

questions

d'économie de la santé

synthèse

Repères

Les anglo-saxons utilisent le terme de « *skill mix* » pour décrire la variété des professionnels qui composent une équipe de soins et la répartition des tâches entre eux. Cette problématique, que l'on traduira par « répartition des compétences », renvoie en France aux questions posées en termes de partage des tâches et des compétences, et de définition du contenu et des frontières des métiers.

Cette analyse de la délégation de tâches du médecin généraliste à l'infirmière repose sur la bibliographie réalisée par le *National Primary Care Research and Development Centre*, qui comprend 888 articles internationaux de langue anglaise publiés entre 1965 et 1998 (Halliwell et al. [1999] ; Sergison et al. [1997]), et sur une actualisation pour la période 1998-2002.

L'analyse complète et l'ensemble de la bibliographie sont disponibles sur le site du CREDES : www.credes.fr.

Efficacité et efficacité de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières

Revue de la littérature 1970-2002

Fabienne Midy

La question du partage des tâches et des compétences dans le domaine de la santé suscite un intérêt croissant en France, et a fait l'objet d'expérimentations et de recherches déjà développées dans certains pays. Ces expériences étrangères, essentiellement anglo-saxonnes, permettent de tester l'efficacité et l'efficacité de la délégation de certaines tâches, traditionnellement réalisées par des médecins généralistes, aux infirmières.

Ces expériences s'insèrent cependant dans des contextes spécifiques – réseaux de soins coordonnés aux Etats-Unis, organisation collective et pluridisciplinaire au Royaume-Uni – et ne peuvent être transposées directement à la situation française. Il s'agit donc plus d'étayer une réflexion générale sur l'organisation des soins primaires en France que de vouloir plébisciter une forme d'organisation particulière.

Les études montrent la faisabilité et l'efficacité d'un transfert de certains actes de médecins vers des infirmières à compétence étendue (promotion de la santé, suivi de pathologies chroniques stabilisées et soins de première ligne). L'impact économique dépend du rapport salarial entre les professionnels médicaux et non médicaux, et du volume d'activités pouvant être déléguées.

CENTRE DE RECHERCHE, D'ÉTUDE ET DE DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :

1, rue Paul-Cézanne 75008 Paris

Téléphone : 01 53 93 43 02/17

Télécopie : 01 53 93 43 50

E-mail : document@credes.fr

Web : www.credes.fr

Directrice de la publication :
Dominique Polton

Rédactrice en chef :
Nathalie Meunier

Maquettiste :
Khadidja Ben Larbi

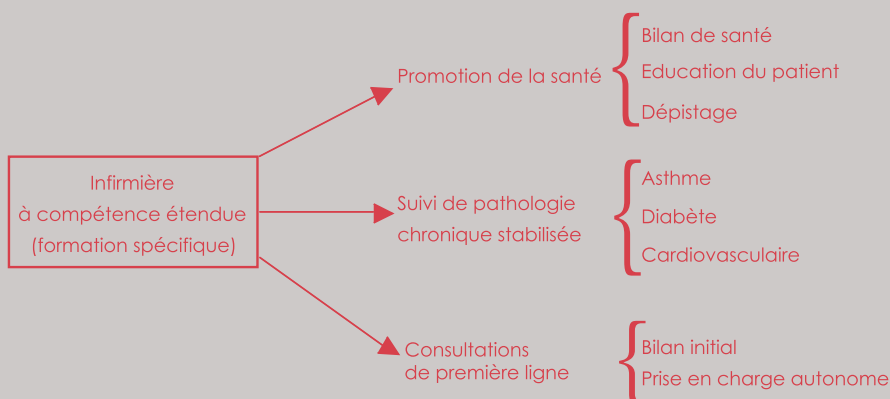
ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 60 euros par an

Prix du numéro : 6 euros

10 à 15 numéros par an

Les principales compétences investies par les infirmières dans les soins primaires aux Etats-Unis et au Royaume-Uni



Source : d'après Sibbald [2000]

L'organisation des soins primaires constitue aujourd'hui un vaste champ de réflexion, avec en particulier la question de la répartition des tâches. Les Etats-Unis ont initié la délégation aux infirmières de certaines tâches traditionnellement réalisées par un médecin généraliste dès les années soixante ; le Royaume-Uni a suivi cette voie dix ans plus tard.

