses de véhicule automobile. Les charges variables sont directement proportionnelles au nombre d'actes réalisés. Le paramètre peut changer dans le modèle.

I.1. 1^{er} modèle : transfert simple avec diminution d'activité du médecin

On est dans le dernier cas de figure évoqué plus haut. Le transfert d'activité se fait avec une diminution du temps de travail pour le médecin. L'Assurance Maladie veut encourager la délégation sans augmenter la dépense médicale ; pour encourager les médecins à cette délégation, elle maintient leur revenu avant impôt. Dans ce cas de figure, le chiffre d'affaires du médecin baisse, et son niveau de charge baisse aussi mais pas proportionnellement. Donc son revenu baisse mais cette perte est compensée par l'Assurance Maladie. Ce modèle est utilisé comme scénario de base pour analyser le rôle joué par la variation des charges professionnelles dans la formation du revenu du médecin. Les résultats sont présentés dans le tableau 2.

Tableau 2. Transfert simple.

Transfert simple	Impact nul sur le revenu du médecin
Chiffre d'affaire initial	114 000,00 €
Taux de charge	0,44
Revenu avant délégation	63 840,00 €
Charges	50 160,00 €
Taux de charge fixe	0,850
Taux de charge variable	0,150
Charges fixes	42 636,00 €
Charges variables	7 524,00 €
Nombre d'actes	5 000
Nombre de consultations	4000
Taux de délégation	0,1
Taux de variation des charges variables	0,08
Nombre d'actes délégués	400
Tarif des consultations	22
Chiffre d'affaire après délégation	105 200,00 €
Revenu après délégation	55 641,92 €
Compensation	8 198,08 €
Solde	601,92 €
Tarif des actes délégués	5,83 €
Nombre total d'actes remboursés	4000
Dépense remboursée avant délégation	57 600,00 €
Remboursement par acte avant délégation	14,40 €
Dépenses remboursées après délégation	61 437,28 €
Remboursement par acte après délégation	15,36 €
Augmentation des dépenses remboursées	3 837,28 €
% augmentation des dépenses remboursées	0,07
% augmentation tarif par acte	0,07
RAC avant délégation	7,60 €
RAC après délégation	7,07 €

L'équivalent de 400 consultations est transféré vers une infirmière libérale. La baisse des charges liée à la baisse de l'activité médicale est faible, le payeur doit verser une compensation de 8198 € pour une baisse de chiffre d'affaires de 8800 €. Au tarif correspondant à la contrainte de participation, la dépense remboursée de l'Assurance Maladie augmente de 7% : du fait de la compensation, la dépense remboursée par l'Assurance Maladie augmente de 7%, le tarif moyen remboursé de l'acte passe de 14,40 € à 15,36 € : le gain d'efficience lié à l'emploi d'un professionnel moins qualifié est inférieur à la subvention de maintien de revenu du médecin. En revanche, le reste à charge pour le patient passe de 7,60 € à 7,07 € par acte, car le patient ne supporte pas directement le paiement de la subvention d'équilibre du médecin. Au tarif de la contrainte de participation, il faudrait que les charges du médecin soient entièrement variables pour que le transfert n'ait pas d'impact budgétaire négatif pour le payeur. Ce modèle permet de mettre en évidence que les gains d'efficience attendus ne sont possible que si à la fois l'infirmière libérale et le médecin augmentent leur activité. C'est l'objet du 2^{ème} modèle.

I.2. 2e modèle : le médecin délègue une partie de son activité pour augmenter son offre de soins.

Dans ce modèle, le médecin généraliste délègue l'équivalent de 10% de son activité de consultation à une infirmière libérale. Il consacre le temps ainsi libéré à augmenter d'autant son activité, par exemple en prenant en charge de nouveaux patients. Le nombre moyen de consultations par français chez le généraliste étant de 5 par an, en moyenne le médecin prend donc en charge 80 patients supplémentaires par an. L'infirmière libérale est payée à l'acte. Dans ce modèle, les charges du médecin ne bougent pas, puisqu'il conserve son niveau d'activité initiale en nombre d'actes. Le Tableau 3 présente les principaux résultats.

Tableau 3. Augmentation d'activité du médecin.

Augmentation d'activité du médecin	Compensation d'activité 100%
Chiffre d'affaire initial	114000
Taux de charge	0,44
Revenu avant délégation	63840
Charges	50160
Taux de charge fixe	0,9
Taux de charge variable	0,1
Charges fixes	45144
Charges variables	5016
Nombre de consultations	4000
Tarif consultation	22
Taux de délégation	0,1
Nombre d'actes délégués	400
Taux de charges après délégation	0,44 €
Chiffre d'affaire après délégation	114 000,00 €

Tableau 3 (suite). Augmentation d'activité du médecin.

Augmentation d'activité du médecin	Compensation d'activité 100%
Revenu après délégation	63 840,00 €
Compensation	0,00 €
Solde	0
Tarif des actes délégués	8,75
Nombre total d'actes	4400
Dépense remboursée avant délégation	57 600,00 €
Remboursement par acte avant délégation	14,40 €
Dépenses remboursées après délégation	59 700,00 €
Remboursement par acte après délégation	13,57 €
Augmentation des dépenses remboursées	2 100,00 €
% augmentation des dépenses remboursées	0,04
% diminution tarif acte	0,06
RAC avant délégation	7,6
RAC après délégatoïn	7,23

Le nombre total d'actes augmente de 10%. De ce fait, la dépense remboursée augmente elle aussi, mais seulement de 2%. Le montant moyen remboursé de l'acte passe de 14,40 € à 13,41 €, soit une baisse de 7%. Le reste à charge des patients baisse également. Le payeur dispose d'une marge de manœuvre pour proposer à l'infirmière libérale un tarif incitatif à la délégation. Avec un tarif de 50% plus élevé que le tarif de la contrainte de participation, soit 8,75 €, la dépense remboursée augmente de 4% pour une augmentation d'activité de 10%, et le reste à charge reste inférieur au cas sans délégation. Sous réserve que le médecin utilise le temps libéré pour prendre en charge de nouveaux patients et non pas pour induire une demande, la délégation crée du temps médical supplémentaire à un coût inférieur à l'installation de nouveaux médecins.

I.3. 3e modèle : l'emploi salarié d'une infirmière dans un cabinet de groupe.

Ce troisième modèle est le plus hypothétique, mais vise à identifier les déterminants de l'équilibre économique d'un cabinet de groupe de 5 médecins généralistes déléguant chacun l'équivalent de 10% de leurs consultations à une infirmière salariée à mi-temps. Le salaire de base retenu est de 2000 € par mois net, soit 42 000 € annuels toutes charges comprises. La délégation permet aux médecins du cabinet de recruter plus de patients, et leur objectif est le maintien de leur revenu avant impôt. L'infirmière libérale effectue des actes qui sont facturés à l'Assurance Maladie, le modèle calcule le tarif d'équilibre du cabinet après embauche, sachant qu'il augmente ses charges suite à la création de l'emploi salarié. Cette augmentation des charges est proportionnelle à l'augmentation d'activité pour les charges variables, et représente 10% du salaire annuel de l'infirmière en charges fixes. Sous ces hypothèses, on obtient les résultats du Tableau 4.

Pour rester à l'équilibre antérieur, le tarif de l'acte délégué doit être de 12,64 €. Avec ce tarif, les dépenses remboursées par l'Assurance Maladie augmentent de 5%, le remboursement moyen par acte baisse de 4% et le reste à charge pour le patient diminue également, mais dans une moindre mesure que dans le précédent modèle.

Par ailleurs, il n'a de sens que si l'infirmière salariée ne réalise que les actes délégués, et pas d'autres actes plus habituels facturés au tarif de la contrainte de participation. *A contrario*, le niveau de charges fixes d'un cabinet de groupe devrait être plus faible que celui d'un cabinet en pratique individuel : dans le modèle présenté, le revenu net avant impôt des médecins est plus élevé que dans les deux modèles précédents.

Tableau 4. Emploi d'une infirmière salariée.

Emploi d'une infirmière salariée	Compensation d'activité 100%
Nbre de médecins	5
Chiffre d'affaire initial	570 000 €
Taux de charge avant délégation	0,4
Revenu avant délégation	342 000,00 €
Revenu moyen par médecin	68 400,00 €
Charges	228 000,00 €
Taux de charge fixe	0,9
Taux de charge variable	0,1
Charges fixes	205 200,00 €
Charges variables	22 800,00 €
Nombre de consultations	20 000
Tarif consultation	22,00 €
Taux de délégation	0,1
Nombre d'actes délégués	2000
Chiffre d'affaire après délégation	570 000,00 €
Salaire professionnel délégué	21 000,00 €
Charges après délégation	253 380,00 €
Revenu après délégation	342 000,00 €
Perte	0,00 €
Solde	0
Tarif des actes délégués	12,69 €
Nombre total d'actes	22000
Dépense remboursée avant délégation	288 000,00 €
Remboursement par acte avant délégation	14,40 €
Dépenses remboursées après délégation	303 228,00 €
Remboursement par acte après délégation	13,78 €
Augmentation des dépenses remboursées	15 228,00 €
% d'augmentation des dépenses remboursées	0,05
% baisse de tarif	0,04
RAC avant délégation	7,60 €
RAC après délégation	7,37 €

Discussion

Du premier modèle, on observe qu'on ne peut attendre un gain d'efficacité en termes de coût par acte que si le médecin utilise le temps libéré pour maintenir, voire augmenter son activité. Le modèle le plus économique pour le payeur est celui de la délégation d'un médecin généraliste vers une infirmière libérale, donc sans intégration dans un cabinet médical. L'intégration dans un cabinet médical est rentable pour un cabinet de groupe, mais la recherche du maintien du revenu du médecin passe sans doute par la fixation d'un tarif des actes délégués supérieur à ce qu'il pourrait être sans intégration. Dans les trois modèles, les dépenses de l'Assurance Maladie augmentent, mais moins que proportionnellement à l'augmentation de l'offre globale d'actes dans les deux derniers modèles. Un enseignement intéressant est que quelque soit le modèle, le patient est gagnant : son reste à charge diminue. Des extensions des modèles ci-dessus conduiraient d'une part, à intégrer un temps de supervision ne permettant pas une répercussion intégrale des actes délégués sur l'activité du médecin. Il est prévisible que l'introduction de cette hypothèse conduira à diminuer, mais pas annuler, les gains d'efficacité, et peut-être augmenter le tarif des actes délégués.

L'influence du dispositif médecin traitant

Le dispositif de médecin traitant peut également offrir un contexte favorable à de tels transferts, si le médecin généraliste capture une partie des soins qui étaient auparavant délivrés par des spécialistes. Cette hypothèse est-elle fondée au regard de l'analyse des effets de la réforme. Dans ce cas, l'activité nouvelle peut-être l'occasion de proposer des actes techniques plus rémunérateurs.

Le forfait pour ALD peut également introduire une incitation supplémentaire au transfert des prestations qui allongent la durée de consultation, si l'activité qu'il libère permet au médecin de recruter plus de patients en ALD. Dans ce cas, en effet, il augmente aussi sa marge grâce au versement du forfait.

II. 2^{ÈME} CAS DE FIGURE : LE MÉDECIN CONVENTIONNÉ EN SECTEUR 2.

Le raisonnement de base est le même pour un médecin conventionné en secteur 2, mais l'intérêt à transférer pourrait être moins fort, puisque dans ce cas le médecin a utilisé le levier du prix pour atteindre son revenu cible, et le bon arbitrage temps de travail/temps de loisir. L'intérêt à transférer viendrait éventuellement d'une pression de la demande liée à la réputation du médecin, et le contraignant à transférer pour maintenir son équilibre revenu/temps de travail.

On peut faire l'hypothèse que l'intérêt à transférer est encore moins fort pour les médecins à exercice particulier, qui ont choisi une stratégie de différenciation pour atteindre leur revenu cible. L'intérêt à transférer viendrait éventuellement d'une stratégie de différenciation accrue ou d'innovation, les conduisant à enrichir leurs pratiques. En conséquence, ils pourraient vouloir modifier le contenu de leurs séances et se servir du transfert pour ne pas en rallonger la durée. Dans ce cas, cependant, le bilan ne serait pas neutre pour l'assurance maladie, puisqu'elle se traduirait par une activité de transfert induite vers un autre professionnel non médecin qui n'existait pas avant.

II.1. Le professionnel non médecin

II.1.1. Le professionnel payé à l'acte

Le professionnel payé à l'acte bénéficie mécaniquement d'une augmentation de son activité et donc de son revenu. Mais il peut la refuser si la rémunération temps des prestations est moins favorable que celle des actes qu'il réalise déjà. Autrement dit, il faut que cette rémunération soit incitative, sinon il n'a aucun intérêt financier à l'assurer. *A contrario*, une rémunération trop incitative peut conduire à un effet d'exclusion d'autres prestations déjà assurées, moins bien rémunérées. Il peut certes exister un intérêt économique mais non monétaire à la délivrance de nouvelles prestations, qui agirait pour le patient comme un signal de qualité ou de compétence accrue. Le professionnel peut aussi y trouver un enrichissement de son travail. Les questions les plus sensibles sont d'abord celle du rapport qui s'instaure entre le médecin qui transfère son activité et le professionnel, qui peut être ressenti comme un rapport de subordination. Le deuxième point important (pour le payeur et pour le patient) est celui de la coordination entre les deux acteurs et du contrôle de la réalité des prestations.

Comme pour les médecins, à niveau donné de rémunération, il est plausible que le transfert d'activité sera plus avantageux pour un cabinet de groupe qui a mutualisé ses frais de fonctionnement. Cependant, la nature des activités transférées imposera sans doute des contraintes de continuité des soins, chaque professionnel travaillant de façon privilégiée avec un petit nombre de médecins.

II.1.2. Le professionnel salarié

A priori, une fois accepté le lien de subordination, le salariat peut apparaître comme une solution attractive à des professionnels non médecins, si le niveau de salaire est adéquat. La fixation de la rémunération peut se faire par comparaison avec celui d'autres emplois salariés (l'hôpital, la médecine scolaire, les centres de santé) et le

temps de travail est défini. Il sera certes soumis à supervision hiérarchique et devra se plier à des règles de coordination. Si l'organisme employeur (le médecin ou le cabinet médical) est payé à l'acte, le risque d'exclusion d'actes moins rentables demeure. En revanche, si comme au Royaume-Uni l'employeur reçoit une subvention pour rémunérer cet emploi, ce risque est minimisé. Pour l'Assurance Maladie, utiliser ce mode de financement permet également de contrôler le risque d'une augmentation des actes facturés. Il est cependant nécessaire de subordonner l'octroi du financement à un engagement contractuel de l'employeur sur un cahier des charges.

Si l'Assurance Maladie rémunère l'employeur à l'acte, il n'est pas exclu que des opérateurs non médecins créent une offre en ouvrant des « agences » de soins regroupant plusieurs professionnels non médecins salariés qui proposerait leurs services aux cabinets médicaux, par exemple aux médecins qui pratiquent seuls. Là encore, la supervision des prestations rendues est un élément clé de la qualité des prestations rendues.

II.2. Éléments de discussion

Dans tous les cas de figure évoqués ci-dessus, la réalisation d'un transfert de prestations de soins se fait dans le cadre d'un protocole définissant de façon précise la nature des tâches transférées. En effet, nous sommes partis de l'hypothèse que le médecin transférerait une partie du contenu de ses séances. Pour que le service rendu au patient soit complet, il est donc nécessaire d'organiser la coopération entre les deux acteurs, médecin et non médecin.

Ce faisant, il est nécessaire de décrire de façon précise la nature de la prestation et de l'inscrire à la nomenclature. Ceci peut être considéré comme un inconvénient, ou se heurter à des difficultés techniques inattendues. Il me semble qu'il s'agit d'un faux problème. L'élaboration de la CCAM a été un chantier autrement plus complexe, qui certes a mis du temps pour aboutir, mais plus pour des raisons de négociations avec les syndicats professionnels que pour des raisons techniques. En tout état de cause, même si le professionnel non médecin est salarié, il sera nécessaire de disposer d'outil de mesure de son activité pour estimer le nombre d'emplois nécessaires au transfert d'activité, évaluer la productivité des emplois et l'observance du protocole. On sait que l'évaluation de la cotation de l'acte reflétera une prestation moyenne, laissant ainsi une partie de la rente informationnelle au professionnel, mais cette rente est inévitable pour ne pas rigidifier les pratiques.

Il existe un autre cas de figure, celui où le médecin abandonne complètement une activité de prise en charge, qui peut être réalisée intégralement par un professionnel non médecin, sans risque de dégradation de la qualité des soins. Dans ce cas, il n'y a plus besoin de supervision, mais il y a établissement d'un nouveau tarif, inférieur à celui de la consultation ou de l'acte médical correspondant. Dans ce cas, l'acte ne devient plus rentable pour le médecin. Si le médecin continue de le pratiquer, il ne pourra en principe plus facturer un acte de consultation, par exemple, ou cette consultation sera remboursée sur la base du tarif du professionnel non médecin.

En termes d'impact sur les dépenses de santé, il est probable que le développement de coopérations entre professionnels augmentera le volume global des activités de soins, et donc la dépense totale. Ceci sera lié en particulier au fait que la coopération, par sa protocolisation, va créer de nouvelles prestations ou permettre la réalisation de prestations qui ne se font pas faute de temps médecin. Cette augmentation des volumes est un effet attendu positif dès lors qu'il s'agit de

répondre à une demande de soins qui risque de ne plus être satisfaite suite à une baisse de l'offre médicale. En principe, nous avons montré qu'il devrait y avoir baisse du coût unitaire des prises en charge. La qualité des soins devrait augmenter grâce à la protocolisation des prises en charge. Or, si cette qualité des soins augmente (mesurée par exemple par un plus grand nombre de patients à la cible thérapeutique pour l'hypertension, l'hyperlipidémie), on peut également faire l'hypothèse d'un retentissement positif sur l'état de santé des patients se traduisant par une diminution des recours au système de soins.

II.3. Quelques éléments de volumétrie

Dans un travail exploratoire réalisé avec des médecins généralistes de la SFMG, les situations cliniques suivantes ont été identifiées comme des « clientes » potentielles au transfert d'activité :

1. Facteur de risques cardio-vasculaires
HTA ou diabète, hyperlipidémie hyper uricémie
Isolés ou associés
Non compliqué
> 20 ans
Fréquence Médecin 1/an
Fréquence IDE tous les 3 mois

2. Relais HBPM / AVK
Pas de restriction
Une consultation initiale
Puis suivi IDE

3. Suivi AVK
Pas de restriction
Suivi médecin en fonction de la pathologie
Suivi IDE complètement délégué

4. Primoprescription insuline
Pas de restriction dans le diabète de type 2
Évite des hospitalisations
Fréquence IDE : pas d'augmentation car sont déjà présente pour les injections
Fréquence médecins : 1/mois

5. Suivi Insuline
Pas de restriction dans le diabète de type 2
Fréquence IDE : pas d'augmentation car sont déjà présente pour les injections
Sinon tous les mois
Fréquence médecins : 1/trimestre (2 à 4 fois moins)

6. Insuffisance respiratoire
Patient sous B2mimétique
Sauf enfant
Fréquence médecin : 2 fois par an
Fréquence IDE : 1 fois par mois : éducation suivi PF
Hospitalisation évitée par meilleure utilisation des produits (éducation), amélioration de l'observance et diminution des complications

7. Plaies escarres et ulcères

Pas de restriction

1 consultation du médecin au départ puis à la demande de l'IDE

Suivi par IDE (y compris prescription déléguée)

8. Médicaments de prescription à durée limitée

Patient sous hypnotique au long cours

On met de côté le Subutex et la méthadone

Prévoir une levée partielle sur protocole de la limitation de prescription ?

9. Verrues

Délégation totale possible

10. Dépression

Suivi rapproché lors de la mise en place du traitement ou du changement de molécule

11. Coordination et suivi médico-social

Permettre de prendre en charge une partie des difficultés médico sociale, très chronophage

Difficilement chiffrable

Mais dont une prise en charge collective Médecin, IDE, secrétaire permettraient une amélioration de la prise en charge et une diminution du temps médecin

On peut apporter les éléments volumétriques suivants sur certaines des situations qui sont proposées. Les données suivantes proviennent de l'Observatoire de la Médecine Générale, un panel permanent d'environ 120 médecins animé par la SFMG. Les panelistes enregistrent un ou des diagnostics de consultation, en utilisant un Dictionnaire des Résultats de Consultation, qui donne des définitions contrôlées des pathologies rencontrées. Pour l'année 2003, on obtient les résultats suivants :

Observatoire de la Médecine Générale-SFMG				
Année 2003				
	Patients	Patients par médecin	Actes	Actes par patients
Hypertension	11915	106,4	36764	3,1
Hyperlipidémie	8110	72,4	21441	2,6
Fibrillation auriculaire	899	8,0	3298	3,7
Thrombophlébite	380	3,4	943	2,5
Diabète de type 2	2691	24,0	9123	3,4
Asthme	2694	24,1	5293	2,0
Insuffisance respiratoire	264	2,4	967	3,7

Un patient peut présenter plusieurs résultats de consultation (notamment en matière de facteurs de risque cardio-vasculaires). Sur la base des données pré-citées, on peut néanmoins estimer que les situations « prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire », « traitement aux AVK » (fibrillation auriculaire et thrombophlébite), « asthme et insuffisance respiratoire » sont relativement indépendants et représentent environ 145 patients par médecin et un potentiel de 450 actes. Par rapport à l'activité globale des

médecins de l'Observatoire, ceci représente 15% des patients et 18% des actes. Si on ajoute tous les résultats de consultation (comptage avec doublons ou plus), on obtient un majorant du nombre de patients de 240 et un majorant du nombre de consultations de 700 actes. Dans l'hypothèse de deux cabinets de groupe avec deux médecins comme site d'expérimentation, on obtiendrait donc au minimum 580 patients suivis et 1800 actes et au maximum 960 patients suivis et 2800 actes. C'est donc dans le cumul de plusieurs situations cliniques se prêtant au transfert que l'on peut aboutir à des volumes suffisants pour justifier éventuellement la création d'un emploi salarié partagé entre plusieurs médecins.

II.4. Existe-t-il d'autres modèles de rémunération plus favorables à la coopération entre professionnels ?

On peut schématiquement identifier les modèles suivants de rémunération de l'activité médicale (ces modèles peuvent peu ou prou s'appliquer au travail d'autres professionnels) :

- le paiement à l'acte, déjà discuté ;
- le paiement à la capitation, qui reporte au niveau micro-économique la maîtrise de l'offre de services par l'instauration d'un paiement forfaitaire indépendant de la demande des patients, mais qui peut conduire à un rationnement des soins ou à un transfert des dépenses vers la médecine spécialisée. En l'occurrence, comme pour le paiement à l'acte, le paiement à la capitation peut être incitatif au transfert de prestations si celui-ci diminue la charge de travail par patient par période de paiement (le trimestre au Royaume-Uni), cela d'autant plus que ce n'est pas le médecin qui paie sur ses revenus le professionnel non médecin bénéficiaire du transfert.
- le paiement d'un forfait pour une prestation complexe (le suivi de la grossesse) est une variante de la capitation, centré sur la prise en charge d'un problème de santé particulier. Il est en général assorti d'un cahier des charges précisant les conditions dans lesquelles la prestation doit être accomplie. Il est envisageable dans le cadre d'une coopération entre médecin et non médecin. L'établissement du niveau de forfait requière cependant une analyse détaillée des contributions de l'ensemble des acteurs sur la base du cahier des charges, tout en acceptant une certaine variabilité dans les volumes (on laisse une partie de la rente informationnelle aux professionnels) pour adapter les volumes à la baisse ou à la hausse en fonction des caractéristiques des patients. Le paiement forfaitaire au cas a un autre avantage : il donne une certaine liberté aux professionnels impliqués quant au mode de fonctionnement de leur coopération, mais il incite à une coordination forte, voire une intégration des acteurs. Ainsi, un cabinet de groupe ou une maison médicale pourrait faire son affaire de la distribution de la rémunération forfaitaire entre les différents participants.
- le financement forfaitaire de l'outil de travail du médecin ; ce mode de financement a l'avantage d'assurer au médecin la couverture d'une partie de ses dépenses de fonctionnement, en ne rémunérant à l'acte ou à la capitation que le travail médical proprement dit. En France, ce modèle a inspiré le paiement des actes de scanner, avec la distinction entre le paiement d'un forfait technique, des actes du radiologue et des dépenses variables de consommables. Au Royaume-Uni, les cabinets de GPs reçoivent un financement forfaitaire de leurs dépenses

immobilières et surtout, une dotation budgétaire ajustée à leur activité pour employer du personnel non médecin.

- le salariat permet également une maîtrise de la rémunération de la force de travail médical ; la productivité et la qualité des soins est alors dépendante des incitations mises en place par les organisations qui emploient les médecins. On a discuté plus haut des avantages de ce mode de rémunération pour les professionnels non médicaux participant à la coopération.
- le paiement à la performance s'est développé au Royaume-Uni pour inciter les médecins à développer des actions de dépistage ou de couverture vaccinale. Dans sa forme la plus récente outre-Manche, les médecins reçoivent maintenant des primes en fonction de leur performance mesurée sur une batterie d'indicateurs de qualité de soins. Une autre forme de paiement à la performance est celui de clauses d'intéressement (individuel ou pour un cabinet) en fonction d'objectifs de dépenses induites (prescription d'examen complémentaires ou de médicaments). Tout financement d'une coopération médecins/non médecins devraient sans doute inclure une part de paiement à la performance, pour s'assurer de la qualité de celle-ci. Par exemple, la qualité du suivi d'un patient diabétique pourrait se mesurer à son temps passé à la cible thérapeutique.

Rappelons que la rémunération du travail médical peut combiner plusieurs de ces modèles. Le Royaume-Uni est sans doute le pays qui a fait la preuve de l'imagination ou du pragmatisme le plus grand, puisqu'il combine du paiement à la capitation, du financement forfaitaire de l'outil de travail, du paiement par forfait pour certaines prestations, du paiement à la performance et des mécanismes d'intéressement au contrôle des dépenses induites.

CONTRIBUTION 12

LES FORMES DE COOPÉRATION POTENTIELLE ENTRE LES INFIRMIÈRES LIBÉRALES ET LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Florence Douguet et Alain Vilbord

— INTRODUCTION

Quelques 3 000 à 4 000 hommes et femmes franchissent chaque année le pas de l'installation en libéral. Venant rejoindre alors les quelques 60 000 professionnelles, dont environ 13 % d'hommes, déjà installées à leur compte, elles quittent donc, pour un statut d'indépendante, l'institution hospitalière ou la clinique privée où elles ont fait leurs premières armes, où certaines ont travaillé durant de longues années¹⁵⁷. Fort peu d'études, pour l'heure, se sont penchées sur ces infirmières libérales, tant du point de vue quantitatif que qualitatif.

Au fil du présent texte nous allons nous attarder dans une première partie sur quelques-uns des nombreux points qui ont fait l'objet d'une recherche réalisée il y a peu pour la DREES¹⁵⁸ et qui nous paraissent très liés à la question des formes de coopération entre ces professionnelles et les médecins généralistes, mais aussi les pharmaciens qu'elles sont amenées à côtoyer. Dans une seconde partie nous examinerons les effets à attendre, selon nous, de la délégation de soins des médecins vers les infirmières libérales. Ces avis émis et avant cela même, ce qui a trait aux caractéristiques retenues ici pour rendre compte de l'activité des infirmières libérales, doivent être assortis d'une certaine prudence. On a en effet affaire à bien des égards à un groupe relativement hétérogène, avec du coup des observations, des leçons tirées, etc. qui ne peuvent valoir pour le groupe dans son entier. Là où par exemple les unes sont ouvertes à la coopération et regardent en quelque sorte « vers le haut », d'autres sont bien moins intéressées et veillent à ne pas voir d'autres professionnelles moins qualifiées empiéter sur ces « soins de nursing » cotés en AIS qu'elles estiment être leur pré-carré...

¹⁵⁷ Entorse assumée à la grammaire, nous opterons ici pour l'utilisation générique du féminin. Nous veillerons toutefois à effectuer des distinctions entre infirmières et infirmiers quand cela sera nécessaire.

¹⁵⁸ Alain Vilbord, Florence Douguet, *Le métier d'infirmière libérale*, DREES, Document de Travail - Série Études, n° 58, 2006. L'étude est basée sur l'analyse d'un peu plus de 1000 questionnaires portant sur un échantillon représentatif à l'échelle nationale, de 120 entretiens biographiques, mais aussi sur les enseignements de tournées effectuées avec plusieurs professionnelles. Voir aussi Florence Douguet et Alain Vilbord *Le métier d'infirmière libérale, portrait sociologique d'une profession en pleine mutation*, Paris, Seli Arslan, 2007.

I. LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ACTIVITÉ DES INFIRMIÈRES LIBÉRALES

I.1. La formation reçue

Toutes les infirmières libérales sont obligatoirement passées sous les fourches Caudines de la formation en école d'infirmières – en IFSI dit-on désormais –. Pour autant que le niveau scolaire exigé, que les modalités de sélection et que la durée même de la formation¹⁵⁹ ont varié au cours des années, le principe d'une formation comprenant pour moitié des stages et pour moitié des cours a toujours été la règle. Le rythme par contre a évolué. Durant très longtemps, cette alternance se vivait quotidiennement, puisque l'une des demi-journées – le matin le plus souvent – était consacrée au stage dans un service et l'après midi aux différents cours.

Ce temps des stages, assurément, structure la formation, en constitue la colonne vertébrale. À les entendre, c'est là que le métier est rentré, c'est là que, sans échappatoire, elles ont eu le sentiment de devenir infirmières. Le reste, à la limite, meuble ou prépare, et n'en représente que les contours, les prémisses, le sas. Première toilette, première agonie... bien des expériences extrêmement éprouvantes ont ponctué, parfois très vite, une formation professionnelle placée sous le signe d'une pédagogie de la reproduction. On ne sera pas surpris de relever que les stages ont été souvent évoqués, non sans émotion parfois, comme les moments les plus intenses de tout le cursus. Dans tous les cas, les unes et les autres ont pris prestement la mesure d'un univers hospitalier marqué au coin par une hiérarchie très forte des métiers et des fonctions (où, comme l'a dit joliment l'une d'entre elle, « *il faut regarder le médecin entre le nœud de la cravate et la ceinture* »), par un travail en urgence aussi souvent, avec son lot de tensions, de situations où les uns et les autres – médecins notamment – ne se montrent pas nécessairement sous leurs plus beaux jours.

Au fil de ces stages aussi, déjà des goûts, des attirances se sont révélées. À écouter leurs propos, peut-on relever déjà si on va avoir affaire à des infirmières attirées par des services réputés techniques ou par d'autres, en médecine par exemple, moins tenus par l'urgence et, peut-être, laissant plus d'espace aux relations avec les patients ? Si certaines, peu nombreuses, expriment d'emblée qu'elles se rangent parmi les « relationnelles » ; de fait, la plupart disent clairement leur attirance pour les services « *où ça bouge* », comme la chirurgie, la traumatologie, le bloc, etc. « Techniciennes », « relationnelles »... il convient d'ailleurs de prendre avec quelques précautions cette dichotomie qui paraît s'imposer d'évidence, comme si les infirmières ne pouvaient appartenir qu'à l'une ou l'autre, alors que la réalité est bien plus complexe et que cette catégorisation bi-polaire n'a pas vraiment de consistance. Dans tous les cas, ce que l'on peut avancer, c'est que l'on a affaire à des élèves infirmières qui paraissent vouloir s'appropriier les savoirs, découvrir, apprendre, se familiariser avec des techniques particulières. Les stages en psychiatrie sont d'ailleurs unanimement décriés parce que « *on n'y fait rien de ses dix doigts* » et ceux en médecine ou en gériatrie assez peu courus. Alors qu'on pourrait donc s'attendre à croiser des jeunes femmes plutôt attirées par des stages en long séjour, etc., si l'on considère qu'aujourd'hui leurs pratiques professionnelles sont assez proches de cela à l'heure où leur clientèle est avant tout composée de personnes âgées, et leur métier appelant des qualités relationnelles évidentes ; de fait ce n'est pas le cas. On ne peut donc pas dire que ces infirmières-là, amenées plus tard à opter pour l'exercice libéral, étaient d'emblée peu attirées par un travail réclamant des compétences pointues. Si une

¹⁵⁹ En 1958, le premier programme officiel de formation des infirmières prévoyait deux années d'études. À l'heure actuelle, la durée de la formation est de 37 mois et demi.

tendance se dessine, à partir des entretiens réalisés, elle est même assez nettement inverse : à bien des égards, elles abordent le métier sans faux-semblants, avec une forte aspiration à s'engager et à payer de leur personne. On pressent qu'elles vont vouloir en découdre et seront plutôt de celles qu'*a priori* la complexité des soins, l'appel à la technique, etc. ne rebutent pas, tout au contraire. Ce point nous paraît important à souligner pour la suite.

Précisons enfin que l'exercice libéral apparaît être un non-lieu dans le cadre de la formation en IFSI. Bien souvent, les unes et les autres disent très simplement qu'elles étaient de toute façon à mille lieues de penser qu'un jour elles pourraient exercer en dehors de l'hôpital. Ce n'est en effet qu'une minorité qui avait un projet, sinon, avant cela même, une connaissance un tant soit peu précise de ce que pouvait recouvrir la pratique libérale¹⁶⁰. Certes les choses ont évolué au cours de ces dernières années, mais aujourd'hui encore, seule une minorité envisage sérieusement de travailler un jour en libéral.

I.2. La carrière hospitalière

Reconstituer les trajectoires hospitalières des infirmières libérales renvoie à des situations extrêmement diverses. Au-delà des installations directement au sortir de la formation¹⁶¹, chose qui n'est plus possible depuis 1992 (il faut désormais avoir travaillé deux années en hôpital ou en clinique pour s'installer en libéral), on observe deux « vagues » de départ, l'une parmi des infirmières ayant moins de cinq à six ans d'ancienneté, l'autre entre dix et treize à quinze ans. Entre ces deux moments il y a un léger creux, mais ce n'est là qu'une tendance. Par ailleurs, environ un tiers des infirmières interrogées n'ont connu, sinon qu'un seul poste avant leur arrivée en secteur libéral, du moins qu'un seul type de service.

