

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

Yann Bourgueil

Anna Marek

Julien Mousquès

Avec la contribution de Danielle D'Amour, Marta Barbieri, André Bilodeau, Olivia Dibelius, Vari Drennan, Claire Goodman, Anette Richardson, Kieran Sweeney

Rapport n° 532 (biblio n° 1624) Mars 2006

Les noms d'auteurs apparaissent par ordre alphabétique

Toute reproduction de textes ou tableaux est autorisée sous réserve de l'indication de la source et de l'auteur.
En cas de reproduction du texte intégral ou de plus de 10 pages, le Directeur de l'IRDES devra être informé préalablement.

I.S.B.N. : 2-87812-335-2

Remerciements

Les auteurs de ce rapport ont participé de la manière suivante à ce travail :

- Yann Bourgueil a supervisé l'élaboration de la problématique, la conduite générale du projet, a participé au recueil des données, aux visites et à la rédaction du rapport ;
- Anna Marek a participé à l'élaboration de la problématique, à l'identification des interlocuteurs, au recueil des données, aux visites et à la rédaction du rapport ;
- Julien Mousquès a participé à l'élaboration de la problématique, au recueil des données, aux visites et a relu le rapport ;
- Karine Chevreul a participé à l'élaboration de la problématique et des visites.

Les auteurs tiennent ici à remercier les nombreuses personnes sans la participation desquelles une telle étude n'aurait pu être réalisée :

- l'ensemble des interlocuteurs étrangers, plus d'une cinquantaine dont la liste complète est en annexe, qui ont bien voulu répondre à leurs questions, les accueillir et leur consacrer temps et attention lors des visites ;
- Patricia Caris, John Lavis, Paolo Tedeschi, et Christian Gericke qui ont apporté une contribution précieuse permettant de mieux comprendre l'organisation des systèmes de santé de leurs pays respectifs et y repérer les bons interlocuteurs ;
- L'ensemble des intervenants de la journée du 16 juin pour leur participation et la rédaction de leur intervention ;
- Pascale Breuil de la DREES pour le suivi attentif du projet et ses relectures du rapport ;
- Khadidja ben Larbi pour l'organisation de la journée du 16 juin, le secrétariat général du projet et la mise en page de ce rapport.

Ces travaux ont bénéficié d'un financement de la DREES.

Sommaire

Synthèse générale	9
Introduction	17
Première partie : rapport d'étude	21
1. Place et rôle des infirmières dans les différents systèmes de soins	23
1.1. L'Allemagne, les Pays-Bas, l'Italie et le Canada : un faible exercice en commun entre médecins et infirmières dans le cadre des soins primaires	25
1.1.1. L'Allemagne : une place des soins primaires encore peu reconnue	25
1.1.2. Les Pays-Bas : une offre de soins primaires articulée autour de médecins généralistes, pivots du système de santé, avec une faible présence des infirmières	28
1.1.3. L'Italie : un système de gate-keeping dominé par des médecins libéraux en cabinets individuels	30
1.1.4. Le Québec et l'Ontario : un véritable rôle des infirmières en soins primaires, une collaboration médecins/infirmières inégalement développée	32
1.2. Le Royaume-Uni, la Suède et la Finlande : des soins primaires où prédominent les structures d'exercice en commun entre médecins et infirmières	34
1.2.1. Le Royaume-Uni : une place ancienne des infirmières dans les soins primaires mais une collaboration récente avec les médecins	34
1.2.2. La Suède et la Finlande : des centres de santé pluridisciplinaires où les infirmières sont en première ligne	37
2. Evolution du domaine de compétences des infirmières dans le secteur des soins primaires : entre diversification des services et transfert d'activités	41
2.1. Nouveaux rôles infirmiers : phénomène d'extension des services offerts par le système de soins primaires	43
2.1.1. Royaume-Uni : de nouveaux rôles pour les infirmières	43
2.1.2. Au Québec et en Ontario : de nouveaux contextes d'exercice pour les infirmières en soins primaires	48
2.1.3. L'introduction des centres d'activité médicale en Allemagne : une politique récente visant à favoriser le regroupement des professionnels	50
2.1.4. Des expériences-pilotes aux Pays-Bas sur le mode de la diversification des services	51

2.2. Le transfert d'activités : la réalisation par l'infirmière de tâches antérieurement réalisées par le médecin	55
2.2.1. Les infirmières en pratique avancée : le cas du Royaume-Uni et du Canada	55
2.2.2. La prescription infirmière au Royaume-Uni, en Suède et au Canada	61
2.3. La mesure de l'efficacité de la substitution en soins primaires entre médecins et infirmières : les conclusions principales de la littérature	65
3. Analyse des déterminants de la dynamique de la profession infirmière et de la coopération médecins/infirmières	69
3.1. Organisation générale du système de santé et la structuration des soins primaires : quelle influence ?	71
3.1.1. La démographie médicale constitue un facteur déclencheur du développement des nouvelles activités infirmières en soins primaires	71
3.1.2. Des politiques explicitement orientées vers le développement et le financement des soins primaires : un facteur clé du développement des rôles infirmiers	76
3.1.3. Le domicile : le territoire des infirmières dans de nombreux pays - Royaume-Uni, Allemagne, Pays-Bas, Québec... ..	78
3.2. Organisation de la profession infirmière : obstacles et leviers	79
3.2.1. La définition de la profession par la réglementation sur les compétences et la responsabilité : une étape dans un processus de constitution de la profession ?	79
3.2.2. La formation, la recherche et la représentation professionnelle	85
3.2.2.1. La formation et la recherche	85
3.2.2.2. La représentation professionnelle	90
Conclusion générale	93
Deuxième partie : Présentation des interventions des experts étrangers à la journée d'étude du 16 juin 2005 : Rôles des infirmières et coopération avec les médecins dans les soins primaires à l'étranger - Quels enseignements pour la France ?	97
Sommaire	101
Programme de la journée d'étude du 16 juin 2005	105
Allemagne Rôles actuels et à venir de l'infirmière en soins primaires «Grundpflege» et techniques «Behandlungspflege» au domicile du patient.....	107
Canada Le rôle des infirmières et le partage des responsabilités avec les médecins dans les soins primaires au Canada	117

Quebec	
La collaboration interprofessionnelle en soins de première ligne : une expérience québécoise	127
Suède	
Rôles actuels et à venir de l'infirmière en soins primaires	133
Royaume-Uni	
Le rôle des infirmières en soins primaires au Royaume-Uni	139
La collaboration entre médecins et infirmières dans le Service National de Santé au Royaume-Uni : l'expérience de Foxhays, Exeter, Devon.....	153
Italie	
La figure professionnelle de l'infirmier(ière) en Italie	159
Bibliographie	173
Annexes	181
Annexe 1 : Le décret de compétence 2002	183
Annexe 2 : La classification internationale de la pratique des soins infirmiers (ICNP®)	191
1. La classification internationale de la pratique des soins infirmiers (ICNP®)	193
2. Chapter 4 - The 7-axis model of ICNP® version 1	195
Annexe 3 : L'Ontario	201
1 - Liste des actes contrôlés et la liste des professions de santé soumises à réglementation telles que définies par le Health Professions Regulated Act en 1991	203
2. Liste des médicaments pouvant être prescrits par les " infirmières praticiennes " (<i>registered nurses in the extended class</i>) en Ontario	206
Annexe 4 : Le Québec	209
1. Exemple de concordance entre les conditions de réalisation des actes délégués selon la réglementation des années 80 et les conditions de réalisation des actes passés dans le domaine réservé depuis la loi de 2002 au Québec	211
2. Réglementation sur les actes médicaux pouvant être réalisés par des non médecins et notamment les infirmières praticiennes au Québec	214
Annexe 5 : L'Italie	219
1. Le mansonario : ancienne description des actes infirmiers	221

Annexe 6 : Le Royaume-Uni	227
1. Liste des conditions pour la prescription indépendante	229
2. Liste des médicaments autorisés à la prescription par les infirmières	232
3. The NHS Knowledge and Skills Framework	238
 Annexe 7 : L'Allemagne.....	247
1. Exemple de convention à l'échelon du Land entre les organismes assureurs et les organismes représentatifs des infirmières au domicile	249
 Liste des personnes rencontrées	255

Synthèse générale

Tour d'horizon

Les sept pays sélectionnés dans le cadre de cette étude - Allemagne, Finlande, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède et Canada (Québec et Ontario) - présentent une variété de configurations d'organisation de l'offre de soins primaires. Celle-ci diffère grandement selon les pays et renvoie aux principes structurant l'organisation générale du système de soins.

Ainsi, une opposition très nette existe, d'une part, entre les pays où, comme en France, les médecins généralistes exercent majoritairement en cabinets individuels ou en groupes monodisciplinaires (Allemagne, Italie, Pays-Bas, Canada), et, d'autre part, les pays caractérisés par une pratique majoritaire de groupe en coopération avec d'autres professionnels de santé, notamment des infirmières (Finlande, Royaume-Uni, Suède).

Ces modèles dominants de délivrance de soins dessinent des configurations différentes de la collaboration entre médecins et infirmières.

Ainsi, l'Allemagne, l'Italie, les Pays-Bas et le Canada sont majoritairement caractérisés par l'absence de cadres d'exercice en commun entre médecins et infirmières. En Allemagne et aux Pays-Bas, c'est avec une autre profession - les assistantes médicales - que les médecins collaborent de préférence au sein de leurs cabinets. Les infirmières interviennent peu dans les soins primaires (Italie, Pays-Bas) ou essentiellement au domicile, notamment pour les patients dépendants (Allemagne). Au Canada, si les infirmières sont bien présentes dans le secteur des soins primaires, les modes d'exercice en commun avec les médecins ne se sont développés que récemment et de manière limitée.

La Finlande, le Royaume-Uni et la Suède sont, en revanche, marqués par la prédominance de structures d'exercice favorisant une collaboration intégrée entre médecins et infirmières. Au Royaume-Uni, si les infirmières occupent une place ancienne dans les soins primaires, la collaboration avec les médecins, qui semble aujourd'hui être la règle, est relativement récente, dans le cadre des groupes de soins primaires (*Primary Care Groups/Primary Care Trusts*) qui jouent un rôle pivot dans le système.

En Suède et en Finlande, l'offre de soins primaires repose historiquement sur les centres de

santé qui constituent la base du système, offrant une large gamme de soins et de services médicaux, sociaux et communautaires et au sein desquels les infirmières jouent un rôle primordial (premier contact et orientation du malade, propres heures de consultation...).

La coopération étroite entre médecins généralistes et infirmières n'est pas, loin s'en faut, un modèle spontanément pratiqué dans la plupart des pays. Là où ce modèle existe, soit à titre expérimental (Allemagne, Italie, Pays-Bas, Canada), soit de façon plus globale (Finlande, Royaume-Uni, Suède), c'est à la suite de politiques volontaristes menées par les pouvoirs publics pour faire évoluer le mode d'exercice individuel traditionnel des professionnels vers une pratique d'équipe.

Evolution

L'évolution récente ou en cours des domaines de compétences des infirmières dans le secteur des soins primaires peut se lire à travers deux logiques qui ne sont pas exclusives l'une de l'autre : d'une part, une logique de diversification des services fournis par le système de soins et d'autre part, une logique de transfert d'activités du médecin vers l'infirmière, que ce transfert se fasse sous délégation ou non du médecin.

La diversification renvoie à une extension des services offerts par le système dans lequel les infirmières peuvent expérimenter de nouveaux rôles, tandis que le transfert d'activité concerne les infirmières en pratique " avancée " qui reprennent à leur compte des tâches auparavant réalisées par le personnel médical. Selon les pays étudiés, ces deux logiques sont plus ou moins prédominantes ; elles se complètent fréquemment.