Après avoir précisé le contexte de l'évolution de la répartition des compétences dans ces deux pays, nous ferons le point sur les conclusions des nombreuses évaluations publiées sur l'efficacité et l'efficacité de la délégation d'actes de médecins à des infirmières.

Evolution de la répartition des tâches

Des contextes différents selon les pays

Aux Etats-Unis, la réflexion sur la répartition des compétences dans les soins primaires correspond au développement des *Health Management Organization* et à une logique plutôt économique. On constate aujourd'hui une forte densité infirmière en Amérique du nord. Le Royaume-Uni se caractérise au contraire par une faible densité de médecins généralistes et d'infirmières, et par des médecins saturés. Par ailleurs, le soin y est organisé de manière collective. En France, la réflexion se développe sur fond de pénurie de médecins et d'infirmières.

Délégation/substitution ou diversification des soins

La répartition des compétences évolue

dans deux directions :

- La délégation/substitution traduit le transfert de tâches antérieurement réalisées par une catégorie de professionnels à une autre catégorie de professionnels. Par exemple, certaines infirmières aux Etats-Unis et au Royaume-Uni peuvent prescrire des médicaments inscrits sur une liste restreinte.
- La diversification traduit un phénomène d'extension des services offerts par le système de soins primaires, grâce au recrutement de nouveaux professionnels. Cette tendance est d'autant plus forte au Royaume-Uni qu'il n'y a pas de spécialistes de ville. Par exemple, de nombreux cabinets britanniques ont embauché un professionnel (*counsellor*) dont la tâche principale est d'apporter un soutien psychologique aux patients, en particulier dans les cas de dépression et d'anxiété.

Les études analysées dans ce travail ne concernent que des expériences de type délégation/substitution.

Compétences élargies des infirmières

Les principaux domaines où les infirmières ont étendu leur compétence, sous réserve d'une formation complémentaire, sont la promotion de la santé, le suivi des pathologies chroniques et les consultations de première ligne (cf. encadré ci-dessus).

La promotion de la santé couvre la réalisation de bilans de santé, l'éducation du patient, le dépistage, etc.

Les infirmières à compétence étendue

Les infirmières à compétence étendue ont reçu une formation complémentaire. Les modes de formation sont très divers : formation académique et/ou apprentissage auprès d'une infirmière à compétence étendue ou auprès d'un médecin généraliste. Le terme « infirmière » est utilisé ici sans distinguer entre les différentes qualifications anglo-saxonnes :

- les *practice nurses* sont les infirmières qualifiées, salariées par les cabinets de soins. Elles peuvent suivre des formations pour des prises en charge spécifiques ;
- les *nurse practitioners* (infirmières praticiennes) sont des infirmières qualifiées ayant suivi une formation qui leur permet de travailler de manière autonome, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique. Elles peuvent en particulier être amenées, au cours d'une consultation, à proposer une prescription qui, jusqu'à récemment, devait être signée par un médecin.

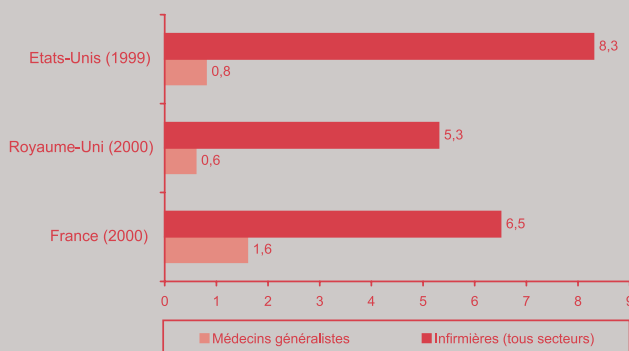
Le suivi de pathologies chroniques stabilisées (asthme, diabète, problèmes cardiovasculaires) s'est développé, par exemple, avec la création de consultations infirmières dédiées à une pathologie (cf. encadré page 3).