Chaque trajectoire est singulière sans nul doute, mais un fait apparaît assez nettement : la majorité d'entre elles a surtout exercé dans des services où prédominent des soins que l'on dira « médico-techniques » tels que la réanimation, le bloc opératoire ou les urgences par exemple. Ce sont des services qualifiés d'« actifs » ou encore de « rapides » dans le milieu hospitalier¹⁶² (bloc opératoire, chirurgie, réanimation, urgences, transplantation, hémodialyse, soins intensifs...) en opposition aux dits « services lents » tels que gériatrie, longs et moyens séjours, alcoologie, psychiatrie, pédiatrie, etc.. Quand elles se remémorent leurs débuts de carrière, elles en éprouvent – et l'expriment ouvertement souvent – une certaine nostalgie. Ainsi le bloc opératoire et la réanimation n'étaient pas du tout, pour elles, des « services repoussoirs ». Souvent on a donc affaire à des infirmières qui étaient à leur aise dans la technique voire qui pouvaient être assez fascinées par les avancées technologiques qu'elles constataient année après année. Elles le disent

¹⁶⁰ Aujourd'hui, on le sait, quelques initiatives visent à fidéliser dans la pratique libérale des jeunes infirmières qui, dès leur formation, vont être « parrainées », « tubées », et ce afin de combler le déficit chronique d'infirmières libérales. On mesure alors le chemin parcouru – et celui qui reste assurément à parcourir – tant, jusqu'à il y a peu, les IFSI non seulement ignoraient la pratique libérale, mais la considéraient comme une trahison à la cause.

¹⁶¹ Environ 13 % des infirmières auxquelles nous avons eu affaire se sont installées directement au sortir de leur école. Sans surprise les hommes sont, quant à eux, 17,2 % dans ce cas. Chez les moins de 40 ans, infirmières et infirmiers confondus, cette proportion est de 17%.

¹⁶² Ainsi, par exemple, près du quart de ces premiers postes renvoie aux seuls services des urgences, de traumatologie, de réanimation, de bloc opératoire ou de soins intensifs. Selon les années cette part a pu monter à plus de 30 % (au début des années 1970 et à la fin des années 1980). Sans doute il y a-t-il des effets d'âge : les plus jeunes aspirent à en découdre, sont partantes pour aller vers des services rapides qui requièrent une forte disponibilité, un apprentissage permanent des nouvelles machines, etc. Il n'empêche, même si cela vient du fait qu'elles ont intégré que c'est par-là qu'elles devront de toute façon passer, compte tenu des postes disponibles, elles manifestaient un entrain, une appétence assurée.

d'ailleurs sans ambages : c'est de ce côté-là que régulièrement elles penchaient au départ.

Elles paraissent par contre en avoir vu les limites, compte tenu notamment des contraintes temporelles et d'une multiplicité des tâches qui faisaient qu'à un moment le décalage devenait trop grand entre le rôle charnière qui était censé être le leur et la quasi impossibilité de l'assumer réellement. Le manque de disponibilité revient alors comme un leitmotiv, les unes et les autres pointant les limites d'un travail dans ces services dits rapides, techniquement performants, mais où le patient, parfois, est tout juste identifié. Quand on interroge les unes et les autres sur les difficultés les plus ressenties dans le cadre d'un travail en hôpital, régulièrement il apparaît bien qu'est mise en cause aussi la teneur des relations hiérarchiques et plus largement la place faite au personnel infirmier. Forte impression de manque de collègues et de temps pour travailler correctement, obligation de se débrouiller souvent seule, etc. les propos entendus donnent l'impression que ces infirmières se sont quelque peu épuisées à la tâche. Elles semblent bien s'être données corps et âme à un travail qu'elles trouvaient passionnant ; jusqu'au moment où les contraintes ont été telles qu'elles ont déchanté voire se sont rendues compte en quoi il pouvait être dépersonnalisant. De fait, à entendre les infirmières que nous avons sollicitées, le manque de personnel les a amenées à être sur tous les fronts, et du coup à se rendre compte des limites de leur travail et du manque de prise en compte du patient. Il n'est pas rare alors que leur décision de diverger ait été prise à la suite de tel ou tel événement qui, en quelque sorte a été de trop. La coupe était pleine et ce qui, en d'autres temps, n'aurait été qu'un incident, les a amenées à se tourner bon gré mal gré vers l'exercice libéral.

Dernier point enfin que les infirmières libérales sollicitées ont très souvent évoqué, l'augmentation des tâches administratives paraît concentrer en quelque sorte les maux d'un hôpital où décidément une large part d'entre elles ne trouvait plus son compte. Standardisation des procédures de soins, recherche d'économie d'échelle, managérialisation des relations avec les cadres, etc. rien n'a échappé à nombre de ces infirmières, parmi les moins de 45 ans notamment, et il n'est donc pas étonnant qu'explicitement ces évolutions de l'organisation hospitalière soient évoquées directement comme cause de leur départ vers l'exercice libéral. Au-delà de dénonciations en termes généraux de ce qui était alors « *un nouveau climat* », « *une sale ambiance* », etc. tout ce qui a trait à la rationalisation du flux des patients a aussi souvent été évoqué. La courte durée du séjour des malades, l'impossibilité de prendre le temps de faire connaissance, la mise à l'index de ce qui leur apparaissait être le minimum et non « de la parlotte inutile », tout cela renvoie bien à des pratiques aux antipodes d'une certaine conception artisanale du soin¹⁶³ à laquelle souvent elles disent rester attachées.

I.3. Les raisons de leur départ vers l'exercice libéral

On l'a compris, c'est souvent sur un fond de déceptions, de sentiment d'occasions manquées, d'inachèvement vis-à-vis de la clinique, de l'hôpital où la grande majorité a fait ses premières armes que le départ d'un emploi salarié s'effectue. Toutefois, à bien des égards, d'autres motifs sont venus se greffer. Certains relativisent une vision univoque des circonstances de ce départ qui ne pourrait être que le fruit d'un choix délibéré. Ainsi, il est délicat d'évaluer la part des infirmières qui se sont

¹⁶³ Nous faisons en particulier référence ici à la définition de la fonction soignante (la quadruple disponibilité : temporelle, intellectuelle, morale et affective) que développe Claude Béraud, « Apprendre à soigner » dans P.H. Keller et J. Pierret (dir), *Qu'est-ce que soigner ?* Paris, Syros, 2000, pp. 142-143.

tournées vers l'exercice libéral, faute de parvenir à intégrer un emploi salarié en hôpital ou en clinique et donc parce qu'il n'y avait pas vraiment d'autres alternatives. Par ailleurs, à la question de savoir si l'installation en libéral a correspondu à un événement particulier, 21,4 % ont évoqué un déménagement (10,6 % des hommes et 22 % des femmes), occasionné ou non par un rapprochement de son conjoint ; 5,2 % des personnes interrogées ont évoqué la naissance d'un enfant et 3,5 % une rupture ou un divorce. Ici, et même si, à les entendre, elles ont parfois vite déchanté, le choix du libéral a pu s'inscrire dans la recherche d'horaires plus conciliables avec la vie de famille, notamment avec le temps que ces infirmières souhaitaient pouvoir consacrer à leurs enfants. Souvent les postes qu'elles occupaient les obligeaient à alterner des plages de travail qui les faisaient commencer très tôt le matin, ou finir très tard le soir, qui les amenaient aussi à effectuer des nuits et, à intervalles plus ou moins réguliers, des week-end.

Parfois, de fait, ces préoccupations se sont doublées d'une situation familiale qui s'est modifiée, à la suite d'une rupture conjugale par exemple, entraînant des impératifs nouveaux. Non sans une certaine naïveté disent-elles fréquemment, elles ont alors pensé que l'exercice en libéral leur permettrait d'être à la maison plus régulièrement, pourrait leur éviter des problèmes de garde, d'autant plus délicat à gérer qu'une part conséquente d'entre elles, ne l'oublions pas, réside et travaille en milieu rural, où les crèches sont peu nombreuses et, comme ailleurs, les assistantes maternelles pas toujours intéressées par des gardes d'enfants avec des horaires atypiques. Le fait de travailler avec des collègues dans un même cabinet les amenait aussi à croire qu'elles seraient en mesure de moduler leurs horaires, de s'abstenir de travailler le mercredi, de connaître plus de week-end en famille. Sans que l'on puisse véritablement faire la part entre les insatisfactions d'un travail en hôpital ou en clinique et, par-dessus le marché, le sentiment de passer à côté de moments sur lesquels elles ne pourront plus revenir (« *ne pas voir mes enfants grandir* »), le fait est qu'elles projetaient, semble-t-il, bien des avantages dans ce passage vers l'exercice libéral.

Qu'en est-il par ailleurs des considérations financières ? Alors que l'image de l'infirmière libérale, image qui perdure, est celle de quelqu'un de foncièrement intéressée par l'argent ; autant qu'on puisse en juger sur un sujet comme celui-là, les motivations financières ne paraissent pas véritablement avoir primé par-dessus tout. En tous les cas, elles ne sont que rarement la raison première de l'arrivée en libéral. Le rapport des unes et des autres à l'argent est, on s'en doute, très divers, mais au départ du moins, bien d'autres raisons semblent bien avoir pris le pas sur de telles préoccupations. Cette remarque vaut pour les infirmières. Du côté des infirmiers il n'en va pas de même. L'exercice libéral s'inscrit fréquemment pour eux dans une autre logique, dans une autre trajectoire, plus accommodée que véritablement choisie la plupart du temps. Leur volonté affichée d'exercer une « vraie profession libérale » passe notamment par un certain credo et par des moyens à se donner pour en retirer un revenu conséquent.

I.4. Les multiples activités des infirmières libérales

Depuis 1992 une distinction est faite entre les actes médico-infirmiers (AMI) et les actes infirmiers de soins (AIS). Les actes qu'effectuent les infirmières libérales se réfèrent à l'une ou l'autre de ces deux lettres-clés. Les actes en AMI sont des actes dits « techniques » tels que des injections, des chimiothérapies, des pansements chirurgicaux nécessitant un méchage ou une irrigation, une pose de perfusion, etc. Les actes en AIS sont des actes de soins d'hygiène (prévention d'escarres, etc.). Régulièrement ils sont parlés (improprement, puisque ces termes ne sont pas ceux

de la nomenclature officielle) en termes de « nursing », de « toilettes » voire de « change » par les infirmières elles-mêmes. En un an, environ 14 millions de patients bénéficient de soins infirmiers¹⁶⁴. Leur moyenne d'âge est élevée : 65 % des actes médico-techniques infirmiers (AMI) et 90 % des actes de soins infirmiers (AIS) sont réalisés pour des patients de plus de 70 ans. En nombre de coefficients, les AIS représentent 57% de l'activité d'une infirmière, et en nombre d'actes, 38 %. Il convient de noter que les patients bénéficiaires de soins en AIS sont dépendants, l'infirmière se déplace donc à leur domicile pour la réalisation de leurs soins.

Au-delà de ces données statistiques, il faut souligner combien les soins dispensés par les infirmières libérales ont évolué. Dans le courant des années 1970 et 1980, les injections, les prélèvements sanguins et les perfusions constituaient une large part de l'activité de l'infirmière libérale. Mais les médicaments qui étaient autrefois injectés, sont aujourd'hui administrés sous d'autres formes (patchs, comprimés). Par ailleurs, certaines injections ont été confiées aux patients ou à leurs proches (par exemple les injections d'anticoagulants ou encore d'insuline). À cet égard, la progression des autosoins a pu développer chez les infirmières libérales un sentiment de déposssession de certaines de leurs anciennes prérogatives. En contrepartie, les infirmières libérales indiquent réaliser des pansements de plus en plus « compliqués », « délicats », « spécifiques » ou « post-opératoires ». La complexification de ce type de soin s'explique par la diminution de la durée moyenne de séjour des patients accueillis dans les services hospitaliers, notamment dans le secteur chirurgical. Au regard de la pratique soignante, de tels actes sont jugés « plus gratifiants » dans la mesure où ils permettent de renforcer la dimension technique de l'activité. Néanmoins, ils sont aussi jugés peu rentables sur le plan financier, dans la mesure où ils sont rémunérés « au forfait », c'est-à-dire indépendamment du temps passé auprès du malade. Enfin, les infirmières libérales signalent l'apparition de nouveaux soins au cours d'une période plus récente. Les soins palliatifs et les chimiothérapies (sur lesquelles nous reviendrons dans la seconde partie). Au sujet, des soins palliatifs, les infirmières libérales constatent la plus grande fréquence des accompagnements de fin de vie à domicile ainsi qu'une nette amélioration de la prise en charge de la douleur (en lien avec la banalisation de l'usage de la morphine).

Néanmoins, pour une bonne partie des professionnels libéraux rencontrés, le travail réalisé auprès des personnes malades ne se limite jamais au seul fait de dispenser des soins spécialisés ou les dits « soins d'hygiène ». À cet égard, la fonction réelle de l'infirmière en secteur libéral déborde largement du cadre de sa fonction légale telle que celle-ci peut être définie par l'article L.473 du code de la santé publique. Au-delà des soins répertoriés et cotés par l'assurance maladie, les infirmières et les infirmiers libéraux mènent une multiplicité d'autres activités, non officielles dans le sens où elles ne sont ni prescrites par les médecins, ni reconnues par les caisses d'assurance maladie et par conséquent non rétribuées. Il s'agit avant tout des relations avec les familles de leurs patients puisque tout un pan de leur activité consiste indubitablement en un tel travail relationnel qui peut prendre des formes extrêmement variées (contacter la famille, informer les proches du malade, etc.). Un second versant porte sur les multiples façons d'aider les patients, de leur rendre des services, d'effectuer des tâches qui quelquefois ne requièrent pas beaucoup de temps et d'énergie, mais qui peuvent aussi leur demander bien plus (faire des courses, préparer le petit-déjeuner, faire des réparations dans le logement, etc.). Un troisième volet enfin renvoie à des tâches que l'on dira « administratives ». Il ne s'agit pas ici des nécessités liées *stricto sensu* à leur travail (relations avec les caisses d'assurance maladie, rédaction des dossiers des patients, etc.) mais bel et

¹⁶⁴ Source : CNAMTS.

bien de l'aide apportée directement aux personnes que ces infirmières soignent et qu'elles doivent guider dans les différentes démarches inhérentes à leur état (remplir leurs feuilles d'assurance maladie par exemple).

I.5. Les relations avec les médecins et les pharmaciens

Le statut paramédical des infirmières, dans le secteur hospitalier comme dans le secteur libéral, est directement issu de la division du travail médical, elle-même organisée par la profession dominante. Pour autant, on le sait bien, les frontières entre le travail des infirmières et celui des médecins font toujours l'objet de débats et de négociations. Sur ce point toutefois, près de la moitié des infirmières libérales que nous avons interrogées par questionnaire déclarent entretenir de « bonnes » relations avec les médecins généralistes (46 % de citations). Assez loin derrière ce premier item, les relations sont situées sur le plan de la « collaboration » (12 %) et caractérisées de « cordiales » (10 %). Ces relations ne semblent cependant pas aller au-delà de la bonne collaboration professionnelle : les items « entraide » et « compréhensives » ayant en effet été très peu retenus (1 % chacun). Moins massivement, les professionnelles interrogées qualifient négativement ces relations. Quand elles le sont, cela tient essentiellement à leur caractère « confidentiel et lointain » (10 %) et « superficiel » (7 %). Pour autant, les rapports avec les praticiens sont très rarement qualifiés de « conflictuels » (1 %). Entre ces deux tendances, une petite proportion d'enquêtées inscrit ces relations dans le registre de la neutralité : elles sont « correctes » (6 %) ou encore « normales » (3 %).

Au fil des entretiens, nous avons recueilli un certain nombre d'éléments susceptibles de préciser la teneur et les enjeux de ces relations entre infirmières libérales et médecins. D'abord nous avons entendu la mise en avant de compétences particulières, qu'elles veillent à actualiser, là où quelquefois le médecin accuse un certain retard (en matière de prise en charge de la douleur par exemple). Elles l'excusent volontiers par avance, tant il est justement généraliste, omnipraticien, là où leurs interventions sont sur des registres assez limités, ce qui leur permet de se spécialiser en somme. D'emblée, elles se positionnent donc comme des partenaires techniciennes, compétentes et disponibles, agissantes et non pas comme de simples exécutantes de prescriptions ou de dociles auxiliaires médicales. Loin de l'image traditionnelle de la « piqueuse » soumise à l'autorité médicale, l'infirmière libérale contemporaine semble bien se revendiquer comme véritable coéquipière du médecin généraliste. Il faut cependant qu'elle sache comment s'y prendre pour informer, pour suggérer, pour signaler sinon pour alerter. Elles mettent en avant leur capacité à composer, contourner, donner des gages de bonne volonté. Sans affronter donc directement le médecin, elles savent comment procéder pour ne rien céder sur le fond. Ce faisant, de nombreuses infirmières paraissent parvenir sans trop de difficultés à orienter le contenu des prescriptions médicales. Ces processus de négociation, au sens d'Anselm Strauss¹⁶⁵, reposent sur des discussions, des accords, des arrangements, des marchandages, etc. et obéissent à des règles implicites très variables d'un praticien à l'autre. Ces variations sont souvent attribuées aux traits de personnalité et de caractère propres aux uns et aux autres. Pour autant, glisser, suggérer, la pratique est délicate, elle requiert de l'expérience, du doigté, un temps de mise en phase, d'approche... et la partie n'est que rarement gagnée d'avance. À cet égard, les infirmières développent des tactiques telles que demander les choses avec déférence et modestie, aller rapidement à l'essentiel, contacter le médecin au moment le plus propice, ne pas remettre frontalement son

¹⁶⁵ Anselm Strauss, *La Trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, 1992.

expertise en question et faire en sorte qu'il pense que les prises de décisions finales lui reviennent même si elles lui ont été « fortement suggérées ».

Nous avons entendu parler à plusieurs reprises de « *confiance mutuelle* ». Mais à côté de ces propos, nous avons aussi relevé les signes d'une coopération sous tension. Ainsi, il apparaît clairement que les échanges entre infirmières libérales et médecins généralistes constituent pour le moins une communication compliquée et à sens unique. Ainsi, les infirmières ont bien des difficultés à joindre les médecins et elles consacrent parfois beaucoup de temps à cette activité. En outre, ce sont presque toujours elles qui les joignent par téléphone, qui viennent à leur rencontre à leur cabinet (lorsque celui-ci se situe à proximité du leur) ou qui s'arrangent pour les rencontrer chez le patient. La démarche inverse est plus rare. Ces sollicitations, que l'on dira unilatérales, visent à faire état de l'évolution du patient (dégradation) ou de la présence de douleur ou de symptômes inquiétants, à décrire une plaie, à demander des précisions en matière de posologie ou encore à ajuster un traitement jugé inadapté. Par ailleurs, la communication entre infirmières libérales et médecins généralistes reste fortement médiatisée par l'intermédiaire de la secrétaire du cabinet médical (avec laquelle il peut être utile de sympathiser), du patient (« *vous direz au médecin...* ») ou encore du « cahier de liaison » (même si l'écriture du médecin est « *illisible au possible* »...). Certains éléments facilitent toutefois la communication entre les deux professionnels, comme le fait de partager les mêmes locaux, le même secrétariat et les mêmes patients ou encore l'interconnaissance personnelle.

Globalement, et ce à maintes reprises, les infirmières nous ont fait part de leur impression de ne pas être suffisamment écoutées et surtout sollicitées par les médecins. Elles ont pourtant le sentiment d'être détentrices d'informations essentielles sur les malades, du fait de leur présence quotidienne auprès de ceux-ci et de la nature des soins dispensés. Elles sont alors promptes à dénoncer la méconnaissance et le mésusage de tous ces savoirs empiriques par les médecins. Pour autant, qu'à cela ne tienne, à les entendre, mais constats faits aussi en les accompagnant dans leurs tournées, il apparaît que les infirmières libérales n'en restent pas, la plupart du temps, à la seule réalisation des consignes données. Elles interprètent, elles adaptent, elles corrigent quelquefois les traitements. Assurément elles disposent d'une certaine marge d'autonomie en la matière, qu'au besoin elles s'octroient d'elles-mêmes. Et il est probable que personne n'est dupe.

Elles se posent volontiers par ailleurs en défenseur de la Sécurité sociale et on pressent vite les frictions qui peuvent apparaître, dès lors qu'il s'agit de définir les responsabilités de l'inflation des dépenses en matière de santé. Le sujet est sensible puisque régulièrement les infirmières sont interpellées sur le coût de leurs interventions, notamment pour ce qui est des AIS. Nombre de propos recueillis ont eu trait à « leur ligne de défense » en quelque sorte. Ainsi, celles-ci peuvent reprocher aux médecins de prescrire des passages infirmiers trop nombreux, des médicaments ou des matériels dont disposent déjà les malades (les infirmières recyclent et gèrent souvent ces stocks en vue justement de limiter le gaspillage). Mais surtout, elles peuvent leur reprocher de prescrire des toilettes qu'elles n'hésitent pas à qualifier d'« *injustifiées* » et de répondre favorablement aux demandes des patients, lesquels sont souvent perçus comme étant de plus en plus consuméristes.

Il importe de souligner enfin que les interactions entre infirmières libérales et médecins généralistes sont affectées par des effets de génération, d'âge, de période ou encore de genre. Ceci amène à rappeler que la relation infirmière/médecin ne constitue pas seulement une relation interprofessionnelle,

mais plus largement aussi une relation sociale qui met en présence deux individus ayant chacun leurs caractéristiques sociales.

Les soignantes qui se sont directement installées en libéral – elles pèsent encore pour 15 % de l'ensemble – sont les plus critiques vis-à-vis des médecins. Celles qui le sont le moins ont la plus large part de leur activité dans les soins d'hygiène. Croisés avec l'âge, se dégage ici le profil de femmes, anciennes dans la carrière, travaillant beaucoup, en ville essentiellement, mettant en avant des valeurs humanistes plus que la technicité pour caractériser leur métier. Par ailleurs, les infirmières qui effectuent le plus d'actes techniques, qui dans le même temps peinent à maîtriser leurs horaires, qui totalisent aussi le plus d'actes, sont celles qui expriment le plus vivement leur insatisfaction vis-à-vis des médecins. Quand leur installation est récente, les reproches sont exacerbés. On perçoit bien ici les difficultés d'une position en forte tension. Ce qu'elles considèrent comme leur métier prend une part de plus en plus congrue, et ce pour bien des raisons (évolution de la posologie, développement des soins ambulatoires,...). Elles adressent alors aux médecins généralistes des reproches renvoyant à une insatisfaction très marquée de leur situation actuelle, insatisfaction qui se manifeste d'ailleurs sur bien d'autres versants : militance syndicale forte, dénonciation de la baisse régulière de leurs revenus, annonce de l'arrêt à plus ou moins brève échéance de leur carrière en libérale, etc.

Par ailleurs, l'ancienneté et l'âge du médecin lui-même peuvent être déterminants. Les soignantes expérimentées constatent qu'au fil des années, les rapports entre infirmières et médecins sont devenus moins autoritaires et hiérarchiques. La distance séparant les deux catégories professionnelles se serait quelque peu réduite. Ces transformations conduisent à distinguer deux générations de médecins généralistes, l'ancienne et la jeune, avec lesquelles on entretient des rapports d'une nature différente.

Enfin, les infirmiers et les infirmières n'entretiennent pas le même genre de rapport avec la profession médicale. Dans le questionnaire que nous avons administré, les hommes indiquent, un peu plus souvent que les femmes, entretenir des relations de confiance avec les médecins généralistes. En outre, ils ne considèrent quasiment pas ces relations comme lointaines et superficielles (11 % des infirmières ont opté pour cet item contre seulement 4 % des infirmiers). Ces écarts entre hommes et femmes sont amplement confirmés par les entretiens. Les interactions avec les médecins sont dans l'ensemble qualifiées très positivement par les infirmiers. La dimension sexuée est à prendre en considération ici. Les infirmiers parviennent plus facilement que les femmes à échapper à la domination médicale du fait de leur proximité de genre avec ses représentants. Les infirmiers peuvent aller jusqu'à faire état d'une relation d'égal à égal et à considérer les praticiens comme des pairs, des confrères¹⁶⁶... Tout ce passe finalement comme si la proximité de genre contribuait à effacer la distance sociale séparant les deux professionnels.

Pour ce qui concerne les pharmaciens, les rencontres avec les infirmières libérales peuvent être quotidiennes et même pluriquotidiennes. Les unes et les autres passent ainsi bien souvent chaque jour à la pharmacie pour y chercher des médicaments et du matériel de soins, y déposer des ordonnances mais aussi des prélèvements sanguins qui sont ramassés une ou deux fois par jour par le laboratoire d'analyses médicales. Lorsque l'on exerce sur un territoire rural, on s'adresse à l'unique pharmacie du village. En revanche, les infirmières qui sont

¹⁶⁶ L'expression de cette proximité sociale doit être considérée avec prudence. En effet, les médecins peuvent ne pas partager cette vision des choses et considérer les infirmiers avant tout comme des « paramédicaux ».

installées sur un secteur urbain ont le plus souvent un réseau de quelques pharmacies, dont une avec laquelle elles « *travaillent en priorité* »¹⁶⁷. Dans l'ensemble, les infirmières libérales entretiennent de bons rapports avec les pharmaciens¹⁶⁸. Elles expriment certaines attentes vis-à-vis des pharmaciens, et de la satisfaction de ces attentes dépend la bonne entente avec ces professionnels.

Il importe tout d'abord que les pharmaciens puissent leur fournir tout ce dont elles ont besoin pour réaliser leurs soins, et ce, le plus rapidement possible. Les officines doivent aussi reprendre le matériel non adapté ou défectueux et le cas échéant procéder à des dépannages. Les infirmières libérales apprécient également d'être tenues informées des « *dernières nouveautés* » par les pharmaciens (qui détiennent eux-mêmes ces informations des délégués pharmaceutiques). Quelquefois, ce sont les infirmières qui leur signalent telle ou telle nouveauté dont elles ont appris l'existence au cours d'une formation. Elles attendent aussi des pharmaciens qu'ils assurent le lien entre elles-mêmes et les patients sur les questions relatives aux prescriptions.

Par ailleurs, il est primordial pour les infirmières de ne pas être traitées comme des clientes ordinaires dans les officines. Dans cet espace, elles veulent être considérées comme des professionnelles de la santé à part entière (« *blouse blanche* ») et signifier ainsi leur proximité avec la profession de pharmacien. Dans la pratique, il va s'agir de négocier pour « *passer par derrière* » et atteindre le monde professionnel situé à l'arrière du comptoir. Dans ces conditions, on comprend que les infirmières puissent mal vivre leur maintien forcé dans le monde des profanes (devant le comptoir).

Rendant compte de la fonction de contrôle des prescriptions par les pharmaciens, Dominique Cèbe écrit : « *Les médecins seraient responsables des autres contraintes, à la fois par leur façon de prescrire, qui est jugée "discutable" – aussi bien sur le plan du fond que celui de la forme (un pharmacien parle même d'ordonnances peu précises qu'il nomme ironiquement des "listes de commissions") – et également par leur comportement, quelquefois peu amène, vis-à-vis du pharmacien* ».¹⁶⁹ À cet égard, régulièrement infirmières libérales et pharmaciens coopèrent étroitement pour interpréter, lire en duo, en pestant parfois, la mauvaise écriture, lire aussi entre les lignes, compléter, adapter, joindre ensemble au téléphone un médecin et être complices à demi mots de petits (ou de grands ?) écarts entre l'ordonnance et ce qui est délivré effectivement. C'est aussi, bien entendu, une des facettes de la résistance à la domination que de pouvoir se prévaloir d'une telle marge de manœuvre voire d'une certaine liberté de jugement, sans oublier la capacité à nouer des alliances en se ressentant alter ego. Dans tous les cas, ce qui ressort sur ce registre, c'est le travail d'interprétation et d'adaptation des consignes (ordonnances, directives lors des visites, ...), et dans le même temps, la « *clandestinité* » pour ainsi dire de ce travail à la fois discursif et agissant que les infirmières libérales effectuent.

Pour terminer, il est intéressant de signaler une pratique informelle autour des médicaments et autres produits pharmaceutiques très répandue chez les infirmières libérales. Celle-ci consiste à « *recupérer* » les médicaments inutilisés à la fin d'un

¹⁶⁷ Effectivement, les patients d'une même clientèle ne recourent pas tous à la même pharmacie. Pour des raisons pratiques, les infirmières préfèrent collaborer avec la pharmacie la plus proche de leur cabinet ou bien avec celle qu'elles apprécient le plus : « *Vous êtes libre de choisir la pharmacie que vous voulez, sachez que je ne vais pas chercher vos affaires dans cette pharmacie, c'est tout.* » Claire, infirmière libérale.

¹⁶⁸ Il faut rappeler que les pharmaciens sont des précieux partenaires quant il s'agit de se constituer une nouvelle clientèle. Au moment de leur installation, bon nombre d'infirmières rendent ainsi « *visite* » aux pharmaciens du secteur.

¹⁶⁹ Dominique Cèbe, « *Pharmacie d'officine et division sexuelle du travail* » in Pierre Aiach, Dominique Cèbe, Geneviève Cresson, Claudie Philippe, *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Rennes, ENSP, p. 164.

traitement ou bien après le décès d'un patient. Les infirmières parviennent ainsi à se constituer « *leur pharmacie* ». Le cas échéant, elles indiquent au pharmacien qu'il n'est pas utile de délivrer telle ou telle chose dont elles disposent déjà¹⁷⁰. L'économie inhérente à cette pratique est largement mise en avant par les professionnelles. Se posant en défenseurs de la sécurité sociale, leurs petits arrangements contribueraient à réduire quelque peu les dépenses de santé. Du reste, on peut y voir aussi un moyen de (re)légitimation d'une profession dont l'activité a parfois pu être pointée du doigt en raison de son haut niveau de rentabilité.

¹⁷⁰ En amont, elles peuvent également signaler au médecin qu'il n'est pas utile de prescrire tel ou tel médicament.

II. LES EFFETS À ATTENDRE DE LA DÉLÉGATION DE SOINS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES VERS LES INFIRMIÈRES LIBÉRALES

II.1. Les atouts dont disposent déjà les infirmières libérales

II.1.1. Des compétences techniques et relationnelles à mobiliser et à valoriser

Comme il a été souligné dans le premier chapitre, les infirmières libérales ont une pratique soignante avérée du fait de leur formation initiale (basée sur le principe de l'alternance) et du cumul de leurs expériences hospitalières au sein de services où prédominent des soins médico-techniques. Bien souvent, on tend à associer l'activité des infirmières libérales, à la mise en œuvre de compétences bien plus relationnelles que techniques compte tenu de la part grandissante que prennent, dans leur travail, les soins de *nursing*. Pourtant, bien des infirmières libérales se définissent comme des « *techniciennes dans l'âme* » et expriment leur frustration de ne pas pouvoir mettre en œuvre leur technicité. Au passage, nous noterons que ce regret exprimé est plus affaire de femmes que d'hommes et que d'ailleurs, globalement, ces derniers sont moins critiques et paraissent par exemple mieux s'accommoder de la part grandissante d'AMS. Indéniablement, le transfert d'actes médicaux (assimilables, par certains côtés, aux AMI) offrirait aux infirmières libérales les conditions nécessaires à la concrétisation de cette technicité. La satisfaction retirée de l'activité s'en trouverait alors accrue¹⁷¹.

En outre, il ne faut pas négliger le fait que, d'une manière générale, les jeunes diplômées d'État sont attirées par les services dits « techniques » et « rapides ». On peut alors penser qu'un renforcement de la dimension technique du métier d'infirmière libérale rendrait ce mode d'exercice plus attractif aux yeux de ces jeunes générations. Sur un plan démographique, cette attractivité pourrait avoir pour effet de renouveler et de « rajeunir » quelque peu une profession souvent qualifiée de « vieillissante »¹⁷².

Pour autant, les compétences relationnelles des infirmières libérales ne sont pas en reste. Interrogées sur les qualités qui, selon elles, sont nécessaires pour exercer le métier d'infirmière libérale, les répondantes à notre questionnaire ont largement mis l'accent sur les compétences relationnelles : au premier rang viennent en effet la disponibilité, puis le sens du contact humain et la patience. Sur ce versant aussi, ces infirmières libérales revendiquent une bonne connaissance des malades et de leur entourage : « *On connaît tout des patients* ». Les infirmières effectuent en effet la majeure partie de leurs interventions dans l'univers privé du patient. De leur côté, les médecins n'entretiennent pas de relations quotidiennes avec leurs patients et n'ont donc pas de perception aussi fine de leurs conditions de vie. On peut penser que la proximité des relations entre infirmières libérales et malades constitue un atout pour le transfert de certaines tâches, en particulier celles qui relèvent de la prévention et de l'éducation thérapeutique du patient (notamment dans le cadre de pathologies chroniques comme le diabète).

¹⁷¹ « *On fait des nursing parce que déjà on est obligé, c'est pas ce qui nous attire le plus franchement dans notre métier, mais bon.* »

¹⁷² En 2005, l'âge moyen des infirmières libérales avoisinait 44 ans et 38,3 % d'entre-elles sont âgées de 50 ans et plus. Source : Adeli.

