

Réflexions sur les enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé à l'hôpital

Sandrine Chambaretaud, chef de projet à la HAS lors de la réalisation de ce travail

Mireille Elbaum, professeure au Cnam

Introduction

Ces réflexions sont directement issues d'un rapport établi en septembre 2007 sur les enjeux économiques des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. Ce rapport, réalisé à la demande de la Haute Autorité de santé (HAS), est l'élément d'un triptyque traitant des aspects juridiques, liés la formation et économiques des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. Ces travaux ont, de plus, été accompagnés par des évaluations, quantitatives et qualitatives, portant sur une dizaine d'expérimentations ayant pris place, pour la plupart, à l'hôpital. Ils ont été suivis par une recommandation présentée par la HAS en avril 2008.

Le rapport consacré aux enjeux économiques des nouvelles formes de coopération a volontairement adopté une vision large s'étendant aux problèmes sociologiques et organisationnels et non seulement, même si cet aspect est essentiel, aux questions de rémunération, de coûts et de tarifs. Au-delà des expérimentations soutenues par la HAS, des coopérations nombreuses et plus ou moins formalisées ont été en effet recensées entre professionnels de santé, en ville comme à l'hôpital. La principale question posée est celle de leurs conditions d'extension et, donc, de la disposition des professionnels à développer ces nouveaux modes d'organisation – dans une perspective d'efficacité accrue des processus de soins – compte tenu de leurs modes de fonctionnement et de leurs pratiques.

Le rapport s'est appuyé sur des contributions de chercheurs qui ont travaillé sur des thématiques proches et, pour certains, dans le monde de l'entreprise. Ces contributions développent une vision prospective qui tente de répondre aux questions suivantes : quelles sont les potentialités de développement des nouvelles formes de

coopération ? Quels sont les facteurs favorables et les limites éventuelles à ce développement ? Comment en optimiser les conditions ?

Trois contributions ont, ainsi, plus particulièrement traité des coopérations à l'hôpital. Elles figurent dans le rapport sous le titre :

- « Délégitation de tâches et coopérations entre professionnels hospitaliers », par Dominique Tonneau, du Centre de gestion scientifique de l'École des mines ;
- « Coopération et délégation du travail en milieu hospitalier », par Mihaï Dinu Gheorghiu et Frédéric Moatty, du Centre d'études de l'emploi ;
- « Réflexions sur l'impact potentiel des coopérations sur les dotations hospitalières, dans le cadre de la T2A », par Roland Cash, consultant.

Éléments généraux

Le rapport a d'abord permis de recenser un certain nombre de points généraux qui concernent à la fois la ville et l'hôpital. Il s'agit notamment des liens avec la démographie des professions de santé, des enseignements des expériences internationales et, enfin, du caractère divers des organisations et des arrangements présidant aux coopérations entre professionnels.

L'évolution de la démographie des professions de santé

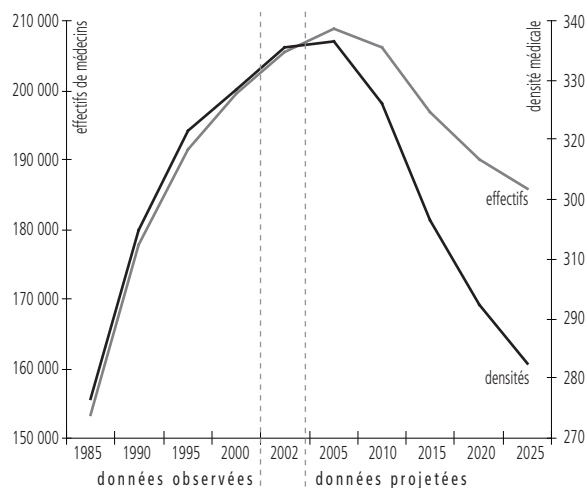
Les projections démographiques

L'évolution de la démographie médicale constitue le point de départ de ces réflexions sur les coopérations. Toutefois, cette question mérite d'être appréciée dans sa complexité et avec des nuances importantes.

Les projections réalisées par la Drees, en prenant pour hypothèse la poursuite des comportements actuels des professionnels de santé (départs à la retraite, cessation d'activité, etc.) et le maintien des *numerus clausus* (ou des quotas) fixés par la tutelle, esquissent une évolution démographique tendancielle 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.