Les consultations de première ligne accueillent des patients avec des problèmes indifférenciés non diagnostiqués. L'infirmière fait un bilan initial (y compris un examen clinique) et prend en charge le patient (soit de manière autonome, y compris avec proposition de traitement, soit en le référant au médecin généraliste ou au secteur secondaire).

Des patients satisfaits et une qualité de soins équivalente

Les études publiées sont d'une qualité très variable selon le domaine étudié et on peut regretter qu'elles soient souvent principalement descriptives ou avec certaines faiblesses méthodologiques liées à la taille des échantillons et au choix des indicateurs (Buchan et al. [2002]). Cependant, la littérature permet de confirmer d'une part que les patients sont satisfaits par les services des infirmiers et d'autre part que la qualité des soins est assurée.

Densité de médecins généralistes et d'infirmières pour 1 000 habitants



Source : Eco-Santé OCDE 2002

Promotion de la santé et suivi de pathologies chroniques stabilisées : pas d'effet négatif sur la santé

Différentes études montrent que les infirmières anglo-saxonnes ont développé des compétences dans le secteur de la promotion de la santé et qu'elles peuvent dans ce cadre effectuer efficacement des gestes auparavant réalisés par un médecin (bilan de santé, prélèvement, etc.). Il semble même, que dans certains cas, (le conseil, l'information), elles fassent mieux. Une étude sur le conseil diététique montre que les médecins procèdent le plus souvent par conseil oral tandis que les infirmières donnent leurs conseils à l'oral et à l'écrit. Par ailleurs, elles recueillent plus les antécédents diététiques du patient. Les bénéfices en population générale des actions de dépistage (hypertension, cancer du col de l'utérus) ne sont pas démontrés, mais des gains sanitaires semblent plus importants lorsque les actions menées par les infirmières ciblent des populations à risque, par exemple les personnes de plus de soixante-quinze ans qui doivent bénéficier au Royaume-Uni d'un bilan tous les ans.

Concernant les programmes de suivi de patients chroniques, une seule étude compare le travail de l'infirmière et celui du médecin. Elle concerne l'insuffisance coronarienne (Moher et al. [2001]). Les auteurs concluent qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux professionnels dans leur capacité à évaluer les patients selon leurs facteurs

de risque. Les autres études mesurent l'impact de la mise en place de la consultation de suivi par l'infirmière sans comparer avec un médecin. Ces études sur l'asthme et l'hypertension permettent uniquement de conclure qu'une approche plus organisée du traitement et du suivi est bénéfique pour le patient, et que l'infirmière peut y jouer une part active et efficace (Dickinson et al. [1997] ; Murchie et al. [2003]).

Soins infirmiers de première ligne : une meilleure satisfaction et des processus de soins différents

Les études de faisabilité montrent qu'il est possible de confier à l'infirmière certaines consultations de première ligne et que, dans la majorité des cas, elle les traite de manière autonome. Selon une récente revue de la littérature (Horrocks et al. [2002]), les patients expriment une satisfaction plus forte. Aucune étude ne fait mention d'un événement grave attribuable à la délégation médecin/infirmière et l'efficacité de la prise en charge, le plus souvent mesurée par des questionnaires d'état de santé perçue, est équivalente entre les deux professionnels.

On observe que les infirmières ont tendance à demander ou à réaliser plus d'examen complémentaires. En revanche, les études ne montrent pas de différence significative entre médecins et infirmières sur le taux de patients ayant reçu une prescription.

Le fait que les infirmières donnent plus de conseils que les médecins est un autre invariant relevé par Horrocks et al. [2002]. De fait, certaines études montrent que les infirmières obtiennent une meilleure observance aux recommandations thérapeutiques.