II.1.2. Une aspiration, sous certaines conditions, à déléguer des AIS à d'autres personnels

Confier des tâches médicales aux infirmières libérales suppose que celles-ci transfèrent à leur tour, certaines de leurs tâches à d'autres catégories professionnelles. À cet égard, on peut noter que ces pratiques de délégation existent déjà. Elles portent essentiellement sur les AIS et en particulier sur les soins d'hygiène. Ainsi, les infirmières libérales (à vrai dire plutôt les infirmiers) à haut niveau d'activité et à fort pourcentage d'AMI voient peu d'inconvénients à ce que les toilettes soient confiées aux aides-soignantes. Ces professionnelles jugent que les toilettes sont fort peu intéressantes, tant sur le plan financier que sur le plan de la pratique. Précisons que les toilettes réalisées actuellement sont jugées plus difficiles, plus compliquées qu'auparavant puisqu'elles concernent des malades plus lourdement atteints. Ces soins d'hygiène prennent du temps et nécessitent davantage de précautions, d'où leur moindre rentabilité financière aux yeux des infirmières à forte activité. Aussi ces dernières ont-elles tendance à déléguer les AIS au profit des AMI qui, au-delà de leur intérêt financier, vont leur permettre de mettre en œuvre leurs compétences techniques. Les demandes de toilettes sont alors quasi systématiquement réorientées vers des cabinets infirmiers qui les acceptent ou bien vers des structures de soins à domicile qui emploient des aides-soignantes (CCAS, SSIAD, etc.). Quelques-unes de ces infirmières, à haut niveau d'activité, vont jusqu'à estimer que les actes de *nursing*, que l'on pourrait qualifier de « légers » (« *toilettes aux lavabos* » ; « *distribution de médicaments* » ; « *bains de pieds* » ; « *premiers soins d'urgence* »,...), pourraient être assurés et/ou sont déjà assumés par les auxiliaires de vie sociale (« *on ne dit rien* »). Il arrive aussi que l'on invite les familles des patients, considérées comme des ressources à la fois « naturelles » et « inépuisables » « *à se débrouiller* ». Indéniablement, toutes ces pratiques de délégation qui existent déjà en aval de la chaîne de production des soins forment un contexte favorable à une éventuelle délégation s'opérant en amont de la chaîne (des médecins vers les infirmières).

II.1.3. Des qualités organisationnelles et un souci certain pour la continuité des soins

Aucun cadre légal ne fixe les modalités du travail quotidien de ces infirmières libérales qui doivent alors faire montre de leurs qualités organisationnelles¹⁷³. Les modes de *management* de l'activité sont, on s'en doute, très variables d'un cabinet à l'autre, d'une infirmière à l'autre. Pour autant, on peut constater une certaine homogénéité dans les manières de planifier leur activité. Dans la plupart des cas, les cabinets programment deux, voire plus, « *tournées* » de soins au domicile de leurs patients. En plus de ces tournées, les infirmières peuvent organiser des « *permanences de soins* » à leur cabinet et être de garde la nuit¹⁷⁴ ou le week-end. L'alternance des temps de travail et de repos est également conçue de façon à assurer la permanence des soins auprès de la clientèle (instauration d'un système de relèves). Dans les cabinets où les effectifs sont suffisants, les infirmières s'arrangent aussi pour prendre leurs congés à chacune à leur tour.

Ces diverses façons d'orchestrer le travail au sein des cabinets infirmiers participent véritablement à la continuité des soins. Cela semble être une compétence typiquement infirmière en secteur libéral, puisque selon la CNAMTS « En ayant recours à un système de jours d'activité et de repos variable et qui, de toute façon,

¹⁷³ Lesquelles peuvent aussi, nous l'avons montré dans notre étude, résulter de leur socialisation primaire.

¹⁷⁴ Même si les interventions nocturnes sont, en réalité, peu fréquentes.

dépasse le cadre de la semaine, les infirmiers libéraux assurent en ville la continuité indispensable des soins infirmiers. [...] Ce mode d'organisation professionnelle apparaît très différent de celui des médecins libéraux qui, quand ils sont actifs du lundi au vendredi, le sont presque tous ensemble, le sont encore à 80% le samedi (du moins le matin) et le sont rarement le dimanche¹⁷⁵ ». Ces modes d'organisation paraissent constituer des conditions plutôt favorables à la mise en œuvre de la délégation de tâches et de la coopération entre médecins et infirmières.

Au-delà du statut libéral : une capacité à travailler en équipe héritée de l'hôpital

Une récente enquête de la DREES montre que la possibilité d'obtenir du soutien au sein d'une équipe constitue un élément de satisfaction au travail chez les salariés des établissements de santé. Cette solidarité s'observe en particulier dans les services les plus techniques¹⁷⁶ ; services par lesquels, nous l'avons souligné, sont bien souvent passées les infirmières libérales. On peut alors penser qu'une fois intériorisées, ces habitudes de travail vont être reproduites dans le cadre de l'exercice indépendant. Les infirmières libérales décrivent en effet diverses formes d'entraide qui ne sont pas sans rappeler celles qui sont régulièrement relevées dans le milieu hospitalier.

- Soutien moral et psychologique dans les situations difficilement supportables sur le plan émotionnel : l'accompagnement d'un patient en fin de vie, la mort, la souffrance, etc.
- « *Coups de main* » dans les moments de surcharge de travail : celle qui a pris du retard sur sa tournée peut être aidée par la collègue qui a déjà achevé sa tournée.
- Coopération pour réaliser un soin délicat sur le plan technique : « *un gros pansement* ».
- Entraide pour la manipulation de certains malades : patients obèses ou très lourdement dépendants, etc.

Il est à noter que ces formes d'entraide et de solidarité peuvent aussi avoir cours entre cabinets.

Les modes de communication sont aussi très largement inspirés des rituels des équipes hospitalières. Entre chaque tournée, les infirmières programment des « *transmissions* » au cours desquelles elles échangent des informations relatives au contenu des tournées menées en parallèle ou successivement.

De telles habitudes collectives constituent un préalable à l'élargissement des modes de coopération dans le cadre de la pratique médicale de ville. Ces pratiques, déjà bien ancrées chez les infirmières libérales, peuvent favoriser le passage d'une forme de coopération intra-professionnelle à une forme de coopération inter-professionnelle.

¹⁷⁵ CNAMTS, *Point de conjoncture*, octobre 2002, n°6 p. 28 et p. 29.

¹⁷⁶ Sur ce point, voir par exemple Danièle Le Boul, Marie-France Couilliot, Florence Douguet et al., *Mourir aux urgences. Etude des représentations des soins palliatifs chez les soignants et analyse de leurs pratiques de soin et d'accompagnement du malade mourant et de sa famille dans un service d'urgence*, Rapport de recherche UBO - Département de Sciences Humaines et Sociales de la Faculté de Médecine et Université Paris 13-CRESP pour la Fondation de France, 2005.

Une certaine disposition à se former en permanence pour « rester à la pointe »

Au-delà des compétences résultant de la formation initiale et du cumul des expériences professionnelles, il est primordial pour bon nombre d'infirmières libérales de se « *tenir au courant* », de se « *renouveler* » afin de ne pas « *prendre des habitudes* » (sous-entendues mauvaises et dépassées). Ainsi, près de 60 % des infirmières interrogées par questionnaire indiquent avoir effectué des stages de formation complémentaire¹⁷⁷ depuis leur installation en libéral. Dans un contexte qui pourtant, en termes de disponibilité, ne leur est pas favorable. Les formations ayant trait à la chimiothérapie et à la cancérologie arrivent largement en tête avec 41 % des citations. Les autres thèmes de formation cités concernent les soins palliatifs (10 %), le sida (7 %), le diabète et la dialyse (6 % chacun). Au-delà des stages dits « courts » (oscillant d'une demi-journée à plusieurs journées complètes), certaines infirmières ont aussi suivi des formations longues et diplômantes. Les diplômes universitaires (DU) ou inter universitaires (DIU) ayant un rapport direct avec l'activité de soins sont alors, et de loin, les plus prisés (citons par exemple, les diplômes universitaires en chimiothérapie, oncologie, soins palliatifs, accompagnement de fin de vie ou douleur chronique). Dans l'ensemble, les infirmières libérales cherchent à perfectionner leurs pratiques pour répondre aux besoins de leurs patients. Aussi, certaines demandes de soins spécialisés (soins jugés, rappelons-le, les plus intéressants sur le plan de la pratique) peuvent être à l'origine d'une démarche de formation. Il s'agit bien de se former pour être au point techniquement, mais aussi pour être en capacité de prendre en charge tel patient.

Ces compétences acquises dans le cadre de la formation continuée constituent des atouts de taille pour envisager les nouvelles formes de coopération entre médecins et infirmières. Il faut préciser qu'infirmières et médecins peuvent déjà se côtoyer lors de ces formations, notamment à l'université. Au final, les infirmières libérales peuvent avoir des diplômes communs avec les médecins, voire être titulaires de diplômes qu'eux-mêmes ne détiennent pas. À cet égard, la formation diplômante les aide (selon leurs dires) à mieux se positionner par rapport aux médecins, à instaurer avec eux une relation de collaboration, plus que de soumission. Le diplôme peut donc légitimer, aux yeux des médecins, les infirmières libérales dans la prise en charge de tâches traditionnellement dévolues aux seuls praticiens.

II.2. Les limites et les conditions à la délégation

II.2.1. « C'est notre fond de commerce » ou la nécessité de prendre la mesure des enjeux financiers des AIS

Aujourd'hui le débat sur l'activité des infirmières libérales porte très largement sur les AIS et se focalise sur la différence entre ces actes et l'aide à la toilette qui peut relever du travail d'une auxiliaire de vie, comme cela a été signalé plus haut. Ce débat est fondamental lorsque l'on sait qu'environ 57 % des actes réalisés en 2003 par les infirmières libérales étaient des AIS. L'autre question qui court, en ce qui concerne ces AIS, part du constat d'un écart très important de la part que représentent ces actes dans l'activité des infirmières libérales selon les zones géographiques. En 2000, d'après les chiffres cités dans l'enquête CREDES-ECILAD, quand, dans un département comme l'Aube, la part d'AIS était de 13 % et dans les Vosges de 23,5 %, elle était dans le Gard et dans les Pyrénées Orientales,

¹⁷⁷ Sur le plan réglementaire, c'est le Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux (FIF-PL) qui gère le financement de la formation continue des infirmières libérales.

de 82,7 % et dans le Rhône de 78,8 %¹⁷⁸. Une étude de la CNAMTS a apporté d'intéressantes explications à ces écarts : « Tout se passe comme si les infirmières arbitraient au sein de leur activité entre AIS et AMI. La tendance est une activité en AIS d'autant plus forte que la densité (et donc potentiellement la concurrence entre professionnels) est importante. En ce qui concerne les coefficients AMI, leur consommation dépend fortement de la proportion de personnes âgées dans le département. [...] Il y a bien deux pratiques professionnelles différentes. Un petit tiers (environ 30 %) des infirmières réalisent en majorité des actes techniques. Certaines d'entre elles (6 %) réalisent même en quasi-totalité des AMI. À l'opposé, un tiers des infirmières exercent leur activité en faisant plus de 80 % d'AIS et une infirmière sur dix ne fait pratiquement que des AIS. »¹⁷⁹

En somme, il y a bien un effet « offre » en ce qui concerne les AIS. Quand les infirmières libérales sont peu nombreuses, elles ont tendance à donner la priorité aux AMI et tendent à déléguer, *de facto*, les actes d'hygiène à d'autres professionnels. Cette prise en charge de patients dont l'autonomie pour la toilette est pourtant réduite ou nulle n'est pas considérée par elles comme étant de leur ressort mais de celui d'un personnel non infirmier. Par contre quand elles sont nombreuses, elles évaluent les choses tout autrement, défendent leurs spécificités, développent des points de vue sur l'intérêt « *de faire de l'hygiène un soin de vie* », « *un soin global* ». Les soins d'hygiène sont également envisagés comme une composante centrale du « *rôle propre infirmier* »¹⁸⁰. Au final, leurs arguments apparaissent plutôt à géométrie variable.

La profession d'infirmière libérale recouvre une grande diversité de pratiques et les unes et les autres ont plutôt tendance à camper sur leur pré-carré. Dans un tel contexte, comment envisager la délégation et la coopération entre médecins généralistes et infirmières ? D'un côté, on peut présager que les infirmières libérales qui réalisent déjà de nombreux AMI, qui ont un niveau d'activité élevé et ne connaissent pas – ou très peu – de concurrence seront plutôt enclines à se voir confier des tâches à dominante médicale. Un tel changement s'inscrirait même dans la continuité de leurs stratégies professionnelles. D'un autre côté, les infirmières à faible niveau d'activité, qui réalisent une proportion élevée d'AIS et sont installées dans des secteurs à forte concurrence peuvent être plus réservées quant à l'idée de ce même changement. Pour les inciter à accepter la réalisation de ces nouvelles tâches, sans doute serait-il nécessaire de les rendre attractives sur le plan financier. Dans le cas contraire, cette catégorie d'infirmières libérales risque de n'y trouver aucun avantage et préférerait alors continuer à faire des AIS qui de fait, leur garantissent le niveau de revenu auquel elles aspirent. Ce critère financier est essentiel quand on sait qu'il existe une très forte dispersion des revenus au sein de la profession. Selon une étude de la CNAMTS, le total des honoraires perçus par unité APE¹⁸¹ en 2003 s'élevait en moyenne à 63 568 €¹⁸². Cette somme se décompose en 51 546 € d'honoraires, soit environ 5 300 € de revenu par mois desquels il faut soustraire environ 1 000 € de frais de déplacement. Mais cette étude fait aussi clairement ressortir de forts écarts à la moyenne. La dispersion est assez importante puisque les infirmières situées dans les tranches comprises entre 50 000 € et 70 000 € d'honoraires annuels ne représentent qu'à peine 36 % de l'ensemble.

¹⁷⁸ Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Fabienne Midy, *L'infirmier libéral et la coordination avec les services d'aide au maintien à domicile*, Rapport CREDES, 2002, p. 17.

¹⁷⁹ CNAMTS, « L'activité des infirmières libérales », *Dossier Études et Statistiques*, n°52, 2002, pp. 7-8.

¹⁸⁰ Voir Marie Fucks, « Personnes âgées, faire de l'hygiène un soin de vie », *L'infirmière libérale magazine*, n°153, 2000, pp. 10-17.

¹⁸¹ Actifs à part entière. Il s'agit des professionnels conventionnés actifs au 31 décembre de l'année considérée, non installés dans l'année en cours, et ayant moins de 65 ans.

¹⁸² Véronique Bories-Maskulova, « Le secteur libéral des professions de santé en 2004 : résultats provisoires », *Point Stat CNAMTS*, n°43, 2005.

D'une certaine façon, la valorisation financière des actes médicaux délégués pourrait aussi contribuer à la réduction de ces écarts.

II.2.2. Un risque d'hyper spécialisation et d'abandon des activités « hors soins » ?

La délégation d'actes médicaux aux infirmières libérales amènerait ces dernières à ajuster l'ensemble de leurs activités. En effet, ces professionnelles seraient très probablement contraintes de reconsidérer le travail qui est déjà le leur à l'aune de ces nouvelles activités (celles-ci ne venant pas simplement s'ajouter aux premières). Compte tenu des arbitrages déjà opérés par les infirmières libérales au sein de leur pratique actuelle, un tel ré-agencement pourrait générer des effets inattendus.

Nous l'avons déjà signalé, d'emblée les infirmières libérales privilégient, lorsqu'elles en ont le choix, les soins les plus techniques et les plus délicats. Ces stratégies de spécialisation se retrouvent plus souvent chez les infirmières – et en particulier chez les infirmiers – installé(e)s depuis de nombreuses années. Sur le modèle de la profession médicale, elles et ils développent une pratique hyper pointue, axée sur la réalisation des chimiothérapies, des dialyses péritonéales ou bien des perfusions sur cathéters centraux (« *J'ai assez de boulot. Je me spécialise dans ce qui paye* »). Une sélection des soins s'opère également au regard des pathologies à traiter. La prise en compte de l'intérêt de la pathologie pour la pratique infirmière conduit à opérer une distinction entre les *bons malades* et les *mauvais malades*¹⁸³. Les *mauvais malades* sont des patients déjà lourdement dépendants et/ou qui risquent de connaître à l'avenir une dégradation de leur état. Il s'agit par exemple des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, de celles qui sont « *grabataires* » ou encore de celles qui, atteintes de pathologies chroniques, avancent dans l'âge. Le désintérêt pour de tels patients tient à la longue durée et à l'incertitude associées à leurs *trajectoires de maladie*¹⁸⁴. En effet, avec de tels malades « *on ne sait pas où on va* »¹⁸⁵. Aussi, ce n'est pas tant la maladie en elle-même qui affecte la décision de « *prendre* » ou de ne « *pas prendre* » le malade demandeur de soins que le travail infirmier que celui-ci va impliquer sur le long terme. Ces situations sont assimilées à la réalisation – présente ou à venir – de nombreux soins de *nursing* dont on cherche justement à se défaire. Dans ces conditions, les *bons malades* sont ceux qui sont touchés par une pathologie aiguë curable et qui s'inscrivent dans un schéma de prise en charge thérapeutique de courte durée (quelques semaines tout au plus). Le rétablissement et la guérison constituent l'issue normale de ces trajectoires de maladie (bronchites, fractures par exemple).

La délégation d'actes médicaux inviterait donc les infirmières à revisiter leurs catégorisations et plus largement, à modifier la division morale du travail soignant : un même acte pouvant être qualifié de *sale boulot* ou de *boulot respectable*¹⁸⁶ en fonction de la catégorie professionnelle qui le réalise. Les actes médicaux délégués pourraient fort bien se retrouver placés au premier rang de la hiérarchie des soins, reléguant alors au second rang les AMI. Or, dans la chaîne des délégations et

¹⁸³ Sur cette distinction voir Anselm Strauss, Shizuko Fagerhaugh, Barbara Sucek, Carolyne Wiener, *Social Organization of Medical Work*, Chicago, University of Chicago Press, 1985.

¹⁸⁴ « *Le terme trajectoire (renvoie) au développement physiologique de la maladie de tel patient mais également à toute l'organisation du travail déployée à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui y sont impliqués.* » in Anselm Strauss, *La Trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*, Paris, L'Harmattan, 1992, p. 29.

¹⁸⁵ Sur cette incertitude voir Isabelle Baszanger, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue Française de Sociologie*, n°1, 1986, p. 3.

¹⁸⁶ Everett C. Hughes, « Social Role and the Division of Labor », *The sociological Eye. Selected Papers*, Transaction Books, 1984 (1971), pp. 304-310.

transferts envisageables, aucune autre catégorie non infirmière n'est autorisée à dispenser ces AMI (il s'agit là d'actes techniques spécifiquement infirmiers). Ne risque-t-on pas alors de voir de telles activités, devenues moins prestigieuses, « glisser » de façon officieuse et incontrôlée vers les aides-soignantes, voire vers les auxiliaires de vie sociale ? Faut-il anticiper, encadrer ces glissements ? Faut-il prévoir un élargissement légal des attributions des unes et des autres ? La question qui se pose ici est de savoir jusqu'où il est possible d'aller dans le processus de délégation des soins. Le développement de la coopération entre médecins généralistes et infirmières libérales pourrait aussi conduire à réviser la hiérarchie des malades et à produire de nouveaux critères de sélection et donc de stigmatisation. Les *bons malades* d'hier peuvent tout à fait devenir demain des *mauvais malades*. Dans ces conditions, les infirmières ne seront-elles pas tentées de « renvoyer » ces malades « peu intéressants » à des intervenants n'ayant pas forcément les compétences requises pour les prendre en charge ? Sur ce point, rappelons simplement que les aides-soignantes ne sont pas autorisées, dans l'état actuel de la législation, à exécuter des actes infirmiers. Leurs compétences demeurent limitées aux seuls soins de *nursing*.

Comme cela a pu être souligné dans la première partie de cette note, les infirmières libérales effectuent une multitude de tâches en plus des AIS et des AMI. Aussi, il y a fort à parier que le fait de leur confier des soins médicaux provoquerait leur abandon. *A priori*, cela se justifie puisque de telles activités ne sont pas, rappelons-le, rémunérées et que la plupart des infirmières écartent cet élément pour définir leur identité professionnelle. Refusant d'être appréciées à partir de qualités attendues comme le dévouement ou encore la gentillesse qui renvoient trop à l'aspect vocationnel du métier, celles-ci se revendiquent avant tout par une professionnalité centrée sur la dimension technique du soin. Pourtant, cet accompagnement constitue un élément central du maintien à domicile des personnes fragilisées, d'autant plus lorsque l'entourage n'est pas en mesure d'apporter un tel soutien. De fait, la délégation des tâches des médecins vers les infirmières libérales implique de prendre en considération l'ensemble des acteurs, professionnels et non professionnels, engagés dans la production de soins (au double sens de *care* et de *cure*). Aussi, le recentrement du travail des infirmières libérales sur des actes à dominante médicale ne peut s'envisager sans le développement des services et entreprises d'aide à la personne (associations d'aide à domicile, services communaux d'action sociale, nouvelles enseignes privées par exemple), des SSIAD, etc. La professionnalisation des aides à domicile exerçant dans ces structures, professionnalisation déjà bien engagée par le biais de la formation et de la mise en œuvre du DEAVS¹⁸⁷, constitue un moyen d'accompagner ces changements.

II.2.3. Des précédents qui peuvent générer méfiance et résistance

Par le passé, les infirmières libérales ont pu être échaudées par plusieurs propositions ou promesses non tenues. De fait, on comprend aisément que tout nouveau projet puisse susciter de la suspicion. Par exemple, les investissements de

¹⁸⁷ Une étude de la DREES relève « le faible niveau de qualification des 194 000 aides à domicile travaillant au sein des Services d'aide aux personnes à domicile (SAPAD). Parmi elles, seules 18 % ont un diplôme professionnel : 9 % sont titulaires du Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD), diplôme qui sanctionnait à l'époque la compétence correspondante (remplacé depuis le mois de mars 2002 par le Diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS), environ 5 % possèdent un autre diplôme du secteur sanitaire et social, et 4 % sont titulaires d'un autre diplôme professionnel, mais sans lien avec le secteur de l'aide à domicile. Près de la moitié d'entre elles (48 %) n'ont aucun diplôme professionnel et n'ont bénéficié d'aucune formation à l'exercice de leur métier. » Sophie Bressé, « Le personnel des services d'aide à domicile en 1999 », *Études et Résultats*, n°297, 2004, p. 3.

ces professionnelles dans la formation continue n'ont pas toujours été – ou très peu – réinvestis et valorisés dans le cadre de leur exercice quotidien. Au sujet des chimiothérapies, leurs propos sont empreints d'amertume (« *Les médecins n'envoient personne à domicile* », « *À l'hôpital, ils se les gardent* »). De nombreuses infirmières libérales se sont formées à la chimiothérapie, et finalement contrairement à ce qui leur avait été annoncé, ces soins n'ont pas connu l'essor escompté. Si quelques-unes parviennent à réaliser de telles prises en charge grâce à leur bonne insertion au sein de réseaux formels et informels (HAD, réseaux de soins, systèmes d'interconnaissance de médecins libéraux et hospitaliers...), les autres expriment leur déception et leur sentiment d'avoir été dupées : « *En fait, les médecins n'envoient personne à domicile* ». Citons encore l'exemple de la Démarche en Soins Infirmiers (DSI). Créée le 15 février 2002 dans le cadre du protocole d'accord signé entre la CNAMTS et le syndicat « Convergence infirmière », la DSI est envisagée comme un moyen d'assurer une meilleure coordination entre les différents professionnels de la santé et du social intervenant auprès de la personne dépendante. Dans ce dispositif, l'infirmière libérale est plus particulièrement chargée de la mise en œuvre d'un « programme d'aide personnalisée » pour épauler le patient dans ses actes quotidiens. C'est elle qui accompagne, en lien avec les services sociaux de la Sécurité sociale et des collectivités locales, la recherche de solutions adaptées. Néanmoins, les premières évaluations menées par quelques caisses d'assurance maladie dès 2002, année de mise en œuvre de la DSI, indiquaient que seulement 2 % des DSI concernaient la mise en place de cette aide personnalisée.

Il convient de noter aussi que chaque proposition de changement tend à susciter de vives oppositions entre les syndicats infirmiers. Quatre organisations, principalement, tentent chacune de fédérer les infirmières libérales. Il s'agit de la Fédération nationale des infirmiers (FNI), de la Confédération des syndicats nationaux d'infirmiers libéraux français, qui a pris pour nom Convergence Infirmière, de l'Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux, (ONSIL) et du Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (SNIIL). Faute de connaître combien d'infirmières adhèrent aujourd'hui à une organisation syndicale, on ne peut que constater que les tensions entre syndicats, sur la question des quotas durant les années 1990, sur le dossier des retraites présentement, etc. paraissent avoir déconcerté plus d'une. Nous avons rencontré, de ce point de vue, beaucoup plus d'anciennes adhérentes que d'infirmières encore affiliées. Et souvent, les unes et les autres n'ont pas eu de mots assez durs pour fustiger les conflits entre syndicats. La délégation pourrait bien provoquer de nouveaux différends entre syndicats et par-là même affaiblir la capacité d'adhésion de l'ensemble de la profession au projet.

Enfin, nous signalerons que des syndicats infirmiers ont déjà déposé plusieurs plaintes contre des SSIAD pour « *exercice illégal de la profession* » par des aides-soignantes¹. Un certain nombre de SSIAD semblent effectivement reconnaître que leurs aides-soignantes sont amenées à réaliser des soins relevant en principe du rôle propre infirmier (des distributions médicamenteuses et des soins infirmiers d'hygiène par exemple). Craignant pour la qualité des soins et la crédibilité de la profession, les syndicats tentent donc de rappeler les attributions légales des unes et des autres. Mais cette réticence concerne toutes les catégories professionnelles travaillant avec ou à côté des infirmières libérales. « *Infirmières et auxiliaires de vie : qui fait quoi ?* » : ce titre d'article relevé dans la presse professionnelle fait écho aux tensions qui surgissent parfois entre les infirmières libérales et ces intervenantes à domicile. D'une manière plus générale, de telles difficultés posent la question (récurrente) de l'articulation entre le sanitaire et le social dans le cadre du maintien à domicile. Aussi, l'éventuel élargissement des compétences des aides-soignantes

ou encore des auxiliaires de vie sociale ne saurait être envisagé en dehors de toute concertation avec les instances représentatives de la profession infirmière.

II.2.4. La réticence des infirmières libérales à l'égard du travail administratif

Une des causes les plus souvent évoquées par les infirmières libérales pour expliquer leur départ de l'hôpital tient à l'augmentation des tâches administratives. Or, l'exercice en libéral impose de réaliser, en plus des actes de soins, d'assez nombreuses tâches administratives dont les unes et les autres n'avaient pas forcément bien pris la mesure au départ. Très massivement, cet aspect de l'activité est vécu comme une contrainte. Les télétransmissions, la cotation et le codage des actes, la comptabilité, les « paperasses » en tout genre, etc. Tout ceci n'est pas vraiment du goût de la plupart d'entre elles, qui trouvent alors toutes sortes de stratégies pour reporter dans le temps ces tâches dont elles se passeraient volontiers (« *Il arrive un moment où il faut que je fasse...* »).

On le constate, les infirmières libérales n'ont donc pas d'appétence particulière pour tout ce qui est administratif. Or, la délégation de soins nécessite très probablement de consacrer plus de rigueur et plus de temps encore à la réalisation de procédures administratives. Tout cela pourrait bien avoir un effet repoussoir. Pour dépasser ces réticences, les infirmières libérales devraient, d'une manière ou d'une autre, être épaulées et accompagnées dans ces démarches (formation aux nouvelles procédures, incitations financières à l'utilisation de nouveaux logiciels, etc.).

En revanche, la fin annoncée de NGAP (Nomenclature Générale des Actes professionnels) et l'adoption de la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) constituent des facteurs facilitant la coopération entre médecins et infirmières. La NGAP est une liste fixée par arrêtés ministériels, des actes professionnels pouvant être accomplis par les médecins et, dans la limite de leurs compétences, par les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux. Si, à compter du 30 mars 2005 elle a été remplacée progressivement par la CCAM, la NGAP dite alors « résiduelle » est toujours d'actualité jusqu'à nouvel ordre pour la tarification des soins réalisés par les infirmières libérales. À terme la CCAM devrait s'imposer comme liste unique de libellés et de codes communs à l'ensemble des professions de santé. Cette nomenclature répartit l'ensemble des actes réalisés par les professionnels : un acte pratiqué par plusieurs disciplines est décrit dans la CCAM par un libellé unique. Cela implique qu'un même acte, qu'il soit réalisé par une infirmière libérale ou par un médecin, sera qualifié et codé de manière identique. Cette homogénéisation administrative ne peut que favoriser la coopération entre ces deux catégories professionnelles, tout comme les précisions, y compris portant sur les protocoles, liées à la coopération, qui pourront y être apportées.

II.2.5. Un équipement très relatif en cabinets infirmiers répondant aux normes attendues

Disposer d'un cabinet pour exercer le métier d'infirmière en libéral est obligatoire, et ce, depuis 1994. Pour autant, l'absence de précisions sur ce que doit être véritablement ce cabinet, sur ce qu'il doit comporter, comme l'absence de contrôle *a priori* sur son équipement, sa situation, voire tout simplement sur son effectivité, renvoient semble-t-il à une attention très relative des organismes de contrôle sur ce point. Du coup, l'extrême diversité des cas de figure que l'on peut rencontrer est

patente. On se gardera de toute évaluation chiffrée ; signalons simplement que ce n'est que de façon très épisodique que la plupart des infirmières se servent de ce lieu pour véritablement dispenser des soins. Il y a des contre-exemples assurément (du côté des hommes exerçant ce métier par exemple), mais ils sont très peu fréquents. Ainsi, le plus souvent le cabinet existe bien mais il sert à entreposer du matériel, c'est là que l'on va « faire les papiers », etc. mais de permanence de soins il n'y a pas vraiment. Pour l'heure donc l'utilité de ces cabinets est perçue comme très relative et leur rentabilité serait quasi nulle s'il fallait l'évaluer à la seule aune du nombre de patients accueillis, voire du temps que les infirmières libérales y passent effectivement. Faire évoluer la situation dans le sens d'un équipement véritablement adapté appellerait probablement des mesures d'accompagnement spécifiques.

II.2.6. Une densité d'infirmières libérales très inégale : une nécessaire régulation ?

On peut observer la très inégale répartition de l'offre de soins infirmiers sur le territoire national. En 2003, la densité moyenne nationale était de 81 infirmières libérales pour 100 000 habitants¹⁸⁸, mais s'élevait à plus de 130 pour 100 000 dans les départements du Sud de la France et était inférieure à 40 pour 100 000 dans certains départements de l'Île-de-France. Pour l'heure, l'implantation des cabinets est laissée au libre choix des infirmières libérales. Ainsi, dans bien des cas - une fois sur deux - quasiment pour les infirmières libérales que nous avons interrogées, la recherche d'un nouvel emploi faisait suite à un déménagement en lien avec la mutation ou le changement d'activité du conjoint. Le changement de lieu de vie décidé, les unes et les autres considèrent que, sur place, il sera toujours possible de « trouver quelque chose ». De fait, les infirmières n'ont absolument aucune difficulté à prendre pied dans le secteur du libéral. La présentation qui prévaut est qu'il y aura toujours besoin d'infirmières et cette idée se vérifie dans les faits. Non seulement l'offre de soins suscite la demande, mais pour ainsi dire quelle que soit la zone géographique où elles sont implantées, ces professionnelles ne parviennent souvent que difficilement à répondre à toutes les sollicitations qu'elles reçoivent.

En outre, on constate qu'une forte densité de médecins généralistes s'accompagne d'une forte densité d'infirmières libérales¹⁸⁹. Or, on peut émettre l'hypothèse selon laquelle la mise en œuvre d'un processus de coopération en ville conduirait à renforcer ces disparités démographiques. En toute logique, les infirmières libérales continueront à s'installer dans des secteurs à forte densité médicale, voire s'y installeront plus encore¹⁹⁰. En effet, la proximité géographique entre ces deux catégories est *a priori* l'une des conditions préalables à cette délégation. Ainsi, on peut penser que certaines zones déjà désertifiées par les médecins généralistes (le centre Bretagne par exemple) n'attireront guère les infirmières libérales, lesquelles peuvent craindre de ne pas avoir suffisamment d'actes délégués dans ces secteurs. Aussi, le processus de délégation mériterait-il de s'accompagner de mesures incitatives, par exemple sous la forme d'aides financières ou matérielles accordées aux infirmières qui acceptent de s'installer dans des zones à faible densité. En l'absence de régulation minimale, les inégalités territoriales en matière d'offre de soins pourraient se creuser davantage encore.

¹⁸⁸ Source : SNIR.

¹⁸⁹ Voir la note de Leila Ben Aoun, Bruno Ventelou et Yann Videau, « Une analyse économique de la coopération en médecine de ville : les apports théoriques l'étude de l'existant et un essai de prospectives », p. 8.

¹⁹⁰ Soulignons toutefois que pour l'heure, et ce pour diverses raisons, les infirmières libérales apparaissent plus mobiles géographiquement, tant en début qu'en fin de carrière, que les médecins.

— CONCLUSION

Les comparaisons internationales font apparaître que la pratique libérale et le paiement à l'acte n'existent quasiment pas pour la profession infirmière, ce qui n'est pas le cas de la profession médicale. Quand cette pratique infirmière libérale existe, elle paraît relativement peu développée et surtout peu autonome. Aux Pays-Bas, il y a bien un secteur libéral infirmier avec paiement à l'acte, mais celui-ci représente moins de 3 % des infirmières¹⁹¹. Leur activité est alors limitée par un plafond d'activité. Au Canada, le système libéral de soins infirmiers n'est que très peu développé. Les infirmières de santé communautaire sont employées et rémunérées au salaire par l'État. Il existe en Finlande une très faible minorité – qui connaît une certaine progression – d'infirmières indépendantes travaillant à leur compte, principalement dans les soins à domicile, et rémunérées à l'acte. En Italie, les infirmières ont désormais la possibilité d'avoir une activité libérale, mais peu d'entre elles ont fait ce choix à ce jour. La France se démarque donc des autres pays par la co-existence de deux secteurs d'exercice de la profession infirmière : un secteur salarial et un secteur libéral¹⁹². Près de 68 000 infirmières libérales exercent aujourd'hui en France métropolitaine¹⁹³. Cette proportion n'est pas négligeable puisqu'elles représentent 14 % des effectifs de la profession¹⁹⁴. Sur un plan strictement numérique, les infirmières libérales peuvent être repérées comme une ressource possible à mobiliser face au déficit actuel et à venir de médecins généralistes libéraux.