Le graphique 1 met en évidence la réduction projetée du nombre de médecins en 2025 jusqu'au niveau de 1990, alors que leur densité de médecins diminuerait, quant à elle, au niveau de celle observée au milieu des années quatre-vingt.

Graphique 1 - Évolution du nombre et de la densité de médecins de 1985 à 2025 selon les hypothèses du scénario central



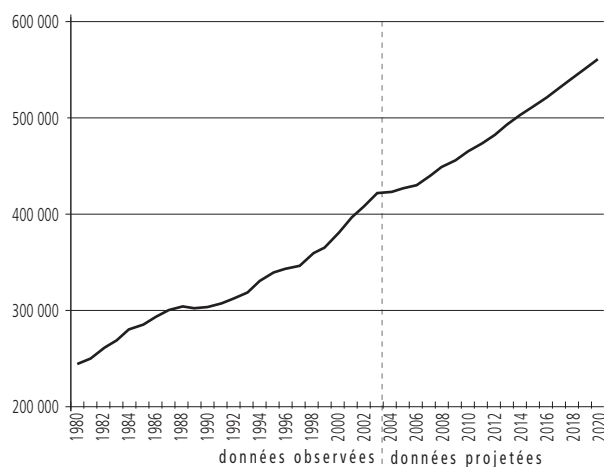
Sources : Adeli, projections DREES, 2004

Avec ces hypothèses, la réduction serait surtout concentrée sur les spécialistes (en particulier les ophtalmologistes et les ORL, mais pas les chirurgiens). Cette évolution pourrait toutefois être différente si la répartition des postes à l'issue des ECN était modifiée. En supposant que 60 % des postes ouverts le soient dans des disciplines autres que la médecine générale, le nombre de spécialistes diminuerait moins que celui des généralistes, ce qui comporterait, sans doute, des risques quant à la mise en œuvre effective des parcours de soins désormais prévus pour la législation.

Cette diminution serait aussi, *a priori*, surtout concentrée sur la ville avec, en l'absence d'évolution du nombre de postes à pourvoir, un maintien des effectifs hospitaliers. Cela pourrait impliquer des tensions entre secteurs libéral et hospitalier, et pose la question de la réorganisation des prises en charge entre le domicile des patients, la ville et l'hôpital.

L'ensemble des professions de santé ne sera enfin pas touché de la même manière par ces évolutions démographiques. On peut ainsi souligner les perspectives de stabilisation du nombre des pharmaciens et d'augmentation continue du nombre des infirmières – sur la base d'un quota maintenu à 30 000 – ainsi que des sages-femmes (cf. graphique 2).

Graphique 2 - Évolution du nombre d'infirmiers actifs



Ces évolutions potentielles posent la question du « temps médical disponible », une meilleure répartition des tâches entre professionnels de santé pouvant être souhaitée pour contrebalancer, au moins dans certaines zones ou sur certains segments du processus de soins, la diminution des effectifs médicaux.

Un point de départ à nuancer

Si l'évolution de la démographie des professions de santé interroge la répartition des activités entre les professionnels, il s'agit toutefois d'une constatation de départ qui doit être largement nuancée et réinterprétée.

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

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

- en optimisant l'intervention des différentes qualifications (*skill mix*) au sein du processus de soins ;

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

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

Les enseignements des expériences internationales

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

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

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

Les nouvelles formes de coopération : arrangements et organisations divers

Ces premiers constats permettent d'identifier des implications générales des nouvelles formes de coopération qui concernent aussi bien la ville que l'hôpital.

Une démarche progressive

La mise en œuvre de ces coopérations peut donner lieu à une démarche progressive d'ambition plus ou moins importante comme l'illustre la mise en œuvre des premières expérimentations :

- à court terme, des délégations spécifiques peuvent être envisagées dans le cadre des organisations actuelles de l'hôpital et de la médecine de ville (consultations infirmières, ophtalmologie, vaccinations) ;
- à moyen terme, leur développement nécessite de réfléchir à l'optimisation des organisations hospitalières et, en ville, à des regroupements entre 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 les soins de ville et l'hôpital, ainsi qu'entre les secteurs sanitaire et médico-social.

Des coopérations de type différent

Les expérimentations montrent aussi la nécessité de distinguer les différents types d'activités qui donnent lieu à des coopérations, des délégations de tâches ou de « nouveaux métiers ». Plusieurs dimensions doivent, ainsi, 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.