L'intérêt économique dépend du rapport entre les salaires et les productivités comparés des professionnels

L'hypothèse économique la plus souvent développée et testée est que le transfert d'une partie de la charge de travail des médecins généralistes aux infirmières

permet d'offrir les soins à un moindre coût, du fait de salaires moins élevés.

Mais l'ensemble des travaux montre que la problématique de l'efficacité ne peut pas se résumer à une simple réduction des coûts par les salaires. En fait, trois facteurs vont déterminer si la délégation est efficace ou non : l'échelle de salaires, à laquelle il faut ajouter les coûts de formation, la productivité des différents professionnels, et le volume de services qui peut être délégué avec ou sans supervision par un médecin.

Le temps de consultation des infirmières est plus élevé que celui des médecins

Les différentes études présentées dans la partie précédente rapportent des temps de consultation compris entre 10 mn et 15 mn pour les infirmières, tandis que les consultations de médecins se situent entre 6 mn et 8 mn. Comparer des productivités suppose l'homogénéité de ce qui est produit. Or, il est vraisemblable que ce soit rarement le cas, compte tenu de facteurs tels que :

- la formation et l'expérience qui amènent les infirmières à privilégier l'éducation et le conseil ;
- le contexte organisationnel du cabinet qui détermine par exemple le degré de supervision du médecin ;
- les caractéristiques socio-démographiques de la population locale puisque les études non randomisées ont montré que pour une même pathologie, les patients s'orientent vers les infirmières ne sont pas les mêmes que ceux qui s'orientent vers un médecin.

Dans la mesure où les études ne disposent souvent que du nombre ou de la durée de consultation – les tâches réalisées sont rarement détaillées – il est nécessaire de privilégier les essais randomisés.

Un potentiel de délégation non négligeable

Une manière pertinente d'approcher ces questions de productivité consiste à évaluer l'impact de la délégation sur l'activité du cabinet (Cassels Record et al. [1980]). Cet impact dépend de la

Exemple d'actes réalisés par une infirmière lors d'une consultation de bilan puis de suivi de l'asthme

Consultation bilan (45 mn)

- Bilan protocolisé
- Examen spirométrique
- Test d'utilisation de l'inhalateur
- Explications sur l'asthme et le traitement
- Remise de documents sur l'asthme et le tabac
- Elaboration d'un plan de soin (*self management plan*)

Consultation de suivi (15 mn)

- Examen spirométrique
- Test d'utilisation de l'inhalateur
- Evaluation de l'autonomie du patient
- Proposition éventuelle au médecin d'une modification du traitement.

capacité de délégation du cabinet, en toute autonomie ou sous la supervision du médecin.

Dès le début des années quatre-vingts, le potentiel de la délégation semble reconnu. L'étude de Rabin et al. réalisée en 1974, demande à un panel de six médecins d'analyser 1 332 consultations (Rabin et al. [1980]). Ces médecins estiment entre 40 % et 53 % le nombre de patients qui auraient pu être pris en charge par un professionnel non médical.

Plus récemment, une étude anglaise demande à 5 médecins d'analyser 300 de leurs consultations : ils estiment que 20 % des rendez-vous programmés et 44 % des rendez-vous pris le jour même pourraient être examinés par une infirmière (Kernick et al. [1999]). Une autre étude anglaise basée sur l'observation de 836 consultations permet d'estimer que 39 % des consultations comportent un élément qui pourrait être délégué et que 17 % pourraient être déléguées en totalité (Jenkins-Clarke et al. [1998]). La nature des tâches les plus fréquemment citées (conseil, dépistage) confirme que les médecins britanniques ont accepté la compétence des infirmières dans la promotion de la santé.

Les différentes études consultées rapportent un taux de consultations sans recours au médecin de 67 à 95 %. Ce taux dépend de l'organisation du cabinet et de la responsabilité de prescription accordée ou non aux infirmières.