Cependant, il paraît difficile de transposer les expériences de coopération entre infirmières et médecins menées à l'étranger au contexte français. Les expériences internationales portent sur des situations dans lesquelles les infirmières sont salariées d'établissements de santé, de cabinets médicaux libéraux, de centres de santé, etc. Nous noterons juste qu'aux Pays Bas, les médecins généralistes passent des accords locaux non seulement entre eux mais aussi avec des cabinets d'infirmières libérales afin d'organiser localement les gardes du soir et du week-end ainsi que le traitement des urgences. Cette obligation de continuité des soins est imposée par la loi. Mais, au-delà de ce simple exemple, nous ne disposons guère d'éléments nous permettant d'envisager ces nouvelles formes de travail en France.

Dans notre pays, parmi les onze projets de coopération entre professionnels de santé actuellement expérimentés¹⁹⁵, un seul porte sur la médecine de ville. Il évalue le rôle de l'infirmière de santé publique dans l'objectif de proposer de nouveaux services de soins en médecine de ville. Dans ce dispositif, la coopération entre l'infirmière et le médecin obéit clairement à une logique de « diversification » et non à la une logique de « substitution »¹⁹⁶. Cette infirmière, non libérale de surcroît, ne

¹⁹¹ Sur ces comparaisons internationales, voir Yann Bourgueil, Anna Marek, Julien Mousquès, *Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières. L'apport d'expériences européennes et canadiennes*, Document de travail-Série Études, n°57, 2006.

¹⁹² Nous noterons que les aides-soignantes ne peuvent quant à elles exercer que dans le secteur salarial et ne peuvent pas non plus être salariées par un médecin ou une infirmière dans un cabinet libéral. Voir Laure Com-Ruelle, Fabienne Midy, Philippe Ulman, *La profession infirmière en mutation. Éléments de réflexion à partir d'exemples européens*, CREDES, 2000, p. 21.

¹⁹³ Daniel Sicard, *Les professions de santé au 1^{er} janvier 2007*, Document de travail-Série Statistiques, n° 108, 2007, p. 31.

¹⁹⁴ Au cours des toutes dernières années, les effectifs d'infirmières libérales ont connu une forte croissance (+14 % en l'espace de quatre ans).

¹⁹⁵ HAS (en collaboration avec l'ONDPS), *Délégation, transfert, nouveaux métiers... conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé*, Rapport d'étape, 2007.

¹⁹⁶ Voir Sandrine Chambaretaud, *Typologies des coopérations entre professionnels de santé*, document de travail HAS, 2007, p. 2

réalise pas de tâches jusqu'ici spécifiquement dévolues au médecin. Cette professionnelle ne fait qu'élargir et enrichir la gamme de soins offerts aux patients.

De fait, il est donc assez périlleux d'anticiper les effets de la coopération entre infirmières et médecins généralistes dans le secteur libéral. En revanche, nous pouvons relever quelques conditions de sa mise en œuvre.

L'histoire du métier infirmier est marquée par la recherche d'une autonomie professionnelle : « La position dominante des médecins dans l'organisation et la hiérarchie sociale des professions de santé a eu pour corollaire la tentative permanente des infirmières, depuis les origines de la profession, de s'émanciper dans leur travail de cette subordination (...) »¹⁹⁷. La diminution attendue du nombre de médecins offre l'occasion de redessiner les frontières de partage des tâches entre ces deux catégories professionnelles et de faire valoir la spécificité du métier infirmier. Les nouvelles missions et responsabilités accordées aux infirmières ne pourront rendre que plus attractif un métier souvent qualifié de « métier en crise ». Mais de tels changements impliquent de tenir compte de la quête d'indépendance des infirmières – et surtout des infirmières libérales – vis-à-vis de la profession médicale. Les infirmières libérales sont sans doute prêtes, sous certaines conditions, à accepter des actes délégués par les médecins, et à déléguer à leur tour des soins infirmiers à d'autres personnels. Mais de telles redistributions ne peuvent être envisagées qu'à la condition d'être accompagnées d'une adaptation de la réglementation encadrant l'activité des uns et des autres. Sans aucun doute, les infirmières libérales détiennent des compétences à la fois techniques, relationnelles et organisationnelles permettant la mise en œuvre de ces nouvelles formes de coopération. Ces pré-requis ne demandent qu'à être soutenus, reconnus en tant que tels (notamment par la formation continue, la validation des acquis de l'expérience, etc.). Celles qui opteront pour cette forme d'exercice doivent pouvoir bénéficier d'un soutien financier et matériel afin de mettre en œuvre leurs nouvelles compétences. Il n'en demeure pas moins que la profession est relativement fragile, du fait de sa faible homogénéité, tant sur le plan des pratiques et des valeurs professionnelles que sur le plan de l'action collective. Mais il faudra aussi compter avec les médecins dont certains d'ailleurs contestent présentement le rôle des infirmières libérales¹⁹⁸ et estiment que ces dernières empiètent sur leur champ de compétences propres...

¹⁹⁷ France Lert, « Le rôle propre peut-il fonder l'autonomie professionnelle des infirmières ? », *Sciences sociales et santé*, n°3, 1996, p. 103.

¹⁹⁸ C'est le cas lorsque des injections, des prises de sang ou des pansements sont réalisés, dans des zones territoriales particulières, par des médecins.

CONTRIBUTION 13

ENJEUX DES COOPÉRATIONS ET DES DÉLÉGATIONS ENTRE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET PARAMÉDICAUX EN SECTEUR LIBÉRAL : LES PRATIQUES DÉJÀ EN OEUVRE SUR LE TERRAIN

Anne Vega, Mathieu Lustmann

— INTRODUCTION

En cabinet de groupe ou seuls, les médecins ont peu ou prou toujours travaillé en « réseau », sous les formes « traditionnelles » d'entraide et de carnets d'adresses, ou de services réciproques (l'hôpital, l'infirmière, le laboratoire, la pharmacie, etc.). Ils constituent autant de réseaux « informels », par opposition aux « réseaux formels », et structurent l'essentiel des échanges et des coopérations entre les acteurs du système de santé (Mancret, 2001, Faure *et alli*, 2004¹⁹⁹). Comment les médecins généralistes structurent-ils leurs réseaux ? Comment coopèrent-ils entre eux et avec les autres acteurs de soins ?

Il s'agit de rappeler en introduction quelles sont les caractéristiques du travail en médecine (générale libérale), et en conséquence les fonctions et les logiques professionnelles qui structurent les réseaux informels. Dans un second temps, nous développons la façon dont les médecins généralistes envisagent en particulier leurs relations professionnelles avec les infirmières, les kinésithérapeutes et les pharmaciens (et quelles sont les aspirations de ces derniers). L'objectif de cette note est en effet de mieux comprendre les questions concrètes que se posent les professionnels sur le terrain, mais aussi quels sont les autres acteurs généralement occultés dans les réseaux de soins.

¹⁹⁹ Étude de terrain sur laquelle est fondée cette note (Voir la présentation en annexe, et un article à paraître dans la revue *santé publique*).

I. OBSERVATIONS ET ENTRETIENS AUPRÈS DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES

I.1. Caractéristiques du travail et fonctions des réseaux informels

Les réseaux d'entraide au travail sont particulièrement nécessaires en médecine générale, d'abord en raison de formations initiales toujours inadaptées à la pratique. La médecine générale étant « coquille vide de l'enseignement » (Hardy-Dubernet, 2006, p. 65), la réelle période d'apprentissage reste en effet la confrontation en solitaire avec les patients. Cependant, si le futur médecin généraliste est peu préparé à sa future profession, il est structuré - comme tous les autres professionnels de la santé - par son passage à l'hôpital. Il y apprend notamment un idéal de travail en coordination : « *le travail en équipe* » (co-présence de (para)médicaux, staffs). Entre l'hôpital et la ville, le médecin généraliste oscille ensuite entre ce modèle et le modèle libéral. En effet, à l'inverse de sa formation initiale, dans son cabinet, il est la plupart du temps seul pour prendre ses décisions. De plus, une fois installé, il partage avec les infirmières et les kinésithérapeutes libéraux une forte valorisation de l'indépendance au travail (choix du lieu d'exercice, de l'organisation de sa pratique, de ses partenaires de travail).

Pourtant, en médecine générale libérale, le travail en coordination s'impose particulièrement : en raison du « *vaste champ à couvrir* » et de la prise en charge « *du tout venant* », des réseaux d'affinités et d'alliances se construisent, s'entretiennent et évoluent tout au long de l'exercice professionnel, en premier lieu avec les médecins spécialistes. Ils permettent au généraliste de prendre les décisions les plus adaptées à la situation de chaque patient. En effet, les praticiens sont confrontés à des difficultés de diagnostics, voire à la peur « *de passer à côté de quelque chose de grave* ». Les réseaux informels répondent alors à des besoins de réassurance essentiels - bien qu'implicites - présents chez tous les médecins : partager des décisions, des responsabilités (en cas de doutes, ou de décisions difficiles), mais aussi des émotions lors de prises en charge parfois épuisantes (physiquement et/ou psychologiquement).

Outre la captation de patients²⁰⁰, il s'agit plus généralement de déléguer aux autres acteurs de soins des actes qui sortent du domaine de compétences ou d'intérêt de chaque professionnel (considérés comme périphériques des soins ou « mineurs »), et les tâches qui ne relèvent pas de la fonction soignante au sens strict (le plus souvent les charges de travail administratives particulièrement « *chronophages* »). Les réseaux permettent également de se décharger de patients qui font courir au praticien trop de risques, susceptibles de grever les temps de travail (peu rentables), et/ou porteurs de pathologies éloignées de spécialisations officielles ou officieuses.. Il s'agit alors parfois de reléguer des prises en charge de clientèles exposant le soignant à des usures émotionnelles (clientèles peu médicalisables, « *dérangeantes* » : objet de stigmatisation sociale ou trop accaparantes²⁰¹). Les relégations d'actes, de clientèles ou de « *sales besognes* » (au sens d'Hughes, 1996) sont alors autant de moyens de poser les limites à leur travail et à leur rôle²⁰². Autrement dit, ces stratégies atténuent l'absence d'assurance dans le travail et les

²⁰⁰ Notion qui se reflète dans le vocabulaire utilisé par les généralistes : « *capter* », « *aliéner* », « *garder* », « *envoyer* », « *renvoyer* », « *recupérer* », « *être court-circuité* », « *faire venir du monde* », etc.

²⁰¹ Les généralistes sont en effet minoritaires à engager des relations avec des malades qui s'écartent des modèles médicaux partagés, et à s'investir dans des zones complexes, inconnues (car notamment pas ou peu abordées en formation initiale) relatives à la misère, et/ou à la dépendance affective et aux atteintes psychiques des patients incurables et/ou vieillissants (Vega, 2003, Bouchayer, 2006).

²⁰² Ce que tous les médecins généralistes ne parviennent pas à faire, dans une profession où justement les limites entre vie privée et professionnelle sont particulièrement difficiles à poser

dépendances à l'égard de clients – deux difficultés majeures de l'exercice de la médecine générale.

I.2. Diversité de la médecine générale

Sur le terrain, la médecine générale est cependant plurielle : les généralistes ont des centres d'intérêts professionnels et privés variés, qui se reflètent notamment dans l'organisation de leurs réseaux de soins informels.

Ainsi, les conceptions de la bonne ou de « *la vraie* » médecine générale sont diverses (« *pure* »/mixte, « *lente* »/« *rapide* », avec ou sans rendez-vous, en secteur 1 ou 2, rapports de proximité ou au contraire de distance affective avec les patients, etc.). La variété des façons de travailler entre professionnels se superpose également en partie avec une variété des relations aux patients et aux proches. Par exemple : le généraliste « chef d'orchestre » est le pivot responsable, il gère tout et contrôle l'ensemble de la trajectoire du patient ; le généraliste « coordinateur » propose de gérer la coordination des soins, mais respecte l'autonomie et le choix des patients ; le généraliste « orienteur », médecin de première ligne ou de premier secours se considère comme un simple passeur et/ou un simple prestataire de service, en respectant totalement l'autonomie du patient.

Enfin, outre une individualisation des pratiques professionnelles prononcée en médecine générale (« *on finit par ressembler à sa clientèle* »), les domaines de compétences, et/ou d'expertises sont également extrêmement variés d'un praticien à un autre (par exemple, l'un se spécialise dans la petite chirurgie, l'autre dans la gynécologie ou la pédiatrie, un autre dans l'addictologie, un autre enfin dans le soutien psychologique ou la gériatrie). Les contenus du travail sont différents selon les sous-spécialisations²⁰³, les lieux d'exercice, mais aussi selon les types de clientèles soignées, et plus globalement les orientations dans les soins de chaque praticien²⁰⁴. Par exemple, il existe des césures importantes entre les généralistes qui prennent ou non en charge les problèmes psychosociaux des patients. Assez logiquement, les premiers vont davantage chercher à travailler avec des psychiatres, mais aussi avec des infirmières, des assistantes sociales, voire valoriser la notion de travail d'équipe.

I.3. Différents modes de relations professionnelles : atouts et inconvénients

Selon les généralistes, il existe donc une multiplicité des types de réseau de travail en coordination déjà existants, et qui sont également caractérisés par le fait d'être dynamiques, et évolutifs dans le temps (ce qui peut rendre également les réformes globales difficiles). Cependant, en dépit de cette diversité sur le terrain – trop souvent sous estimée -, des logiques sont communes aux omnipraticiens : notre étude de terrain montre ainsi au moins trois niveaux de coopération, et un niveau de non coopération entre les médecins généralistes et les différents acteurs des réseaux. Ils permettent de mieux introduire aux relations nouées notamment avec les paramédicaux.

Le premier niveau de relations se rapproche le plus de l'idéal du « travailler en équipe » (à l'hôpital ou en cabinet). Il est associé à l'idée de relations « étroites » entre les acteurs (confiance, confidences), qui sont unis par des liaisons permanentes, impliquant des actions durables : la négociation y est centrale, les

²⁰³ Suite à des stages hospitaliers, ou inscrites dans l'histoire familiale, exercées en plus du cabinet et/ou au sein du cabinet.

²⁰⁴ Vega, 2007 (DREES), portant sur les conditions de travail des médecins salariés/libéraux, et sur les motifs de cessation d'activité en médecine générale (en cours de lecture).

prises de décision sont partagées (mutualisation des responsabilités), il n'y a pas de hiérarchies dans les rapports.

Il s'agit d'un mode de relation adapté à certaines situations précises (par exemple, quand le médecin se trouve en difficulté et qu'il a constitué des bons réseaux d'entraide professionnelle). Poussé à son plus haut degré, il permet des rencontres entre des acteurs venant d'horizons différents, et la naissance de véritables élaborations communes pluridisciplinaires (ainsi par exemple, les réseaux formels ville/hôpital). Cependant, la pluralité et l'intensité des échanges sont consommatrices d'énergie et de temps pour les partenaires de la relation. Autrement dit, ce mode nécessite une démarche volontaire et partagée par chaque acteur. Il est donc finalement mis en pratique par un petit nombre de médecins généralistes.

Il existe d'autres formes de coopération, impliquant des implications et des investissements moindres : des manières de travailler ensemble de façon beaucoup moins étroite, où chacun garde ses distances et son autonomie (la personnalité du partenaire a peu d'importance, les relations sont fondées uniquement sur la compétence professionnelle, chaque acteur reste responsable dans son champ de compétences, il y a une hiérarchie et un partage net du savoir). Sur le terrain, ce sont donc des modes relationnels plus fréquents, car ils laissent à la fois une large place à l'autonomie au travail et ils sont occasionnels (ils permettent par exemple de traiter des dossiers complexes auxquels le médecin généraliste n'a pas de réponse immédiate dans sa pratique quotidienne, soit parce que le savoir à mobiliser est trop spécialisé, soit parce que la prise en charge du patient est complexe et ne peut être effectuée par un seul acteur). Ils évitent la prise de décisions solitaire. Cependant, il n'y a pas ou peu de débats entre les acteurs.

L'utilisation par les généralistes de « prestataires de services » est encore plus fréquente, bien que souvent peu évoquée dans leurs discours. Le médecin n'attend en effet aucun avis, et intègre les résultats dans sa démarche thérapeutique. Peu importe la personne, les interactions sont limitées et la communication passe principalement par le patient : ordonnance, lettre directive et brève (« *merci de bien vouloir effectuer une fibroscopie à monsieur untel* », « *X séances de kinésithérapies* »). Le partenaire est dépersonnalisé et identifié uniquement à son rôle professionnel, dans un but purement utilitariste. Ce type de relations concerne d'abord l'ensemble des paramédicaux : les kinésithérapeutes, les infirmières, les podologues et les orthophonistes. Il compte aussi les pharmaciens auxquels il est seulement demandé de délivrer les médicaments, certains types de spécialités comme la radiologie et les laboratoires biologiques. Il peut enfin concerner toutes les spécialités qui entrent dans le cadre des correspondants (le gastro-entérologue réduit aux explorations fibroscopiques, le pneumologue aux explorations fonctionnelles respiratoires, le rhumatologue à l'infiltration, etc.). Autrement dit, dans cette logique, le généraliste a seulement besoin d'un acte technique qu'il ne peut pas réaliser lui-même. Il permet faire réaliser tout acte routinier qui doit être géré rapidement et efficacement en perdant le minimum de temps et d'énergie. Il ne faudrait donc pas sous-estimer l'importance de cette logique, peut-être la plus performante et efficace du point de vue des acteurs. En effet, si ce mode de relation est fondé sur une absence complète de négociation, chacun se sent respecté dans sa liberté et son identité professionnelle puisque si le prestataire de service n'a pas le choix de la tâche exécutée, en revanche, il l'exécute à sa manière sans subir de contrôle et le regard de l'autre.

Enfin, dans l'ensemble des réseaux observés, de nombreuses interactions professionnelles sont occultées ou refusées -jusqu'à la négation de l'autre acteur -

lorsqu'il existe une concurrence entre les partenaires (par exemple, les rapports entre pédiatre et médecin généraliste), ou lorsqu'il n'y a pas de reconnaissance de la spécificité du travail de l'autre, voire de son rôle de soignant à cause de sa rareté ou son altérité (par exemple : l'orthophoniste, le psychiatre, le médecin conseil). L'autre acteur n'est l'objet d'aucune reconnaissance parce qu'il est soit trop proche soit trop loin

Dans ce mode de non-relation, la responsabilité est solitaire, et le respect de la voie hiérarchique total. Bien que fondé sur une logique d'exclusion, active ou passive du partenaire potentiel de travail, il permet cependant à chaque acteur de se positionner, de se définir et de revendiquer une identité professionnelle (il met alors en exergue les enjeux de territoire et de concurrence). Au-delà d'un modèle de travail en coordination, cette « négation » permet de saisir les enjeux réels des acteurs sur le terrain.

II. LES DIFFÉRENTS MODES DE COOPÉRATION AVEC LES PARAMÉDICAUX

Du fait de la méconnaissance du travail des autres intervenants, des cloisonnements symboliques entre (sous) groupes professionnels, et de l'autonomisation des parcours des uns et des autres, l'ensemble des acteurs des réseaux informels de soins ont encore rarement une vision transversale de la prise en charge des patients. Sur le terrain, il existe plutôt une superposition de visions partielles entre les différents accompagnateurs : comme en secteur salarié, on observe en libéral des tendances à la succession fractionnée de dispenses de soins au chevet des patients. Cependant, outre les relations avec les autres médecins²⁰⁵, l'étude sur les réseaux a confirmé la place et le rôle majeur des infirmières, mais aussi de ceux qui ne sont pourtant pas généralement considérés comme des « soignants » par les médecins généralistes et les spécialistes (notamment les pharmaciens et les biologistes), et enfin de partenaires « profanes » (secrétaires, et surtout les patients et leur entourage).

II.1. Les infirmières libérales : cohabiter avec les médecins

- La plupart des médecins généralistes considèrent surtout les infirmières comme des exécutantes de soins prescrits.

Dans l'ensemble de nos enquêtes, leurs discours sur les soignantes sont ainsi très pauvres : ils citent rarement les infirmières pour parler de leur travail en réseau, et la plupart ont des visions très partielles de leur travail (prélèvements sanguins, toilette de patients²⁰⁶). Faute de visibilité et de contrôle sur le travail des paramédicaux, des médecins généralistes expriment parfois des problèmes de confiance qui peuvent entraver certaines coopérations.

- Ce regard des médecins est accentué par le fait que la plupart des infirmières rencontrées sont très autonomes²⁰⁷.

En secteur libéral, elles aspirent ainsi particulièrement à « faire face », à se débrouiller seules ou entre infirmières, en revendiquant des compétences paramédicales acquises par l'expérience que n'auraient pas les médecins : des savoirs relationnels (médiation familiale, accompagnement de la mort²⁰⁸), des expériences pratiques (savoir aménager le domicile au quotidien), et des connaissances précises d'actes techniques (gestion des plaies, pansements et gestion du matériel de maintien à domicile notamment) et de domaines spécifiques de soins (diabète, prévention notamment²⁰⁹). Les plus aguerries remettent en cause les capacités des médecins (généralistes) à évaluer les besoins fondamentaux des patients à domicile - rôle qu'elles tiennent également auprès de leurs familles - lesquels recherchent au quotidien leurs conseils et leur expertise²¹⁰ – d'où des coopérations jugées parfois inutiles.

D'ailleurs, à l'instar des analyses faites sur les praticiens, seule une partie des enquêtées revendiquent et investissent un rôle d'organisation du travail de coordination avec les médecins (frapper à la porte du cabinet médical pour

²⁰⁵ Développées dans la première note remise à l'HAS, notamment.

²⁰⁶ Sauf des médecins, ayant notamment des clientèles touchées par des problèmes psycho-sociaux (déjà évoqués).

²⁰⁷ Notons que depuis notre étude de terrain, les infirmières se sont d'ailleurs constituées en ordre infirmier.

²⁰⁸ Rappelons que cette revendication d'une proximité privilégiée avec les patients est présente parmi tous les soignants pour se différencier positivement et se distinguer des autres professionnels.

²⁰⁹ Car tout dépend aussi des lieux d'exercice et des types de clientèle soignées.

²¹⁰ Nous renvoyons au travail plus approfondi de Florence Douguet, et d'Alain Vilbrod.

communiquer des informations, tenter d'adapter une prescription, essayer de rencontrer le généraliste au domicile des patients, mettre en place des cahiers de soins à domicile, voire des réunions avec les médecins et/ou avec les aides à domicile). Ces infirmières tendent alors à assumer un rôle de médiateur voire de coordinateur des soins, en dépit des problèmes de planning de chacun²¹¹.

Au quotidien, le travail en coordination avec les médecins fait donc plutôt partie de l'exception : la plupart des enquêtées, surtout les infirmières les plus chevronnées, semblent se contenter d'avoir la possibilité d'appeler le généraliste en cas de difficultés (urgence, gravité, nouveauté). De plus, les soignantes sont travaillées par des aspirations contradictoires, voire par des césures internes (infirmière « technicienne », « relationnelle » etc.). Autrement dit, les nouvelles délégations d'une partie du travail des généralistes vers les infirmières n'iraient donc pas forcément de soi : outre l'hétérogénéité des expertises et des attentes selon les paramédicaux, la volonté de reconnaissance de leurs compétences à côté des médecins semble prioritaire.

Enfin, un autre facteur limiterait également les possibles délégations. Ainsi, des enquêtées se sont plaintes de prises en charge de patients trop technicisées (suite aux sorties plus tôt des hôpitaux, et aux côtés de généralistes qui ne sont pas non plus toujours assez formés) ; de même, elles ont souligné de nouveaux problèmes de concurrence et de répartitions des tâches de nursing avec des personnels moins diplômés, mais aussi le manque de formation aux problèmes d'ordre psychiatriques notamment²¹².

- Les difficultés de coopération entre infirmières et généralistes
Les infirmières enquêtées se situent souvent moins dans un enjeu de coopération que dans la volonté de faire reconnaître les spécificités de leur travail (logique de professionnalisation peu prise en compte par les praticiens enquêtés). L'ambivalence des identités professionnelles, les problèmes de temps et de formation de part et d'autre, enfin les relations hiérarchiques (où chacun est prisonnier de son rôle) rendent les espaces de négociation directe complexes.

II.2. Les kinésithérapeutes : une véritable tentation à l'autonomie ?

Les relations des médecins généralistes sont beaucoup plus ambiguës avec les kinésithérapeutes.

Comme avec certains spécialistes, du fait de l'accentuation de la spécialisation du travail dans le champ de la santé et de l'existence des nombreux territoires en commun et/ou peu définis, il existe des logiques de compétitions traditionnelles avec ces derniers, considérés pourtant comme des prestataires de services). De plus, le regard de la plupart des médecins généralistes enquêtés sur le travail du kinésithérapeute reste généralement dubitatif et les aspirations à l'autonomie des kinésithérapeutes sont jugées trop importantes.

- De leur côté, les kinésithérapeutes se plaignent surtout de problèmes d'adressage des malades (comme les médecins spécialistes et les infirmières).

Il se fait en effet surtout en second recours (en cas d'échec), ou uniquement à l'occasion d'épisodes aigus, ou encore « *lorsqu'ils ne savent plus quoi faire* ». Les

²¹¹ Rôle assumé également par des directeurs de foyer de personnes âgées, voire par certains biologistes dans notre enquête.

²¹² A l'exception d'infirmière spécialisée dans ce domaine. A ne pas sous estimer non plus dans les plaintes, le coût des déplacements dans certains lieux d'exercice par exemple.

enquêtés kinésithérapeutes ont ainsi dénoncé certaines insuffisances des médecins généralistes (informations et prescriptions réduites), et pour certains revendiqué des compétences diagnostiques²¹³, le développement de savoirs spécialisés (techniques, mais aussi relationnels et d'autres savoirs non reconnus par l'Université : ostéopathie²¹⁴, médecine énergétique, sophrologie, acupuncture etc.) ; l'investissement de champs particuliers de pathologies (lombalgies, problèmes de « stress », voire certaines prises en charge très spécialisées, liées au vieillissement de la population). Cette volonté de conquête de nouveaux territoires professionnels - avec un changement de rôle et une mise en concurrence directe avec les médecins – poussent d'ailleurs certains kinésithérapeutes à développer des stratégies de contournement du généraliste en établissant des alliances avec les médecins spécialistes (rhumatologues, orthopédistes et pédiatres pour la kinésithérapie respiratoire)²¹⁵. A noter enfin que sur le terrain, « le bilan diagnostic kinésithérapique » - premier pas vers un transfert de compétences - n'a pas rencontré l'assentiment des enquêtés (ni de la part des médecins généralistes, ni de certains kinésithérapeutes) qui préféraient souvent une prescription classique.

- Cependant, il ne faudrait pas en déduire que les kinésithérapeutes n'accordent pas de place au travail en coordination avec les généralistes. Ainsi, tous les enquêtés ont signalé qu'une « *bonne relation* » était nécessaire, mais en ajoutant souvent « *pour que le kinésithérapeute se sente libre de prendre sa décision de soin* ». Dans ce groupe, qui reste encore peu étudié, l'idéal de coordination du travail passerait donc également au second plan face au processus identitaire et aux revendications d'autonomie (à mieux prendre en compte dans les réformes à venir).

II.3. Biologistes et pharmaciens : également des médiateurs soignants

- Les professionnels des laboratoires médicaux (biologistes) et plus encore les pharmaciens ont un rôle important dans le quotidien des généralistes (contrôles des erreurs de prescriptions médicales²¹⁶, aides mémoire, voire soutiens psychologiques). Pourtant, ils restent particulièrement dans l'ombre. Sur le terrain, ils sont en effet souvent oubliés par les généralistes²¹⁷, considérés en tant que prestataires de services, comme en témoigne leur dénomination impersonnelle (« *le labo* », « *la pharmacie* »). Selon nos observations, leurs expertises sont rarement sollicitées (dans certains cas, le médecin demande une aide pour un renseignement précis). En effet, s'ils leur délèguent certains conseils, les généralistes acceptent difficilement les superpositions de territoires (par exemple, l'interprétation des résultats pour les biologistes ou les diagnostics pour les pharmaciens).
- Ce positionnement est néanmoins accepté par les principaux concernés, qui cherchent à s'adapter au profil et aux desiderata de chaque médecin.

²¹³ Ce qui n'a pas été le cas des enquêtés infirmiers.

²¹⁴ « *Plus on rentre dans le subtil, et plus on s'aperçoit les corps parlent... C'est aussi à cause de cela que l'ostéopathie se développe maintenant : à cause de la nullité des formations de kiné toujours trop justes au départ. Et les médecins qui ne veulent pas dire qu'ils n'y comprennent rien ! Bref, nous les kinés, on est vraiment la 5^{ème} roue de la charrette, à cause de diagnostics pas posés, de médecins trop justes...* ».

²¹⁵ Les spécialistes semblent plus reconnaissants du travail des kinésithérapeutes (« *dans les spécialistes, il y a les rhumatologues et les chirurgiens orthopédiques qui reconnaissent notre travail, surtout ces derniers qui ne peuvent pas pratiquer sans collaboration avec les kinés* »).

²¹⁶ « *Donc, le problème en pharmacie, c'est plutôt qu'on est obligé d'avoir constamment une attention aux petites choses essentielles : parce qu'on risque gros* ».

²¹⁷ Les médecins généralistes tendent aussi à gommer la place centrale des laboratoires pharmaceutiques dans les formations (continues) médicales, c'est-à-dire également dans la mise en lien de praticiens. D'ailleurs, avant que les réseaux soient financés par Dotation Régionale des Réseaux, ils sponsorisaient ces derniers.

Face aux patients, les biologistes comme les pharmaciens semblent être en effet dans une position complexe. Ainsi, s'ils renvoient le plus souvent le patient à l'expertise du médecin traitant, ils valorisent aussi le fait d'être sollicités souvent et directement par les patients pour leurs expertises - aussi bien dans la connaissance des interactions médicamenteuses que dans l'interprétation des résultats dans la phase de prélèvement. Les biologistes comme les pharmaciens valorisent alors leur rôle comme des médiateurs. Ce travail d'interface entre les soignés et les médecins et entre les différents soignants eux-mêmes, ainsi que celui d'articulation des soins, qui est nettement apparu au cours de l'observation, semble quantitativement important dans le travail du pharmacien (recommandations, traductions et re-formulations des prescriptions médicales) et contraste avec les réflexions de la plupart des médecins enquêtés à leur égard centrées sur les dimensions commerciales de leur exercice.

Si les biologistes et les pharmaciens enquêtés nient tout conflit, ils admettent à demi-mot qu'il leur faut de la « *diplomatie* » pour gérer leur relation avec les médecins. Ils sont en effet conscients des superpositions de territoires possibles (interprétation des résultats pour les biologistes, premiers recours ou effets des médicaments pour les pharmaciens), et entourent leurs conseils de nombreuses précautions déontologiques. Néanmoins, nos observations ont également confirmé qu'il existe de nombreux domaines d'intervention pour les pharmaciens selon les spécialisations de chacun (comme chez les infirmières et les kinésithérapeutes). Ils sont aux limites de celles de généralistes (dermatologie, éducation à la santé, soins de puériculture, amaigrissement etc.).

Pour les biologistes, le champ de travail aux limites du médical réside dans les prélèvements bactériologiques (gorge, gynécologiques), avec des arrangements plus ou moins acceptés selon les médecins.

- D'après les témoignages de ces enquêtés, le travail en coordination avec les médecins généralistes est donc une fois de plus, loin d'être évident.

En effet, du côté médical, l'unique logique de la prestation de services reste largement dominante sur le terrain. Du côté des biologistes et des pharmaciens, les difficultés à joindre les médecins et la peur de les déranger entravent les relations. Pourtant, ces acteurs sont en attente : ils regrettent le fait d'être le plus souvent oubliés parmi les réseaux médicaux (pas ou peu de rencontres, en dépit de communications informelles quotidiennes et de la complémentarité nécessaire entre chaque professionnel).

II.4. Les acteurs non médicaux : des relations sous estimées

Les relations avec les secrétaires, et surtout avec les patients et leur entourage sont encore plus occultées par la plupart des médecins enquêtés. Pourtant les observations montrent que dans les cabinets médicaux, les secrétaires occupent une place prépondérante tant auprès des patients et de leurs proches que des médecins. Elles jouent un rôle traditionnel d'auxiliaires du médecin en prenant en charge tous les « à cotés des soins » : travail administratif, organisation du temps de travail du médecin (et parfois de sa vie privée), rôle de « mémoire » du médecin, transfert d'informations sur les patients vers le médecin (et vice versa), relais de l'information donnée par les patients ou par les autres professionnels, encaissement des honoraires, certificats divers, jusqu'à la préparation des ordonnances, la prescription de matériel, voire la réalisation de vaccins²¹⁸). Elles remplissent également un rôle majeur attendu par les médecins de tri des clientèles, en aidant aussi les praticiens à se défaire de certains patients et/ou de leurs proches, voire

²¹⁸ Dans certains cabinets, elles sont parfois de quasi soignantes (accomplissement de petits actes infirmiers).

de visiteurs médicaux (jouant alors un rôle de protectrices). Dans ce rôle de régulation, les secrétaires se substituent alors aux médecins pour poser des limites aux relations. Inversement, en facilitant les démarches des patients, elles assument aussi un rôle soignant : si les patients et les proches déchargent sur elles leurs griefs destinés au médecin, ils s'adressent aussi à elle pour des aides et conseils sur des registres tant médicaux que sociaux. Enfin, de part sa présence constante auprès du médecin dont elle est parfois la conjointe, la secrétaire assure aussi un rôle de transfert des émotions du médecin généraliste (plaisanteries, colères contenues pendant les soins, expressions des représentations du « bon » et « mauvais » malade, du « bon » et du mauvais professionnel). Elle joue alors, bon gré mal gré, un rôle de confidente, à l'écoute des difficultés de chaque médecin. La plupart des secrétaires souffrent en effet du manque de reconnaissance des multiples facettes de leur travail, peu ou non reconnu par les médecins qui, n'ayant pas conscience du rôle accompli, leur demandent toujours davantage.

Autrement dit, les secrétaires permettent aux généralistes de « se débarrasser » des corvées administratives, de filtrer les demandes, mais aussi d'exercer une médiation avec les usagers.