Diversification de l'activité infirmière

Les infirmières sont amenées à exercer de nouvelles activités essentiellement dans le cadre de politiques de santé visant à organiser différemment les soins primaires et à élargir l'éventail des services proposés aux patients dans le secteur ambulatoire ou au domicile. Le plus souvent, ces politiques visent à améliorer la rapidité de la réponse à la demande du patient et à mieux orienter celui-ci en fonction de ses besoins. Les rôles infirmiers peuvent alors se développer dans le cadre de systèmes de " triage ", de structures

spécifiquement infirmières ou de structures plus globales dans le cadre de politiques visant à favoriser le regroupement des professionnels de santé, et notamment les médecins généralistes.

Au Royaume-Uni, cet objectif de diversification peut s'analyser de deux points de vue : dans le cadre d'une diversification des services offerts par les groupes de médecins généralistes d'une part, et dans le cadre de dispositifs employant principalement des infirmières d'autre part.

Depuis le début des années quatre-vingt-dix, le NHS est caractérisé par une diversification de l'offre de services dans les cabinets de médecins généralistes dont la gestion et la structuration a connu une évolution notable depuis quinze ans. La mise en place du *GP fundholding* constitue à cet égard un tournant dans la collaboration entre les médecins généralistes et les infirmières : dans ce nouveau système, les médecins reçoivent un supplément de rémunération s'ils parviennent à atteindre des objectifs de couverture de leur population.

Dans un objectif de gain de productivité, un nombre croissant de médecins généralistes ont employé des infirmières dans leur cabinet et leur ont confié la responsabilité de ces actes. Ces infirmières bénéficient d'une rémunération relativement importante et d'horaires assez souples.

Par ailleurs, depuis avril 2004, un nouveau contrat entre les médecins généralistes et le NHS a été mis en place, le *New GP Contract*, qui introduit notamment une exigence essentielle de qualité des soins. Désormais, le revenu des cabinets de médecins ne dépendra plus du nombre de médecins mais de la quantité de patients inscrits et des services fournis. Un médecin quittant le partenariat d'un cabinet pourra dès lors être remplacé par un autre médecin ou par deux infirmières. Ces objectifs de qualité peuvent porter sur l'extension des services, sur des critères de performance clinique ou des critères d'organisation du cabinet. Les généralistes ont ainsi développé de nouvelles formes d'organisation de soins de premier recours reposant sur des équipes pluriprofessionnelles : les groupes de soins primaires ont massivement recouru aux infirmières pour remplir ces nouvelles missions, les salaires étant couverts par les autorités locales à hauteur de 70 à 90 %. La promotion de la santé et le suivi de pathologies chroniques font partie des principaux domaines où les infirmières ont étendu leurs activités.

Cet objectif de diversification se traduit également par la mise en place de dispositifs employant principalement des infirmières, et

notamment le *NHS direct* - service de garde téléphonique 24h/24 où des infirmières assistées par un logiciel d'aide au diagnostic orientent le patient -, les *NHS walk-in-centres* - centres d'accès aux soins primaires ouverts sept jours sur sept dans des endroits fréquentés, qui proposent un bilan réalisé par une infirmière.

Au Québec, deux événements récents sont à l'origine des modifications des rôles et des tâches des infirmières : d'une part un changement législatif concernant les professionnels de la santé en 2003 et d'autre part, la mise en place des Groupes de médecine de famille (GMF). L'Ontario a introduit un dispositif similaire, sur le même mode expérimental, les *Family Health Networks*.

Au Québec, une nouvelle loi dispose que les infirmières ont des activités cliniques réservées, leur reconnaît un jugement clinique et une capacité de mise en œuvre et renforce leur rôle en première ligne (voir *infra*). Par ailleurs, la pratique infirmière constitue un enjeu majeur dans l'implantation des nouveaux modèles d'organisation des services de santé - GMF et FHN - au Québec et en Ontario, qui visent à améliorer la permanence et l'accès aux soins de première ligne. Ces structures, constituées de dix médecins en moyenne et d'infirmières, favorisent le travail en équipe et la délégation aux infirmières de certaines activités de conseil et de suivi. L'objectif du ministère est d'avoir environ 75 à 80 % de la population assurée inscrite chez un médecin de famille GMF ou FHN.

En Allemagne, si l'on ne recense pas, comme au Royaume-Uni et au Canada, de véritables expérimentations nationales visant à étendre le champ de compétences des infirmières, certaines évolutions permettent toutefois d'envisager une transformation de la profession dans le secteur des soins primaires, notamment dans le cadre d'une politique récente visant à favoriser le regroupement des professionnels. Un élément majeur de cette évolution est caractérisé par la création, en 2003, des centres d'activité médicale qui associent différents professionnels de santé et favorisent la collaboration interdisciplinaire. La volonté du gouvernement de promouvoir le développement de ces centres est manifeste.

Aux Pays-Bas, différentes expériences-pilotes ont été mises en place sur le mode de la diversification des services. La question du " *skill mix* " fait en ce moment l'objet de vifs débats. L'interrogation principale renvoie au choix à opérer entre transfert - délégué ou non - de tâches, ou diver-

sification des services de soins. La majorité semble pour l'instant considérer cette dernière comme préférable.

Transfert d'activités du médecin vers l'infirmière

A côté des nouveaux rôles infirmiers favorisés par une diversification de l'offre de services en soins primaires, le transfert d'activités renvoie à la prise en charge par l'infirmière de tâches antérieurement réalisées par le médecin. Ce transfert peut être réalisé sous délégation, ou sans contrôle du médecin, celui qui réalise l'acte étant pleinement responsable. 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.

La possibilité de réaliser des tâches médicales, qui implique un recoupement avec le rôle du médecin, se retrouve sous le terme générique anglo-saxon de " pratique infirmière avancée " (*advanced nursing practice*). Celle-ci est ancienne et s'est développée principalement dans les pays anglo-saxons, en premier lieu au travers de programmes de formation spécifiques. 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*) ou de santé publique 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 certai-

nes 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 et en Ontario, et principalement à l'hôpital au Québec.

Il semble toutefois que le nombre d'infirmières en pratique avancée est relativement modeste dans les deux pays de l'étude - Royaume-Uni et Canada - qui ont quitté le stade expérimental de développement du métier d'infirmière praticienne. De plus les *nurse practitioners* éprouvent des difficultés à obtenir 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, par ailleurs, susciter un intérêt croissant dans plusieurs autres pays (Finlande, Pays-Bas, Suède).

C'est davantage par le transfert du droit de prescription que par le transfert d'activité de la profession médicale que de nouveaux rôles infirmiers semblent se développer. La prescription, qu'elle porte sur les traitements médicamenteux ou sur les autres produits et matériels médicaux, est traditionnellement réservée au corps médical. Plusieurs pays se sont néanmoins engagés dans le développement de la prescription par d'autres professionnels, notamment les infirmières, et le plus souvent les infirmières de pratique avancée.

Le droit de prescription concerne, dans des modalités variables, le Royaume-Uni - depuis le début des années quatre-vingt -, la Suède - depuis 1994 - et le Canada. En France, en Allemagne, en Italie, en Finlande et aux Pays-Bas, ce droit n'existe pas.

On peut schématiquement distinguer deux modalités principales de prescription infirmière. D'une part, la prescription indépendante, qui fait l'objet d'un transfert sans délégation. 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 lo-

cal impliquant un ou des médecins. Il s'agit d'un transfert sous délégation. La prescription infirmière est alors encadrée et formalisée et ne nécessite pas de formation complémentaire.

Déterminants

Les différences constatées dans les rôles et le partage des activités entre médecins généralistes et infirmières sont liées à divers facteurs qui reposent sur deux grands axes d'analyse.

Le premier est construit autour de l'organisation générale du système de santé, notamment des soins primaires et se décline en trois éléments : la démographie médicale ; les politiques volontaristes d'organisation des systèmes de santé s'appuyant sur le développement et le financement des soins primaires ; la demande croissante de soins au domicile, notamment dans le cadre de la dépendance.

Le second axe d'analyse renvoie à l'organisation de la profession infirmière elle-même et s'appuie sur la définition donnée par Eliot Freidson de la profession. Dans ce cadre, le développement des rôles infirmiers est étroitement lié à l'émergence du métier d'infirmière comme profession, c'est-à-dire le passage de la reconnaissance sociale d'une compétence limitée à un domaine technique à la reconnaissance d'une expertise générale.

Organisation générale du système de santé

Le développement de nouveaux rôles infirmiers est très lié à la dynamique de la démographie médicale. Il apparaît ainsi que les pays qui ont une densité médicale modérée, comme le Canada (Ontario et Québec), le Royaume-Uni et la Suède, ont généralement développé des rôles nouveaux en soins 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.

La démographie médicale constitue un facteur-clé, et on peut conclure à un effet de substitution d'ampleur variable entre les professions infirmière et médicale. Toutefois, une analyse plus approfondie de la dynamique de substitution partielle du médecin par l'infirmière apporte un constat plus nuancé. Ainsi, le cas de l'Ontario montre que si les rôles infirmiers semblent se développer lorsque le nombre de médecins est insuffisant, la pérennisation de ces rôles infirmiers et leur institutionnalisation ne sont pas garanties. Formées et diplômées à la fin des années soixante-dix, les *nurse practitioners* vont permet-

tre de résoudre ponctuellement un déficit provisoire de médecins sans véritablement s'inscrire à court terme dans un processus de professionnalisation.

Par ailleurs, si le nombre de médecins est en diminution, le transfert d'activités ne s'opère pas nécessairement vers la profession infirmière. C'est ce qu'illustrent les pays qui ont développé le métier d'assistant du médecin, comme l'Allemagne et les Pays-Bas. La profession d'assistant médical y apparaît construite sur le modèle de transfert de tâches bien précises sous délégation, avec contrôle du médecin. Le profil de l'assistant est à mi-chemin entre le secrétariat et la réalisation de multiples actes techniques. Dans ces pays, les infirmières n'ont pas investi ces fonctions, qui ne correspondent pas à la dynamique de la profession infirmière qui se revendique dans l'assistance au patient et s'exprime dans la notion de rôle propre infirmier.

A la différence des autres pays, le Royaume-Uni ne connaît pas de division entre la profession infirmière et le métier d'assistant du médecin ; il semble que cette distinction s'opère au sein même de la profession infirmière : distinction entre la *practice nurse*, qui travaille au cabinet du médecin, et l'infirmière de santé publique (*district nurse*).

En second lieu, les politiques volontaristes explicitement orientées vers le développement et le financement des soins primaires constituent un facteur-clé du développement des rôles infirmiers. Ainsi, les infirmières peuvent investir des rôles nouveaux à condition que ces derniers soient valorisés et financés de façon spécifique. 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.

Au-delà du financement global d'une politique de développement de rôles infirmiers, la question de l'opérateur, auquel est allouée la ressource, apparaît déterminante et conditionne la nature des activités développées par les infirmières dans les soins primaires, notamment le degré d'autonomie de l'exercice infirmier. Le professionnel salarié du médecin réalise en général des actes délégués par le médecin, sous contrô-

le de ce dernier. Trois grandes modalités d'allocation de la ressource se distinguent dans les pays étudiés : l'infirmière indépendante salariée d'une autorité de santé (*nurse practitioner* ou *district nurse* au Royaume-Uni, en Suède, au Québec et en Ontario) ; l'infirmière indépendante salariée du médecin (*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 ou leader (Royaume-Uni).

En troisième lieu, dans la plupart des pays étudiés, hormis en Italie, 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.

Organisation de la profession infirmière

Le second axe d'analyse renvoie à l'organisation de la profession infirmière et aux relations que celle-ci entretient avec l'Etat. Ce facteur varie considérablement selon les pays étudiés. A partir de la définition de la profession proposée par Freidson, nous avons étudié pour chaque pays les questions suivantes : la reconnaissance d'un monopole d'intervention défini par la réglementation ; la maîtrise de la formation par des instances professionnelles ; l'existence d'un code de déontologie propre et d'organismes spécifiques à la profession pour délivrer les permis d'exercer.