Sur la base des données publiées dans les années soixante-dix, Cassels Record et al. [1980] estiment, dans le contexte américain, que le nombre de consultations totales augmenterait de 40 % à 50 % dans les petits cabinets. Ces proportions seraient plus élevées dans les gros cabinets en raison d'un volume d'actes déléguables plus important. Dans le contexte britannique de saturation du temps des médecins généralistes, Marsh [1991] estime que la délégation de certaines tâches pourrait permettre aux médecins de doubler leur liste de patients (Marsh [1991]).

L'efficacité dépend du salaire des professionnels et de la productivité du cabinet

A partir des travaux évoqués ci-dessus, Cassels Record et al. [1980] estiment que le taux de délégation est compris entre 0,5 et 0,75 : il faut quatre professionnels non médicaux pour remplacer deux à trois médecins. Dans leurs calculs, les auteurs admettent un taux de délégation de 0,63 dans le contexte américain de l'époque.

Il suffit que le rapport entre les coûts salariaux annuels du professionnel non médical (y compris le coût de la supervision par un médecin) et du médecin soit inférieur à 63 % pour que la délégation soit efficiente. Cassels Record et al. [1980] estiment un ratio salarial égal à 0,38 (0,36 si on tient compte des coûts de formation). Dans ce contexte, la délégation est donc efficiente.

A la même période, une équipe de chercheurs canadiens propose un modèle pour calculer l'impact économique potentiel sur le système canadien de l'introduction d'infirmières praticiennes (Denton et al. [1983]). Les auteurs font l'hypothèse d'un ratio salarial de 2/7 ; ils supposent que le temps nécessaire à une infirmière praticienne pour réaliser la tâche déléguée est 1,25 à 2 fois plus

long que celui nécessaire au médecin. Sous ces hypothèses, 10 % des coûts médicaux totaux et 16 % des seuls soins ambulatoires pourraient être économisés.

* * *

En conclusion, la délégation de certains actes, du médecin généraliste à une infirmière formée à cet effet, est faisable. Elle est au moins aussi efficace, voire plus efficace sur certains critères.

Les modèles économiques publiés il y a presque vingt ans concluent à l'efficacité de la délégation. Cependant, ils montrent également que la démonstration est soumise à des hypothèses de taux de salaire et de taux de délégation. La généralisation entre des époques différentes et entre des pays fonctionnant selon des systèmes différents est périlleuse.

La pénurie actuelle dans le secteur infirmier pose la question des capacités de la profession à absorber ces transferts de compétence. Cependant, si les quotas sont maintenus à leur niveau actuel, les dernières projections démographiques de la DREES pour 2020 font état d'un accroissement de la densité infirmières de 24 %, alors que la densité des médecins tendrait à se réduire de 19 % avec un *numerus clausus* de 6 000 médecins par an.

Pour en savoir plus

- Buchan J., Dal Poz M.** [2002], Skill mix in the health care workforce : reviewing the evidence, *Bulletin of the World Health Organisation*, vol 80, n° 7, pp. 575-580.
- Cassels Record J., McCally M., Schweitzer S. et al.** [1980], New health professions after a decade and a half: delegation, productivity and costs in primary care, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol 5, n° 3, pp. 470-497.
- 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.
- Halliwel S., Sibbald B., Rose S.** [1999], A bibliography of skill mix in primary care - the sequel, site internet : www.npcrdc.man.ac.uk.
- Horrocks S., Anderson E., Salisbury C.** [2002], Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors, *British Medical Journal*, vol 324, pp. 819-823.
- 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.
- 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.
- Marsh G.** [1991], *Efficient care in general practice*. Oxford : Oxford University Press.
- Moher M., Yudkin P., Wright L. et al.** [2001], Cluster randomised controlled trial to compare three methods of promoting secondary prevention of coronary heart disease in primary care, *British Medical Journal*, vol 322, n° 7298, pp. 1338.
- Rabin D., Spector K.** [1980], Delegation potential of primary care visits by physician assistants, *Medex and Primex, Medical Care*, vol 18, n° 11.
- Sergison M., Sibbald B., Rose S.** [1997], *Skill mix in primary care - a bibliography*, www.npcrdc.man.ac.uk.