Enfin, dans les réseaux de soins, les aides-ménagères et les proches des patients ne sont pas toujours considérés comme des interlocuteurs légitimes (porteurs de savoirs) par les médecins généralistes, alors que paradoxalement les délégations des tâches sont de plus en plus importantes vers ces aidants, avec l'augmentation des prises en charge complexes de malades polyhandicapés ou dépendants, et de soins palliatifs.

De même, le rôle du patient est trop souvent mésestimé dans l'organisation des réseaux informels, alors qu'il en est parfois le principal organisateur (gestion de leurs dossiers, apport de nouveaux soignants, retours positifs ou négatifs permettant de construire les réseaux médicaux, etc.). En effet, il choisit, voire impose des soignants avec lesquels il veut poursuivre les soins ; il effectue un travail d'articulation entre les soignants et de transfert de l'information (pas seulement via son dossier, ou lorsque le professionnel n'a pas reçu de lettre du correspondant ou du prescripteur) : comme l'a déjà montré P. Castel (2005) dans le champ de la cancérologie, le patient est aussi une source importante d'informations sur les autres professionnels dont les généralistes se servent pour adapter leurs réseaux de correspondants (évaluation de compétences techniques et relationnelles).

— *CONCLUSION*

La construction, l'expérimentation et la consolidation de réseaux (formels ou non) d'entraide au travail sont fondamentaux au quotidien, particulièrement en médecine générale libérale, où chaque praticien tend à se (sous-) spécialiser et à articuler les compétences et les actions des autres acteurs en fonction de ses propres conceptions du rôle de chacun (y compris du sien). Il existe donc une pluralité de modes de relations professionnelles, reflet de la diversité des médecins généralistes. Ces derniers tendent néanmoins à privilégier dans l'absolu le modèle de « la collaboration », le travail en équipe, qui permet de se réassurer professionnellement. Cependant, au quotidien, sur le terrain, cet idéal n'est pas toujours possible, et les médecins lui préfèrent des modes plus souples et moins consommateurs de temps et d'énergie : « la coopération », ou encore à l'utilisation de « prestations de service » avec les paramédicaux qui permet de préserver de part et d'autre une large autonomie au travail. Avec la négation, ils constituent des modes auxquels les médecins dans leur ensemble ont le plus souvent recours, et dont les fonctions sont capitales pour l'équilibre (voire la « survie ») des professionnels.

Il existe donc une variété de relations possibles, et ces modes de relation ne semblent pas forcément se concurrencer les uns aux autres, mais s'intégrer dans une dynamique interactive. Autrement dit, les réseaux de soins informels ne sont pas une simple addition de pratiques individuelles, mais un espace où se construisent et se transforment les « formes identitaires » dans un jeu de miroir. Il s'agirait alors de réfléchir à la façon d'intégrer ces différentes logiques entre elles, et cela d'autant que les observations de terrain montrent combien la prise en charge des patients repose bel et bien sur de nombreux acteurs : les médecins généralistes, les spécialistes (hospitaliers et/ou de ville), mais aussi les paramédicaux, les biologistes et les pharmaciens – sans oublier les secrétaires médicales, les professionnels du social, de nombreux professionnels hétérodoxes (rebouteux, ostéopathes...), et enfin les proches du patient (aidants). Or, leurs apports professionnels restent globalement peu reconnus par les médecins généralistes, notamment parce que les formations médicales préparent encore plutôt les étudiants à travailler uniquement entre pairs. D'où des tendances, chez tous les généralistes enquêtés, à déléguer, mais aussi à reléguer des tâches ou des patients non désirés vers des non-médicaux, lesquels sont également confrontés à des problèmes très concrets.

Ainsi, chez les (para)médicaux à la ville comme en institution, les ressentis de manque de temps à consacrer aux coopérations sont d'autant plus importants que les professionnels aspirent à ne s'occuper que de la partie strictement soignante de leur activité, et/ou à se consacrer au développement d'une « sous-spécialisation ». De plus, un certain nombre d'acteurs cherchent actuellement à s'affranchir des hiérarchies et des rapports de subordination traditionnels (infirmière/MG, MG/hôpital), voire à conquérir de nouvelles compétences, savoirs, clientèles (kinésithérapeute/MG).

Entre des soignants hésitants, ambigus, et qui réagissent en ordre dispersé, existe-t-il malgré tout une culture partagée ? Ne perdre ni son temps, ni des clients, ni sa liberté, pouvoir revendiquer son identité professionnelle et développer sa conception des soins pourraient être un socle commun sur lequel travailler. Avant de poursuivre les réformes, il semble en tout cas peu réaliste de ne pas tenir compte des valeurs d'autonomie revendiquées, des stratégies d'alliance et de compétition de territoires,

et de la diversité des modes de travail en coordination (notamment en médecine générale²¹⁹). En effet, le système de santé n'est pas une organisation mais un réseau social. Il conviendrait alors de préserver sa souplesse et de poursuivre des enquêtes précises centrées sur les besoins des différentes (sous) groupes professionnels et la compréhension de leurs pratiques.

²¹⁹ Que reflètent en partie les réseaux, utilisés différemment en fonction des besoins et des conceptions que chaque médecin généraliste se fait de sa pratique (les liens entre les relations professionnelles et les relations patients existent, mais restent encore à analyser).

— RÉFÉRENCES

1. Bouchayer F., Soigner des personnes âgées : quels effets sur les professionnels de santé, *Swiss Journal of Sociology*, 32 (3), 2006 : 457-474.
2. Castel P, *le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique*, *Revue Française de sociologie*, 2005, 46, 3 : 443-467.
3. Faure, Humbert, Lustmann, Sarradon, Vega, *Etude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels*, ANAES, 2002-2004.
4. Hugues EC, *Le regard sociologique. Essais choisis (textes rassemblés et présenté par Chapoulie JM)*, Paris, éditions de l'EHESS, 1996.
5. Hardy-Dubernet A-C, Faure Y., *Le choix d'une vie... Etude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales*, 2005, document de travail, DREES, décembre 2006.
6. Mancret RC, *La constitution des réseaux de soins ville-hôpital*, Paris, Doin, 2001.
7. Vega A, *Dynamique des savoirs savants et profanes dans les réseaux de soins*, rapport scientifique, Fondation Fyssen (2002-2003). Perceptions du travail et identité professionnelle : médecins salariés-médecins libéraux, même combat ? Ministère de la santé et des solidarités, *Dossiers solidarité et santé* n°1-2007, 2007.

— ANNEXE

Une cartographie des réseaux de soins en médecine générale

« L' Etude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels » (financée par l'ANAES et la Fondation Fyssen) avait pour but d'observer le travail de 10 médecins généralistes et d'étudier l'ensemble de leurs interactions professionnelles.

L'enquête de terrain (de type socio-anthropologique) s'est déroulée d'octobre 2002 à avril 2004, en région PACA. Dans un premier temps, 10 monographies de cabinets de médecine générale (exercice rural ou semi-rural) ont été réalisées (observations de 5 jours à deux semaines de médecins généralistes²²⁰ dans leur exercice quotidien : consultations et visites à domicile²²¹, mais aussi lecture du courrier, appels téléphoniques, trajets, temps de pause, réunions, formations). Des entretiens complémentaires ont été conduits avec ces médecins (parcours professionnels, conception de leur rôle et du travail en réseau). Dans un second temps, la même approche que celle mise en oeuvre pour les généralistes a été reconduite auprès des différents professionnels médicaux et para-médicaux désignés comme des correspondants par les généralistes (entretiens avec des observations mais de plus courte durée : 1 jour), complété par des professionnels qui se sont révélés être des partenaires importants lors de l'observation de l'activité des omnipraticiens. Soit : médecins spécialistes (34), médecins non prescripteurs (4), infirmières (15), kinésithérapeutes (7), secrétaires médicales (5), pharmaciens-biologistes (2), pharmaciens d'officine (2).

Les données recueillies au cours de cette enquête sont des descriptions ethnographiques (dialogues médecins-patients soit 619 consultations observées, 148 visites à domicile observées, les interviews enregistrées et les discussions informelles avec les professionnels, les interactions verbales et/ou écrites entre soignants). L'exploitation des données recueillies s'est appuyée sur une démarche inductive, en privilégiant la description réelle des pratiques et des échanges. Une analyse verticale et transversale des données (description ethnographique et paroles des enquêtés) a été effectuée par l'ensemble des chercheurs participant à l'étude, disponible au Centre de Recherche Cultures, Santé, Sociétés (CReCSS), Université Paul Cézanne, Aix-Marseille III.

²²⁰ Le recrutement des médecins participant à l'étude s'est fait par moitié par tirage au sort (envoi d'un courrier à 100 généralistes tirés au sort, relance téléphonique, 5 réponses positives), et pour l'autre moitié, par la mobilisation de notre réseau personnel. La diversité des situations selon le genre (3 femmes, 7 hommes), l'âge (32 à 47 ans), le mode d'exercice (seul ou en groupe, présence ou absence de secrétariat) a été recherchée.

²²¹ L'accord des patients a toujours été demandé avant l'observation des soins les concernant. L'anonymat et le secret professionnel ont été respectés. Les chercheurs ont veillé à ne jamais perturber les soins.

CONTRIBUTION 14

LES ENSEIGNEMENTS DE LA POLITIQUE DES RÉSEAUX ET DES MAISONS DISCIPLINAIRES DE SANTÉ

Yann Bourgueil

— OBJECTIFS ET METHODE

La notion de réseau a été considérée très tôt comme un moyen de renforcer les pratiques coopératives dans le système de santé (groupe IMAGE 1996) et a occupé une place importante dans les pratiques et les discours des différents acteurs du système de santé.

De par sa nature polysémique, le concept de réseau a ainsi été mobilisé avec des sens différents pour constituer progressivement un outil de la politique de santé comprenant : une définition réglementaire des réseaux de santé et un financement pour les structures de gestion et de coordination ainsi que les actes de soins dérogatoires des professionnels libéraux adhérents. Cette politique remise en question par un rapport IGAS en 2006, a fait récemment l'objet d'évolutions notamment sur les modalités de financement qui ont été unifiées. Au titre des innovations introduites dans le système de santé, il paraît tout à fait justifié de s'interroger sur ce qu'apportent les réseaux de santé au thème de la coopération/délégation.

Il s'agit donc dans cette note d'analyser dans un laps de temps court, les enseignements en termes de coopération des professions de santé, des multiples expériences de réseaux qui se sont succédées au fur et à mesure des évolutions de la définition et de la politique des réseaux. (Réseaux villes-hôpital, puis des réseaux « Soubie » puis des réseaux de santé financés dans le cadre de la Dotation Nationale des Réseaux)

Plus précisément, notre objectif est de dégager des enseignements pouvant nourrir la réflexion en terme d'économie et d'organisation sur le thème de la coopération/délégation des tâches entre professionnels de santé à partir de l'analyse des expériences de réseaux en France ainsi que des maisons pluridisciplinaires de santé.

Dans un premier temps, il nous est apparu nécessaire de clarifier pour notre objet d'étude la notion de coopération et les différentes dimensions qu'elle peut recouvrir. La réalisation d'une analyse de la littérature internationale relative à la notion de « skill mix »²²² nous a permis de rencontrer un cadre conceptuel d'analyse de la notion de Skill Mix proposé par Sibbald que nous nous proposons d'adapter à la coopération dans le contexte français. Ce cadre global permet de distinguer dans la notion très large de coopération, différentes formes de redistribution des tâches selon deux dimensions principales, la redistribution entre services d'une part (par exemple entre l'hôpital et les acteurs de soins ambulatoire) et la redistribution entre professionnels d'autre part (cette redistribution pouvant être envisagée comme une substitution, une diversification ou comme il semble que ce soit le plus souvent le cas, un mélange de substitution et de diversification). Parce qu'ils recouvrent des réalités très différentes et

²²² Cette revue de la littérature a été réalisée pour l'OMS dans le cadre de la politique visant à améliorer l'accessibilité aux traitements antirétroviraux (Treat, Train Retrain strategy) dans les pays où manquent les professionnels de santé.

qu'ils ont constitué des lieux d'innovation important, nous considérons les réseaux de santé comme porteur *a priori* de la plupart de ces formes de coopération.

Dans un deuxième temps nous avons collecté l'ensemble des rares travaux accessibles à notre connaissance qui portent un regard global sur les apports des réseaux. En effet, la littérature essentiellement grise apporte peu d'éléments de réponses à notre questionnement. De fait, il est même étonnant de constater une si faible production relativement aux efforts réalisés et aux sommes investies dans les réseaux. Plusieurs travaux de méta-évaluation, essentiellement issus de l'administration (IGAS, fonds FAQSV, Observatoire National des Réseaux de Santé) sont accessibles, mais aucune analyse globale problématisée sur les changements induits dans le cadre de ces expérimentations n'a été menée²²³ jusqu'à ce jour.

Nous nous appuyons donc sur les documents de méta évaluation produit par diverses sources administratives nationales et régionales recueillies dans le délai de réalisation de la présente note. Enfin, pour compléter cette approche à distance des « pratiques réelles », nous avons mobilisé les résultats d'une recherche menée en 2002/2004 et publiée en 2005 sur la formalisation de la coordination dans les réseaux de soins. Ce travail, dont nous avons assuré la conception et le pilotage s'est appuyé sur la visite approfondie de 7 réseaux de soins gériatologiques et de soins palliatifs. Financé dans le cadre du programme de recherche DREES sur les dynamiques professionnelles. Ce travail avait pour objectif d'évaluer les effets de la formalisation de l'organisation des réseaux de santé sur les territoires professionnels et notamment sur les modalités de décision et de répartition des tâches entre professionnels.

La relative jeunesse du dispositif de maison pluridisciplinaire de santé, ne nous a pas permis d'aller au-delà d'un recensement des sources documentaires sur le sujet et d'un état des lieux de ce dispositif en terme quantitatifs et qualitatifs.

Le lecteur doit donc garder à l'esprit que cette note qui s'appuie sur un matériau limité exprime avant tout l'opinion de son auteur. Elle n'épuise pas le thème des réseaux de santé notamment comme nouvelle forme de coopération entre professionnels de santé qui mériterait des travaux plus approfondis.

La note présente trois parties distinctes.

La première partie propose un cadre conceptuel global de la coopération permettant d'interroger la contribution des réseaux à la coopération mais permettant également de préciser et distinguer les leviers disponibles entre réorganisation des rôles professionnels et réorganisation des services de soins.

La deuxième partie est plus spécifiquement consacrée à la description des travaux d'évaluation des réseaux de santé et des maisons de santé pluridisciplinaires.

Enfin la troisième partie discute les principaux enseignements que nous retenons de l'analyse des réseaux et des maisons de santé pluridisciplinaires et propose quelques pistes de réflexion et d'action pour renforcer les différents aspects de la coopération telle que nous l'avons défini initialement.

²²³ Ce travail qui pourrait rassembler plusieurs équipes de recherches et qui avait été ébauché (rapport IRDES-groupe Image « L'évaluation des réseaux de soins et de santé » Séminaire des 7 et 8 juin 2002. Co-organisé par la [CNR](#), le CREDES et le Groupe IMAGE de l'ENSP avec le soutien du [CNPS](#) Novembre 2003. 177 pages) reste à réaliser dans le cadre d'un programme porté par la puissance publique et pourrait éclairer utilement plusieurs politiques actuellement en développement comme celle visant la généralisation du DMP, la télémédecine ou les coopérations entre professions de santé.

I. LA COOPÉRATION DES PROFESSIONS DE SANTÉ : DE LA REDISTRIBUTION DES TACHES ENTRE PROFESSIONNELS À L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ

I.1. Redistribution des tâches entre professionnels et organisation des services de santé : alternatives et complémentarités

Selon le rapport d'étape publié par l'HAS en 2007, « La coopération, ou l'action de participer à une action ou une œuvre commune qui repose sur la responsabilité de chacun, est caractéristique de la pratique des professions de santé. Ce terme, générique, comporte plusieurs modalités dont la délégation et le transfert²²⁴ ». Les définitions temporaires proposées dans le rapport d'étape s'inscrivent dans un cadre de la coopération qui s'intéresse spécifiquement aux rôles des professionnels et à leurs changements ou la création de nouveaux métiers. Or la répartition des rôles et des tâches professionnelles doit également tenir compte contextes de travail et des organisations de soins au sein desquelles exercent les professionnels. C'est ce que rappelle le professeur Berland dans son rapport en 2003 (réf) dans lequel il pose comme « principe préalable à la délégation que celle-ci ne puisse s'opérer que dans un cadre organisé où les professionnels sont en situation de collaborer effectivement, particulièrement dans une unité de lieu d'exercice géographique ou virtuelle ».²²⁵ Les premières évaluations des expérimentations de coopération des professions de santé (réf rapport sur les 5 expérimentations) montrent d'une part que cette unité de lieu est nécessaire et que d'autre part dans certains cas, une réorganisation des processus de soins peut permettre de mieux répondre à la demande sans nécessairement modifier en profondeur les rôles et les périmètres des professionnels impliqués. Ainsi, dans le cas du suivi des patients atteints d'HVC, la consultation infirmière permet d'améliorer le suivi sans que l'infirmière étende sa responsabilité en termes de diagnostic ou de prescription. Dans ce cas particulier, une réorganisation du processus de soins au

²²⁴ La **délégation** désigne l'action par laquelle le médecin confie à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soin ou d'une tâche²²⁴. La délégation comprend l'idée de supervision. La responsabilité du délégant (le médecin) reste engagée du fait de la décision de déléguer, la responsabilité du délégué (le professionnel non médical) est engagée dans la réalisation de l'acte.

Le **transfert** est défini comme l'action de déplacer l'acte de soin, d'un corps professionnel à un autre : les activités sont confiées dans leur totalité, y compris en termes de responsabilité, à une autre profession. Les professionnels non médicaux sont donc autonomes dans la décision et la réalisation.

La délégation et le transfert peuvent se faire à destination de corps professionnels existants mais il est également possible d'envisager, lorsque cela est pertinent, la création de **nouveaux métiers**.

Dans tous les cas, le professionnel qui se voit déléguer ou transférer un acte de soin ou une tâche doit posséder les **compétences** nécessaires, c'est-à-dire la maîtrise d'une combinaison de savoirs (connaissances, savoir-faire, comportement et expérience) en situation (Matillon, 2003)²²⁴. La notion de compétence traduit la capacité d'un professionnel à combiner ses ressources propres pour agir dans une situation précise. Elle renvoie à la personne qui l'a acquise et qui la possède et elle ne peut donc pas se déléguer. Les compétences peuvent être spécifiques à un métier ou transversales à plusieurs métiers.

²²⁵ La délégation/transfert de tâches pour être efficace et efficiente doit impérativement s'appuyer sur une collaboration étroite entre les différents acteurs. Cette collaboration passe par une unité de lieu d'exercice géographique ou virtuelle (cas de professionnels intervenant dans une zone démedicalisée et reliées par télé-médecine au cabinet médical) des différents intervenants qui devront être regroupés au sein de structures pluridisciplinaires. Le médecin qui transfère l'activité médico-technique doit garder la responsabilité de la prescription et des actes. Il serait en effet totalement inopérant de permettre à plusieurs acteurs de niveaux de formation totalement différents de pouvoir directement effectuer les mêmes actes. Très rapidement cela aboutirait d'une part à une concurrence non souhaitable mais également à la multiplication des actes. Les patients pourraient en effet dans un grand nombre de cas aller consulter d'abord un acteur paramédical puis un acteur médical pour le même motif.

sein de l'équipe hospitalière permet de redistribuer les activités sans modifier les frontières professionnelles, puisque l'infirmière ne prescrit pas hors d'un protocole de soins bien défini.

Selon, la nature du problème, l'organisation peut inclure un nombre variable de structures/services de santé (on entend par structure/service un service hospitalier, un cabinet de médecine de ville, un service de soins infirmiers à domicile, un service d'HAD, un service de PMI...). Ainsi, le suivi d'une femme enceinte de la déclaration de grossesse jusqu'à l'accouchement va impliquer différents structures/services, le maintien à domicile d'une personne âgée dépendante également. Appréhendé ainsi dans le cadre d'un processus plus global, la redistribution des activités peut également concerner les structures/services de soins sans modifier les rôles professionnels.

En conclusion, si le changement des rôles entre professionnels constitue un axe de la coopération des professions de santé pour faire face à une demande de soins en augmentation, il nous paraît devoir être replacé dans un cadre plus large qui intègre notamment les relations et les complémentarités entre structures de soins. Ainsi, l'enjeu de la coopération peut porter principalement sur la redistribution des tâches entre professionnels au sein d'un type de structure (hémodialyse, radiothérapie, réalisation d'examens complémentaires...). Mais dans d'autres situations comme la prise en charge du risque vital, l'organisation de la permanence des soins ou la correction des troubles de la vision, l'enjeu de la coopération concerne également les relations entre services/structures/acteurs de soins.

I.2. Le concept de skill mix et sa déclinaison : un cadre adapté pour appréhender la coopération dans les réseaux

La littérature anglo-saxonne mobilise le concept de Skill Mix (mélange des compétences) pour décrire aussi bien la distribution des activités entre professionnels que la composition des équipes de soins. Sibbald (réf) en a proposé récemment une déclinaison large qui distingue changement de rôles professionnels et interfaces entre services/structures de soins.

Sibbald distingue trois modalités de changements d'interface entre services et quatre modalités de changement de rôles entre professionnels de santé.

La « **enhancement** » ou « amélioration » exprime l'augmentation de l'expertise professionnelle par l'extension des compétences d'un groupe professionnel au travail sans modifier les frontières professionnelles. La profession infirmière est particulièrement concernée. Ainsi, une infirmière qui a acquis des compétences dans un domaine particulier ou une maladie particulière est capable de conseiller et accompagner le patient dans le processus de soins (infirmière ayant une expérience en diabétologie par exemple).

La « **substitution** » vise à augmenter l'expertise notamment en dépassant les frontières professionnelles avec la perspective d'échanger un type de professionnel pour un autre. Par exemple, la possibilité pour une sage-femme de suivre une femme enceinte ou d'assister une femme qui accouche à l'égal d'un médecin. Par exemple confier la mesure de la réfraction habituellement réalisée par les ophtalmologues aux orthoptistes.

La « **delegation** » concerne le déplacement d'une tâche élémentaire dans une même discipline d'un professionnel plus spécialisé à un professionnel moins spécialisé. Il peut ainsi s'agir de la formation d'un médecin généraliste à la réalisation d'actes normalement réalisés par le médecin spécialiste.

L'« **innovation** » consiste à créer un nouvel emploi et un nouveau métier en introduisant un nouveau type de professionnel. Il peut s'agir par exemple de la création du métier d'infirmière praticienne autorisée à diagnostiquer et prescrire dans certaines situations spécifiques.

En ce qui concerne les services :

Le « **transfer** » exprime le déplacement des soins de l'hôpital au domicile ou au sein de la communauté. C'est par exemple le cas du suivi des femmes enceintes à domicile dans le cadre d'un retour précoce après accouchement par un service d'Hospitalisation à Domicile (HAD) ou des sages femmes libérales au domicile, ou de l'accompagnement en fin de vie au domicile dans le cadre d'un réseau de soins palliatifs ou de l'HAD.

La « **relocation** » exprime l'idée de la localisation des professionnels eux même dans un autre contexte de travail. Généralement d'un service hospitalier vers un centre de soins, ou un service d'hospitalisation à domicile. Dans le contexte français, le secteur psychiatrique illustre ce redéploiement des personnels hospitaliers vers des lieux de travail non hospitaliers (CMP, appartements thérapeutiques, etc.)

La « **liaison** » qui consiste à mobiliser un ou des professionnels d'un secteur de soins pour former et aider le travail d'une équipe dans un autre secteur de soins (Il peut s'agir d'un autre secteur de la santé ou du secteur social, ou du secteur scolaire, judiciaire...).

Cette classification, rejoint en partie les termes utilisés dans le rapport étape de l'HAS sur la coopération des professions de santé notamment en ce qui concerne les rôles professionnels mais en propose une vision plus élargie avec l'évolution des articulations entre services qu'il nous paraît opportun de mobiliser dans le cadre des réseaux.

Le tableau n° 1 reprend les termes anglo-saxons en colonne de gauche et les termes utilisés dans le rapport intermédiaire de l'HAS. Il constitue notre cadre d'analyse pour interroger les changements induits par les réseaux de soins et de santé.

Tableau 1. Une taxonomie des formes de la coopération en santé d'après (McKee, 2006).

Les changements de rôle professionnels	
« Enhancement »	Délégation de soins vers les infirmières. Par exemple l'éducation thérapeutique et suivi des patients atteints de maladies chroniques sans modifier les frontières professionnelles. La délégation désigne l'action par laquelle le médecin confie à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soin ou d'une tâche ¹ . La délégation comprend l'idée de supervision. La responsabilité du délégant (le médecin) reste engagée du fait de la décision de déléguer, la responsabilité du délégué (le professionnel non médical) est engagée dans la réalisation de l'acte.
"Substitution"	Le transfert est défini comme l'action de déplacer l'acte de soin, d'un corps professionnel à un autre : les activités sont confiées dans leur totalité, y compris en termes de responsabilité, à une autre profession. Les professionnels non médicaux sont donc autonomes dans la décision et la réalisation.
"Delegation"	Déplacement d'une Qualification pour l'exercice d'une technique particulière en médecine
"Innovation"	Création de nouveau métier avec délégation et/ou transfert
Changement des interfaces entre les services	
"Transfer"	Les patients reçoivent des soins dans un autre lieu (par exemple le domicile plutôt que l'hôpital). C'est le patient qui est transféré
"Relocation"	Déplacement des personnels d'un service de soins et d'une partie du service vers un autre contexte d'exercice. Par exemple redéploiement d'un service de soins hospitalier vers le domicile (cas du secteur psychiatrique, HAD...). C'est également le cas des SMUR dans le domaine de l'urgence.
"Liaison"	Former et accompagner une équipe de soins par un professionnel spécialiste issu d'un autre secteur (psychiatrie de liaison, médecin gériatre hospitalier intervenant au domicile ou dans le cadre d'un réseau de soins)

(Source: Sibbald et al., 2004)

La mise en perspective de cette définition dans le contexte français met en évidence le champ de la santé mentale comme un domaine ayant déjà expérimenté notamment dans le cadre de la sectorisation de nombreux dispositifs visant à changer les interfaces entre services. L'hospitalisation à domicile et d'une manière générale l'ensemble des dispositifs visant à délivrer des soins au domicile comme les réseaux de santé s'intègrent dans ces rubriques. Nous proposons dans l'encadré suivant deux exemples d'actualité pour « tester » ce cadre conceptuel: la prise en charge des urgences grave et la permanence des soins.

La prise en charge des urgences graves (qui mettent en jeu le pronostic vital comme les traumatismes sur la voie publique et les affections aiguës graves comme l'infarctus du myocarde..) a conduit à un modèle d'organisation spécifique en France qui est celui de la médicalisation des urgences avec la création à la fin des années 60 des SMUR (Services Mobiles d'Urgences et de Réanimation). Le principe adopté est alors d'amener les compétences hospitalières (équipe d'anesthésie complète avec médecin, infirmiers et matériel) sur les lieux du sinistre, pour traiter immédiatement les blessés et transporter le patient stabilisé plutôt que de le ramener très rapidement aux urgences avec le risque de recevoir des soins médicaux tardifs. Ce modèle d'organisation qui consiste à apporter l'hôpital là où se trouve le patient s'est largement développé dans le cadre des SAMU à l'échelon départemental au cours des années 70. Avec les centres 15, les SAMU ont mis en place de façon concomitante la fonction de régulation et ont élaboré progressivement les conditions d'articulation avec les généralistes de l'urgence que sont les pompiers au sein des services départementaux d'incendie et de secours. Cette organisation de la réponse à l'urgence grave est considérée comme très performante. Elle ne modifiait pas les rôles professionnels par exemple en définissant une fonction d'infirmier urgentiste (paramédics aux USA) mais a débouché sur la création d'unités et de services hospitaliers spécifiques. Un champ spécifique à l'urgence s'est alors progressivement développé avec notamment un diplôme d'étude spécialisé complémentaire (DESC) de médecine d'urgence.

La médicalisation des SMUR a évolué notamment pour les transports inter-hospitaliers qui peuvent désormais être réalisés avec la seule présence des infirmiers et dans certaines conditions. Sans aller jusqu'à modifier les périmètres des professions d'infirmier anesthésiste et de médecin urgentiste, l'organisation des soins intègre alors une évolution de l'organisation et des rôles professionnels au sein même des unités de soins que sont les SMUR. Plus récemment, une expérimentation visant à développer le rôle infirmier dans le cadre de l'urgence en SMUR primaire portée par le SAMU de Toulon explorait une redistribution des tâches entre professionnels dans un nouveau cadre organisationnel. Des infirmiers sélectionnés et formés partaient sans médecins dans les SMUR sur des situations repérées par le régulateur médical comme étant des urgences de niveau 1 à 3 sur une échelle de 1 à 5 selon la classification clinique de médecine d'urgence. Ils étaient par ailleurs encadrés étroitement à distance par les médecins du SAMU. Cette solution complémentaire à l'évolution des structures de soins qui associait une attribution de nouveaux rôles aux infirmiers et un cadre de régulation très encadré (<http://samu83.free.fr/texte%2042.htm>), faisant appel aux moyens de communication modernes n'a finalement pas été retenue dans la première vague d'expérimentations de coopérations en raison d'oppositions de la profession d'urgentistes (réf Samu de France). Cette tendance à la paramédicalisation partielle, qui se retrouve également dans les Services départementaux d'Incendies et de Secours (cf rapport IGAS) illustre comment l'évolution des rôles professionnels peut venir se surajouter à celle des organisations.

Dans le même cadre général de l'urgence, l'histoire récente de la permanence des soins, témoigne également d'une redistribution des activités entre structures ou acteurs de soins sans redistribution des activités et tâches entre professions. L'augmentation régulière de l'activité des urgences hospitalières constatée depuis plusieurs années a conduit au développement des services d'urgences et à l'apparition de la spécialité d'urgentiste. L'offre

hospitalière s'est ainsi progressivement renforcée alors que dans le même temps, l'organisation de la permanence des soins en secteur ambulatoire posait problème.

Plus récemment, le développement des maisons médicales de gardes a eu pour objectif de répondre en ambulatoire avec des moyens plus adaptés à la demande croissante s'exprimant dans les services d'urgences (213 Maisons Médicales de Gardes en 2006 source rapport GRALL janvier 2007). Mise à part le développement de la spécialité de médecin urgentiste par le biais du DESC de médecine d'urgence, l'adaptation de l'offre à la demande de soins urgences ou permanents a principalement porté sur la création de nouveaux services/structure de soins à l'hôpital ou en ambulatoire sans modifier les rôles professionnels, notamment entre médecins et infirmiers. La régulation médicalisée a été étendue aux professionnels du secteur ambulatoire en faisant appel aux médecins libéraux. Selon les auteurs du rapport IGAS, qui font le constat d'une organisation inachevée en mars 2006 de la permanence des soins, celle-ci « ne constitue plus une obligation propre à la médecine libérale dont elle tenait de s'acquitter mais est devenue une mission d'intérêt général dont l'organisation est définie par le préfet ». Selon les mêmes auteurs, l'organisation de la régulation et de la complémentarité entre les différents acteurs de l'urgence doit pouvoir se faire dans un cadre de pilotage clair et en utilisant au mieux les ressources. La voie choisie dans ce cas est une meilleure articulation des ressources existantes pour répondre à la demande. Cependant, une réflexion menée dans le cadre de la Mission d'Evaluation et d'Audit Hospitalier s'intéresse à la prescription de radiologie anticipée par les infirmières au sein des services d'urgence. La fonction d'infirmière d'accueil et d'orientation des urgences dont les capacités et les responsabilités pourraient être reconnues et étendues s'apparente à un changement des rôles entre professionnels au sein même des unités de soins.

L'analyse sommaire du domaine de l'urgence et de la permanence des soins montre que le changement des rôles professionnels ou des rôles des services/structures de santé, constituent des voies d'actions différentes qui peuvent être complémentaires ou concurrentes, pour répondre à une demande de soins.

II. LA POLITIQUE DES RÉSEAUX ET LES PRINCIPAUX ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION

II.1. Le cheminement progressif de la politique des réseaux entre pensée réformatrice et pratiques de terrain

Avant d'obtenir une consécration juridique autour de « réseau de santé » dans les années 2000, le concept de réseau a fait l'objet de débats et d'expérimentations durant une vingtaine d'années. La politique des réseaux s'est constituée progressivement sous l'influence de deux origines: l'une intellectuelle, l'autre de terrain.

Le réseau : un concept au cœur des réformes du système de santé

Le concept de réseau est né de l'importation de modèles d'organisation anglo-saxons et des opérations de traductions qu'ils ont subi en France, au sens littéral du terme (les *Health Maintenance Organizations* deviennent des « réseaux de soins coordonnés ») comme au sens figuré (il s'agit d'inscrire l'organisation en réseau à la fois dans la continuité et dans la réforme du système de santé). Ces opérations d'importation et de traduction, on été portées par des économistes de la santé qui cherchent à promouvoir l'introduction de mécanismes de régulation accordant une certaine place au marché (Launois et alii., 1985). Les experts du Commissariat Général du Plan voient dans ces projets de réforme un moyen inédit de maîtriser les dépenses de santé (Commissariat général du plan, 1987). Le concept de réseaux de soins commence alors à circuler dans les arcanes de la communauté des experts politico-administratifs et réapparaît sous une nouvelle forme dans le rapport prospectif du Commissariat Général au Plan de 1993, *Santé 2010*, qui a conduit au plan Juppé de 1995.

Ce rapport, qui apparaît surtout comme une mise en forme du discours des experts politico-administratifs et scientifiques (économistes de la santé) à destination des acteurs politiques et sectoriels (professionnels de santé, assurance maladie et mutuelles), prône une régionalisation de la régulation du système de santé. Des régions régionales de santé, futures ARS, dotées d'un budget régional et ayant capacité à organiser l'offre de soins passeraient contrat avec des offreurs de services isolés ou groupés en réseau. Le réseau est ici mobilisé comme une forme d'organisation de la production regroupant des professionnels de santé capables de contractualiser avec un seul organisme financeur sur des objectifs de soins et/ou de santé.