Les modalités de définition de la profession infirmière s'inscrivent dans le cadre plus général des modalités de définition des professions réglementées propres à chaque pays. Ces modalités varient selon que les professions sont appréhendées dans leur ensemble (Suède, Québec, Ontario) ou traitées isolément (Allemagne, Italie, Finlande, Pays-Bas, Royaume-Uni), et selon les caractéristiques du droit propre à chaque pays, ce que nous n'avons pu explorer en détail dans le cadre de ce travail.

Nous avons néanmoins constaté qu'aucun pays étudié ne présente une description réglementai-

re de la profession infirmière équivalente, dans son degré de précision, à celle qui existe en France par les décrets de compétence, soit que la profession n'ait jamais fait l'objet d'une réglementation précise et détaillée (Allemagne, Pays-Bas, Royaume-Uni), soit que ce type de réglementation ait été abandonné (Suède, Italie) ou élargi (Québec, Ontario). Plusieurs pays ne connaissent pas de réglementation précise. Ces pays diffèrent néanmoins considérablement selon le niveau de développement des rôles infirmiers en soins primaires.

En Allemagne, l'un des pays où les rôles infirmiers sont les moins développés, les organismes professionnels infirmiers regrettent de ne pas disposer de textes régissant les actes. Il n'existe pas de textes officiels décrivant les actes pouvant être réalisés par les infirmières, à l'instar des décrets de compétence français. La profession est définie par des textes assez généraux décrivant la responsabilité et les différentes activités des infirmières. La profession infirmière est traditionnellement peu " protégée " par des textes réglementaires, le rôle et les actes réalisés étant dépendants du niveau de délégation adopté par le médecin. La délégation relève du bon vouloir du médecin qui, de fait, travaille avec ses assistants. Toutefois, le développement de l'assurance dépendances a conduit à l'émergence d'une nouvelle catégorie d'infirmières. L'intervention des infirmières au domicile des patients est désormais décrite par des nomenclatures d'actes qui contribuent à caractériser le champ d'intervention des infirmières.

La situation est similaire aux Pays-Bas, où le champ d'exercice infirmier est peu détaillé et reste largement déterminé par le contexte local, et selon un modèle dominant de délégation sous contrôle.

L'Italie et la Suède ont abandonné depuis de nombreuses années une réglementation détaillée des rôles et des actes infirmiers. En Suède, la loi définissait de façon détaillée, il y a une vingtaine d'années, ce qu'un médecin généraliste et une infirmière pouvaient réaliser. Ce système a été abandonné et remplacé par deux lois générales. En Italie, l'abandon des listes précises d'actes est plus récente et date de 1999. Calqué initialement sur le modèle de la profession infirmière en France, avec une liste d'actes précise, le dispositif définissant le champ d'activités de la profession apparaît désormais plus souple et offre des perspectives d'évolution, notamment par les formations. Il semble que les nouvelles infirmières aient des compétences plus étendues et développent de nouvelles acti-

vités, mais, toutefois, sans véritable reconnaissance salariale ou statutaire. En outre, elles exercent principalement à l'hôpital.

Le cas de l'Ontario est intermédiaire et de type mixte puisqu'il associe une liste d'actes contrôlés que peuvent se partager les professions réglementées, avec des textes définissant les professions. Les actes contrôlés sont suffisamment larges pour offrir une grande souplesse aux organisations de travail. C'est aussi dans cette voie que s'est engagé récemment le Québec, avec l'objectif de favoriser la collaboration interprofessionnelle en adoptant une législation plus souple, qui permet un certain recouvrement d'actes entre les différentes professions. Il est à noter, dans le cas du Québec, que l'adoption d'un cadre moins détaillé de la pratique s'accompagne d'une reconnaissance juridique du champ d'exercice et de l'exercice réservé de la profession infirmière.

Au Royaume-Uni, enfin, parler de décrets d'activité semble tout à fait incongru. Ce genre de textes n'a jamais réellement existé. Le *Royal College of Nursing* régule la formation initiale en accréditant les formations. Le *Nurse and Midwifery Council* certifie les professionnelles et délivre le droit d'exercer, selon les conditions requises par la législation. La très grande majorité des infirmières étant salariée, il n'existe pas de nomenclature tarifaire. Les qualifications et le contenu des métiers sont définis par les programmes de formation.

En somme, il semble que les pays qui diversifient le plus les rôles infirmiers sont ceux dont les réglementations des métiers sont globales aux professions de santé (Ontario, Suède), qui reconnaissent une responsabilité étendue à la profession infirmière (Royaume-Uni), qui ne détaillent pas précisément les actes (Ontario, Québec), et/ou autorisent des chevauchements d'actes entre professions, laissant ainsi une marge de manoeuvre importante aux acteurs professionnels pour s'organiser.

Replacé dans une perspective plus dynamique et comparative entre pays, il apparaît que la définition de la profession infirmière par des textes réglementaires détaillant les actes relevant de la dite profession se révèle comme une étape dans un processus de développement des rôles infirmiers et de la profession elle-même.

La description par les textes ne serait-elle alors qu'une étape vers une plus grande reconnaissance de la profession ? L'enjeu, ou plutôt l'échange acceptable pour la profession infirmière ne serait-il pas de se voir reconnaître un champ de responsabilité contre l'abandon d'une réglementation protectrice par les actes ?

L'exercice infirmier en soins primaires dans les pays étudiés est principalement salarié. 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 dans plusieurs pays (Ontario, Québec, Allemagne, Pays-Bas). L'acte infirmier dans ces pays n'est pas immédiatement relié à une valeur monétaire ce qui explique peut être aussi qu'une législation plus souple ait pu être adoptée. L'élargissement des compétences infirmières au-delà des actes n'a donc aucune conséquence économique à court terme sur les niveaux de rémunération des infirmières comme sur celui des médecins. L'enjeu de la valorisation de l'activité infirmière est néanmoins bien présent lorsqu'il s'agit de définir les rémunérations des infirmières aux compétences étendues, ayant un niveau de formation élevé et couvrant un large spectre d'activités.

Ceci est particulièrement illustré par le système du *Skills, Knowledge, Framework* adopté au Royaume-Uni, qui vise à rémunérer les infirmières en proportion des compétences qu'elles mettent en œuvre. Le dispositif vise en effet à évaluer les compétences d'une personne dans un poste donné, au moyen d'un outil général, et à placer cette personne dans une catégorie infirmière à laquelle correspondent des fourchettes de salaire.

Les pays qui ont développé les rôles infirmiers et qui ont élargi le droit prescrire sont en général dotés d'un appareil de formation autonome, de niveau universitaire et d'une capacité de recherche dans le domaine des soins infirmiers. Il s'agit notamment du Royaume-Uni, de l'Ontario, de la Suède et du Québec. Le lien entre développement de la formation (autonomie et université) et extension des tâches infirmières n'existe pas toujours. Ainsi, le Québec est doté depuis de nombreuses années d'une formation et d'une recherche infirmière mais ce n'est qu'en 2002 que les rôles infirmiers ont été élargis. Le cas de l'Italie est remarquable dans la mesure où la mise en place d'un dispositif universitaire de formation a eu comme effet immédiat d'introduire des barrières à l'entrée des études et, surtout, ne s'est traduit par aucune reconnaissance particulière dans les situations de travail, aussi bien en termes de profil de poste que de rémunération.

Ce n'est donc pas l'existence de la formation et de la recherche dans le domaine des sciences infirmières qui est la seule condition d'extension des activités infirmières. Elle en constitue néanmoins probablement une étape incontournable, et souvent la première, dans la perspective du développement de l'activité autonome de l'infirmière.

Plus généralement, il apparaît qu'une relation étroite existe entre l'organisation professionnelle infirmière, son niveau d'autonomie dans le domaine de la formation, la représentation, la régulation et la possibilité d'extension des rôles infirmiers en soins primaires. Cette conclusion peut apparaître tautologique au regard du cadre préalablement choisi, qui est celui de la sociologie américaine élaboré, justement, à partir de l'analyse des professions dans les pays anglo-saxons.

Néanmoins, il nous paraît raisonnable de soutenir la thèse selon laquelle plus un groupe professionnel est doté d'une autonomie de formation, de recherche et de régulation, plus il est en me-

sure de voir son champ de pratique autonome se développer.

C'est le cas pour la profession de sage-femme en France qui possède un champ de compétences spécifique, un ordre spécifique et un droit de prescription autonome récemment étendu. Dans la plupart des pays étudiés, les sages-femmes sont apparentées à la profession infirmière et ont reçu un droit de décision et de prescription autonome. Mais la principale différence de la situation française avec celle des autres pays est le caractère médical de la profession de sage-femme. Autrement dit, il semble qu'en France, seule une profession médicale peut présenter les attributs d'une profession telle que nous les avons définis en référence à Freidson. On peut dès lors se demander si, dans le modèle d'organisation juridique actuel des professions de santé en France, il est envisageable de transférer des actes médicaux à une profession qui ne serait pas médicale.

Introduction

Introduction

En France, la diminution attendue du nombre de médecins et les tensions d'ores et déjà perceptibles du fait de leur répartition déséquilibrée sur le territoire ont conduit à s'interroger sur le partage des tâches entre professionnels, ce que d'autres pays, confrontés à une situation équivalente, ont déjà été amenés à réaliser.

De nombreux travaux (ONDPS, 2004, Bessiere, 2004, Hardy Dubernet 2005, Lapeyre 2005) rendent compte en France de cette diminution à venir, ainsi que d'une évolution des attentes des jeunes professionnels vis-à-vis de leurs conditions de vie et d'exercice. Il est désormais admis que le secteur de la santé va être confronté à un double effet d'augmentation de la demande de soins en lien avec le vieillissement et la transition épidémiologique et de diminution de la force de travail disponible, tout du moins médicale. L'évolution des modes d'organisation et de répartition de l'activité des différents professionnels peut constituer une réponse pour sortir de la crise à venir : l'extension des compétences, la création de nouvelles qualifications, voire de nouveaux métiers, sont autant de pistes débattues et explorées dans le cadre d'expérimentations de coopération entre professions de santé.

La demande initiale, à l'origine de cette étude, portait sur la description des actes infirmiers dans les pays étrangers, leur nature et les conditions de leur délégation par la profession médicale dans une perspective française de transfert, ou de délégation, à d'autres professions. Confrontés à la difficulté de saisir les actes infirmiers de façon aussi détaillée qu'en France dans la plupart des pays, du fait même des modalités de définition des professions, nous avons élargi l'angle d'approche. Nous avons donc cherché à déterminer la façon dont, dans des situations similaires, d'autres pays, notamment en Europe, définissent les rôles et les compétences des professionnels de santé. Nous avons réduit le champ d'observation au secteur des soins primaires, qui paraît le plus concerné à moyen terme en France, en raison de l'exigence de proximité qu'il suppose et des marges de manœuvre qu'il recèle. C'est en effet en grande partie dans le secteur ambulatoire, où se trouvent majoritairement les malades atteints de pathologies chroniques, que peuvent se développer les soins de prévention et d'éducation à la santé ou de nouvelles fonctions comme les activités de coordination.

Les pays étudiés ont été choisis en raison de leur expérience dans le domaine des nouveaux rôles infirmiers (Royaume-Uni, Canada, Suède), du caractère décentralisé de leur organisation (Italie, Finlande), de leur proximité avec le système de santé français (Allemagne) ou de leur position intermédiaire entre le système allemand et le système britannique, comme c'est le cas pour les Pays-Bas.

L'étude a permis de dresser tout d'abord un état des lieux :

- de la profession infirmière (démographie et conditions de travail, organisation de la profession, domaines de compétences, modalités de l'articulation médecine générale / profession infirmière)
- des expériences visant à modifier les rôles et l'organisation des professionnels de première ligne (activité concernée, nature des actes modifiés, métiers ou spécialisation nouvelles, processus politique à l'origine de ces expériences de délégation, modalités de financement, organisation et contenu des formations, évaluation des expériences).

Une analyse de ces politiques a ensuite été conduite pour identifier les motivations des processus de changement, leurs dynamiques (influence des différents acteurs, des facteurs systémiques - modalités de financement, d'organisation des soins primaires...), ainsi que les résultats des initiatives conduites relativement à leurs objectifs (diffusion, généralisation, échec, conflits...).

