

Skill mix et OCDE

Complexité et collaboration interprofessionnelle: L'IUMG a décidé de mener une réflexion sur les nouvelles formes de pratique pour le futur et en particulier sur les collaborations interprofessionnelles dans le domaine des soins primaires (skill mix). Cet article est le troisième d'une série qui mêlera interviews, revue de littérature et réflexions. Il présente un résumé des rapports de l'OCDE et de la Collaboration Cochrane sur ce sujet. *D. Widmer, Th. Bischoff*

L'Organisation de Coopération et de Développement Economiques [1] regroupe 34 pays développés qui ont un gouvernement démocratique et une économie de marché. Elle publie des études économiques qui peuvent servir de recommandations à ses pays membres. La Suisse en fait partie. Deux rapports concernant l'éventail des qualifications des personnels de santé (skill mix) doivent être mentionnés: l'un daté du 24.2.2005 [2] compare le système du Royaume Uni aux USA et l'autre daté du 8.7.2010 rapporte l'expérience dans 12 pays développés [3].

Voici la définition du «skill mix ou éventail des qualifications», donnée par le premier rapport de l'OCDE [2]: «Il existe un moyen susceptible de contribuer de manière importante à l'utilisation rationnelle des personnels de santé, à savoir la modification de l'éventail des qualifications».

«L'éventail des qualifications» est un concept relativement vaste qui renvoie soit à l'éventail des personnels qualifiés, soit à la séparation des rôles et des activités réservés aux différentes catégories de personnel. Parmi les pistes envisagées dans l'utilisation des modifications de l'éventail des qualifications pour améliorer les performances des systèmes de santé, c'est la substitution du personnel infirmier aux médecins qui a le plus retenu l'attention.»

On parle ici des infirmières en pratique avancée (IPA). La définition qu'en donne le conseil international des infirmières [4] est la suivante: «une infirmière spécialiste / experte est une infirmière diplômée d'État ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Une formation de base de niveau maîtrise est recommandée.»

On distinguera des infirmières praticiennes (nurse practitioners) qui se substituent au médecin pour certaines tâches dans les soins primaires, et des infirmières cliniciennes spécialisées (clinical nurse specialist) qui travaillent plus volontiers dans le monde hospitalier. L'OCDE signale que dans certains pays (USA-UK, etc.) l'on ne s'est pas limité à développer le rôle des infirmières mais que l'on a créé de nouvelles catégories de personnel (physician assistants – medical assistants) pour des tâches cliniques et administratives pouvant recouper celles des infirmières.

Le «Skill Mix» inclut l'extension de compétences dans un groupe, la substitution entre deux groupes, la délégation de haut en bas, l'innovation des rôles.

On soulignera que ces infirmières en pratique avancée représentent 9% des infirmières aux USA et 1,5% au Canada. Par ailleurs il y

a en moyenne dans les 12 pays de l'étude OCDE 3,6 infirmières (de niveau bachelor et master) pour un médecin (variation de 1.6 à 5 selon le pays).

Les raisons qui peuvent pousser au développement des infirmières en pratique avancée sont les suivantes:

- Améliorer l'accès aux soins dans une période de pénurie de médecins.
- Promouvoir la qualité des soins en créant des postes pour le suivi et le conseil des patients chroniques.
- Mieux contenir les coûts en délivrant le même service à un moindre prix et en évitant les complications et les hospitalisations inutiles.
- Augmenter l'attractivité du métier d'infirmière.

Les rapports de l'OCDE font une revue de la littérature sur l'impact de la promotion des infirmières en pratique avancée sur les soins et les coûts:

- Sur l'accessibilité: l'IPA améliore l'accès aux services et réduit les temps d'attente.
- Sur la qualité: l'IPA offre la même qualité de soins que le médecin pour certains services: premier contact pour des affections mineures, suivi de patients chroniques, éducation et conseil. Le premier rapport fait remarquer que la plupart des études décrivent la substitution des infirmières aux médecins en cas de diagnostic établi, mais pas dans des situations d'incertitude, de diagnostic indifférencié ni dans l'identification de maladies rares ou d'effets secondaires thérapeutiques.
- Sur la satisfaction des patients: en général la population est plus satisfaite de la prestation infirmière que de celle du médecin, parce que l'infirmière a plus de temps pour l'éducation et le conseil.
- Sur les indicateurs de santé (health outcomes): aucun impact négatif n'aurait été mesuré dans les quelques études qui ont évalué ce domaine.
- Sur le coût: le coût de la formation n'a généralement pas été pris en considération dans les études. On s'interroge sur la différence de productivité (p.ex. nombre de consultations par jour, prescription d'examen spécialisés, durée de la consultation). Si l'infirmière se substitue au médecin les coûts sont inférieurs ou neutres. Par contre ils augmentent quand l'infirmière s'ajoute au médecin. La perte de la continuité du soin assumé par une seule personne nécessite de la coordination et peut coûter plus cher.