Si la mise en œuvre de ce scénario a été incomplète, les rapports de ce type contribuent néanmoins à diffuser l'idée que les réseaux sont un outil de transformation du système de santé susceptible d'améliorer tous les maux du système : inflation des dépenses, éclatement des structures, décalage entre offre et demande... Un discours consensuel sur l'opportunité du développement des réseaux se diffuse, masquant le fait que les attentes des différents partenaires ne sont pas les mêmes, voire peuvent être divergentes : maîtrise des dépenses pour l'État et les caisses d'assurance maladie, amélioration de la pratique médicale et valorisation de leur position pour les professionnels de santé, volonté de s'affirmer comme acteurs des politiques de santé pour les malades.

Travailler en réseau : l'État à la rencontre des dynamiques locales

L'organisation en réseau trouve aussi son origine dans des pratiques de terrain diverses, parfois éloignées des modèles « théoriques » élaborés dans les rapports officiels.

Les organisations en réseaux prennent des formes concrètes, à l'initiative de quelques militants, professionnels de santé et/ou patients qui cherchent un moyen

de faire face aux contraintes croissantes qui pèsent sur l'exercice médical et soignant : une demande qui évolue (vieillesse et transition épidémiologique, reconnaissance du droit des patients, exigence d'information et de gestion des risques) et une offre de services de santé inadaptée (spécialisation croissante sans développement concomitant des processus de coordination, cloisonnement des services sanitaires et sociaux).

Alors que les experts de l'administration de la santé ne connaissent que la « théorie des réseaux » via les économistes de la santé, ces initiatives suscitent leur attention dans les années 1990. La Direction Générale de la Santé (DGS) et la Direction des Hôpitaux (DH) soutiennent ces dynamiques, y voient un moyen de résoudre tout un ensemble de problèmes de santé spécifiques à des populations ou des pathologies « cibles » difficilement prises en charge dans le cadre de la médecine libérale ou hospitalière (en premier lieu les malades du sida mais aussi les toxicomanes ou les diabétiques) (Bungener, 1998). Le terme de « réseau de soins » fait ainsi son apparition dans le vocabulaire administratif à l'occasion de la circulaire DGS/DH du 4 juin 1991, relative à la prise en charge des patients atteints du sida. Suivront au cours des années 1990, une vingtaine de textes similaires jusqu'à ce que la circulaire du 25 novembre 1999 relative aux « réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux » mette fin à la multiplication des textes spécifiques en proposant une définition des réseaux et en fixant les règles et outils nécessaires à leur développement. Cette circulaire, à travers l'emploi de certains termes précisant les attentes d'un fonctionnement en réseau (accès rationnel, meilleure coordination, meilleure orientation du patient) témoigne de l'intégration des réseaux de soins dans les outils de la réforme du système de santé, visant une plus grande efficacité et une plus grande efficience. Les hauts fonctionnaires de l'administration de la santé sont aidés dans l'élaboration de ce « mode d'emploi » des réseaux par des pionniers des réseaux devenus des experts de la politique de réseaux. Ces militants de terrain se sont dotés en 1997 d'une Coordination Nationale des Réseaux (CNR) qui fédère des réseaux sanitaires et sociaux répartis dans toute la France. La CNR devient rapidement l'interlocuteur privilégié (voire unique) du ministère des affaires sociales.

En dépit de cette collaboration entre experts de l'administration et militants des réseaux, la polysémie du concept de réseau, le maintien de modes de régulation différents entre secteur hospitalier, secteur ambulatoire et secteur social et les alternances politiques ont favorisé la multiplication des stratégies d'acteurs et donc des textes et sources de financement. Malgré les « ordonnances Juppé » d'avril 1996 qui cherchent à donner un nouveau souffle aux réseaux de soins, notamment via l'expérimentation, il faut attendre les années 2000 pour voir les réseaux inscrits durablement dans le système de santé. L'existence réglementaire, et non plus uniquement dérogatoire, des filières et réseaux de soins est alors reconnue et de nouveaux financements sont créés (notamment le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville - FAQSV). Surtout, la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé propose une unification du concept de réseau qui achève le processus d'institutionnalisation des réseaux²²⁶. Cette loi introduit un tournant dans l'histoire des réseaux : d'une part, elle consacre le glissement sémantique des « réseaux de soins » aux « réseaux de santé », manifestation d'une volonté de faire du réseau l'outil privilégié du rapprochement des secteurs sanitaire et social; d'autre part, elle renforce le pilotage des réseaux par les pouvoirs publics en inscrivant explicitement les réseaux dans le cadre de la planification régionale,

²²⁶ Deux décrets d'application modifient le code de la santé publique (décret du 17 décembre 2002) et le code de la sécurité sociale (décret du 27 octobre 2002) et remplacent les « réseaux de soins » par les « réseaux de santé ». Ils sont complétés par la circulaire DHOS/03/DSS/CNAMts (19 décembre 2002) qui précise les critères de qualité et les conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des réseaux de santé.

enfin elle énonce un cahier des charges conditionnant le financement des réseaux, dont la principale exigence est la formalisation de leur fonctionnement²²⁷.

Au total, l'institutionnalisation des réseaux de santé ne se réalise pas par la refonte de la régulation du système de santé mais plutôt par l'intégration des réseaux dans les outils de la régulation, ce qui tend à ôter au concept sa finalité innovante. Les réseaux sont devenus un outil parmi d'autres de la politique de santé et s'ils restent porteurs d'attentes fortes, personne n'en attend plus une profonde réforme du système de santé. Des moyens conséquents sont attribués aux réseaux au travers des financements DRDR et FAQSV.

Tableau 2. Évolution des montants de financement des réseaux entre 2002 et 2006.

Année	2002	2003	2004	2005	2006
<i>Montant de la dotation</i>	22, 86	45, 86	125	165	170
Nationale des réseaux M€					
Montant du Fond d'Aide A la Qualité des Soins de Ville Millions euros	106,72	106	106	106	115
Objectif National Dépenses Assurance Maladie voté en milliards d'euros	112,79	123,5	129, 7	134,5	140,7
Pourcentage de la somme DNRD plus FAQSV par rapport à l'ONDAM voté	0,11	0,12	0,18	0,20	0,20

Plus récemment, le constat d'une certaine désillusion des réseaux dans leur capacité à améliorer la prise en charge des malades à un coût équivalent ou moindre a été réalisé par les auteurs du rapport IGAS de 2006. Ce document, après un rapide panorama de la politique des réseaux, fait un constat sévère de la mise en œuvre des réseaux par l'administration aussi bien de la sécurité sociale que de l'état et souligne également l'absence d'éléments objectifs et valides permettant de juger des résultats des réseaux. Si le rapport de l'IGAS revendique le maintien des réseaux il plaide cependant pour une simplification des procédures administratives d'autorisation et de financement et un recentrage des réseaux sur des grandes thématiques. Le dispositif finançant les réseaux est alors simplifié avec un fond unique, le FIQS et de nouvelles circulaires communes à l'assurance maladie et au ministère de la santé définissent des référentiels de réseaux par thématique (réf périnatalité, personnes âgées).

II.2. Les enseignements des différents bilans relatifs aux réseaux (IGAS, EUREVAL, Étude des prestations dérogatoires)

Des problèmes de pilotage et de conduite de projet et un bilan globalement décevant

Deux rapports principaux récents ont analysé la mise en œuvre de la politique des réseaux ainsi que le Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville. Ces deux

²²⁷ En matière de financement, une enveloppe budgétaire est affectée aux réseaux de santé : la dotation nationale de développement des réseaux (dite « cinquième enveloppe » de l'Ondam), qui est régionalisée et administrée conjointement par l'ARH (chargée de la régulation régionale hospitalière) et l'URCAM (chargée de la régulation régionale du secteur ambulatoire).

documents émanant d'instances différentes, la société Euréval en ce qui concerne le FAQSV et l'IGAS dont la mission était d'évaluer le fonctionnement du FAQSV et de la Dotation Nationale de Réseaux débouchent sur des conclusions et des recommandations proches.

L'évaluation de la société Euréval s'intéresse au FAQSV de 1999 à 2000. Le rapport mentionne 1159 projets régionaux entre 2000 et 2004 dont 550 sont achevés et 609 en cours pour un montant global de 355 M€. Trois thèmes principaux se dégagent parmi les projets financés: la coordination, l'amélioration des pratiques professionnelles et la permanence des soins (création de Maisons Médicales de Garde et financement de la régulation téléphonique).

Pour Euréval, la permanence des soins donne le meilleur résultat, puis l'amélioration des pratiques et enfin la coordination (de nombreux réseaux seront de fait financés dans le cadre de la coordination, notamment les réseaux incluant des professionnels libéraux). Si les auteurs considèrent que le FAQSV a permis de faire naître et développer des projets pertinents de qualité en santé avec une logique d'innovation, ils déplorent un défaut d'articulation avec les autres dispositifs d'innovation et d'amélioration de la qualité (DNDR notamment). Le rapport note que la procédure d'instruction et d'attribution des budgets est lourde et complexe. Les projets sont confrontés au financement annuel inadapté à l'agenda des projets. Il n'y a pas de véritable capitalisation des bonnes pratiques. La communication des institutions est insuffisante et l'absence de discours clair sur la pérennisation est relevée. Les recommandations portent principalement sur le dispositif et l'accompagnement des porteurs de projets (voire annexe).

Les auteurs du rapport de l'IGAS font quand à eux le constat d'un « bilan globalement très décevant ». Ils font également le constat d'une articulation insuffisante entre les différents fonds d'innovation ou d'amélioration de la qualité (FAQSV, Formell, FNPEIS) du fait des décideurs qui ne collaborent ou ne coopèrent pas entre eux, mais également entre les différents outils de politique publique comme les plans cancer ou plan périnatalité et la dotation nationale des réseaux. Le défaut d'articulation concerne également l'articulation les niveaux national et régional.

L'analyse plus approfondie dans cinq régions des politiques régionales des réseaux et de projets de réseaux de santé eux-mêmes les conduisent au constat de résultats observés très limités que ce soit en termes de services rendus, d'innovation de l'offre de soins ou bien comme outil d'une politique régionale. Les réseaux n'impliquent finalement que peu de personnes, semblent peu innovants et l'on ne sait finalement pas grand chose des services qu'ils rendent effectivement à la population.

Néanmoins certaines expériences sont considérées comme très positives, notamment dans le domaine des personnes âgées, ce qui conduit les auteurs à recommander le maintien des dispositifs réseaux mais en les plaçant dans un cadre unique de financement (fusion des deux fonds FAQSV et DNDR) et de pilotage et dans le cadre d'une politique des réseaux redéfinie, par exemple en définissant des cahiers des charges par types de réseaux (cancer, périnatalité, soins palliatifs, gérontologie, diabète).

Les auteurs recommandent de favoriser les expériences de regroupement intégrées des professionnels de santé, permettant de prendre en compte un ensemble d'actions (prévention et éducation thérapeutique, prise en charge médicale, formation, évaluation...), de prévoir des évaluations médico-économiques rigoureuses, permettant de mesurer le coût mais également les économies engendrées par les actions financées.

L'analyse des dérogations tarifaires comme témoin des changements portés par les réseaux

La CNAM a mené une enquête auprès des URCAM sur les dérogations accordées en 2004 (réf). Les objectifs étaient de recenser et qualifier de façon précise un acte dérogatoire qui doit présenter au moins une des 6 caractéristiques suivantes : être non inscrit à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), être de nature différente d'un acte inscrit à la NGAP, être réalisé avec une fréquence supérieure à ce que permet la NGAP, être un acte interdisciplinaire, être réalisé par un professionnel non conventionné, pouvoir être réalisé hors de la présence du patient. Le projet de ce recensement s'inscrivait initialement dans le projet de standardisation de ces actes pour une inscription éventuelle dans la nomenclature à terme.

Sur les 223 fiches recensées, le rapport distingue 108 fiches dérogatoires. Les résultats synthétiques concernant ces fiches sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3. Dérogations les plus fréquemment rencontrées.

Type de dérogation	Champ et type de réseau	Professionnels impliqués	valorisation
Bilan à l'entrée ou évaluation	Diabète (16) Gérontologie (2) Cardiovasculaire (2) Périnatalité (2)	Médecin Médecin Médecin et diététicienne (cs)	60 à 80 euros de l'heure
Participation aux réunions de coordination (avec ou sans le malade)	Palliatifs (21) Cancéro (6) Alzheimer (4)	Médecin Auxiliaires médicaux	60 à 80 euros de l'heure 25 à 35 euros de l'heure
	Toxicomanies/addictions	Pharmaciens/dentistes	
Acte éducation (collective le plus souvent)	Diabète (20) Cardiovasculaire (2)	Médecin,	100 à 120 euros/2heures
		IDE, podologues, diététiciennes, psy, éducateurs sportifs	52 euros/2 heures
Bilans et soins podologiques	Diabète (12)	Podologues	29 euros de l'heure

Les autres activités financées considérées comme non dérogatoires concernent :

La coordination interne au réseau (il s'agit du financement de groupes de pratiques, le financement pour l'élaboration d'outils, le financement du salaire coordinateur, l'indemnisation pour la participation aux comités de pilotages et aux comités scientifiques)

La coordination/évaluation (45 euros pour un pédiatre qui fait un bilan, remplit le carnet et oriente l'enfant, forfait de 50 euros pour un MG ou un pneumo dans un réseau asthme, le financement de la régulation téléphonique dans le cadre de la permanence des soins)

Les formations (classique ou multiprofessionnelle)

Ce travail de recensement montre que les réseaux ont permis à certaines professions non conventionnées de se voir reconnaître des actes (diététiciennes, podologues, psychologues). Mis à part les actes de soins des ces professions (que

l'on pourrait classer dans la diversification plutôt que la substitution), trois type d'actes se dégagent :

Le bilan ou évaluation initiale et le bilan de suivi. Cet acte concerne en général des situations complexes, plutôt médico sociales que purement cliniques. Il est *a priori* réalisé le plus souvent les médecins traitants. Cette hypothèse de la réalisation des bilans initiaux par les médecins traitants mériterait une analyse spécifique. Quelles sont les natures, niveau et variabilité de complexité des situations effectivement traités par les médecins ? quel est le niveau de réalisation effective par les médecins ? (voir les enseignements de l'analyse des réseaux géronto et palliatifs). Comment s'articulent les évaluations faite par les médecins donnant lieu à une rémunération et celles faites par les personnels des réseaux comme les infirmières coordinatrices ? Finalement est-on sur un recentrage de l'expertise médicale sur des situations complexes qui requièrent une expertise médicale où à l'inverse n'est-on pas dans une situation à contre emploi, les médecins étant peu formés, intéressés et disponibles pour réaliser ces évaluations ?

Les réunions de coordinations entre professionnels impliqués avec présence ou non du malade ou de ses proches. Ces réunions concernent l'ensemble des professionnels. Un espace de coopération est ainsi ouvert. Coopération sans délégation mais espace de préparation des décisions, voire de décision. Mais qu'en est-il de la mise en oeuvre concrète de ces réunions ? Que permettent ces réunions (élaboration de plans de soins ?, meilleures décisions ?). (reprendre conclusions de la recherche Mire)

L'éducation thérapeutique individuelle ou collective. Cette activité qui concerne également divers professionnels trouve ainsi une valorisation en ambulatoire. Nous sommes là dans la diversification. On peut s'interroger sur la rémunération différentielle de l'éducation selon le professionnel qui la réalise. L'activité d'éducation thérapeutique ne fait elle pas appel à un champ de connaissance et à des compétences spécifiques distinctes du statut professionnel ? On tombe dans un domaine peu stabilisé et qui est en cours de définition.

Ce bilan, principalement descriptif, révèle l'importance des processus de moyen (grossesse, soins palliatifs) ou long terme (alzheimer, diabète, gérontologie..) qui ont fait l'objet de rémunérations dérogatoires. C'est essentiellement le champ ambulatoire qui est concerné. On ne dispose pas d'informations sur les pratiques effectives et les résultats obtenus. Une expérimentation plus approfondie sur les rémunérations spécifiques en Ile de France apporte quelques éléments complémentaires.

Le cas particulier des expérimentations de rémunérations spécifiques pour l'activité en réseau en Ile de France

Le comité régional des réseaux d'île de France mène depuis deux ans une expérimentation de rémunération spécifique dans le cadre des dérogations tarifaires autorisées au sein des réseaux de soins.

La notion de rémunération spécifique renvoie dans le cas de l'île de France à des dérogations limitées aux actes qui sont réalisés en présence du patient. La « politique » adoptée en Ile de France est de ne plus rémunérer de façon dérogatoire les professionnels libéraux pour du temps de coordination. Ainsi dans le cadre d'un financement de réseau, la coordination est assurée par le personnel salarié du réseau, des indemnités de formation sont payées aux membres libéraux du réseau et des dérogations sont envisagées principalement pour des interventions

auprès des patients. La rémunération spécifique est donc une conception plus restrictive que la dérogation définie dans le rapport de l'observatoire national des réseaux.

L'expérimentation en cours en Ile de France a été initiée à la demande des réseaux eux-mêmes. Les objectifs de ces expérimentations sont de :

- Valoriser et reconnaître les pratiques professionnelles actuelles
- Donner les moyens aux professionnels d'assurer une prise en charge globale des patients
- Dégager un consensus sur la rémunération la plus adaptée afin de l'inscrire à la nomenclature

Des types d'actes dont le contenu a été détaillé de façon précise ont été définis par un groupe rassemblant des professionnels des réseaux et des représentants des caisses. Le montant a également été défini a priori. Ces actes concernent les réseaux de soins palliatifs, de cancérologie, le diabète, la gériatrie, l'accès aux soins, la santé mentale et la néphrologie.

L'expérimentation la plus avancée concerne les réseaux de soins palliatifs. Elle a impliqué 9 réseaux en Ile de France et concerne 5 actes dérogatoires que nous avons analysé selon leur contenu et le caractère substitution/délégation ou innovation :

Acte global de soins palliatifs (infirmiers), Acte de prévention et d'évaluation de la douleur (infirmier), Acte de majoration de soins palliatifs (médecins), Acte de soutien et de suivi psychologique-patient (psychologue), Acte de soutien et de suivi psychologique-entourage (psychologue)

Les actes des psychologues permettent de rémunérer une profession jusqu'alors non reconnue en libéral et la majoration pour soins palliatifs permet de valoriser le temps médical au domicile. Il s'agit là d'une valorisation d'activités traditionnelles à ces professions dans un contexte différents (le domicile pour les psychologues) et pour des patients particuliers (personnes en fin de vie).

Les actes infirmiers contiennent des activités propres aux infirmiers conformément au décret d'activité infirmière (voir tableau n°). Il s'agit donc, comme pour les médecins et les psychologues de valoriser la durée de l'intervention au domicile pour permettre de répondre aux besoins de soins et d'accompagnement de ces patients particuliers comme de leur entourage.

Tableau 4. Comparaison du contenu détaillé des rémunérations spécifiques des infirmiers et des médecins libéraux dans le domaine des soins palliatifs.

Description détaillée de l'acte global soins palliatifs infirmier	Description détaillée de la majoration global soins palliatifs médecin
<p>- <u>Diagnostic infirmier</u> Évaluation globale du malade par fonction et analyse d'éventuels nouveaux problèmes.</p>	<p>Une évaluation initiale de l'état du malade, avec définition du projet de soins à moyen terme, évaluation et modification le cas échéant de ce projet,</p>
<p>- <u>Soins de base</u> Hygiène, prévention d'escarres, pansements éventuels, soins de bouche, langue, lèvres, soins des yeux, écoute active du patient et soutien psychologique</p>	<p>- Éducation et information de l'entourage, - Accompagnement du patient et sa famille (écoute et soutien),</p>
<p>- <u>Formation de l'entourage</u> Apprentissage de la famille des changements de position, de la prévention d'escarres, de l'hydratation sans fausse route, des soins de bouche. Évaluation périodique de l'aide de l'entourage.</p>	<p>- Rédaction du dossier de demande anticipée d'entrée en unité de soins palliatifs avec évaluation des conséquences, - Actes techniques complexes (ponction pleurale, ponction d'ascite...)</p>
<p>- <u>Transmissions aux professionnels de santé</u> Transmission au médecin libéral, aux professionnels hospitaliers et au réseau des nouveaux problèmes et des réajustements de traitement via, notamment, le chevet du patient cahier de transmission au chevet du patient.</p>	<p>Tenue et consultation d'un cahier de transmission au chevet du patient</p>
<p>-<u>Prise en charge de l'entourage</u> Travail de soutien auprès de la famille, anticipation de l'évolution du patient Une heure - 30 € par acte</p>	<p>Une heure à une heure trente – 30 € en plus du V</p>

L'évaluation de cette expérimentation a principalement étudié la montée en charge des actes, leur ventilation selon les professionnels et leur impact du point de vue des professionnels libéraux et des professionnels des réseaux par questionnaires et entretiens (directeurs, coordinateurs).

Plusieurs résultats de l'évaluation nous apportent quelques enseignements sur les conditions du développement de la coopération (au sens large) dans le cadre des soins ambulatoires/domicile.

C'est principalement la profession infirmière qui bénéficie de ces actes puisque 86% des actes sont réalisés par des infirmiers libéraux qui représentent 48% des professionnels contre 9% des actes réalisés par les médecins qui représentent 9% des professionnels.

Il y a une forte concentration des rémunérations spécifiques sur un petit nombre de professionnels. 25% des infirmiers prennent en charge 55% des patients suivis et 17% des médecins prennent en charge 48% des patients suivis. Pour les auteurs du rapport d'évaluation, ce phénomène traduit le degré d'implication des professionnels dans le dispositif de réseau soins palliatifs. Tous les professionnels ne s'impliquent pas dans un dispositif de soins palliatifs au domicile.

Pour les professionnels interrogés, si le temps passé est augmenté, la coordination ne semble pas véritablement modifiée. Ce constat n'est pas surprenant dans la mesure où la coordination n'est pas considérée comme devant être valorisée dans le cadre d'un paiement à l'acte.

La modalité de rémunération à l'acte est discutée. Les actes spécifiques aux soins palliatifs ne paraissent pas refléter l'activité réelle des différents professionnels (les médecins ne font pas ou très peu d'actes techniques complexes et les infirmiers estiment que des actes techniques par ailleurs valorisables en AMI ne sont pas reconnus dans la description de leur acte). Les actes infirmiers sont perçus comme complexes et incomplets par les infirmiers.

Enfin deux éléments de conclusions au chapitre de la généralisation doivent être soulignés.

La généralisation par exemple par l'inscription d'un acte à la nomenclature ne paraît pas possible sans lien avec une organisation type réseau. La pratique dans le cadre du réseau permet de garantir les compétences des professionnels qui doivent avoir suivi la formation dispensée dans le cadre du réseau ainsi que les supports logistique et organisationnel de la coordination (réunion, staff, outils, ressources humaines). L'organisation en réseau permet également de contrôler la bonne utilisation des ressources. Certains réseaux ont parfois refusé de régler des notes d'honoraires estimant que quelques professionnels avaient tendance à coter un peu trop systématiquement. Connaissant bien les patients, le réseau est en situation de réguler au mieux l'utilisation des ressources particulièrement dans le cadre du paiement à l'acte.

La forfaitisation des prises en charge de patients en soins palliatifs est envisagée comme une alternative possible au paiement à l'acte. Des calculs de forfaits sont ébauchés à partir de l'expérience en Ile de France avec la distinction de trois niveaux de forfaits selon le stade du patient. Cette modalité de rémunération présenterait l'avantage de répartir différemment les rôles entre les réseaux et l'assurance maladie. A partir de montant et de types de forfaits définis au préalable, le réseau (qui reste comptable de la prise en charge des patients en soins palliatifs au domicile), transmet à l'assurance maladie l'activité réalisée par les médecins et ces derniers sont alors rémunérés au terme de la prise en charge par les caisses.

Un cadre organisationnel, de régulation et de support logistique paraît donc nécessaire dans toute perspective de généralisation d'une valorisation d'activité réseau dans le cadre du domicile. Notons que les services d'hospitalisation à domicile peuvent rémunérer les infirmiers libéraux notamment dans le cadre des soins les week-end et jours fériés.

II.3. La coordination dans les réseaux gérontologiques et de soins palliatifs : une fonction nécessaire en pratique, partagée et peu reconnue

Ayant analysé le travail des coordinateurs au sein de sept réseaux (trois réseaux de soins palliatifs et quatre réseaux de soins gérontologiques) et les processus de formalisation²²⁸ de la coordination, nous en tirons les principales conclusions suivantes :

Tous les réseaux formalisent la coordination que l'on peut définir par un ensemble de tâches que nous classons selon leur proximité décroissante à l'activité clinique (cf tableau n°5)

²²⁸ La formalisation, désigne ici l'explicitation des pratiques de soin, notamment le recours à l'écriture de fiches de postes, aux dossiers de soins ou à l'organisation de réunions faisant un point écrit sur la prise en charge des patients.

Tableau 5. Les tâches élémentaires de la coordination au sein des sept réseaux étudiés.

Tâches cliniques	Evaluation de situations (mobilisation de compétences cliniques et expertise professionnelles) Conseil (aux professionnels de santé) anticipation évolution situation et réassurance des soignants (la clinique sans la clinique)
Tâches de médiation	Mise en lien et éventuellement arbitrage de conflit Animation de réunion et reformulations, facilitation de la décision
Tâches d'animation de réseau	Promouvoir le réseau auprès des partenaires familles/patients (élaboration de plaquettes, ateliers) Promouvoir connaître le réseau auprès des partenaires professionnels et institutionnels (soirées d'informations, formations..)
Tâches de direction	Gestion des rapports avec tutelles et financeurs (rapports activité, demande de subventions) Elaboration des outils d'information du réseau ((protocoles, recueil données, systèmes d'infos et rapports)
Tâches de support logistique	Planification des réunions d'inclusion, rédaction compte rendus, gestion de l'urgence en cas de sortie de l'hôpital, préparation doc administratifs, accélération des remboursements

La coordination est souvent partagée entre les professionnels, les médecins ayant une fonction de pilotage et d'expertise, les professionnels paramédicaux ou travailleurs sociaux ayant une fonction logistique et plus ou moins d'expertise. Plutôt qu'un profil type de coordinateur, on distingue deux types de configurations de coordination qui se distinguent selon le degré d'intégration des tâches cliniques par la coordination.

Les configurations de **coordination expertes** ont en commun d'intégrer l'expertise clinique comme une tâche privilégiée des coordonnateurs. C'est la détention d'une compétence clinique qui confère sa légitimité à l'action du coordonnateur. Par ailleurs, dans ces configurations, le médecin traitant exerce rarement des fonctions de coordination (et ce même s'il est désigné comme le coordonnateur). Ces configurations peuvent être constituées par un binôme médecin coordinateur/infirmière coordinatrice, une plateforme d'évaluation associant médecin gériatre, ergothérapeute et travailleur sociale ou un assistant social ayant développé « une expertise clinique » d'évaluation de situation. Ces configurations peuvent présenter l'avantage de proposer une prise de décision pluridisciplinaire concernant le malade, intégrant plusieurs expertises. Ces configurations "expertes" ne paraissent pas spécifiques d'un champ ou d'un type de promoteur (professionnel/gestionnaire). Elles dépendent surtout de la philosophie du réseau : dans ces configurations, les activités de coordination visent à produire une prise de décision collégiale autour du patient et les acteurs du réseau s'accordent sur cette définition du réseau.

Dans les configurations de **coordination à dominante "logistique"**, les coordonnateurs ne mobilisent pas de compétence clinique dans leurs tâches de coordination. Ils ne prennent pas part directement aux décisions concernant le patient. Ils constituent un recours pour le médecin traitant en termes d'information (ils fournissent et font circuler des informations sur les patients) et en termes de planification et d'animation de réunion. Ils réalisent en d'autres termes les tâches que le médecin traitant ne veut pas prendre en charge (les tâches plus "administratives", les tâches de prise de contact avec les autres intervenants), ce qui lui permet de se concentrer sur son travail de clinicien et de manager des équipes du domicile. Contrairement aux coordonnateurs des configurations de coordination "expertes", les coordonnateurs exercent peu de tâches de management

d'équipes ou de direction de réseau. Ils tiennent leur légitimité du fait qu'ils sont destinataires des informations sur les patients et qu'ils sont également les destinataires ou les passeurs des outils d'information du réseau. Cette vision globale du fonctionnement du réseau et de la situation de chaque patient du réseau leur permet d'agir comme un "réfèrent" ou un "support" vers lequel le médecin peut se tourner. Ces configurations se retrouvent principalement dans les réseaux d'origine professionnelle (en premier lieu médicale), qui visent à faciliter le travail des médecins traitants. Le médecin traitant conserve le monopole de la décision clinique (diagnostic et définition du plan de soins) mais s'assiste du concours et des avis d'autres professionnels à partir desquels il réalise lui-même la synthèse et prend lui-même les décisions concernant le patient. Autrement dit, les médecins traitants n'attendent pas ici du coordonnateur qu'il apporte une expertise nouvelle sur la situation du patient mais qu'il l'assiste dans son travail de synthèse de l'information et de planification du travail auprès des patients. Comme pour les premières configurations, celles-ci ne semblent pas propres à un champ d'activité ni à un type de promoteur (plutôt gestionnaire ou plutôt professionnel).

La formalisation de la coordination reconduit les hiérarchies dictées par la détention d'une expertise clinique et ne rompt pas la division classique du travail à l'intérieur des professions de santé et entre professions de santé et du social, Cela ne signifie pas que "rien ne change" avec l'apparition d'outils de coordination et de postes de coordonnateurs, mais que l'apprentissage des outils de gestion, l'homogénéisation des pratiques de soins, le développement des pratiques d'évaluation des modes de prise en charge ne vient pas profondément bousculer la division du travail autour du patient.

Le modèle du médecin généraliste coordonnateur développé dans les réseaux dits « soubie » résultat de l'arrangement entre logique gestionnaire et dynamique professionnelle ne semble opératoire qu'à la condition d'une coordination de proximité assurée par des infirmières ou des travailleurs sociaux en support de l'expertise médicale. La perspective de régulation économique reposant sur le médecin généraliste "gate keeper" sous jacente au modèle du médecin généraliste coordonnateur a renforcé la position de ce dernier, au dépend du "travail invisible" de la coordination et de la non reconnaissance des coordinateurs de proximité²²⁹.

Les tentatives de clôture du champ de la coordination des réseaux en mobilisant les espaces universitaires de gestion illustrent les difficultés que rencontrent les professions non médicales à inscrire les nouvelles compétences clinico-organisationnelles, dans un cadre universitaire qui leur serait spécifique. La gestion est donc doublement mobilisée par les professions de soins de proximité, à la fois pour faciliter l'émergence de nouveaux rôles et de nouvelles pratiques mais aussi comme cadre théorique de production de nouveaux savoirs abstraits. Curieusement, alors même que les médecins généralistes se voient reconnus dans leur fonction de coordination, ils ne semblent pas investir ce champ ce qui est sans doute à mettre en lien avec la difficulté de la médecine générale et plus généralement les pratiques du domicile à trouver leur place dans un espace professionnel académique principalement restreint au cadre hospitalier (Grémy 1999). Autrement dit, la formalisation de la fonction de coordination trouve rapidement ses limites et se heurte à des principes de hiérarchie professionnelle qui accordent une plus forte légitimité aux logiques de spécialisation médicale qu'aux

²²⁹ Un minimum d'expertise médicale associé à une capacité d'écoute et de négociation semble prioritaire pour être reconnu comme coordinateur au quotidien par les médecins généralistes, que cette expertise soit acquise par des coordonnateurs travailleurs sociaux ou infirmiers au cours de parcours professionnels variés ou transmise par les responsables de réseaux généralement médecins.

logiques de distanciation par rapport à l'exercice clinique, du moins lorsque cette distanciation ne s'exerce plus dans le cadre structuré de l'hôpital.

La coordination nécessiterait donc un cadre organisationnel permettant une collaboration étroite entre médecin coordinateur et un coordonnateur de proximité pour être mise en pratique. Ce cadre serait alors, selon les cas, constitué par les réseaux partenaires des médecins ou par des regroupements de médecins capables de recruter des coordinateurs.

II.4. La coopération des institutions et la simplification du pilotage de l'organisation des soins dans le domaine ambulatoire une condition du développement de la coopération entre professionnels

A la suite du rapport IGAS de 2006 sur le FAQSV et la DNDR la politique des réseaux de santé a été redéfinie par les pouvoirs publics. Un fond unique de financement des réseaux (FIQS) a été constitué en 2007 et plusieurs référentiels de réseaux sur des thématiques générales comme la périnatalité et les personnes âgées ont été élaborés ou sont en voie d'élaboration (réf circulaires 2006 et 2007).

Et Si nous nous arrêtons au domaine des personnes âgées, le dispositif actuel comprend différents éléments visant à organiser les soins aux personnes âgées en ambulatoire. Ils résultent des politiques successives à dominante sociale ou sanitaire qui ont cherché à développer la coordination gériatrique. Alain Colvez en présente une rapide synthèse qui comprend les instances locales de coordination (héritage de la création de la fonction de coordinateur gériatrique en 1985), les réseaux « soucieux » principalement (MSA) issues des ordonnances de 1995, les équipes médico-sociales de l'Allocation Personnalisée Autonomie (plus d'une centaine) elles mêmes issues des équipes de la PSD, les Centres Locaux d'Information et de Coordination introduits en 2000 avec une logique territoriale forte (500 actuellement), les réseaux de santé gériatriques issus de la politique des réseaux de santé avec la DNDR et tout un ensemble de structures de coordinations comprenant (le service social des CRAM, les équipes mobiles gériatriques hospitalières intervenant à domicile, la coordination assurée par les services du domicile et les coordinations assurées par les acteurs de l'assurance dépendance).

Ces dispositifs divers se distinguent globalement selon leur caractère social ou sanitaire de leur origine.