L'étude s'est appuyée sur un réseau international d'experts mobilisés autour de cette problématique, qui ont renseigné un questionnaire type sur la profession infirmière, ainsi que sur des visites effectuées dans chacun des pays, qui nous ont permis de rencontrer différents interlocuteurs : chercheurs, représentants d'institutions, représentants d'associations professionnelles.

Chaque pays, dont la France, a fait l'objet d'une monographie selon un plan-type. C'est à partir de ces monographies et des entretiens que nous avons réalisé une synthèse qui constitue la première section du rapport.

Cette dernière comprend trois parties distinctes qui visent respectivement à décrire la place et le rôle des infirmières dans les différents systèmes de soins primaires, à caractériser l'évolution du

domaine de compétences des infirmières dans le secteur des soins primaires et, enfin, à analyser les déterminants tendant à expliquer les constats réalisés.

Une journée de restitution et d'échanges, qui a réuni 150 participants le 16 juin 2005, a permis de présenter et discuter les premiers résultats de l'étude. A cette occasion, certaines expériences étrangères qui nous avaient paru illustratives ont été présentées par des experts rencontrés dans

chaque pays. Ainsi, les expériences de collaboration entre médecins et infirmières en soins primaires en Allemagne, au Québec, en Suède et au Royaume-Uni ont permis d'illustrer de manière concrète et interactive la place et les rôles des infirmières en soins primaires dans ces différents pays. En raison de la grande qualité des interventions étrangères, nous avons choisi de présenter l'intégralité des textes des intervenants en deuxième section du rapport.

Première partie : rapport d'étude

1. Place et rôle des infirmières dans les différents systèmes de soins

Introduction

La dénomination de " soins primaires " - traduction de l'anglais " *primary care* " - utilisée dans certains contextes nationaux mais peu en France, renvoie aux notions de premier recours, d'accessibilité, de proximité et de permanence des soins. Les médecins généralistes en sont partout des acteurs essentiels, mais selon les organisations en vigueur, d'autres professionnels peuvent également y être impliqués, notamment les infirmières.

Le champ des services offerts par les soins primaires n'a pas de définition universelle. Outre les soins ambulatoires de proximité, on y inclut fréquemment des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'information et de conseil. Certains pays ont cherché à y intégrer également des services sociaux.

Nous avons choisi de considérer comme faisant également partie des soins primaires, au-delà des soins ambulatoires en cabinet ou centre de soins, les soins à domicile fournis par les infirmières aux personnes dépendantes. En revanche, les soins en structures de soins de suite, résidentiels et de réadaptation - qui concernent un nombre important de professionnels, notamment infirmiers - ne sont pas inclus dans le champ. Néanmoins, il faut souligner que la distinction entre les deux catégories n'est pas toujours aisée dans les informations recueillies.

L'offre de soins primaires diffère grandement selon les pays et renvoie aux principes structurant l'organisation générale du système de soins. Une opposition très nette existe, d'une part, entre les pays où, comme en France, les médecins généralistes exercent majoritairement en cabinets individuels ou en groupes monodisciplinaires (Allemagne, Pays-Bas, Italie, Canada), et, d'autre part, les pays caractérisés par une pratique majoritaire de groupe en coopération avec d'autres professionnels de santé (Royaume-Uni, Suède, Finlande).

Ces modèles dominants de délivrance de soins de premier recours dessinent des configurations différentes de la collaboration entre médecins et infirmières.

Ainsi, l'Allemagne, les Pays-Bas, l'Italie et le Canada sont majoritairement caractérisés par l'absence de cadres d'exercice en commun entre médecins et infirmières. En Allemagne et aux Pays-Bas, c'est avec une autre profession - les assistantes médicales - que les médecins collaborent de façon préférentielle au sein de leurs cabinets. Les infirmières interviennent peu dans les soins primaires

(Pays-Bas, Italie) ou essentiellement au domicile, notamment pour les patients dépendants (Allemagne). Au Canada, si les infirmières sont bien présentes dans le champ des soins primaires, les modes d'exercice en commun avec les médecins ne se sont développés que récemment.

Le Royaume-Uni, la Suède et la Finlande sont, en revanche, marqués par la prédominance de structures d'exercice favorisant une collaboration intégrée entre médecins et infirmières.

1.1. L'Allemagne, les Pays-Bas, l'Italie et le Canada : un faible exercice en commun entre médecins et infirmières dans le cadre des soins primaires

1.1.1. L'Allemagne : une place des soins primaires encore peu reconnue

Les médecins libéraux conventionnés constituent les acteurs principaux du secteur ambulatoire

Le système de santé allemand est caractérisé par une distinction institutionnelle claire en matière de délivrance des soins. On distingue ainsi les soins fournis par l'hôpital, principalement par le secteur public ou parapublic, et les soins ambulatoires (primaires et secondaires) fournis par les médecins majoritairement conventionnés.

La notion de soins primaires ne fait pas l'objet d'une reconnaissance en tant que telle, au sein d'une médecine ambulatoire où les médecins libéraux spécialistes et généralistes interviennent à part égale, exerçant dans des cabinets individuels et rémunérés à l'acte. Seule une minorité de médecins - de 25 à 30 % - exerce en groupe. Depuis la réforme de 2003, l'inscription chez un médecin est devenue la règle. Les patients peuvent choisir un généraliste ou un spécialiste, mais ils sont ensuite liés à ce praticien pour une durée minimale d'un trimestre (temps nécessaire au remboursement des soins). Pour accéder à une consultation spécialisée ou être hospitalisé hors contexte d'urgence, ils doivent désormais obtenir une prescription de ce médecin. Ils bénéficient en contrepartie du système du tiers payant et ne versent qu'un ticket modérateur. Jusqu'en 2003, la prise en charge des actes médicaux était de 100 %. Une réforme a depuis introduit une franchise de 10 %, dans la limite de 10 euros par médecin consulté et par trimestre.

Tableau 1
Données de cadrage

Données de cadrage 2002 ^a									
	France	Allemagne	Pays-Bas	Italie	Suède	Finlande	Royaume-Uni	Canada	
								Ontario	Québec
Taille de la population, en milliers d'habitants	59 486	82 489	16 149	57 994	8 925	5 201	59 232	12 392	7 542
Dépenses totales de santé en % PIB	9,7	10,9	9,1	8,5	9,2	7,3	7,7	Canada: 9, 6	
Nombre de médecins en activité	198 700	275 167	49 366	253 000	24 993	17 641	126 126	21 735 ^b	15 800 ^b
Densité de médecins pour 100 000 habitants	334	334	306	436	280	339	213	175	209
Nombre d'infirmières en activité	425 981	986 000 ^c	136 500 ^d	312 707	78 380	70 090 ^e	605 000 ^f	84 013 ^g	62 190 ^g
Densité d'infirmières pour 100 000 habitants	716	1195 ^c	845 ^d	539	878	1348 ^e	1021 ^f	678 ^g	825 ^g

^a Source : sauf mention contraire Eco-Santé OCDE 2004, chiffres pour l'année 2002

^b Source : Canadian Institute for Health Information pour l'année 2002

^c Source : Destatis pour l'année 2002

^d Source : National Nurses Association of the Netherlands pour l'année 2003

^e Source : Stakes, National Research and Development Centre for Welfare and Health , pour l'année 2002

^f Source : National and Midwifery Council pour l'année 2002

^g Source : Ordre des infirmiers et infirmières du Québec et de l'Ontario pour l'année 2002

Guide de lecture : la comparaison des données quantitatives relatives aux infirmières entre pays est délicate en raison d'un usage variable du titre d'infirmière selon les pays et d'une précision des statistiques variable selon les pays introduisant une marge d'erreur importante pour certains d'entre eux. Ainsi, la profession de sage-femme apparaît comme une spécialité infirmière dans certains pays comme le Royaume-Uni. De même la distinction entre aide soignante et infirmière n'est pas toujours aisée. Dans un souci de comparaison avec la France nous avons donc sélectionné dans les données accessibles celles relatives à la catégorie française IDE (Infirmière Diplômée d'Etat) généralement intitulées « *registered nurse* » ou infirmière autorisée en excluant la spécialisation infirmière de sage-femme.

Les assistantes médicales, auxiliaires privilégiées des médecins

Au nombre de 493 000 en 2002 (soit 1,8 par médecin), les assistantes médicales forment une profession particulière en Allemagne. Dès l'âge de seize ans, elles suivent une formation professionnelle de trois années qui associe enseignement théorique au sein d'écoles professionnelles (une journée par semaine), apprentissage pratique au sein d'écoles professionnelles (une journée par semaine) et apprentissage pratique au sein des cabinets médicaux. Il s'agit d'emplois peu qualifiés et peu rémunérés (entre 900 et 1 300 euros nets par mois avant impôt selon le taux d'emploi partiel ou temps plein). Leur activité combine des travaux de secrétariat médical (prise de rendez-vous, préparation des consultations, tenue des dossiers, délivrance des feuilles de prescription...) et des tâches cliniques de technicité limitée (retrait des fils après points de suture, réalisation d'électrocardiogrammes, audiométrie simple, pansements, prélèvement du sang, injections, prise de la pression sanguine...). On ne les trouve que dans le secteur ambulatoire mais quasiment chez tous les

médecins, le plus souvent à temps partiel. Ces assistantes travaillent uniquement sous la responsabilité des médecins qui peuvent leur déléguer un nombre d'actes relativement important. Ainsi, les cabinets médicaux allemands offrent des services plus étendus qu'en France, notamment des explorations biologiques simples (glycémie, analyses d'urine...).

Une densité élevée de médecins

Parmi les médecins actifs, 48 % travaillent en milieu hospitalier, 44 % dans le secteur ambulatoire, 3 % dans les services de santé publique, dans l'administration ou dans des organismes corporatistes et 5 % dans d'autres secteurs, comme dans l'industrie pharmaceutique.

On dénombre 50,5 % de généralistes et 49,5 % de spécialistes (Kopesch, 2004) dans le secteur ambulatoire. Depuis les années quatre-vingt, le taux de médecins généralistes a augmenté de façon continue (35 % en 1980, puis 40 % en 1990).

Le nombre de médecins n'a cessé d'augmenter en Allemagne depuis vingt-cinq ans - les années quatre-vingt-dix ont connu une augmentation de

20 % - et ce, malgré la baisse du nombre de médecins diplômés. Cette augmentation est perceptible en nombre absolu aussi bien qu'en densité (médecins pour 100 000 habitants). Le nombre de médecins par habitant est assez élevé si l'on compare avec d'autres pays européens. L'Allemagne compte environ 330 médecins pour 100 000 habitants, alors que le Royaume-Uni en compte environ 210¹.

Dans cette perspective, un des enjeux majeurs des politiques de régulation en Allemagne depuis les années quatre-vingt a été la réduction du nombre de médecins. La densité médicale élevée était notamment considérée comme l'une des raisons importantes de l'augmentation des coûts de santé. Ne pouvant agir sur le nombre de médecins à l'entrée de la formation (Bourgueil, 2002), c'est principalement l'installation des médecins dans le secteur ambulatoire qui a fait l'objet de restrictions croissantes depuis les années quatre-vingt-dix.

Néanmoins, si l'on analyse plus en détails les chiffres actuels et en faisant des projections à long terme incluant les comportements d'abandon des études par les jeunes médecins, il apparaît qu'une pénurie de médecins est susceptible de survenir dans le futur, notamment dans les anciens Länders de l'Allemagne de l'Est. Cette lecture est aujourd'hui de plus en plus privilégiée par un certain nombre d'acteurs institutionnels en Allemagne, à l'instar du Conseil de l'Ordre (*BundesArzteKammer*) qui prévoit qu'il manquera 18 000 médecins d'ici 2008 du fait, notamment, du vieillissement du corps professionnel (Kopesch, 2004).