La première dimension a trait à la nature des coopérations. Elles peuvent concerner soit 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 », à visée diagnostique ou thérapeutique (échographie par exemple) ou segment de prise en charge du type prévention, éducation pour la santé, suivi de pathologies chroniques, recours de première ligne

Une troisième dimension est le caractère plus ou moins protocolisable et défini *a priori* de l'activité de soins concernée. Celui-ci est, en effet, extrêmement variable entre des activités pour lesquelles les prises en charge sont décrites de manière précise dans des protocoles de soins et des activités plus innovantes ou plus complexes. Selon les cas, les marges d'appréciation laissées aux professionnels paramédicaux seront plus ou moins importantes, et des modes de collaboration et de contrôle différents seront mis en œuvre avec les médecins.

Enfin, une quatrième dimension se réfère aux modalités mêmes de la coordination entre professionnels. Elles peu-

vent être hiérarchiques, avec des degrés d'autonomie plus ou moins importants laissés aux professionnels délégués, ou contractuelles, le contenu de ces contrats dépendant de la nature de la coopération, du type d'activité concernée et de son degré de protocolisation.

L'évaluation des expérimentations, réalisée à la demande de la HAS, distingue ainsi les besoins de formation et de réorganisation associés à :

- la délégation d'actes techniques, diagnostiques ou thérapeutiques, protocolisés et normés, réalisés sous responsabilité médicale (radio-échographie, chimio, dialyse...);
- des « pratiques collaboratives dédiées » avec, par exemple, l'intervention de diététiciens dans la chaîne de soins des diabétiques de type 2 ;
- des « pratiques collaboratives intégrées » impliquant une révision d'ensemble de la prise en charge du patient (hépatite C, neuro-oncologie, cancer de la prostate). Ces pratiques traduisent une volonté de coordonner les soins en vue d'une prise en charge pluridisciplinaire et globale, et peuvent déboucher sur de nouveaux métiers comme « assistante en pathologie prostatique » ou « infirmières référentes ». Dans ce cas, une autonomie plus grande est accordée aux professionnels mais elle doit être intégrée dans le cadre d'une organisation collective évolutive nécessitant de fortes coordinations et des ajustements mutuels.

Un enjeu économique plus que financier

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

On ne peut en effet raisonner sur la base d'un calcul statique de substitution « à volume constant » entre des actes effectués par des médecins et des actes effectués par des paramédicaux, et ce pour un ensemble de raisons.

En premier lieu, même dans le cas d'une « pure » substitution, il subsiste une incertitude sur le temps médical réellement libéré, sur son affectation et sur les différentiels de productivité entre professionnels (la durée des consultations infirmières est, par exemple, supérieure à celle des médecins).

Par ailleurs, les expériences internationales et l'évaluation des expérimentations en France font plutôt état d'une propension à accroître le volume et la gamme des activités de soins et des formes de prises en charge (observance, éducation pour la santé). Cela implique, dans notre système, des dépenses supplémentaires dont il est, à cet égard, important d'apprécier la pertinence.

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

- la formation, surtout en cas de généralisation ;
- le temps de coordination au sein des équipes de soins, qui apparaît crucial même quand existent des protocoles

encadrant précisément les prises en charge, et qui l'est encore davantage pour les collaborations de nature plus générale ou plus large ;

- la reconnaissance y compris financière des métiers et qualifications émergents. Aujourd'hui, la principale voie de promotion infirmière est liée à des fonctions organisationnelles (cadre de santé). La création d'une ou plusieurs filières de promotion de niveau master fondées sur des qualifications « cliniques » (par exemple, infirmière référente pour le suivi de malades chroniques ou la réalisation de consultations infirmières) implique, sans nul doute, un coût lié à la reconnaissance de ces métiers, laquelle est indispensable à leur intégration dans les filières de soins.

Les potentialités de développement des coopérations à l'hôpital

Contexte

Des opportunités liées à l'exercice hospitalier

Un certain nombre de caractéristiques de l'exercice hospitalier constituent des opportunités pour le développement de nouvelles formes de coopération :

- l'unicité de lieu où travaillent les équipes, contrairement à la ville ;
- l'absence de rémunération à l'acte, qui implique que la rémunération individuelle des professionnels n'est pas directement liée à la répartition unitaire des tâches ;
- l'existence d'un cadre hiérarchique lié au salariat ;
- la « coopération autour du malade », une norme implicite fondant fortement les valeurs hospitalières.

Des difficultés spécifiques

Une première difficulté 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.