On ne peut que s'interroger sur la multiplicité de dispositifs, dont les objectifs sont très proches et sur la capacité – voire la volonté – des autorités publiques à harmoniser les initiatives impulsées par le secteur sanitaire et le secteur social. Au-delà de l'affichage politique dont la coordination gériatrique fait l'objet, la politique menée depuis plusieurs décennies souffre à la fois d'un manque de cohérence et de lisibilité. Or l'éclatement croissant de la politique de coordination gériatrique entre les différentes directions du ministère de la santé – d'ailleurs dénoncé par la Cour des comptes²³⁰ - ne laisse pas envisager une amélioration de ce point de vue. La DHOS est en effet compétente en matière d'organisation pour l'ensemble de l'offre de soins, y compris lorsqu'ils sont dispensés en ville. À ce titre, elle est en charge du développement des réseaux de santé. La DGAS suit les politiques publiques en faveur des personnes âgées, à ce titre elle anime la politique de développement des CLIC.

²³⁰ Cour des comptes, *Rapport sur la sécurité sociale*, septembre 2003.

La politique actuelle renforce les moyens du secteur sanitaire et incite à la coordination des institutions

Le plan santé grand âge adopté en 2006 et qui annonce un investissement sur 5 ans de 2,3 milliards d'euros porte principalement sur le développement des services du domicile, les maisons de retraite, l'hôpital, la prévention et la recherche. Les moyens apportés pour le développement des services infirmiers au domicile annoncent un besoin à venir dans le domaine de la coordination et des réseaux.

Tableau 6 .Le budget du plan santé grand âge.

Libre choix du domicile	504 M€
Création de services infirmiers à domicile	365 M€
Création de places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour	90 M€
Revalorisation des tarifs de services de soins infirmiers à domicile	49 M€
Inventer la maison de retraite de demain	1 387 M€
Création de places en établissement	165 M€
Prise en compte de l'évolution de la dépendance des résidents	239 M€
Prise en compte de l'évolution de la charge en soins de santé	473 M€
Ratio d'un professionnel pour un résident	510 M€
Adapter l'hôpital aux personnes âgées	400 M€
Insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention	35,5 M€
Recherche sur les maladies neuro-dégénératives	20 M€
Plan gériatrique universitaire	5,5 M€
Consultation de prévention à 70 ans	10 M€
Total	2,3 Mds

C'est désormais dans le cadre du référentiel national d'organisation des réseaux de santé personnes âgées publié le 15 mai 2007 sous la forme de circulaire signé conjointement par le directeur de la CNAM et la directrice de la DHOS que l'articulation des intervenants et des institutions sanitaires et sociales est attendue. Le texte précise de façon détaillée, les missions et objectifs des réseaux de santé « personnes âgées » ainsi que leur organisation générale (acteurs, modalités de pilotage, et articulation avec environnement sanitaire et médico-sociale, notamment les Centres Locaux d'Information et de Coordination). L'équipe opérationnelle de coordination d'un réseau comprend alors un temps de médecin gériatre, d'infirmière coordinatrice, d'assistante socio-éducative en l'absence de CLIC ainsi qu'un temps de secrétariat.

Dans ce cadre, la mise en œuvre de la coordination repose principalement sur la capacité des acteurs professionnels locaux ainsi que des partenaires institutionnels concernés à travailler en synergie sous le pilotage des services déconcentrés de l'assurance maladie et de l'état. Si le financement des réseaux est simplifié, les questions de pilotage et de cohérence des dispositifs relèvent essentiellement de la capacité (bonne volonté) des institutions à coopérer.

La périnatalité a également fait l'objet d'une circulaire définissant les missions, objectifs et modalités d'organisation des réseaux de proximité. L'amélioration de l'organisation attendue repose également dans ce domaine sur la coopération des institutions et des professionnels à l'échelon local. L'exemple du réseau de santé du Haut Nivernais dont l'objectif est de garantir aux femmes enceintes la sécurité à la naissance en les orientant vers une maternité équipée de façon adaptée au risque qu'elles peuvent présenter témoigne de l'intérêt d'une coopération entre institutions. Le réseau a pu se développer, quand le conseil général a dégagé un demi-poste de sage-femme de PMI qui a été affecté au réseau. La sage-femme de PMI a pu trouver une place au sein du dispositif réseau en accord avec les autres intervenants libéraux et hospitaliers. Elle a pu ainsi réaliser une visite systématique des femmes à domicile au 4^{ème} mois de grossesse jouant ainsi un rôle de prévention, et de repérage des situations à risques. L'ensemble du dispositif étant présenté aux femmes par les médecins, l'intervention de la sage-femme en était ainsi facilitée. Le conseil général, en acceptant de dédier ce poste à une organisation globale a ainsi dégagé les moyens du fonctionnement du réseau. Il ya eu dans ce cas convergence entre la solution organisationnelle élaborée par les professionnels et les instances de pilotage (Hôpital, conseil général et gestionnaire de fond FAQSV). Cet exemple que nous pouvons décliner dans le domaine de la dépendance ou de l'organisation de la permanence des soins, illustre l'importance d'une instance de pilotage où coopèrent les acteurs ayant un pouvoir de décision (création ou affectation d'un poste) ou de financement qui puisse traduire ou réagir en miroir aux projets et solutions des acteurs du réseaux impliqués dans la prise en charge des patients.

Notons par ailleurs, que le domaine de la périnatalité est caractérisé par la coexistence de deux professions médicales partageant des actes en commun. La profession de sage femme et la profession médicale. Les sages femmes qui sont des professionnelles de la grossesse physiologique exercent majoritairement à l'hôpital sous la responsabilité des médecins. Le développement de l'activité des sages femmes en ambulatoire dans le suivi des femmes, la coordination des réseaux de soins périnataux de proximité ou au sein des maisons de naissance qui sont actuellement toujours au stade de projet est possible de par leur statut et leur champ de compétences. Mais la difficile émergence des maisons de naissance comme du faible développement de la pratique en ville témoigne de l'importance de l'organisation et du financement des services de santé dans le développement de la coopération entre professions de santé. La publication prochaine d'un référentiel HAS sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes selon leur niveau de risque devrait contribuer mieux organiser les suivis de femmes enceintes en définissant mieux les rôles de chaque professionnel. Nous sommes donc dans le domaine de la périnatalité dans une situation où l'enjeu n'est pas l'évolution des rôles professionnels en termes de périmètres, compétences ou responsabilités mais bien sur la question de la valorisation des sages femmes en pratique de ville ou le financement d'organisations alternatives comme les maisons de naissance qui pourrait à terme constituer une alternative au manque d'obstétriciens et qui semble correspondre au souhaits d'une partie de la population.

III. LES APPORTS DES RÉSEAUX AU REGARD DE LA COOPÉRATION

Au terme de ce rapide survol des résultats des expériences des réseaux, nous en retenons les points saillants au regard de la question de la coopération

III.1. Les réseaux sont porteurs du développement des services en ambulatoire ainsi que du développement des fonctions/métiers de la coordination plutôt qu'un changement des rôles professionnels

La politique des réseaux et ses étapes successives ont surtout contribué à développer l'organisation des soins mais également les compétences des professionnels de santé dans le secteur ambulatoire. Plus qu'une substitution entre professionnels de santé, les réseaux semblent développer les compétences de l'ensemble des professionnels de santé soit dans des domaines particuliers comme la prise en charge des malades atteints de SIDA, les patients toxicomanes (réf Bungener) ou les patients diabétiques soit d'une façon plus globale dans la connaissance du fonctionnement du système de soins ambulatoire (rencontre et connaissance des autres acteurs du système de soins local).

Les réseaux permettent également la reconnaissance sur un mode dérogatoire ou dans le cadre du salariat des personnels des réseaux de pratiques professionnelles non valorisées dans le secteur ambulatoire soit qu'elles relèvent de professionnels non conventionnés (podologues, diététiciens, psychologues) soit qu'elles nécessitent un temps de présence long ou la réalisation d'actes habituellement non réalisés en ambulatoire ou au domicile (éducation thérapeutique, conseil, réassurance, évaluation de situation, coordination).

Les réseaux constituent un support logistique ainsi que des ressources et expertises nécessaires à la coordination des soins en secteur ambulatoire et entre secteur ambulatoire et secteur hospitalier. Ils mettent en lumière, l'intérêt de cadres et de ressources spécifiques pour améliorer l'organisation des soins ambulatoires et l'utilisation des ressources pour la prise en charge des patients complexes ou améliorer la qualité des soins.

Dans le même temps, les réseaux de santé posent la question de l'organisation du secteur ambulatoire. Doit-on envisager des organisations thématiques transversales intervenant en support des professionnels libéraux ? doit on envisager des regroupements de professionnels en situation de contractualiser avec un/des instances de régulation du secteur ambulatoire ? L'organisation doit elle se faire autour de dispositifs pluridisciplinaires (maisons de santé pluridisciplinaires sous la forme de groupes de professionnels ou de centres de santé ou les deux ?).

Tableau 7. Taxonomie des coopérations développées dans le cadre des réseaux.

Les changements de rôle professionnels	
« Enhancement »	Développement de l'éducation thérapeutique dans le cadre des champs de compétence traditionnels (soins palliatifs, diabète...). Renforcement des compétences cliniques des travailleurs sociaux ou renforcement des compétences sociales des professionnels du secteur sanitaire. Apprentissage collectif
« Substitution »	Absente
« Delegation »	Formation des médecins généralistes à la prise en charge de situations particulières (douleur, fin de vie, urgence, suivi de grossesse...)
« Innovation »	Création de nouvelles fonctions autour de la coordination. Fonction de coordination du projet et coordination de proximité. sans transfert avec un problème de reconnaissance à terme
Changement des interfaces entre les services	
“Transfer”	Il y a bien prise en charge des patients dans un autre lieu et un autre contexte. (par exemple le domicile plutôt que l'hôpital).
« Relocation »	Absente et c'est en partie le problème dans la mesure, ou il n'existe pas d'incitations au redéploiement des moyens entre les différentes institutions impliquées (conseil général, services sociaux divers, collectivités territoriales, hôpital et organismes de sécurité sociale).
« Liaison »	Elle semble exister dans certains cas avec déplacement des médecins hospitaliers au domicile et la fonction de référent dans la prise en charge gériatrique, en soins palliatifs ou dans le domaine de la cancérologie.

III.2. Les réseaux mettent en lumière la difficile coopération entre institutions qui reflète le morcellement institutionnel du secteur sanitaire ambulatoire et social

Les constats réalisés par l'IGAS sur la mise en œuvre des réseaux de santé témoignent des cloisonnement institutionnels qui limitent la mise en commun de moyens autour d'une réorganisation globale des processus de soins qu'ils soient limités au secteur ambulatoire ou transversaux entre secteur ambulatoire et hospitalier.

Ces cloisonnements résultent des grandes orientations prise pour organiser le système de santé à savoir la gestion de la solidarité nationale par l'assurance sociale en 1945 d'une part et la réforme Debré de 1958 d'autre part. Avec la création de l'assurance maladie, c'est d'abord la logique de la prestation aux assurés qui prime et non celle des soins délivrés à la population. Ce faisant, la priorité n'est pas l'organisation rationnelle des soins sur une base populationnelle. Cette orientation n'a pas permis le développement d'une approche territoriale et populationnelle de l'organisation des soins qui paraît souhaitable aujourd'hui. Les élus de la démocratie sociale ne sont pas élus sur une base territoriale mais professionnelle. L'état légitime pour protéger la santé des populations, ne disposait pas du levier des soins ambulatoires. Le morcellement institutionnel de la santé a ainsi naturellement limité le développement de l'approche territoriale intégrée des soins et actions de santé primaires. Les réseaux de santé sont confirmés comme des outils mis à la disposition d'acteurs volontaires prêts à élaborer des coopérations institutionnelles et professionnelles au service des populations.

Une alternative plus radicale que l'approche par réseaux thématiques est envisagée par le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie dans son rapport 2007. Ainsi il est proposé page 87 que « Pour favoriser le décloisonnement des soins ambulatoires et hospitaliers, le Haut Conseil propose que des expérimentations soient menées en s'appuyant sur la dynamique professionnelle. Il s'agirait de choisir un territoire de santé et de désigner une équipe pilote (composée notamment d'un établissement de santé volontaire, de l'ARH et de l'URCAM). Cette équipe serait dotée d'une enveloppe financière lui permettant d'expérimenter des formes nouvelles de rémunération, conformément aux dispositions législatives²³¹, à côté de la rémunération à l'acte, des professionnels de santé s'engageant dans une politique active de prise en charge de la population. Elle aurait les marges de manœuvre pour définir la répartition des tâches et lister les services à rendre à la population avec des objectifs notamment en matière de prévention, de coopération avec l'ensemble des intervenants, dont les médecins libéraux, les services de PMI, de santé scolaire et de médecine du travail, de permanence et de coordination des soins. »

Ce type d'expérimentation vise une approche plus globale, territorialisée de la coopération entre services/structures de santé. Ce type d'approche pose la question de la définition d'objectifs de santé dans le secteur ambulatoire ou secteur de soins primaires et à terme la question de la nature juridique de l'instance de pilotage territorialisée qui serait ainsi en charge de missions d'intérêt général..

III.3. Les maisons pluridisciplinaires de santé : une autre forme d'organisation du secteur ambulatoire dans le cadre de la médecine libérale

L'attrait des professionnels de santé pour la pratique de groupe s'exprime actuellement sous la notion de maison pluridisciplinaire de santé. Cette dénomination encore vague semble obtenir un certain succès, notamment auprès du monde professionnel. Plusieurs expériences existent ou sont en cours d'élaboration. La Mutualité Sociale Agricole a annoncé le développement de maisons pluridisciplinaire de santé en milieu rural. Le rapport du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville 2006, recense 19 projets de maisons pluridisciplinaires de santé recevant des fonds FAQSV.

Un document récent de la CNAMTS a défini les conditions d'éligibilité des maisons pluridisciplinaires de santé à des soutiens financiers et notamment le FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins).

Ce document pose plusieurs conditions auxquelles doit répondre un projet de MSP pour être financé. Un projet collectif de santé doit être formalisé. Ainsi, au-delà d'un projet immobilier, une MSP est basée sur un projet d'actions en direction de la population : accessibilité et continuité des soins, développement des soins de prévention, prise en charge coordonnée,...

Les projets sollicitant un soutien financier comportent nécessairement un volet « engagements collectifs » portant notamment sur :

- la participation de la MSP à la permanence des soins
- l'organisation de la continuité des soins (en cas d'absences),

²³¹ article L162.5 du Code de la sécurité sociale

- la participation à des actions de formation et d'évaluation des pratiques,
- la contractualisation sur des objectifs de qualité des soins et de maîtrise des coûts,
- le respect des dispositions conventionnelles et réglementaires relatives aux tarifs des séances de soins,
- l'analyse des constats transmis par les caisses d'assurance maladie en matière de prescriptions et d'activité des professionnels intervenant au sein de la MSP
- la participation à des actions de santé publique locales,
- la prise en charge pluridisciplinaire des patients qui le nécessitent.

Une Charte de la MSP doit permettre de préciser les modalités retenues pour :

- l'organisation de la prise en charge des patients lors de l'absence du professionnel de santé (congrés, formation, absences non programmées)
- le partage des informations utiles à une prise en charge coordonnée (réunions de concertation autour de dossiers de patients, conditions d'accès à un volet partagé du dossier médical des patients,...)
- la mise en œuvre de pratiques protocolées définissant, dans le respect des recommandations de bonne pratique et des règles déontologiques, le rôle de chacun des professionnels de santé de la MSP dans le suivi des patients atteints de pathologies chroniques.

Le fonctionnement pluridisciplinaire est défini par le regroupement sur un même site d'une offre médicale diversifiée constituée d'un noyau dur de professionnels de santé de premier recours et des consultations avancées de spécialistes mais aussi de services d'éducation thérapeutique, de prévention et de services sociaux. La coordination est évoquée avec les SSIAD, les réseaux et la permanence des soins.

L'assurance maladie propose son soutien financier pour la conception des projets, l'investissement dans la logistique et les systèmes d'informations ainsi que l'aide au démarrage avec financement de personnel d'accueil. Un engagement contractuel est envisagé sans financement dérogatoire ou financements supplémentaires pour de nouvelles prestations (éducation thérapeutique, coordination).

Le modèle s'inscrit dans le cadre conventionnel actuel et le modèle traditionnel du paiement à l'acte. Il se distingue en cela des réseaux qui envisagent un financement de personnel pour la coordination et des prestations dérogatoires.

Si l'on voit bien se dégager une gamme de services à rendre à la population, les leviers d'action restent traditionnels et posent la question d'un développement effectif des pratiques coopératives qui sont attendues. Une analyse des projets actuels en cours permettrait d'anticiper les résultats que l'on peut attendre de ces dispositifs, au-delà du maintien en zones déficitaires ou fragiles de professionnels de santé, ce qui reste l'objectif premier des MSP.

— *CONCLUSION*

Les réseaux constituent in fine une réponse qui fait peu appel à l'évolution des rôles et des frontières professionnelles et porte plus sur le développement d'alternatives à l'hôpital par le développement de nouveaux services au domicile et/ou à une meilleure articulation entre le secteur ambulatoire et l'hôpital. La contribution des réseaux à l'amélioration de l'efficacité du système de soins ou le développement de l'innovation reste mal mesurée.

Plutôt qu'une évolution des rôles professionnels, l'enjeu semble plutôt porter sur l'émergence d'un cadre logistique et organisationnel en ambulatoire. L'expérience des réseaux nous montre que dans certaines situations de prise en charge qui mettent en jeu la coordination des intervenants et où la qualité repose sur la bonne articulation des interfaces²³² et des structures de soins, la coopération requiert :

Un support logistique et des fonctions de coordination spécifiques au champ ambulatoire afin de soutenir et encadrer les intervenants libéraux

Une coopération importante entre les multiples structures et institutions qui détiennent chacune une parcelle de pouvoir et de légitimité à intervenir dans le champ pour dégager les conditions de pérennisation des dispositifs.

Des incitations à coopérer, et particulièrement les incitations financières

Les réseaux ont permis le développement de nouveaux métiers et de nouvelles fonctions aux statuts précaires autour de la coordination et/ou l'organisation des soins au domicile. Il peut s'agir de fonctions de direction et de management, de gestionnaire de cas requérant une forte expertise technique, ou de fonctions d'animation et de lien qui associent souvent une dimension technique et une dimension relationnelle.

Les difficultés rencontrées par les réseaux témoignent d'une absence d'organisation des soins ambulatoires qui s'explique par le morcellement institutionnel important et ancien selon les institutions et les acteurs de soins qui y travaillent. La consolidation et la stabilité des organisations du secteur ambulatoire ne paraît pas possible sans la coopération entre les institutions qui paraît dès lors tout aussi importante que la coopération entre les professionnels de santé.

Modifier la distribution des tâches entre professionnels améliorera certainement le fonctionnement des unités et services de santé pris isolément notamment pour des activités techniques et spécialisées comme les activités hospitalières que sont la dialyse, la radiothérapie, la réalisation des échographies ou le renouvellement des chimiothérapies réalisées à l'hôpital. Par contre dans le secteur ambulatoire, une meilleure organisation des acteurs de soins et du secteur social, ainsi que l'extension des services rendus par leur financement dans un cadre plus cohérent semble plus importante à court terme que l'évolution des rôles professionnels.

Dans un système où les secteurs ambulatoire et hospitaliers ne sont pas incités à collaborer par une contrainte budgétaire ou par des objectifs de résultats, l'évolution ne pourra se faire que sur la dimension professionnelle de la coopération. En

²³² entre les structures de soins comme le suivi et l'orientation des femmes enceintes, le maintien au domicile des patients âgés, la prise en charge des patients atteints de démences séniles, la prise en charge au long cours de malades chroniques ou l'organisation des urgences,

limitant aux seules frontières professionnelles, le risque est de ne pas poser la question des rôles respectifs entre Etat, Assurance Maladie et collectivités territoriales pour favoriser la coopération et les relations entre les structures de soins. En l'absence de pilotage de l'organisation des structures de soins, l'évolution des rôles professionnels favorisera l'évolution des organisations de travail au sein des différents opérateurs mais risque également d'induire, ou simplement de renforcer la concurrence entre secteurs de soins la segmentation de l'offre et de la demande de soins.

— RÉFÉRENCES

1. Berland Yvon, « coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », Rapport, octobre 2003. www.sante.gouv.fr/htm/actu/berland/rapport_complet.pdf
2. Berland Yvon, Bourgueil Yann, « rapport sur cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre profession de santé », ONDPS, juin 2006. <http://www.sante.gouv.fr/ondps/>
3. McKee M., Dubois C-A, and Sibbald B., (2006), Changing professional boundaries. In *Human resources for health in Europe*, eds. Carl-Ardy Dubois, Martin McKee, and Ellen Nolte, 63-78. (Maidenhead: Open University Press; McGraw-Hill Education).
4. Sibbald B., Shen J., and McBride A., (2004), Changing the skill-mix of the health care workforce. *J. Health Serv. Res. Policy* 9 Suppl 1:28-38.
5. Igas/Iga, Blanchard P., Ferrier C. et al *Evaluation du dispositif de permence des soins en médecine ambulatoire* mars 2006 – documentation française.
6. Observatoire des dérogations tarifaires, rapport d'enquête *Réflexion sur les prestations dérogatoires dans le cadre de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux* – février 2005.
7. Eliane conseil, rapport d'évaluation final *Réseaux et soins palliatifs en Ile de France : expérimentation rémunérations spécifiques* – décembre 2006.
8. Eliane conseil, rapport d'évaluation intermédiaire *Réseaux diabète d'Ile de France : Projet Rémunérations Spécifiques* – juillet 2006.
9. Fonds d'aide à la qualité des soins de ville *Rapport d'activité 2006* CNAM/DDGOS/DCES-FAQSV 2006.
10. Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, Rapport - Juillet 2007.
11. IGAS, Daniel C. et al *Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la Dotation de Développement des Réseaux (DDR)* Rapport n°2006 22 – Mai 2006, la documentation française.
12. Eureval-C3E, *Evaluation du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville*, Rapport final – 21 septembre 2005.
13. Grall J.Y., *Evaluation du plan urgence2004-2008* – janvier 2007.
14. Bourgueil Y., Bergeret A., « *Task shifting* » *A rapid and effective response to strengthen and expand the health workforce to scale up HIV services: a regulatory framework component*. Regulatory frameworks for human resources for health and task shifting: a review of the literature for WHO, Human Resources for Health and HIV departments – february 2007.
15. Bourgueil Y., Robelet M., Serre M., La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles, Rapport final, Convention DREES/ENSP n°19/01 – Mai 2005.
16. Circulaire n° DHOS/02/03/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées ».
17. Circulaire n°DHOS/01/03/CNAMTS/2006/151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité.
18. Référentiel maisons de santé pluridisciplinaires – Mars 2007 – CNAMTS

CONTRIBUTION 15

RÉPERCUSSIONS DES COOPÉRATIONS ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUR LES TARIFS DES ACTES EN VILLE - RÉFLEXIONS EXPLORATOIRES

Jean-Luc Vieillerivière *et alii* – DSS

L'intérêt de l'assurance maladie au développement des coopérations est double :

- la raréfaction de l'offre médicale face à l'augmentation continue de la demande de soins requiert une réorganisation de l'organisation des soins afin de dégager du temps médical à partir d'un stock d'offre déclinant ;
- l'efficacité du système de soins suppose que les acteurs ne soient pas employés à des activités pour lesquels ils sont surqualifiés. Il importe que les tâches qui peuvent être assumées par les personnels les moins coûteux en qualification/rémunération le soient effectivement.

Il importe donc d'examiner quelles sont les entraves ou incitations réglementaires ou tarifaires au développement de ces coopérations. La présente analyse se concentre sur les questions tarifaires, mais ces dernières sont largement indissociables des aspects réglementaires.

Quatre exemples concrets sont d'abord étudiés. Ensuite, en partant du principe que des coopérations ne s'instaureront spontanément que si les médecins y trouvent un intérêt, le lien entre formation du revenu médical et incitation à coopérer est examiné. Sur la base des exemples et de ces réflexions plus générales sont proposées quelques conclusions.

I. ANALYSE DE QUATRE EXEMPLES

Différents types de coopérations entre professionnels de santé, illustrés d'exemples, ont été distingués afin d'examiner les questions que chaque type soulève.

I.1 Exemple N°1

Réorganisation des tâches entre professionnels à champ réglementaire constant sur les compétences des professionnels de santé sans supervision d'un médecin.

Exemple : « transfert » de tâches du médecin vers l'infirmier pour l'ablation des fils de suture d'une plaie.

Dans ce cas, un retour de l'infirmier vers le médecin est requis si le cas l'exige mais la supervision médicale n'est pas systématique. Le type n°1 constitue un exemple de meilleure organisation des offreurs de soins à champ réglementaire inchangé. Déjà réalisé dans certains cas, il est favorisé par des contextes de tensions sur la démographie médicale tant du point de vue géographique que des spécialités mais aussi par des exercices multi-professionnels regroupés tels que les maisons de santé. Ce cas souligne l'existence d'un potentiel de coopérations entre professionnels, même à champ réglementaire inchangé, en suivant le principe de subsidiarité. Ici, il s'agit de revenir sur des habitudes culturelles médicalement et juridiquement non justifiées qui se sont pourtant inscrites peu à peu dans la pratique en raison d'un excès d'une offre de soins donnée au niveau local ou dans une spécialité donnée. Dans ce cas, aucune modification tarifaire n'apparaît indispensable, puisqu'il s'agit plutôt d'un retour à un recours aux offreurs de soins adéquat, normal et prévu par les textes, c'est-à-dire en fonction de leurs compétences respectives.

I.2 Exemple N°2

Délégation de tâches²³³ avec modification réglementaire des champs de compétence des professionnels de santé mais maintien d'une supervision d'un médecin.

Exemple : Délégation de l'ophtalmologiste vers l'orthoptiste de la réalisation de certains actes techniques.

Ce scénario devrait être mis en œuvre dans un proche avenir puisque le décret prévoyant l'élargissement des compétences des orthoptistes dans ce sens, en application de l'article 54 de la LFSS 2007 (L.4342-1 du CSP) est en cours d'examen au Conseil d'Etat. Il correspond au 1^{er} type de délégations de tâches distingué par la HAS dans son rapport d'étape sur les expérimentations engagées : délégation de l'exécution pratique d'un ou plusieurs actes techniques antérieurement réalisés par le médecin et n'impliquant pas de décision diagnostique ou thérapeutique de la part du professionnel non médical, les médecins continuant d'assurer l'interprétation, selon le « modèle » de la radiologie conventionnelle. Cet exemple de délégation de tâche passant souvent par le salariat du paramédical (supervision médicale) et l'agrandissement des locaux pour le médecin souligne l'alourdissement des charges auquel le médecin doit faire face en augmentant ses honoraires par ailleurs soit grâce une augmentation de son volume d'activité

²³³ Le terme délégation est utilisé au sens du rapport d'étape de la HAS de janvier 2007 : désigne l'action par laquelle un médecin confie à un autre professionnel de santé, la réalisation d'un acte de soin ou d'une tâche en continuant à superviser.

(permise théoriquement par le dégagement du temps médical né de la délégation de tâches).

I.3 Exemple N°3

Transfert²³⁴ d'actes de soins avec modification réglementaire des champs de compétence des professionnels de santé sans supervision d'un médecin.

Exemple : transfert ophtalmologiste/opticien de l'examen de réfraction dans le cadre d'un renouvellement de lunettes.

Cet exemple est d'application immédiate puisque les décrets d'application sont parus le 14 avril 2007. Dans ce cas, les opticiens réalisant l'acte délégué (la réfraction) ne demandent pas obligatoirement de mettre en place une rémunération spécifique puisque la délégation leur permet par ailleurs d'augmenter leurs revenus grâce à une augmentation des lunettes prescrites. Ici, c'est un quasi droit de prescription, qui rend le paramédical juge et partie (tout comme les médecins), qui est déterminant pour son équilibre économique et ses revendications de revenus et permet d'éviter de mettre en place des rémunérations spécifiques. Ainsi, le transfert d'actes de soins permettant une augmentation globale de l'activité de la profession recevant la délégation peut se faire sans création d'une rémunération spécifique pour la nouvelle réalisation de ces actes de soins par cette profession.

I.4 Exemple N°4

Transfert d'actes de soins avec modification réglementaire sans supervision médicale.

Exemple : transfert médecin/infirmier (avec droit de prescription pour l'IDE) dans le cadre du suivi d'un malade atteint de diabète de type II.

Dans ce cas, un retour de l'infirmier vers le médecin est requis si le cas l'exige mais la supervision médicale n'est pas systématique : une protocolisation est indispensable pour décrire les cas où un retour vers le médecin est nécessaire et les modalités de ce retour. .. Ce cas s'intègre dans des démarches de disease management où l'accompagnement au quotidien des malades chroniques est renforcé : des gains en termes de qualité des soins (temps passé par les IDE supérieur au temps médecin) et en termes financiers dans certains cas sont à attendre. Concernant les actes nouveaux que les infirmières seraient amenées à réaliser dans ce cadre, ils devraient être rémunérés sous des modalités à définir (ex : éducation thérapeutique). Toutefois, il est envisageable de confier ce rôle, non à l'ensemble des infirmières, mais à des infirmières spécialisées dans le suivi des malades chroniques, comme le font certains pays.

²³⁴ Le terme transfert est utilisé au sens du rapport d'étape de la HAS de janvier 2007 : action de déplacer l'acte de soin, d'un corps professionnel à un autre, les actions sont confiées dans leur totalité, y compris en termes de responsabilité, à une autre profession.

II. ANALYSE DU LIEN ENTRE FORMATION DU REVENU DES MÉDECINS ET INCITATION À COOPÉRER AVEC D'AUTRES PROFESSIONNELS

II.1 Conditions d'une maximisation du revenu des médecins à tarifs et durée de travail définis

On fait l'hypothèse cruciale que la pression de la demande est forte et incite chaque professionnel à se concentrer sur les tâches qu'il peut seul assumer sans chercher à accroître son activité par des prestations que d'autres pourraient effectuer.²³⁵

Revenu global du médecin = revenu par unité de temps x temps travaillé

On prend comme hypothèse que le temps travaillé actuellement atteint son niveau maximum (possible ou voulu par le médecin)²³⁶ et que ce n'est donc plus que par l'accroissement du revenu par unité de temps que le médecin voudra accroître son revenu global.

On raisonne à tarifs inchangés pour discerner quelles sont les incitations ou freins à coopérer et les cas de figure possibles **dans le cadre tarifaire actuel de rémunération à l'acte.**

Revenu par unité de temps = (rémunération des prestations – coût des prestations) par unité de temps

Plusieurs voies sont possibles pour maximiser le revenu par unité de temps :

- multiplier le **nombre de prestations par unité de temps** à condition que cela n'entraîne pas un accroissement des coûts neutralisant le gain de rémunération ;
- modifier la **structure de l'activité** au profit de prestations mieux rémunérée, à condition que dans, l'échelle des actes, les coûts augmentent moins vite que la rémunération ;
- réduire le coût moyen de la prestation.

II.2 Comment la coopération peut-elle favoriser ces évolutions ?

II.2.1 Multiplier le nombre de prestations

Multiplier le nombre de prestations au sein d'un même temps de travail suppose de réduire la durée de chaque prestation. La coopération peut être favorable si elle permet au médecin de se décharger d'une partie du contenu de la prestation consommateur de temps. Le coût potentiel induit par ce transfert de tâches (rémunération de la personne qui les effectue) doit être inférieur au gain de rémunération induit par le surcroît d'activité. Trois cas de figure sont envisageables :

²³⁵ Sans cette hypothèse fondamentale, on ne voit pas en effet ce qui rendrait les coopérations efficaces pour la collectivité, ni intéressantes pour les médecins.

²³⁶ Cette hypothèse est cohérente avec l'hypothèse précédente d'une demande forte. .

- Le recours à un salarié dont la valorisation du temps de travail est inférieure à celle du médecin. L'exemple n°2 de la coopération ophtalmogiste-orthoptiste salarié devrait correspondre à cette situation. Plus généralement, l'ensemble des transferts de tâches administratives d'un médecin vers un secrétariat par exemple paraît une piste intéressante de libération du temps médical. **=> le salariat de professionnels au sein de cabinets médicaux est donc une configuration favorable à la coopération dans le cadre actuel. La mutualisation des charges salariales dans des cabinets de groupe constitue probablement un levier important pour dégager du temps médical.**
- La sous-traitance d'une partie de la prestation à un autre professionnel rémunéré contractuellement par le médecin, le médecin conservant la rémunération de la prestation globale par l'assurance maladie. Il faut que le coût de la sous-traitance soit inférieur au gain de rémunération procuré par le temps libéré. Ce cas de figure suppose surmontées les questions de responsabilité médico-légales et que la prestation sous-traitée puisse être effectuée sans supervision et évaluée facilement quant à son résultat. **Le scénario 3 de l'exemple 2 relatif à la coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes en constitue une éventuelle illustration.**
- le transfert pur et simple d'une partie de la prestation à un autre professionnel libéral habilité à cet effet. Dans ce cas, il faut que la perte de rémunération associée soit inférieure au gain de rémunération procuré par le temps médical libéré. Il est donc indispensable qu'existe une « file d'attente » constituant une activité potentielle non réalisée jusqu'alors que le transfert de tâches permet de réaliser par le temps libéré. Les exemples 1, 3 et 4 constituent des illustrations possibles. La problématique est toutefois ici sans doute très différente selon que l'on considère des actes techniques ou des prestations cliniques :
 - en matière d'actes techniques, on pourrait penser que les règles actuelles de tarification sont très favorables à la délégation d'actes. En effet, les cumuls de cotation sont très encadrés et les tarifs sont dégressifs. Dès lors, ne pas faire un acte technique parmi plusieurs ne fait perdre que peu ou pas de rémunération au médecin. Les freins à cette délégation doivent donc être recherchés ailleurs : soit le gain de temps escompté n'est pas suffisamment significatif pour le médecin, notamment par rapport à l'inconvénient de l'éclatement de la prestation en termes de qualité de prise en charge pour le patient, soit aucun autre professionnel n'est habilité à effectuer ces actes. Ouvrir la possibilité de pratiquer ces actes à d'autres professionnels comporterait *a priori* un risque inflationniste important pour l'assurance maladie, puisqu'elle devrait rémunérer spécifiquement un acte technique jusque là intégré à la rémunération médicale subsistant par ailleurs. Ce risque doit toutefois être mis en regard du gain d'efficacité global du système de santé : si des actes techniques peuvent être effectués par des professionnels dont le coût de formation et de rémunération est inférieur à celui des médecins, il est plus efficace de leur en confier la réalisation. Ces gains d'efficacité pourraient se répercuter sur l'assurance maladie à condition que les tarifs des actes techniques effectués par des non-médecins soient revus en conséquence et que le temps médical ainsi libéré soit pris en compte dans la définition du numerus clausus des spécialités médicales concernées. **=> une incitation à la coopération résiderait donc dans l'habilitation de professionnels autres que les médecins à effectuer des actes techniques. Le risque inflationniste d'une facturation d'actes jusque là intégré à la**

rémunération médicale subsistant par ailleurs devrait être compensé par la fixation de tarifs « non-médicaux » intégrant le gain d'efficacité de cette délégation et par une prise en compte de l'impact sur le numerus clausus des spécialités médicales concernées.