Une volonté de placer le médecin généraliste au cœur du système de santé

La volonté d'affirmation du rôle des médecins généralistes en Allemagne s'est accrue depuis un certain temps. En 1993, la formation en médecine omnipraticienne (spécialisation de trois ans) est devenue obligatoire pour tout médecin qui fait le choix d'exercer dans le domaine de la médecine de famille. En 1999, la durée de formation à la médecine omnipraticienne est passée à cinq ans. Depuis 2001, cette formation est subventionnée. Dans le même sens, un tron commun a été mis en place en 2002 dans la formation de la médecine générale et de la médecine interne. Ainsi, les trois premières années seront communes et les deux années suivantes seront consacrées soit à la médecine générale, soit aux sous-spécialisations de la médecine interne. A terme, la médecine interne disparaîtra

en tant que discipline (Van Der Bussche, 2004). La réforme 2003 place le médecin généraliste au cœur du système et de l'amélioration de la qualité des soins. Toutes les caisses se doivent désormais de proposer le " système du médecin de famille " (*Hausarztssystem*), consistant à inciter le patient à s'abonner à un généraliste. Dans ce cas, les caisses accordent des incitations financières au patient ainsi qu'une exemption du ticket modérateur de 10 euros s'ils sont adressés à un spécialiste par leur généraliste (Hassenteufel, 2004). Ce système repose sur un contrat individuel entre la caisse et le médecin.

Les infirmières en Allemagne : données de cadrage

De façon générale, les statistiques relatives à la profession d'infirmière et de sage-femme demeurent très imprécises et fragmentaires. La répartition géographique des infirmières est également inobservée. Selon la *Deutscher Pflegerat*, organisation centrale regroupant les principales associations infirmières, le nombre d'infirmières en Allemagne s'élève approximativement à 1, 2 million dont 920 000 équivalents temps plein (Busse, 2004). Les avis semblent diverger quant à l'affirmation d'une pénurie d'infirmières (Com-Ruelle, 2000), mais la plupart de nos interlocuteurs vont plutôt dans le sens d'une diminution. Un déficit d'infirmières serait à prévoir, celui-ci étant déjà ressenti dans l'ancienne Allemagne de l'Est.

Les données concernant le nombre et la répartition des infirmières spécialisées sont également indisponibles. Trois catégories sont communément distinguées par nos interlocuteurs : les infirmières de soins généraux, les infirmières gériatriques et les infirmières puéricultrices. Des données quantitatives plus précises existent, qui renvoient à une répartition par catégories différente : en 2002, on dénombre ainsi 705 000 infirmières de soins généraux et pédiatriques (*trained nurses*), dont 539 000 équivalent temps plein, 277 000 infirmières gériatriques dont 211 000 équivalent temps plein, et 229 000 aides-soignantes (*nurse assistants*) dont 170 000 équivalent temps plein. Entre 1997 et 2002, le nombre total d'infirmières a connu une augmentation de 11 %, qui s'explique pour une grande part par la très forte croissance des infirmières gériatriques (+ 39 %) due à la mise en place de l'assurance dépendance en 1994. Le nombre d'infirmières généralistes et pédiatriques confondues n'a augmenté que de 2 %, et celui des aides-soignantes de 12 %.

1. Source : Eco-Santé OCDE 2004.

En 2003, on comptait en Allemagne, 9,7 infirmières pour 1 000 habitants².

Les infirmières se répartissent dans trois principaux secteurs : l'hôpital, les maisons de santé (*nursing homes*) et les services infirmiers ambulatoires. Les maisons de santé sont des institutions qui accueillent des personnes âgées pendant plusieurs mois (la moyenne du séjour est de trois mois), tandis que les services ambulatoires emploient des infirmières qui se déplacent au domicile des patients.

S'il ne semble pas exister de données précises sur la répartition de l'effectif total des infirmières entre les différentes structures de soins (Busse, 2004), des statistiques ont toutefois été élaborées mettant en rapport les principaux secteurs d'exercice et les trois catégories infirmières identifiées précédemment (Com-Ruelle, 2000). Ainsi, l'hôpital emploie une écrasante majorité d'infirmières de soins généraux et pédiatriques, 88 % (effectifs restants : 8 % d'aides-soignantes et 4 % d'infirmières gériatriques), tandis que les infirmières de soins généraux représentent 67 % de l'effectif total infirmier dans les maisons de santé (effectifs restants : 24 % d'infirmières diplômées d'Etat et 9 % d'aides-soignantes). Les infirmières de soins généraux et pédiatriques représentent également 51 % de l'effectif total exerçant dans les services ambulatoires (effectifs restants : 42 % d'infirmières gériatriques et 9 % d'aides-soignantes).

Une place marginale des infirmières dans le secteur des soins primaires, une présence accrue et une relative autonomie dans le secteur des soins aux personnes dépendantes

La présence des assistantes médicales dans les cabinets médicaux explique pour partie la place assez marginale des infirmières dans le champ des soins primaires. Celles-ci y sont principalement présentes dans les soins à domicile³, où elles sont susceptibles de développer de nouveaux rôles dans l'avenir. Ce secteur connaît en effet une forte progression, liée à la réduction du nombre de lits et de la durée de séjour à l'hôpital, mais aussi à la création en 1994 de l'assurance dépendance à laquelle est rattachée la spécialité d'infirmière gériatrique.

2. Source : Eco-Santé OCDE 2005.

3. On estime à 5 % environ le nombre d'infirmières exerçant dans ce secteur.

L'introduction de cette assurance a notamment permis aux infirmières de développer une pratique indépendante. Des "services communautaires infirmiers", gérés par les infirmières elles-mêmes, ont été mis en place⁴ : on en dénombre actuellement environ 300 pour l'ensemble de l'Allemagne, mais ces services restent toutefois peu étendus avec en moyenne 12 infirmières pour un nombre de patients compris entre 40 et 60 par centre. Les infirmières y sont salariées, les ressources provenant des actes réalisés par les équipes de soins étant mutualisées. Selon les représentants de la profession, on peut commencer à parler d'une véritable professionnalisation des infirmières dans le secteur de la dépendance, celles-ci trouvant là une part d'autonomie qui leur a jusqu'à présent fait défaut, et susceptible à terme de les conduire à développer de nouveaux rôles. Cette professionnalisation serait plus manifeste qu'au sein de l'hôpital, où, selon nos interlocuteurs, les infirmières demeurent trop à proximité du diagnostic médical.

Dans le cadre d'une pratique indépendante, l'infirmière peut soit passer un contrat avec l'assurance maladie ou l'assurance dépendance, soit passer un contrat individuel avec le patient. Ces contrats individuels sont en constante augmentation bien que, selon l'avis de nos interlocuteurs, les infirmières restent très peu informées de ces nouvelles procédures. Elles ont également la possibilité de négocier certains services avec l'assurance dépendance, en dehors des médecins, et peuvent salarier des auxiliaires pour certaines tâches.

1.1.2. Les Pays-Bas : une offre de soins primaires articulée autour de médecins généralistes, pivots du système de santé, avec une faible présence des infirmières

Un système de «*gate-keeping*» au sein duquel les médecins généralistes exercent majoritairement en groupe avec des assistantes médicales

Aux Pays-Bas, l'offre de soins est majoritairement privée et s'organise autour de médecins libéraux, généralistes et spécialistes, ainsi que d'hôpitaux ou de cliniques qui sont pour l'essentiel des organismes privés non lucratifs. Les soins primaires sont fournis par les médecins gé-

4. Il s'agit de structures similaires aux services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) en France, mais pour partie de statut privé à but lucratif.

néralistes qui jouent un rôle de pivot dans le système de santé. Les médecins spécialistes exercent pour la plupart dans les structures hospitalières ou les autres établissements de soins.

Les Pays-Bas ont mis en place depuis 1941 un système de *gate-keeping*. Les patients ont l'obligation de s'inscrire auprès d'un médecin généraliste pour accéder aux soins de spécialistes. Ils ont le libre choix du médecin chez lequel ils souhaitent s'inscrire et peuvent revenir sur ce choix une fois par an. L'importance du *gate-keeping* est illustrée par le taux très bas de référencement des patients à des spécialistes (6 %) : la grande majorité des problèmes médicaux est donc prise en charge par les médecins de famille. Les copaiements en médecine ambulatoire ont été supprimés en 1990.

Les médecins généralistes sont tous des prestataires indépendants, rémunérés en partie à la capitation lorsqu'ils soignent les assurés inscrits sur les listes des caisses d'assurance maladie, et en partie à l'acte lorsque leurs patients ont une assurance privée. Si, en 1970, 91 % des médecins généralistes travaillaient en cabinet individuel, aujourd'hui ils exercent majoritairement (57 %) en cabinet de groupe, le plus souvent de deux médecins, ou au sein de centres de santé.

Comme en Allemagne, la place des assistantes médicales est importante dans les cabinets des médecins généralistes. Celles-ci y effectuent, sous la responsabilité du médecin, le même type de tâches, à la fois médicales, techniques et administratives.

La pratique du médecin généraliste aux Pays-Bas comprend un éventail de soins assez large comme les actes chirurgicaux légers. La plupart des cabinets de médecine générale sont équipés de moyens d'exploration en imagerie et en biologie.

Une autre caractéristique fondamentale de la médecine générale aux Pays-Bas réside dans le principe de la continuité des soins. Les médecins généralistes passent en effet des accords locaux entre eux, ainsi qu'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 est imposée par la loi.

Les médecins généralistes ne sont pas autorisés à exercer à l'hôpital. Jusqu'en 1992, ils étaient soumis à un régime d'autorisation de la municipalité concernant leur installation. Cette obligation a été levée depuis, et ils jouissent aujourd'hui d'une liberté totale d'installation.

Le nombre de médecins aux Pays-Bas est inférieur de 10 % à la moyenne de l'Union européenne. La répartition est de l'ordre de 35 % de médecins généralistes et de 65 % de médecins spécialistes.

Le nombre de médecins généralistes en exercice s'élève à 8 107 en 2003, dont 25 % de femmes. Cela représente environ 0,5 médecin généraliste pour 1 000 habitants, soit environ un médecin pour 2 300 patients.

Le contexte actuel est marqué par une pénurie de l'offre de médecins généralistes. Un ensemble d'éléments rendent cette pénurie d'autant plus manifeste. D'une part, comme partout ailleurs en Europe, la profession médicale se féminise et un nombre croissant de médecins aspirent à exercer à temps partiel. D'autre part, le vieillissement de la population engendre des besoins croissants. Enfin, l'apparition de listes d'attente à l'hôpital consécutive à l'introduction aux Pays-Bas d'une politique d'enveloppes globales a provoqué un effet d'éviction de l'hôpital vers la ville.

Les infirmières aux Pays-Bas : données de cadrage

Le nombre total d'infirmières aux Pays-Bas diffère significativement selon les sources considérées. La principale raison réside dans la répartition en cinq niveaux des effectifs infirmiers, les différents chiffres reflétant la variabilité de la prise en compte de ces niveaux. En effet, les niveaux 4 et 5 correspondent à la dénomination traditionnelle d'infirmières en soins généraux (équivalent de "*registered nurse*" ou "infirmière diplômée d'état", quatre ans de formation) ; le niveau 3, correspondant à trois ans de formation, est l'équivalent de l'infirmière auxiliaire (*auxiliary nurse*). L'infirmière auxiliaire n'assiste pas l'infirmière de niveau 4 ou de niveau 5. Les infirmières auxiliaires travaillent généralement dans les maisons de retraites médicalisées ou dans le cadre du soin à domicile ; le niveau 2 est celui des aides-soignants (*licensed practical nurse*) et le niveau 1 correspond à l'aide-infirmière (*nursing assistant*) et nécessite un an de formation.

Si l'on considère tous les niveaux, l'on dénombre un total de 319 600 infirmières aux Pays-Bas, qui se répartit comme suit : 37 000 infirmières de niveau 5, 97 600 de niveau 4, 127 200 de niveau 3, 30 400 de niveau 2 et 27 400 de niveau 1⁵.