Le clivage très fort qui persiste entre les différentes catégories de professionnels travaillant à l'hôpital (médecins, infirmières et soignants, personnels administratifs et techniques) constitue une deuxième difficulté. 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.

En corollaire, comme le montre notamment D. Tonneau, l'organisation du travail au sein des établissements de santé se heurte souvent à une certaine défiance ou, du moins, à une ignorance et une absence de reconnaissance du travail de l'autre avec des conceptions différentes des changements souhaitables dans l'organisation des services.

La question des temps de coordination et d'organisation concrète des coopérations est enfin loin d'être évidente. En effet, l'appréhension et la gestion des temps de travail médicaux et paramédicaux sont aujourd'hui dissociées : le temps des infirmières est rythmé par les plannings et l'importance prise par le respect des plages horaires, alors que celui des médecins est plus « souple », malgré les contraintes réglementaires liées au repos de sécurité.

Des coopérations anciennes et répandues

Les coopérations et délégations de tâches entre métiers médicaux et non médicaux sont cependant anciennes et répandues à l'hôpital. Elles posent avant tout des problèmes de reconnaissance, de généralisation mais aussi de révision « maîtrisée » des conditions dans lesquelles elles sont amenées à se mettre en place.

Des dispositions transitoires qui tendent à s'inscrire dans un cadre durable

Malgré certains éléments de contexte peu favorables, les chercheurs analysant le travail à l'hôpital ont noté que les délégations de tâches s'y sont 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 est 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 personnalisées, elles s'inscrivent, généralement, dans un cadre durable.

Des lieux de coopération intense

Certains secteurs de l'activité hospitalière constituent à cet égard des lieux de coopération particulièrement intense : les lieux « fermés » comme les blocs opératoires ; ceux confrontés à l'irruption des problèmes sociaux et, enfin, les secteurs « techniques » comme l'imagerie ou les laboratoires. Ainsi, au sein des 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 lade (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.

La question de la reconnaissance des coopérations

Un problème de reconnaissance se pose cependant, à la fois au niveau des organisations de travail et des qualifications, pour ces coopérations souvent « informelles » et situées sur des segments de prise en charge isolés ou spécifiques. Le vécu de ces coopérations peut en effet à défaut devenir contraint. La question de la répercussion en cascade des délégations de tâches jusqu'aux aides-soignantes se pose également avec acuité.

F. Moatty note ainsi l'existence de deux visions différentes des coopérations. Elles sont perçues, à la fois au sommet (chefs de service) et à la base de la hiérarchie, comme une question d'ensemble qui interroge l'organisation même du travail. En revanche, les praticiens ou attachés hospitaliers développent une vision des coopérations plus limitée et circonscrite, qui ne remet pas en cause l'organisation du travail et des responsabilités.

À cet égard, il est possible que le mécanisme de la T2A contribue à « faire bouger les lignes », en incitant les médecins à développer leur activité et les soignants à rechercher des conditions de production des soins plus fiables et plus sûres.

Des conditions de réussite à respecter

De ces constats, se déduisent un certain nombre d'orientations et de préconisations en termes d'organisation du travail et de relations professionnelles. En premier lieu, on peut confirmer l'intérêt des expériences étudiées, à la fois dans le cadre du processus de soins actuel et pour répondre à de nouvelles demandes des patients. Ces besoins apparaissent, en particulier, en matière de suivi des pathologies chroniques, de conseil et d'éducation pour la santé ou, plus simplement, de traduction, d'explication ou encore d'aide à l'observance des indications données par les médecins.

Un ensemble de précautions apparaît toutefois indispensable à la réussite de cette évolution des métiers.

Les 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.

En lien avec ces formations, doivent être envisagés des mécanismes de reconnaissance statutaire et financière, ou des possibilités spécifiques d'évolution de carrière pour les professionnels concernés.

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 des différents professionnels sur le même lieu, mais des problèmes demeurent quant à l'adaptation des locaux et l'organisation des temps de travail, qui reste extrêmement différente selon les professions.

Le développement des nouvelles formes de coopération à l'hôpital devrait donc s'accompagner d'une réflexion spécifique sur l'organisation des temps en commun. Cette réflexion peut aussi contribuer à améliorer l'efficacité globale du travail à l'hôpital. Ces temps de coordination sont en effet très importants et ont parfois été mis à mal par la réorganisation des horaires de travail liée aux 35 heures.