Les freins et les incitatifs au développement des IPA sont les suivants:

- Les intérêts professionnels: dans de nombreux pays les médecins sont opposés à ce développement. Ils avancent des questions de responsabilité, d'autonomie, de cadre légal, de formation et un risque de perte d'activité médicale.
- L'organisation des services de santé: les pays où les cabinets de groupe sont majoritaires intègrent plus volontiers des infirmières.
- Le mode de paiement: la capitation, le paiement à la performance ou le salariat favoriseraient la collaboration avec les infirmières, ce qui ne serait pas le cas du paiement à l'acte.
- Le cadre législatif définissant les responsabilités est aussi important.

- Le mode de formation des infirmières peut varier d'un pays à l'autre. L'existence d'un curriculum interprofessionnel pour médecins et infirmières les prépare au travail en team.

L'OCDE termine son rapport par des encouragements aux gouvernements:

- travailler davantage avec les associations d'infirmières pour réduire les oppositions du corps médical;
- promouvoir la coopération interprofessionnelle par un encouragement et une méthode de rémunération;
- Revoir la législation (p.ex. les droits de prescription);
- Financer la création de nouveaux programmes de formation pour IPA (master).

La Collaboration Cochrane a revu la littérature [5] et nuance les encouragements de l'OCDE. 4253 articles ont été sélectionnés dont seuls 25 furent retenus pour leur rigueur, correspondant à 16 études. L'engouement pour un sujet n'implique pas toujours une méthodologie de qualité. Sur la base de ces quelques travaux, les auteurs concluent qu'une infirmière correctement formée peut offrir des soins de qualité égale à ceux dispensés par les médecins de premier recours. Comme il n'y a qu'une seule étude qui ait été spécifiquement conçue pour évaluer l'équivalence des soins, ces résultats doivent être pris avec prudence. D'autre part aucune étude n'a dépassé les 12 mois, ce qui est court pour le suivi des affections chroniques. Il n'est pas certain enfin, disent les auteurs, que l'appel aux infirmières réduise la charge de travail des médecins si elles répondent à des besoins qui n'existaient pas auparavant ou génèrent elles-mêmes une demande supplémentaire. Quant à l'économie réalisée, elle dépend principalement de la différence de salaire entre les médecins et les infirmières.

Il est aussi intéressant de faire l'inventaire des indices retenus dans ces études:

- résultats pour le patient: morbidité, mortalité, satisfaction, compliance, préférence;
- processus de soins: respect des guidelines, standards de qualité des soins, activité préventive (conseils);
- utilisation des ressources: fréquence et durée des consultations, reconvoque, prescriptions, investigations, consultations spécialisées, coût direct et indirect.

Ces indices ne rendent pas compte de la médecine générale dans toutes ses dimensions, ce que nous verrons dans un prochain article.

Références

- 1 Internet: http://www.oecd.org/home/0,3675,fr_2649_201185_1_1_1_1_1,00.html.
- 2 Buchan J, Calman L. Skill-mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles. Internet: <http://www.oecd.org/dataoecd/30/28/33857785.pdf>.
- 3 Delamaire ML, Lafortune G. Nurses in Advanced Roles. A description and evaluation in 12 developed countries. <http://www.politiquestociales.net/IMG/pdf/Nurses.pdf>.
- 4 Collège international des infirmières. Internet: <http://www.icn.ch>.
- 5 Laurent M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care (Review). The Cochrane Library 2009, 1.
- 6 Internet: <http://www.thecochranelibrary.com>.

Correspondance:

Dr Daniel Widmer
 Médecine générale FMH
 Médecine psychosomatique et psychosociale ASMPP
 2, av. Juste-Olivier
 1006 Lausanne
 widmer@primary-care.ch