5. Source : Dutch Hospital Institute, 2001.

En ce qui concerne la question d'un surplus ou d'une pénurie d'infirmières, les avis divergent également. Selon nos interlocuteurs de l'Association nationale des infirmières, une pénurie d'infirmières serait attendue en raison d'une crise de recrutement. En effet, entre 1998 et 2002, 20 % des infirmières auraient abandonné la profession avant la retraite. Pour d'autres, le nombre d'infirmières serait en constante augmentation. En 2001, on compte 13,3 infirmières pour 1 000 habitants, chiffre très supérieur à la moyenne européenne alors que par ailleurs, le nombre de médecins est de 10 % inférieur à la moyenne européenne⁶.

Par ailleurs, en ce qui concerne la répartition par genre, il apparaît que la proportion d'hommes est d'autant plus élevée que le niveau de qualification est important. On trouve ainsi 65 % d'hommes à des postes de management, et environ 20 % à des postes de niveau 1 et 2.

Les infirmières se répartissent comme suit entre les différents secteurs d'activité : 53 % exercent à l'hôpital, 16 % dans les soins aux handicapés, 10 % dans la santé mentale, 8 % en soins à domicile, 5 % en établissements de soins, 4 % en maisons de repos et 4 % dans d'autres secteurs.

Il convient de souligner qu'aux Pays-Bas, en comparaison avec d'autres pays européens, la proportion de services infirmiers dans les soins " résidentiels " (établissements de soins de réadaptation, soins à domicile, maisons de repos) est particulièrement élevée. C'est la raison pour laquelle l'un de nos interlocuteurs a estimé à près de 50 % la proportion d'infirmières exerçant dans les soins primaires.

Environ 95 % des infirmières sont salariées. Il existe un secteur libéral aux Pays-Bas avec paiement à l'acte, mais qui représente moins de 3 % des infirmières. Leur activité est alors limitée par un plafond d'activité. On dénombre également environ 2 % des infirmières exerçant de façon mixte, en combinant une activité libérale et salariée.

Un modèle minoritaire de centres de santé dans lequel les infirmières sont impliquées

Les médecins généralistes ne sont donc, aux Pays-Bas, généralement pas associés à des infirmières dans le cadre de l'exercice des soins primaires. Il existe toutefois de telles équipes

dans les centres de santé qui desservent environ 10 % de la population. Ces centres sont des associations coopératives qui partagent des locaux avec des professionnels de santé travaillant de concert pour servir une population donnée. Ils dispensent pour l'essentiel des soins de santé aux enfants et des soins infirmiers aux personnes âgées. En moyenne, les équipes des centres de santé comprennent en équivalent temps plein 4,3 médecins généralistes, 3,3 infirmières en santé communautaire et deux travailleurs sociaux.

Comme l'Allemagne, les Pays-Bas se caractérisent donc globalement par une faible collaboration entre médecins et infirmières. Dans les deux cas, cette situation semble en partie attribuable à l'existence d'une profession d'assistante médicale intervenant sous délégation du médecin généraliste, que ces derniers soient ou non en position de *gate-keeper*.

1.1.3. L'Italie : un système de *gate-keeping* dominé par des médecins libéraux en cabinets individuels

Des médecins généralistes *gate-keepers* en position de monopole au sein d'un système de santé fortement décentralisé

Le système national de santé italien, mis en place en 1978, a été progressivement décentralisé depuis 1992, et les régions ont aujourd'hui des compétences étendues en matière de financement et de gestion du système. Chaque région est découpée en territoires locaux placés sous la responsabilité d'agences sanitaires locales (ASL, *Aziendende sanitaria locali*) .

Les patients sont inscrits auprès d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre, qui jouent le rôle de " porte d'entrée " dans le système de soins. Ils peuvent le choisir librement, sous réserve que sa liste n'ait pas dépassé le seuil maximum autorisé (1 800 pour les généralistes et 1 000 pour les pédiatres). Ces médecins exercent à titre libéral, pour la plupart dans des cabinets individuels et sont rémunérés à la capitation.

Les infirmières en Italie : données de cadrage

Il existe une distinction entre infirmière et infirmière généraliste, destinée à disparaître à court terme, dans la mesure où le groupe professionnel des infirmières généralistes n'a plus été alimenté concrètement depuis les années quarantevingt et que les dernières personnes en posses-

6. Source : WHO Regional Office for Europe health for all database.

sion de cette qualification devraient quitter le marché du travail dans peu de temps. L'unique différenciation (horizontale) est celle qui existe entre *infirmière* et *infirmière puéricultrice*. Le profil de l'infirmière, décret ministériel de 1994, établit que " *l'infirmier(ière)* est un professionnel de santé, titulaire du diplôme universitaire d'aptitude et inscrit sur une liste professionnelle. Ce professionnel est responsable de l'assistance infirmière générale en matière de prévention, de soins, de traitements palliatifs et de réhabilitation de nature technique, relationnelle et éducative ". Ce texte prévoit la possibilité de se spécialiser dans certains secteurs (santé publique, santé mentale et psychiatrique, gériatrie, pédiatrie et service d'urgences) permettant d'acquérir une expertise spécifique. Il ne s'agit pas d'une nouvelle catégorie professionnelle, les " experts " faisant toujours partie de la catégorie d'infirmière. Néanmoins, leurs compétences élargies doivent être reconnues par les employeurs dans le cadre contractuel.

En 2003, il y avait 331 699 inscrits sur la liste professionnelle. Certaines données officielles du ministère de la santé⁷, en gardant toujours 2003 comme référence, évoquent 262 807 infirmières travaillant pour le Service national de santé (SSN) et de 27 222 employées dans les structures hospitalières assimilées aux structures publiques, pour un total de 290 090 professionnels. La différence d'environ 42 000 effectifs -entre les deux chiffres est dû en majorité à la présence des infirmières travaillant dans les structures privées ou en tant qu'infirmières libérales.

Un faible développement de la profession infirmière qui peut s'expliquer par la forte densité médicale

La particularité de l'Italie, par rapport à d'autres systèmes nationaux, est d'avoir une démographie médicale élevée par rapport aux autres pays. Ceci se retrouve dans le nombre moyen de patients inscrits auprès des médecins généralistes, qui est assez faible comparativement aux autres pays. Ainsi en 2001, selon le ministère de la Santé, on recensait 47 027 médecins généralistes, ayant en moyenne 1 097 patients inscrits sur leur liste.

Les infirmières sont donc relativement peu nombreuses aussi bien à l'hôpital qu'en ville. Les données de l'*OCDE 2004* montrent une densité de 5,4 infirmières pour 1 000 habitants et de 4,4 médecins en Italie alors qu'en France, on compte 7,2 infirmières et 3,3 médecins pour 1 000 habitants.

Elles sont donc peu présentes en soins primaires, la plupart exerçant à l'hôpital ou dans les établissements pour personnes dépendantes placés sous l'autorité des Agences sanitaires locales (ASL).

Elles interviennent néanmoins également au domicile des patients et sont en général salariées des autorités locales de santé (ASL) et sont placées sous la responsabilité du médecin généraliste.

Si elles ont désormais la possibilité d'avoir une activité libérale, peu d'entre elles ont fait ce choix à ce jour. La profession infirmière reste donc aujourd'hui peu développée et autonome dans le champ des soins primaires, ce qui semble pouvoir être expliqué par le fait que le secteur ambulatoire reste le domaine réservé des médecins généralistes et des pédiatres.

Des expériences régionales de renforcement de soins de primaires

La voie choisie par certaines régions (Émilie-Romagne, Lombardie) consiste à renforcer de façon préférentielle les soins primaires. Ces politiques régionales visent à promouvoir la médecine de groupe, l'intégration entre médecins généralistes, services sociaux ou de santé publique, ainsi que la réorganisation des tâches entre professionnels. Les incitations au regroupement prennent notamment la forme d'aides à l'embauche de personnels (secrétaire, infirmière...). Le salaire d'une infirmière est ainsi pris en charge dans le contrat national à hauteur de 35 % pour un médecin exerçant à plein temps avec 1 500 patients sur sa liste.

La médecine de groupe est conçue comme le socle à partir duquel l'éventail des services rendus en soins primaires peut être élargi. Ainsi en Lombardie, des expériences de " groupes de soins primaires " ont été lancées avec des objectifs en matière d'amélioration du suivi des malades diabétiques et hypertendus. Des protocoles de suivi sont mis en œuvre par des infirmières au cabinet des médecins et sous leur responsabilité. Ces infirmières ne réalisent ni diagnostic ni prescription.

7. Ministère de la Santé, Direction générale du système d'information, Bureau de la direction des statistiques (2004), Personnel des A.S.L. et des instituts publics de soins - année 2003.

1.1.4. Le Québec et l'Ontario : un véritable rôle des infirmières en soins primaires, une collaboration médecins/infirmières inégalement développée

Les soins primaires au Québec et en Ontario : une ambition ancienne de nouveau à l'ordre du jour

Au Québec, les services de santé de première ligne sont assurés majoritairement par des cabinets médicaux privés. Les centres locaux de services communautaires (CLSC), qui dispensent à la fois des services sanitaires et des services sociaux, constituent un deuxième type d'organisation, qui reste minoritaire. On dénombre 146 CLSC sur l'ensemble du territoire du Québec. En Ontario, les soins primaires sont fournis dans un cadre relativement similaire. Les *Community Health Centres* (CHC), quoique moins nombreux, sont les équivalents des CLSC au Québec.

Tous les médecins au Canada ont un statut d'entrepreneur indépendant, y compris ceux qui exercent dans les hôpitaux et dans les CLSC. La majorité d'entre eux (80 %) est rémunérée à l'acte. Une autre spécificité tient à ce qu'une part importante de l'activité des médecins généralistes correspond à des soins de deuxième ligne : 30 % des heures travaillées le sont en milieu hospitalier (patients hospitalisés, accouchements, urgence et clinique externe).

Au Québec, dans les cabinets privés, six médecins généralistes sur sept exercent en groupes, lesquels sont composés de 5,2 médecins généralistes en moyenne. 17 % de ces cabinets comptent une ou plusieurs infirmières au sein de leur personnel. Les cabinets comptent également, pour près de la moitié d'entre eux, des spécialistes, des psychologues (40 %), des diététiciens (30 %) et des kinésithérapeutes (12 %).

La coopération entre médecins et infirmières au sein des cabinets médicaux privés demeure relativement minoritaire et concerne surtout les cabinets de taille importante. Les infirmières exercent surtout une fonction d'auxiliaire du médecin (recueil des constantes vitales, interrogatoire, analyse des appels et orientation selon les cas...) et éventuellement une fonction autonome de soins (qu'elles assurent surtout pour des pa-

tients venant sans rendez-vous). Elles sont directement rémunérées par les médecins.

Les CLSC, créés dans les années 1970, étaient initialement conçus comme la porte d'entrée dans le système de services sociaux et de santé. Toutefois, ce sont principalement les cabinets médicaux privés et les urgences hospitalières qui ont joué ce rôle au cours des trente dernières années.

Les CLSC devaient à l'origine prendre en charge l'ensemble des besoins sociaux et de santé de leur population locale, à partir d'équipes multidisciplinaires favorisant la continuité des soins et la collaboration professionnelle, notamment entre les médecins, les infirmières et les travailleurs sociaux. Plusieurs études ont mis en lumière les difficultés posées par la collaboration interprofessionnelle au sein des CLSC (d'Amour, 1999). Le rôle de ces derniers a été profondément modifié depuis : ils assurent aujourd'hui surtout la prise en charge des clientèles vulnérables et la délivrance de services médicaux et infirmiers pour le maintien à domicile des personnes âgées ou dépendantes.

L'accès aux soins est libre, mais de nouvelles politiques de régulation mises en œuvre au niveau provincial incitent de plus en plus les patients à s'inscrire sur une liste auprès d'un médecin généraliste. S'il n'y a pas de *gate keeping* formel, l'accès aux soins spécialisés nécessite le plus souvent une recommandation de la part du généraliste.

Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, le taux de répartition entre médecins spécialistes (7 717) et généralistes (7 550) est quasiment égal. Avec 7 550 omnipraticiens en 2003, la densité moyenne est d'environ 101 médecins pour 100 000 habitants.