- En matière d'actes cliniques, il n'existe pas de distinction fine des prestations. Une première consultation est facturée de la même façon qu'une consultation de suivi ou de renouvellement d'ordonnance. Une exception réside dans la consultation CSC pour les cardiologues (il s'agit d'une consultation approfondie dont le contenu est défini précisément). Des majorations existent qui ne sont pas toujours corrélées au contenu de l'acte (**sauf par exemple certaines majorations de consultations pédiatriques liées à l'âge**) Il n'y a pas de distinction au sein de la consultation de sous-prestations cliniques qui pourraient être déléguées séparément de la consultation dans son ensemble. Le médecin pourrait cependant avoir intérêt à déléguer des prestations cliniques pour deux raisons :

Si cela lui permet de réduire son temps d'intervention moyen par consultation. Il est par exemple possible que certaines consultations soit particulièrement longues (et donc peu intéressantes pour le médecin en termes de rémunération par unité de temps) mais de contenu susceptible d'être délégué : consultation de suivi standard et protocolisable, éducation thérapeutique, écoute et orientation sociale... (cf. exemple n°4 de délégation à une infirmière de missions de suivi de patients chroniques).

Si cela lui permet de voir une plus grande diversité de patients : le gain qu'il peut en espérer en termes de revenu est donc indirect (fidélisation d'une patientèle plus large ; cf. exemple 1 du retrait des fils de suture).

Une incitation à la coopération résiderait donc dans l'habilitation de professionnels autres que les médecins à effectuer certaines prestations cliniques, ce qui suppose de traiter la question de l'encadrement médical de ces prestations cliniques déléguées, de son niveau et de ses modalités (protocolisation). En théorie, une tarification plus fine des prestations cliniques permettrait aux médecins d'arbitrer entre des prestations diversement rémunérées au profit des plus valorisées. Néanmoins prendre le temps passé comme critère d'une telle diversification irait à l'encontre de l'objectif de délégation de certaines consultations longues, que les médecins seraient alors incités à ne pas déléguer et qui pourraient pourtant être effectuées dans certains cas par des infirmières.

II.2.2 Modifier la structure de l'activité

Modifier la structure de l'activité au profit de prestations mieux rémunérées suppose de disposer d'une grille tarifaire suffisamment discriminante (incitant à la délivrance de certaines prestations mieux valorisées et dégageant une marge supérieure) et de pouvoir se délester des prestations moins rémunérées sur d'autres professionnels de santé. On rejoint ici l'exemple n°3 des ophtalmologues et des opticiens. Les premiers peuvent se délester de simples consultations de renouvellement de lunettes au profit de prestations mieux rémunérées comportant des actes techniques lourds (prestations de suivi diabétiques par exemple). Pour les actes techniques, on retombe toutefois sur le risque inflationniste lié à l'éclatement entre

plusieurs professionnels d'une rémunération aujourd'hui forfaitisée via les règles de non-cumul ou de cotation dégressive et donc sur la nécessité de compenser ce risque par des ajustements tarifaires et démographiques. Des exemples relatifs aux prestations cliniques sont à explorer : délégation de médecins aux infirmières de renouvellements de vaccinations anti-grippe... Pour ces prestations cliniques, la tarification homogène actuelle ne comporte pas d'incitation du médecin à déléguer. Une voie possible de promotion de ces transferts d'activité serait la mise en concurrence des médecins avec d'autres professionnels (dûment formés et avec une communication suffisante auprès des patients). Il pourrait même être envisagé d'aller plus loin en subordonnant le remboursement de ces prestations par l'assurance maladie à leur réalisation par des non-médecins (exemple, ne prendre en charge la vaccination anti-grippale que dans le cadre de sa réalisation par une infirmière). => le facteur central de promotion des coopérations réside là aussi dans la levée d'obstacles réglementaires à la substitution de certains professionnels aux médecins pour certaines prestations. Pour les prestations cliniques, dans le contexte tarifaire actuel, le médecin n'a intérêt à ces coopérations que si la demande est forte, lui permettant de substituer à cette activité perdue la prise en charge d'autres patients. Pour tenter de contourner cet obstacle, le remboursement des actes visés pourrait être réservé à leur réalisation par le non-médecin. Pour les prestations techniques, le risque inflationniste d'une facturation d'actes jusque là intégrée à la rémunération médicale subsistant par ailleurs devrait être compensé par la fixation de tarifs « non-médicaux » intégrant le gain d'efficacité de cette délégation et par la prise en compte de l'impact sur le numerus clausus des spécialités médicales concernées (niveau global du numerus clausus en fin de première année et répartition entre spécialités médicales à l'examen classant national).

II.2.3 Réduire le coût unitaire de la prestation pour le médecin.

On se place ici du point de vue du médecin et sa propre rémunération n'est pas comptabilisée dans le coût de la prestation. Le temps médical n'entre donc pas en ligne de compte. La question est plutôt de savoir si la coopération peut alléger certaines charges fixes ou variables que le médecin encourt en effectuant lui-même telle ou telle partie de la prestation. A priori les actes techniques impliquant des investissements techniques ou des inputs coûteux seraient concernés si d'autres professionnels réunissaient des conditions économiques plus efficaces de réalisation de ces actes. Plus généralement, la mutualisation de charges salariales (secrétariats...) avec d'autres médecins ou professionnels de santé irait dans ce sens.

III. CONCLUSIONS PROPOSÉES

1/ Rappel du postulat de départ : il n'y a d'incitation pour les médecins à se dessaisir de certaines tâches que si la pression de la demande est suffisante pour leur permettre d'atteindre néanmoins le niveau d'activité et de revenu visé. Là où l'offre médicale est excessive (en termes de territoire géographique ou de spécialités), la mise en concurrence avec d'autres professionnels de santé pour certains actes peut constituer une piste pour obtenir des transferts d'activité malgré tout, mais le gain d'efficacité paraît improbable dans la mesure où les médecins chercheront à compenser leur perte de revenu.

2/ la coopération a un coût brut pour le médecin (charges salariales, charges de sous-traitance ou perte d'activité transférée) qui doit être plus que compensé par la rémunération de temps médical libéré ou une baisse des charges variables ;

3/ la tarification à l'acte est compatible avec le recours à du personnel salarié auquel est transféré certaines tâches. L'équilibre économique de cette coopération est naturellement favorisé par la mutualisation des charges salariales entre plusieurs médecins. Un potentiel important pour dégager du temps médical pourrait résider dans cette forme de coopération, compte tenu de la part encore importante d'exercice individuel ;

4/ les règles actuelles de tarification des actes **techniques** sont a priori très favorables à la coopération entre professionnels de santé puisque les règles de non-cumul ou de cotations dégressives impliqueraient une perte de rémunération faible ou nulle en cas de délégation d'acte à d'autres libéraux. L'obstacle réside donc plutôt dans l'absence d'habilitation d'autres professionnels à effectuer ces actes techniques. Une telle habilitation renforcerait l'efficacité globale du système de soins en évitant que le coût de formation et de rémunération des médecins soit affecté à une activité que des professionnels moins coûteux peuvent effectuer. Elle pourrait toutefois être très inflationniste si elle s'appliquait à des actes habituellement regroupés et rémunérés de façon forfaitaire (*via* justement les règles tarifaires de non-cumul ou dégressives) par l'assurance maladie sans possibilité pour cette dernière d'engranger ces gains d'efficacité à travers une révision à la baisse de ces actes techniques et une modification structurelle de l'offre médicale. Elle devrait donc sans doute être étudiée dans des cas très précis dans lesquels on veut mener une politique volontariste de re-répartition d'activité entre différents professionnels (exemple des ophtalmologues et des opticiens) et être accompagnée de mesures tarifaires et démographiques appropriées notamment en termes de formation initiale (niveau global du *numerus clausus* en fin de première année et répartition entre spécialités médicales à l'examen classant national).

5/ la coopération en matière de prestations **cliniques** est également entravée par l'absence d'habilitation de professionnels non médicaux à effectuer ces prestations. Contrairement aux actes techniques, l'absence d'échelle tarifaire fine devrait en théorie constituer une entrave aux délégations d'actes en n'incitant pas à une concentration sur les plus valorisés (le tarif de la consultation étant unique). Seule une distinction des tarifs de consultation en fonction de l'intensité en contenu intellectuel et médical serait justifiée et permettrait une véritable délégation de tâches. Elle se heurte toutefois à des difficultés importantes de conception et de gestion qui la rendent peu réaliste. Une piste permettant de traiter ces deux aspects paraît résider dans l'instauration de protocoles ciblés sur certaines prises en charge. Par exemple, pour le suivi de malades chroniques, les médecins traitants pourraient

être incités par des forfaits progressifs à enrôler le maximum de patients concernés dans des protocoles de prise en charge comprenant une forte délégation de tâches à des infirmières : consultations de suivi, éducation thérapeutique, prévention... (l'actuel forfait ALD pourrait sur certaines pathologies être aménagé pour intégrer ces conditions de coopération encadrée). Cela supposerait également d'étudier la nécessité d'introduire de nouvelles prestations dans la nomenclature des professionnels investis de ces nouvelles missions cliniques ou de nouvelles rémunérations. Alternativement, des forfaits pourraient être établis pour rémunérer la globalité de la prise en charge protocolisée, à charge pour les différents intervenants de s'en répartir le montant **à travers le protocole** et sous réserve de pouvoir contrôler efficacement l'absence de facturation d'actes redondants en sus des forfaits. De tels forfaits seraient d'autant plus acceptables que le risque économique lié à la diversité de la lourdeur des cas serait réparti sur un nombre important de patients et devraient donc concerner des collectivités médicales d'une taille suffisante.

RÉFLEXIONS AUTOUR DE CAS TYPE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

1^{ER} EXEMPLE :

Coopération étudiée : transfert d'actes de soins²³⁷ d'un médecin à un infirmier pour le suivi d'une plaie d'avant-bras après suture.

I. DESCRIPTION DE LA SITUATION ACTUELLE

Description des soins prodigués, répartition des rôles et facturation des actes

- 1^{er} temps : le médecin constate la blessure et fait 5 points de suture, le code de cet acte est QZJA002, il vaut 22,43 €.
- 2nd temps : l'infirmier effectue chaque jour pendant 10 jours un pansement. Au total 10 AMI 2 sont facturés (AMI = 2,90€).
- 3^{ème} temps : le médecin voit le patient au terme des 10 jours pour constater la guérison et enlever les fils. Une consultation est alors facturée = 21€

Coût global = 101,43 €

Lieux d'exercice en médecine de ville

Ce type d'acte peut s'effectuer actuellement dans des cabinets propres à chaque professionnel de santé ou dans une maison pluridisciplinaire.

II. NOUVELLE ORGANISATION PROPOSÉE

Objectif poursuivi de la délégation :

Transférer une partie des actes assurée aujourd'hui par les médecins, vers les infirmiers afin de dégager du temps médical pour les soins à forte valeur ajoutée médicale.

Coopération réalisable à champ réglementaire constant.

Description de la répartition des tâches dans ce cadre

Le médecin effectue la suture et l'infirmière réalise les pansements, assure le suivi et enlève les fils au bout de 10 jours. Le médecin n'intervient plus sauf en cas de problème.

Ce transfert est plus facilement réalisé dans le cadre de maisons de soins pluridisciplinaires qui proposent un modèle d'organisation intégrée de l'offre de soins ambulatoires.

²³⁷ Le terme transfert est utilisé au sens du rapport d'étape de la HAS de janvier 2007 : action de déplacer l'acte de soin, d'un corps professionnel à un autre, les actions sont confiées dans leur totalité, y compris en termes de responsabilité, à une autre profession.

Modalités de tarification envisageables

- Facturation inchangée, à l'acte du médecin et de l'infirmière dans un cadre d'exercice libéral (mêmes tarifs que précédemment, mais la consultation finale du médecin est remplacée par une cotation AMI 2 de l'infirmière pour ablation de fils).

Soit au total un coût global de 86, 23 €.

- Création d'un forfait. Au lieu de facturer chaque acte séparément, tous les soins nécessaires au traitement de cette blessure sont réunis au sein d'un même forfait.

La valeur du forfait pourrait être fixée sur une valeur moyenne entre 101,43 et 86, 23, soit 94 €.

III. COMMENTAIRES

Facteurs de succès du dispositif proposé

Pour que la réorganisation fonctionne, l'unité de lieu pertinente est une maison pluridisciplinaire ou un centre de santé. Toutefois ce modèle est potentiellement inflationniste, notamment dans les zones où il n'existe pas de tension démographique médicale, car il peut inciter les professionnels concernés à « s'autoprescrire » une forte activité paramédicale et à augmenter le volume global d'actes.

Un moyen de renforcer l'efficacité de la prestation serait de forfaitiser sa rémunération de manière à réduire l'incitation à la multiplication des actes.

Évolution des champs de compétences :

Les compétences des infirmières sont inchangées.

Avantages / Inconvénients du dispositif envisagé

Avantages : atteinte des objectifs poursuivis (temps médical mieux utilisé en termes de santé publique, gain de productivité et donc d'efficacité du système : temps médecin spécialiste remplacé par temps infirmier).

Avantages d'une tarification forfaitaire :

- mode de rémunération *a priori* plus incitatif à l'efficacité
- possibilité de rendre le forfait attractif pour inciter à l'organisation en maisons de soins pluridisciplinaires ?

Inconvénients d'une tarification forfaitaire:

- la généralisation de cet exemple suppose la création d'une nouvelle nomenclature de prestations de soins et la définition de tarifs forfaitaires associés ;
- risque de coexistence de cette nomenclature « forfaitisée » et de la nomenclature actuelle « à l'acte » qui serait maintenue ;
- risque de divergence de la valeur des deux nomenclatures au fil du temps ;

- risque d'arbitrage discrétionnaire par les professionnels de santé entre les deux nomenclatures en fonction de leur intérêt ;
- risque d'entrave à la création de maisons de soins pluridisciplinaire si la tarification forfaitisée y est obligatoire et apparaît moins intéressante que la tarification à l'acte ;
- risque de baisse de la qualité des soins.

Modalités envisageables de rémunération des professionnels impliqués :

Trois modalités sont envisageables :

- la perception du forfait par la maison de soins pluridisciplinaire et la salarisation du médecin et de l'infirmière
- la perception du forfait par le médecin et la salarisation de l'infirmière
- la perception du forfait par la maison de soins pluridisciplinaire et le versements d'honoraires au médecin et à l'infirmier. Il faudrait alors créer des contrats de coopération pour qu'infirmiers et généralistes se partagent les gains de ces forfaits.

IV. ANALYSE D'IMPACT ÉCONOMIQUE POUR L'ASSURANCE MALADIE DE LA COOPÉRATION PROPOSÉE

Il s'agit d'une meilleure organisation **des tâches entre** des offreurs de soins **à champ réglementaire constant sur les compétences des professionnels de santé**. Déjà réalisé dans certains cas, il est favorisé par des tensions sur la démographie médicale mais aussi par des exercices multi-professionnels regroupés tels que les maisons de santé. Ce cas souligne l'existence d'un potentiel de coopérations entre professionnels, même à champ réglementaire inchangé, en suivant le principe de subsidiarité. Ici, il s'agit de revenir sur des habitudes culturelles médicalement et juridiquement non justifiées qui se sont pourtant inscrites peu à peu dans la pratique. Dans ce cas, aucune modification tarifaire n'est indispensable, puisqu'il s'agit plutôt d'un retour à un recours aux offreurs de soins adéquat, normal et prévu par les textes, c'est-à-dire en fonction de leurs compétences respectives.

En ce qui concerne l'impact tarifaire, plusieurs conclusions semblent pouvoir être tirées de l'analyse de cet exemple concret :

- il est possible d'espérer une réduction du coût unitaire de la prise en charge, tant dans le cas de figure du maintien du paiement à l'acte que dans celui de la mise en place d'un forfait ;
-
- cette réduction potentielle du coût unitaire ne se traduirait probablement pas par des économies directes et immédiates pour l'assurance maladie : le temps de médecin libéré permettra de prendre en charge davantage de patients. Il n'y a donc pas de diminution du volume d'acte à attendre ;
-
- la situation locale de l'offre et de la demande de soins sera déterminante pour le succès ou non de cette forme de coopération et pour son impact économique :

- si l'offre est déficitaire par rapport à la demande, l'incitation à mettre en place cette coordination sera forte pour libérer du temps médical qui permettra de satisfaire une plus grande demande. Dans ce cas de figure, la définition d'une nouvelle nomenclature tarifaire forfaitaire paraît superflue : la pression de la demande conduira les professionnels à satisfaire les besoins et non à créer de l'activité artificiellement. Il n'y aura pas d'économies directes à court terme, mais cette rationalisation de la prise en charge permettra d'éviter une augmentation du *numerus clausus* ou des dispositifs coûteux d'attraction des professionnels de santé dans les zones en voie de « sous-densification », induisant donc indirectement des économies de moyen-long terme ;
- si l'offre n'est pas déficitaire, les médecins ne sentiront pas la nécessité de libérer du temps médical et n'auront aucune incitation à mettre en place cette coopération qui dégraderait leurs revenus avec le système du paiement à l'acte. Le regroupement pluridisciplinaire pourrait même être inflationniste dans ce cas de figure. Pour éviter cela, il faudrait rendre obligatoire une facturation forfaitaire. La multiplication de forfaits à côté des tarifs d'acte individuel risquerait de devenir ingérable pour l'assurance maladie.

Au total, trois orientations semblent devoir être préconisées :

- favoriser l'implantation de maisons de soins pluridisciplinaires dans les zones sous-denses ou en risque de sous-densification. Ce simple mode d'exercice dans ce contexte est en soi incitatif à la coopération et à la délégation de tâches sans qu'il soit nécessaire de prévoir des modes de tarification nouveaux ;
- accompagner ce mouvement par des actions tant en direction des professionnels de santé que des patients : formation initiale et continue, actions de communication ;
- organiser un suivi de l'activité de ces maisons pluridisciplinaires afin de veiller à éviter les dérives inflationnistes lorsque les problèmes de densité médicale et paramédicale sont faibles ou inexistantes.

RÉFLEXIONS AUTOUR DE CAS TYPE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ 2ÈME EXEMPLE :

Coopération étudiée : Délégation d'actes et de tâches²³⁸ entre ophtalmologistes → orthoptistes
(le décret élargissement des compétences des orthoptistes en application de l'article 54 de la LFSS 2007 (L.4342-1 du CSP) est en cours d'examen)

I. DESCRIPTION DE LA SITUATION ACTUELLE

Description des soins prodigués, répartition des rôles et facturation des actes

La consultation d'ophtalmologie comprend plusieurs étapes systématiques (interrogatoire, réfraction, examen oculomoteur, pression intra-oculaire, examen par lampe à fente et fond d'œil...) éventuellement complétées par des examens complémentaires.

Actuellement tous les actes sont réalisés par le médecin ophtalmologue seul qui facture, soit une CS, soit une cotation prévue à la CCAM pour un examen complémentaire²³⁹.

Lieu d'exercice : en cabinet médecine de ville d'ophtalmologie.

²³⁸ Le terme délégation est utilisé au sens du rapport d'étape de la HAS de janvier 2007 : désigne l'action par laquelle un médecin confie à un autre professionnel de santé, la réalisation d'un acte de soin ou d'une tâche en continuant à superviser.

Le rapport distingue acte de soin et tâches, un acte de soin peut se décomposer en tâches, qui peuvent être indépendantes dans leur réalisation.

²³⁹

Actes	CCAM	Tarif
Acuité visuelle et réfraction	CS	
rétinographie non mydriatique	CS	
rétinographie mydriatique	BGQP007	18,45 €
pachymétrie sans contact	BDQP003	18,70 €
OCT,	BZQK001	42,72 €
topographie cornéenne (Vidéo-photo-kératographie topographique)	BDQP002	20,72 €
angiographie rétinienne,	EBQF001	64,98 €
biométrie oculaire	BFQM001	35,91 €
pose de lentilles	CS	

NB : plusieurs de ces actes peuvent bénéficier de cotations différentes qui varient selon le niveau d'approfondissement de l'exploration diagnostique, les cotations inférieures ont été retenues

II. NOUVELLE ORGANISATION PROPOSÉE

Objectif poursuivi de la délégation :

- Assurer un meilleur accès aux soins en ophtalmologie, en facilitant une meilleure organisation des cabinets d'ophtalmologie et en déléguant une partie des tâches assurée aujourd'hui par les médecins, vers les orthoptistes;
- Dégager du temps médical pour prendre en charge les priorités de santé dans le domaine oculaire pour les soins à forte valeur ajoutée médicale.

Description de la répartition des tâches dans ce cadre

Délégation à l'orthoptiste d'une partie des étapes de la consultation et de la réalisation pratique de certains examens complémentaires, le médecin continuant à en assurer l'interprétation et/ou la supervision, pour en tirer les conséquences diagnostiques et thérapeutiques.

Modalités de tarification envisageables

Scénario 1 : Orthoptiste salariée de l'ophtalmologiste dans son cabinet libéral

Sans modifications des conditions actuelles de tarification, l'ophtalmologue prélève sur ses honoraires le salaire de l'orthoptiste. Outre le salaire il doit faire face à un alourdissement de ses charges, notamment les frais d'agrandissement des locaux et éventuellement les frais de formation. Le seuil de rentabilité doit être atteint grâce au gain de temps de l'ophtalmologiste qui permet une augmentation du flux horaire des patients.

Scénario 2 : Orthoptiste et ophtalmologiste en exercice libéral dans le même cabinet

Ce scénario implique la création de nouvelles cotations pour l'orthoptiste à la NGAP et un surcoût pour l'assurance maladie, sauf diminution concomitante des honoraires de l'ophtalmologiste, correspondant à son travail d'interprétation de l'examen sans réalisation technique (mais peu probable).

Scénario 3 : Orthoptiste prestataire de services de l'ophtalmologiste dans le même cabinet

Il s'agit d'un scénario intermédiaire entre les 2 premiers. Un contrat de service est établi entre les 2 professionnels de santé, établissant le niveau et les modalités de rémunération des services. L'ophtalmologiste rémunère directement l'orthoptiste en prélevant sur ses honoraires.

III. COMMENTAIRES

III.1. Facteurs de succès du dispositif proposé

Pour que la réorganisation fonctionne, il faut que les professionnels de santé exercent dans une même unité de lieu, qui est le cabinet libéral d'ophtalmologie et que la rémunération soit globale et sans surcoût pour l'AMO (scénario 1 ou 3).

III.2. Évolution des champs de compétences :

Un décret à paraître va modifier le champ de compétences de l'orthoptiste, en précisant les actes pouvant être effectués avec ou sans supervision d'un ophtalmologue. Une modification de la formation initiale et continue des orthoptistes devra accompagner cette évolution.

III.3. Avantages / Inconvénients du dispositif envisagé

On suppose ici que l'évolution s'effectue dans le cadre des scénarios 1 ou 3.

Avantages :

Des gains de productivité et donc d'efficacité du système sont à attendre (temps médecin spécialiste remplacé par temps orthoptiste).

Inconvénients :

Difficulté d'acceptation du salariat par les orthoptistes
risque de multiplication des actes par l'ophtalmologiste pour rentabiliser la présence de l'orthoptiste, toutefois la baisse démographique d'ophtalmologistes dans certaines régions limite ce risque.

IV. ANALYSE D'IMPACT ÉCONOMIQUE POUR L'ASSURANCE MALADIE DE LA COOPÉRATION PROPOSÉE

Cette délégation de tâche se traduisant par un alourdissement des charges du médecin, lui impose d'augmenter ses honoraires, soit par une augmentation de son volume d'activité.

Si le scénario 1 est retenu sans majorations d'honoraires, la réorganisation est économiquement neutre pour l'AMO sur le tarif unitaire de la séance.

Le gain de temps de l'ophtalmologiste permet une augmentation du flux horaire des patients. Le nombre de séances supplémentaires ainsi possibles doit servir en théorie à couvrir la demande non prise en compte actuellement, notamment les priorités de santé publique définies.

Il est possible qu'au-delà, les ophtalmologistes multiplient les consultations ou les examens complémentaires plus coûteux afin de rentabiliser la présence de l'orthoptiste.

**RÉFLEXIONS AUTOUR DE CAS TYPE DE COOPÉRATION
ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ
3ÈME EXEMPLE :**

Coopération étudiée : transfert d'actes de soins²⁴⁰ d'un ophtalmologiste à un opticien pour le renouvellement de lunettes conformément à l'article 54 de la LFSS 2007 (L.4342-1 du CSP) et aux décrets n° 2007-553 et 2007-551 du 13 avril 2007 (Jo du 14 avril 2007).

I. DESCRIPTION DE LA SITUATION ACTUELLE

Description des soins prodigués, répartition des rôles et facturation des actes

La consultation d'ophtalmologie comprend plusieurs étapes systématiques, dont l'examen de la réfraction qui permet la détermination de l'acuité visuelle et de la correction optique éventuellement nécessaire et qui s'accompagne d'une prescription de lunettes ou de lentilles de contact. Il s'agit pour les ophtalmologistes du motif principal de consultation²⁴¹. Actuellement cet examen est réalisé par le médecin ophtalmologue seul qui facture une CS.

Lieux d'exercice en médecine de ville

Cabinet libéral d'ophtalmologie.

II. NOUVELLE ORGANISATION PROPOSÉE

Objectif poursuivi de la délégation :

- Assurer un meilleur accès aux soins en ophtalmologie, en déléguant une partie des tâches assurée aujourd'hui par le médecin, vers l'opticien-lunetier;
- Dégager du temps médical pour prendre en charge les priorités de santé dans le domaine oculaire pour les soins à forte valeur ajoutée médicale.

Description de la répartition des tâches dans ce cadre

Délégation à l'opticien-lunetier dans le cadre d'un renouvellement de lunettes, à partir d'une ordonnance médicale datant de moins de 3 ans, de l'examen de la

²⁴⁰ Le terme transfert est utilisé au sens du rapport d'étape de la HAS de janvier 2007 : action de déplacer l'acte de soin, d'un corps professionnel à un autre, les actions sont confiées dans leur totalité, y compris en termes de responsabilité, à une autre profession.

²⁴¹ Selon une enquête du SNOF de 2005 :

- 12% pour sensation d'une baisse ou altération visuelle
- 23% pour suivi ou contrôle d'un trouble de l'acuité visuelle chez les adultes >16 ans.

réfraction, avec adaptation éventuelle des verres correcteurs à l'évolution de l'acuité visuelle des personnes âgées de 16 ans ou plus.

Il s'agit d'une mise en concurrence des ophtalmologues et des opticiens pour le renouvellement des lunettes afin que les ophtalmologues recentrent leur activité sur des tâches relevant de leur compétence exclusive.

Modalités de tarification envisageables

Pour l'AMO, l'examen de la réfraction par l'opticien ne donne pas lieu à une prise en charge individualisée. La rémunération du service est censée être incluse dans le remboursement des lunettes, selon le tarif de la Liste des Produits et Prestations Remboursables prévue à l'article L.165-1 du CSS (sans majoration).

La délégation pourra permettre aux opticiens d'augmenter leurs revenus grâce à une augmentation des lunettes prescrites.

III. COMMENTAIRES

Facteurs de succès du dispositif proposé

Les textes ont définis les limites du transfert de tâches et les conditions d'exercice des opticiens. La HAS a été saisie pour avis sur les conditions médicales de réalisation. Une convention entre les opticiens et la CNAMTS va être élaborée, permettant de compléter l'encadrement des règles d'exercice.

Évolution des champs de compétence

Cette mesure n'entraîne pas modification des compétences des opticiens, en revanche le décret du 13 avril 2007 a précisé les conditions d'exercice, notamment dans le cadre de cette nouvelle activité d'adaptation des verres.

Avantages / Inconvénients du dispositif proposé

Avantages :

Des gains de productivité et donc d'efficacité du système sont attendus (temps médecin spécialiste remplacé par temps opticien).

Inconvénients :

- risques d'une diminution du recours à l'ophtalmologiste s'accompagnant d'un retard au dépistage de pathologies ophtalmologiques, ont été évoqués ;
- risque de multiplication du renouvellement des équipements optiques, toutefois l'important reste à charge pour les assurés, même après prise en charge AMC, limite ce risque.

IV. ANALYSE D'IMPACT ÉCONOMIQUE POUR L'ASSURANCE MALADIE DE LA COOPÉRATION PROPOSÉE

En théorie, la réorganisation est économiquement avantageuse pour l'AMO puisqu'elle devrait s'accompagner d'une baisse des CS d'ophtalmologie, sans aucune rémunération supplémentaire pour les opticiens.

Toutefois, le gain de temps de l'ophtalmologiste sur la détermination de la réfraction dans le cadre du renouvellement de lunettes, devrait permettre de couvrir la demande non prise en compte actuellement, notamment les priorités de santé publique définies. La mesure ne devrait pas se traduire par une baisse sensible du nombre de CS d'ophtalmologie.

Par ailleurs il faut prévoir un effet probable d'augmentation de volume des renouvellements de lunettes, sans conséquence majeure pour l'AMO compte tenu du faible montant de la prise en charge par lunettes.

RÉFLEXIONS AUTOUR DE CAS TYPE DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ 4ÈME EXEMPLE :

Coopération étudiée : transfert d'actes de soins entre médecin et infirmière pour les patients atteints de diabète de type II équilibré (correspond à l'expérimentation N°8 de l'arrêté du 30 mars 2006).

I. DESCRIPTION DE LA SITUATION ACTUELLE

Description des soins prodigués, répartition des rôles et facturation des actes

Le médecin généraliste assure le suivi des maladies chroniques comme le diabète de type II. Le médecin facture des C à chaque consultation, tous les 3 mois environ, soit un coût global de $4 \times 22 = 88$ €.

Lieu d'exercice en médecine de ville

Ce suivi s'effectue actuellement dans un cabinet médical libéral ou dans une maison pluridisciplinaire.

II. NOUVELLE ORGANISATION PROPOSÉE

Objectif poursuivi de la délégation :

- Déléguer une partie des tâches assurée aujourd'hui par les médecins, vers les infirmiers. afin de dégager du temps médical pour les soins à forte valeur ajoutée médicale.
- Améliorer la qualité de la prise en charge des patients diabétiques par un renforcement du suivi personnalisé par l'infirmière, en coordination avec le médecin

Description de la répartition des tâches dans ce cadre

L'infirmière assure des consultations de suivi tous les 3 mois :

- interrogatoire, évaluation des connaissances du patient : autosurveillance et autogestion de la maladie ;
- vérification de l'observance des traitements, du régime alimentaire et des règles d'hygiène;
- examen clinique, contrôle du poids et de la tension artérielle ;
- vérification des critères biologiques, prescriptions d'examens complémentaires dans le cadre d'un protocole médical établi ;
- adaptation de la prescription dans le cadre d'un protocole médical établi.

- L'infirmière assure également les réponses téléphoniques en cas d'appel du malade pour demande de conseil. Elle rend compte au médecin après chaque séance. Le médecin revoit le patient tous les ans ou plus en cas de complications.

Lieu d'exercice en médecine de ville

Dans des cabinets distincts ou en maison de santé pluridisciplinaire

Modalités de tarification envisageables

Facturation à l'acte du médecin et de l'infirmière dans un cadre d'exercice libéral. Selon la définition de contenu de l'intervention de l'infirmière et sa valorisation, le coût global des actes de l'infirmière et de la consultation médicale s'établira à un niveau à déterminer. Dans certains cas, une recours supplémentaire au médecin en cours d'année lors de complications devra rester possible.

La question des rémunérations respectives du médecin traitant et de l'infirmière au titre de la coordination devra être examinée.

Il n'est donc pas possible de tirer de conclusions sur les conséquences financières directes de ce type de coopération.

III. COMMENTAIRES

Facteurs de succès du dispositif proposé

Liens de coopération formalisés entre le médecin et l'infirmière avec transmission d'informations par dossier partagé ou autres modalités de partage d'informations.
Schéma précis d'organisation du suivi infirmier.
Protocole précis des modalités et du champ de la délégation.
Acceptabilité par le médecin et par les malades.

Évolution des champs de compétences :

Les compétences des infirmières doivent être adaptées, notamment en ce qui concerne le droit de prescription.

Avantages / Inconvénients du dispositif envisagé

Avantages :

- amélioration de la prise en charge des maladies chroniques, avec à terme une diminution des complications et des hospitalisations ;
- temps médical mieux utilisé en termes de santé publique ;
- gain de productivité et donc d'efficacité du système (temps médecin spécialiste remplacé par temps infirmier).

Inconvénients :

- incertitude sur l'impact en termes de coût de prise en charge pour l'AMO ;

IV. ANALYSE D'IMPACT ÉCONOMIQUE POUR L'ASSURANCE MALADIE DE LA COOPÉRATION PROPOSÉE

Ce scénario dépasse le cadre du transfert d'actes, puisqu'une partie des tâches qu'assurerait l'infirmière, n'est actuellement pas réalisée par le médecin. Indépendamment de l'évaluation du coût direct de cette forme de coopération, celle-ci devrait entraîner une baisse des complications et des hospitalisations.