Un impact financier relativement limité

Du point de vue financier, la contribution de Roland Cash souligne les difficultés de la T2A, telle qu'elle est actuellement conçue, à prendre en compte, ou même à repérer l'incidence des nouvelles répartitions de tâches. Les conséquences de ces nouvelles formes de coopération seront, de ce fait, sans doute très limitées à court terme en termes de coûts et de tarifs.

L'impact théorique attendu des coopérations entre professionnels

D'un point de vue théorique, il est nécessaire de distinguer les coopérations qui renvoient à une logique de substitution (comme la réalisation de tout ou partie d'un acte technique) pouvant entraîner des gains de productivité et celles qui relèvent d'une logique de diversification de l'activité (suivi des malades atteints d'affection chronique, prévention, nouvelle organisation des soins) pouvant entraîner des gains d'efficience.

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 médical 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 augmenta-

tion. Des gains d'efficience peuvent toutefois être obtenus dès lors que l'on intègre l'amélioration de la qualité des soins dans l'indicateur de production des soins hospitaliers.

**La mise en œuvre concrète de la T2A :
des interrogations encore plus importantes
sur les répercussions potentielles de ces coopérations**

Il convient tout d'abord de rappeler que la T2A ne constitue qu'une partie des financements des établissements publics, qui intègrent aussi les Migac, les coefficients correcteurs, ainsi que divers forfaits pour les urgences, les greffes ou les médicaments onéreux.

Dans le cas des activités financées par des forfaits, c'est-à-dire avec des coûts standard normés calculés en fonction de la composition théorique des équipes chargées de les assurer, il semble relativement aisé de répercuter l'évolution de la répartition des tâches sur les tarifs¹.

En revanche, dans le cas plus général, la méthodologie de fixation actuelle des tarifs rend peu probable un impact des coopérations sur les tarifs à court terme. 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.

Plus précisément, l'échelle nationale des coûts (ENC) est construite à partir d'une vingtaine d'établissements avec :

- une affectation forfaitaire des dépenses de personnel (et des charges générales) aux GHS en fonction des journées d'hospitalisation ;
- un délai de deux à trois ans entre les observations et leur intégration dans l'outil de tarification ;
- une dynamique propre des tarifs qui intègre les éventuelles mesures de régulation liées au respect des objectifs nationaux pour les dépenses hospitalières ou encore l'impact prévisible des plans de santé publique.

Plus fondamentalement, la logique même de la T2A est, qu'à court terme, les établissements conservent les gains de productivité qu'ils sont susceptibles d'engendrer (de même qu'ils supportent les conséquences d'évolutions ou de la diversification de leur activité).

Un établissement qui a développé des coopérations dans un domaine peut ainsi engranger, à court terme, une rente par rapport au tarif national s'il opère ainsi des gains d'efficience, sans que la tutelle ait à récupérer cette rente, et ce pour deux raisons :

- l'intérêt à agir de l'établissement serait d'emblée remis en cause si les avantages liés à ses efforts de productivité lui étaient retirés ;
- le partage de rente entre la tutelle et l'établissement donnerait lieu à des calculs 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.

**Des perspectives plus évolutives
à moyen et long termes**

Les perspectives financières peuvent, toutefois, être différentes à moyen/long terme, en cas de généralisation de ces coopérations et dans le cas où elles entraîneraient des changements significatifs de la composition de la main-d'œuvre à l'hôpital (plus de paramédicaux et moins de médecins) qui pourraient être observés dans les coûts de l'ensemble des établissements.

Dans ce contexte, les coûts hospitaliers pourraient se trouver infléchis grâce aux gains de productivité réalisés au plan collectif, avec une possibilité de rétroaction sur les tarifs. Ces derniers devraient toutefois prendre en compte les nouvelles qualifications ou les évolutions de carrière liées aux coopérations, dans la mesure où elles donneraient lieu à reconnaissance statutaire.

Conclusions

À court terme, on peut donc s'attendre, à l'hôpital, à des évolutions qui peuvent contribuer à une qualité et une efficacité accrues 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 de conséquences financières qu'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.

Les questions fondamentales que pose le développement des nouvelles formes de coopération dans les établissements de santé relèvent donc de l'organisation des prises en charge et de la reconnaissance des qualifications et des métiers. Ces questions impliquent que la réflexion sur les enjeux économiques soit articulée avec celles relatives à la formation et à l'adaptation du cadre juridique de l'exercice professionnel.

1. Il s'agit d'activités 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. À 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.