Les soins primaires en Ontario sont fournis dans un cadre relativement similaire à celui qui existe au Québec. La forme prédominante de délivrance s'appuie sur des médecins de famille rémunérés à l'acte qui exercent en cabinet individuel ou en groupe. Les *Community Health Centres* (CHC) sont les équivalents des CLSC au Québec. Une présentation détaillée des différents titres et contextes d'exercice infirmiers en soins primaires est présentée par madame d'Amour en section 2 (pages 117).

Les infirmières au Québec et en Ontario : données de cadrage

Au 31 mars 2004, 66 955 infirmières sont inscrites au tableau des membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, soit une augmentation de 1,7 % par rapport à l'année précédente. Le taux d'emploi est de 96,3 %.

La croissance de l'emploi touche tous les secteurs de la pratique infirmière mais c'est dans le secteur public de la santé et des services sociaux⁸ que l'on peut observer la plus forte augmentation du nombre d'infirmières en activité ; 86,5 % des infirmières exercent en effet dans ce secteur, et la répartition se fait comme suit : 59,7 % exercent en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, 12 % en centre d'hébergement et de soins de longue durée, 12 % en CLSC, et 2,8 % en centre hospitalier de soins psychiatriques. C'est la cinquième année consécutive pour laquelle on enregistre une augmentation de l'emploi dans le secteur public. Le secteur privé⁹ concerne 10 % des infirmières.

La majorité des infirmières (80,8 %) exerce principalement dans le domaine clinique des soins infirmiers. Les deux champs cliniques où l'on retrouve le plus grand nombre d'infirmières demeurent les soins généraux en médecine ou chirurgie et la gériatrie. Plusieurs secteurs cliniques enregistrent néanmoins une hausse de leurs effectifs : soins d'urgence, soins à domicile, soins cardiovasculaires, soins en néphrologie et en hémato-oncologie. 4,3 % des infirmières occupent des fonctions de gestion, 4,9 % des fonctions d'enseignement ou de recherche. 10 % n'indiquent pas leur domaine d'activité.

L'âge moyen de l'ensemble des infirmières en exercice est de 43 ans. La tendance au vieillissement démographique de la population infirmière amorcé dans les années quatre-vingt-dix semble se ralentir. Pour l'ensemble du Québec, le ratio d'infirmières en activité pour 1 000 habitants est de 8,5.

8. Ce secteur comprend : les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les centres locaux de services communautaires, les centres hospitaliers de soins psychiatriques, les centres de réadaptation, les organismes communautaires, les régies régionales de la santé et des services sociaux, d'autres structures dans le secteur public de la santé et des services sociaux, les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse, le ministère de la Santé et des Services sociaux.

9. Ce secteur comprend : les centres d'accueil de réadaptation privés, les agences privées de soins et services de santé, les cliniques médicales, les cabinets de consultation/domicile du client.

Les catégories professionnelles et leur statut légal varient d'une province à l'autre. On peut distinguer¹⁰ trois catégories de personnel : les infirmières licenciées - titulaires d'un diplôme universitaire ou collégial -, les infirmières en psychiatrie licenciées et les infirmières auxiliaires.

En Ontario, on distingue trois catégories d'infirmières¹¹ : les infirmières autorisées (IA) ou *registered nurse*, les infirmières autorisées spécialisées (IASp) ou *registered nurse in the extended class* et les infirmières auxiliaires autorisées (IAA) équivalentes des aides soignantes en France. Les IA et les IAA sont soumis aux mêmes exigences réglementaires et doivent se conformer aux mêmes normes d'exercice et de processus de discipline. Ces deux groupes se distinguent toutefois dans deux domaines : les critères en matière de formation et les champs de compétence. Bien que tous les étudiants suivent un socle commun d'études, le programme des IA est plus approfondi et plus long, ce qui permet aux IA diplômées de prodiguer des soins dans des situations complexes. Le groupe des infirmières autorisées spécialisées comprend les infirmières autorisées qui ont fait des études plus poussées. Seules celles qui ont réussi l'examen de la catégorie avancée (cat. spéc.) peuvent s'inscrire à cette catégorie. Le champ d'exercice des IA (cat. spéc.) est plus large que celui des IA de la catégorie générale dans les domaines de l'évaluation, du diagnostic, de l'ordonnance d'analyses et de traitements et de la promotion de la santé.

Au 1er janvier 2005, on dénombre 139 011 infirmières en Ontario dont 108 943 infirmières autorisées et 29 415 infirmières auxiliaires autorisées et 653 infirmières autorisées (catégorie spécialisée).

Depuis dix ans, l'âge moyen des infirmières est passé de 42,6 ans à 45,1 ans en 2004.

Les infirmières exercent à l'hôpital (60,6 %), dans les soins de longue durée (13,5 %), et dans les soins communautaires (16,4 %)¹².

En 2005, le Collège des infirmières d'Ontario a répertorié 21 types d'emplois infirmiers dont les cinq premiers par ordre de fréquence sont les équipes de soins avec 66,8 % des infirmières (*staff nurses*), les soins au domicile avec 4,1 % d'infirmières (*visiting nurses*), les gestionnaires de cas avec 3,4 % (*case managers*), les cadres

10. C'est la définition de la main d'œuvre infirmière prise en compte dans le rapport du Gris : Le marché du travail en soins infirmiers au Canada, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, janvier 2001.

11. Source : *Membership statistics report*, College of nurses of Ontario, janvier 2005.

12. Autres secteurs (6,7 %) et non spécifiés (2,8 %).

intermédiaires (*middle managers*) avec 3,3 %, les infirmières de santé publique qui représentent 2,7 % (*public health nurse*).

Une proportion relativement importante d'infirmières dans le champ des soins primaires

Au Québec, comme en Ontario, la proportion d'infirmières exerçant dans le secteur des soins primaires - de l'ordre de 15 à 20 % - est assez élevée si on la compare avec les pays cités précédemment : la plupart d'entre elles travaillent dans les CLSC (12 %) et les autres dans le secteur privé, ce dernier comprenant notamment les cabinets médicaux et les cabinets de consultation infirmière à domicile. La situation est similaire en Ontario, où le nombre d'infirmières exerçant en soins primaires s'élève à 17 %.

Les infirmières canadiennes ont la possibilité d'exercer au sein des deux types de structures d'offre de soins primaires évoquées précédemment. Ainsi, au Québec - dans le cadre des CLSC -, et en Ontario - dans le cadre des CHC- les patients se présentent en général sans rendez-vous et l'infirmière fait un premier bilan. A l'issue de celui-ci, elle peut soit dispenser des soins directement au patient, soit le diriger dans le système. Les infirmières prennent également part à des programmes sur les maladies sexuellement transmissibles, le dépistage chez les jeunes, le conseil type planning familial, etc.

1.2. Le Royaume-Uni, la Suède et la Finlande : des soins primaires où prédominent les structures d'exercice en commun entre médecins et infirmières

1.2.1. Le Royaume-Uni : une place ancienne des infirmières dans les soins primaires mais une collaboration récente avec les médecins

Le rôle pivot des groupes de soins primaires pluri-professionnels

Le système de santé britannique repose sur une séparation institutionnelle des différents niveaux de soins. Les soins primaires sont majoritairement assurés par des médecins généralistes et un personnel associé, notamment constitué d'infirmières. Les soins requérant un avis spécialisé sont fournis à l'hôpital, principal lieu d'exercice des médecins spécialistes.

Tous les citoyens sont tenus d'être enregistrés auprès du cabinet de médecine générale de leur choix, le généraliste ayant un rôle de *gate-keeper*. Les généralistes ont un statut d'indépendant, et sont liés au système national de santé (NHS) par un contrat-cadre national négocié au plan local avec l'autorité de santé (*Primary Care Trust*).

Les PCT se sont substitués aux anciennes autorités locales de santé ; ils sont aujourd'hui au nombre de 302 et couvrent en moyenne 150 000 habitants pour 75 généralistes et 25 cabinets de soins primaires. Les PCT sont des réseaux regroupant les généralistes et les équipes de soins primaires intervenant sur une zone géographique donnée. Ils sont responsables de la délivrance des soins primaires et communautaires, de l'achat de soins spécialisés à l'hôpital, et nouent des partenariats avec les autres services déconcentrés de l'Etat (notamment sociaux). Les PCT ont désormais une responsabilité budgétaire de plus en plus étendue et se dotent progressivement d'une expertise sur la manière de gérer les budgets, d'une stratégie de gestion de la qualité et d'une politique en matière de prescription pharmaceutique.

Les médecins généralistes exercent majoritairement en groupe et offrent un éventail de services de soins primaires, à la fois diagnostiques, curatifs et préventifs. Aujourd'hui, seuls 8 % des médecins généralistes exercent en cabinet individuel. L'évolution la plus marquante est l'augmentation de la taille des groupes. Si en moyenne un groupe comprend 3 généralistes, 1 infirmière, 5 administratifs et couvre 6 000 personnes, plus de 45 % des généralistes exercent désormais dans des groupes associant 5 généralistes et plus, contre 17 % en 1975. Certains cabinets peuvent aussi comprendre des pharmaciens et des infirmières intervenant à domicile.

Les infirmières exercent dans les cabinets de groupe selon deux modalités principales très différentes. Dans le premier cas, elles sont salariées des autorités locales pour effectuer des soins au domicile des patients (personnes âgées, femmes et jeunes enfants), et exercent des responsabilités de consultante en coordination avec les équipes des cabinets. Ces infirmières, qui ont suivi une formation complémentaire, sont parmi les plus qualifiées et ont des compétences en matière de prescription.

Le deuxième cas de figure est celui où les infirmières sont salariées des cabinets médicaux et sont placées sous l'autorité hiérarchique du responsable du cabinet, en général un médecin. Leurs tâches sont nombreuses. Elles peuvent

assurer des consultations de premier recours pour des problèmes mineurs, suivre les malades chroniques, développer l'éducation et la promotion de la santé. Elles peuvent aussi prescrire, dans la mesure où elles possèdent une qualification spécifique, ou si un cadre de prescription limité a été défini localement pour un type de situation donnée ou pour un patient particulier. Un troisième cas de figure marginal de l'exercice infirmier est apparu récemment, celui de l'infirmière responsable d'un cabinet où des médecins sont salariés. Il s'agit généralement de cabinets animés et gérés par des infirmières fortement qualifiées, développés dans les zones défavorisées sur le plan économique et social, où les médecins généralistes n'étaient pas remplacés après leur départ. Ces cabinets dirigés par des infirmières se sont développés dans le cadre de l'expérimentation des *Personal Medical Services*¹³.

La collaboration entre médecins généralistes et infirmiers, une politique de longue haleine du NHS

Si la présence des infirmières dans les cabinets de groupe de soins primaires est aujourd'hui la règle, dans le cadre d'une collaboration avec les médecins ou d'une délégation de compétences, il s'agit toutefois d'une évolution assez récente au sein du NHS, contrairement à ce que l'on peut connaître en Suède ou en Finlande (voir *infra*). Pendant une assez longue période (années cinquante-soixante) les infirmières et les médecins

généralistes ont eu en effet deux champs d'intervention distincts, relativement cloisonnés et sans logique de collaboration. Les infirmières se concentraient sur les soins à domicile et les médecins généralistes sur le premier recours médical, principalement en cabinet.

Le financement d'une partie conséquente (70 %) du salaire des infirmières a incité les cabinets de groupe à en recruter à partir des années quatre-vingt. Les années quatre-vingt-dix voient le début d'une dynamique de délégation de responsabilité financière aux généralistes dits "*fundholders*" (gestionnaires de budgets).

Une réforme confie aux médecins généralistes volontaires un rôle de gestionnaire de budget (*general practitioner fundholders*), c'est-à-dire la responsabilité d'un budget de médicaments et de soins hospitaliers pour les patients inscrits sur leur liste. A partir de 1998, le système prévoit l'émergence progressive des groupes de soins primaires, les *Primary Care Groups* (PCG), auxquels les médecins sont désormais obligés d'appartenir. Les PCG sont des réseaux regroupant les généralistes et les équipes de soins primaires intervenant sur une zone géographique donnée. Ils sont gérés par un Conseil d'administration où sont représentés des médecins généralistes, des infirmiers, les services sociaux, l'autorité sanitaire locale et la population locale. Ils ont pour mission de développer les soins primaires et de négocier les soins secondaires. En 1999, 481 Groupes de soins primaires ont ainsi été constitués sur la base d'un découpage géographique de l'ensemble du territoire, un PCG regroupant en moyenne 50 médecins généralistes et desservant une population de 100 000 habitants.

Cette dynamique de délégation de responsabilité financière aux médecins généralistes s'accroît avec la réforme des groupes de soins primaires (*Primary Care Trusts*, PCT) instaurée à la fin des années quatre-vingt-dix, de nouvelles logiques de contractualisation étant désormais mises en place dans le cadre de ces groupes (voir deuxième partie).

Les infirmières au Royaume-Uni : données de cadrage

Le secteur public NHS constitue, tous secteurs confondus, le premier employeur du pays. Il regroupe environ 1,3 million de salariés dont près d'un tiers sont des professionnels paramédicaux infirmiers (infirmières, sages-femmes et visiteurs sanitaires). On observe pour le Royaume-Uni une grande diversité dans les statistiques relatives aux effectifs infirmiers. Le plus souvent, les données concernent indistinctement les infirmière-

13. Le PMS a été introduit en 1997. Il s'agit d'un cadre contractuel pour l'organisation des soins primaires expérimenté au sein du NHS. Le PMS a été conçu pour permettre une plus grande souplesse pour les acteurs locaux dans l'organisation de la réponse aux besoins des patients. Le PMS est un contrat négocié par l'autorité locale de santé, le *Primary Care Trust*, avec les promoteurs du projet. Il a pour but de favoriser l'innovation dans l'organisation du travail, le travail d'équipe, la réorganisation des tâches (*skill mix*) entre professionnels de santé. Il vise à favoriser le recrutement de médecins en zone déficitaire, notamment en leur offrant la possibilité d'être salariés et de permettre le développement des rôles infirmiers, en offrant la possibilité aux infirmières d'être leaders du dispositif (notamment dans les lieux où les médecins sont absents). Le promoteur d'un PMS n'est pas nécessairement un médecin comme dans le cadre du *General Medical Service*, qui est le contrat national entre le NHS et les médecins. Le promoteur d'un PMS peut être un médecin généraliste, une infirmière, un dentiste ou tout autre professionnel de santé employé par un cabinet ou par le NHS.

Cette disposition a permis de voir la création de PMS dont le responsable est une infirmière. Ces PMS, qui restent peu nombreux, se trouvent dans les zones pauvres en médecins.

res, les sages-femmes et les visiteurs sanitaires. Selon le département statistique du ministère de la Santé, on dénombre en septembre 2004, parmi le personnel qualifié, 397 515 infirmières, visiteurs de santé, district nurses et sages-femmes employés par le NHS¹⁴, ce qui représente 29,9 % de l'effectif total employé par le NHS.

Il convient de souligner la croissance du secteur non-NHS comme employeur, en particulier dans le secteur privé des soins à domicile¹⁵. Ainsi, alors que l'emploi au sein du NHS reste relativement stable, le nombre de professionnels paramédicaux infirmiers qualifiés a été, depuis le début des années quatre-vingt, multiplié par trois dans le secteur indépendant ; de même, il a quadruplé dans les cabinets de médecins généralistes (*practice nurses*), et a connu une augmentation de 56 % entre 1990 et 1995 dans les hôpitaux privés et dans le secteur des soins à domicile (Com-Ruelle, 2000).

Depuis 1997, le nombre d'infirmières qualifiées a augmenté chaque année. On estime qu'en 2004, si l'on compare avec l'année 1999, on dénombre, dans le cadre du NHS, 2 000 médecins généralistes et 20 000 infirmières supplémentaires¹⁶.

Cependant, la profession infirmière connaît une pénurie dont la prise en compte par les acteurs institutionnels ou professionnels a conduit à la mise en œuvre de diverses solutions. Plusieurs actions ont ainsi été menées depuis la fin des années quatre-vingt-dix dans l'objectif, d'une part, d'attirer les jeunes dans cette profession - campagnes publicitaires, augmentation du nombre de places en première année, augmentations salariales - et d'autre part, pour maintenir les professionnels dans le NHS en améliorant leurs conditions de travail - meilleure organisation du temps de travail, réduction des contrats à durée déterminée, etc. Ces actions ont permis d'améliorer la situation, sans toutefois résoudre complètement le problème. Ainsi, le Royaume-Uni continue à faire régulièrement appel à des professionnels étrangers (Com-Ruelle, 2000).

Les professionnels paramédicaux infirmiers sont hiérarchisés en deux niveaux : personnels qualifiés et non qualifiés. Les personnels qualifiés, titulaires d'un diplôme et enregistrés auprès du *Nurse and Midwifery Council* (NMC) regroupent les *registered nurses* (équivalents des infirmières diplômées d'Etat), les sages-femmes (IDE ayant suivi une formation complémentaire), les visiteurs de santé et les *district nurses* (IDE

ayant suivi une formation complémentaire de santé publique). D'autre part, les personnels non qualifiés, comprennent les auxiliaires infirmières et les assistants de soins (*health care assistant*). Il convient de prendre en compte les *enrolled nurses*, dont la formation a été supprimée en 1994.

Ces personnels non qualifiés ne font l'objet d'aucune procédure d'enregistrement et de régulation professionnelle.

Le mode de rémunération des infirmières est exclusivement salarial sur la base d'une grille nationale des salaires. Si les infirmières peuvent toutefois exercer de façon indépendante - par exemple dans des agences spécialisées dans le soin infirmier intérimaire - elles restent payées sur un mode salarié. Les infirmières employées par les cabinets de médecins généralistes sont également salariées sur la base de la même grille.

Des titres, des diplômes et des fonctions multiples pour les infirmières en soins primaires

Une étude portant sur les infirmières dans le secteur des soins primaires, conduite en 2004 par le ministère de la Santé (Drennan, 2004), évalue la proportion de celles qui exercent dans le secteur des soins primaires à environ 12 % de l'effectif infirmier total. Elles sont distinguées dans l'étude selon leur employeur.

- Parmi les infirmières intervenant sous l'autorité des cabinets de médecine générale, 12 000 sont des *registered nurses* (équivalent de l'IDE en France) sans qualification particulière. Dans la mesure où elles travaillent dans les cabinets de médecine générale, elles sont appelées *practice nurses*.
- Parmi les infirmières sous l'autorité des *Primary Care Trusts* trois groupes sont distingués :
- 17 100 sont des infirmières générales, équivalentes de l'Infirmière Diplômée d'Etat en France (*registered nurses*),
- 10 600 sont des infirmières de santé publique (*district nurses*), cette dénomination correspondant à une formation complémentaire spécifique tournée vers l'intervention auprès des communautés. Les *district nurses* interviennent au domicile et sont souvent en situation de responsabilité d'équipes de soignants. Elles sont aussi susceptibles d'intervenir dans des cabinets de médecine générale.

14. Source : Department of Health, "Staff in the NHS 2004".

15. Les statistiques relatives à ce secteur sont absentes et très peu développées.

16. Source : Department of Health, "Staff in the NHS 2004".

- 9 900 sont des visiteurs de santé (*health visitors*) intervenant au domicile dans le cadre du suivi des mères et des jeunes enfants (elles correspondent aux infirmières de puériculture en protection maternelle et infantile en France et ont une fonction importante de prévention et de conseil).

Une présentation complète et détaillée des différents statuts et rôles infirmiers en soins primaires est présentée par madame Claire Goodman en section 2 (pages 139).

1.2.2. La Suède et la Finlande : des centres de santé pluridisciplinaires où les infirmières sont en première ligne

En Suède et en Finlande, l'offre de soins primaires, organisée de manière décentralisée (régions et municipalités), est essentiellement publique et repose sur les centres de santé. Elle coexiste toutefois avec un secteur privé, dont la place est minoritaire, mais en constante augmentation.

En Suède, un système qui demeure hospitalo-centré, avec une faible densité de médecins généralistes et des problèmes de délais d'attente

En Suède, la volonté de promouvoir le rôle des soins primaires est affirmée par les pouvoirs publics depuis de nombreuses années. L'offre de soins primaires est surtout le fait des centres de santé qui constituent la base du système de soins primaires et qui offrent à la fois des soins curatifs et préventifs. Les médecins spécialistes exercent à l'hôpital. Malgré une véritable expansion dans les années quatre-vingt, le secteur des soins primaires ne constitue pas le pivot du système de santé qui demeure très hospitalo-centré. Les patients peuvent également s'adresser à des services de consultations externes à l'hôpital. Ces visites représentent près de la moitié des consultations totales de première ligne en Suède : en 2003, 48 % de toutes les consultations ont lieu à l'hôpital et non au centre de santé.

Un changement significatif introduit récemment par les comtés est la liberté pour le patient de choisir son médecin. Les patients peuvent donc se rendre directement dans l'une ou l'autre de ces structures de délivrance de soins primaires. Il n'y a pas de système de *gate-keeping*, et pas d'enregistrement des patients : les patients peuvent s'adresser directement à l'hôpital, sans passer

par les services des soins primaires. Ils sont néanmoins tenus de rester dans les limites du comté. L'une des façons pour le comté d'influencer la décision du patient est d'imposer différents honoraires qui varient selon les prestataires. Les frais du patient pris en charge sont plafonnés à 900 SK en 2000 (environ 90 euros). Au-delà de cette somme, il n'y a pas de copaiement jusqu'à la fin de l'année.

La Suède a un taux de médecins de 10 % inférieur à la moyenne européenne, de l'ordre d'un médecin pour 350 habitants. On dénombre 24 993 médecins actifs¹⁷ en Suède pour l'année 2001. Le pourcentage de médecins femmes est de près de 40 %, ce qui est supérieur à la moyenne de l'Union européenne. Les femmes représentent actuellement 50 % de tous les étudiants en médecine.

Parmi les médecins en exercice, on dénombre entre 4 800 et 4 900 médecins généralistes. Le nombre de médecins généralistes par rapport au nombre total des médecins est d'environ 25 %. Ce taux est particulièrement bas si on le compare avec la moyenne européenne.

Le nombre de médecins généralistes a augmenté ces dernières années et devrait continuer à augmenter d'ici 2008 au moins, mais sans doute pas au rythme attendu par les pouvoirs publics dans le cadre du plan prévisionnel national. En effet, afin d'atteindre l'objectif national qui prévoit 6 000 médecins généralistes pour 2008, il faudrait qu'il y ait dès maintenant 350 généralistes formés en plus chaque année, alors qu'ils ne seront, selon les prévisions, pas plus de 250 par an¹⁸.

La densité des médecins généralistes connaît des variations importantes selon les régions. En 2003, celle-ci allait d'un médecin généraliste pour 1 600 habitants à un médecin généraliste pour 2 400 habitants. Des problèmes de pénurie de médecins généralistes existent dans certaines zones urbaines, ainsi que dans certaines zones rurales isolées. A noter en particulier que dans les régions moins peuplées du Nord de la Suède, il est souvent fait appel à des médecins généralistes vacataires (*bemanningsystem*) afin de pallier ces difficultés de recrutement.

Le problème des délais d'attente demeure par ailleurs un problème majeur du système de santé suédois.

17. *Hälsa- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2002*, Socialstyrelsen.
Yearbook of Health and Medical Care 2002

18. *Nationell handlingsplan för hälsa och sjukvården, Årsrapport 2004*, Socialstyrelsen, juin 2004.

En Finlande, les soins primaires comme pierre angulaire du système de santé et des problèmes de délais d'attente

En Finlande, en 1972, la loi sur les soins de santé primaires définit un certain nombre d'exigences et de normes qui font des soins primaires la pierre angulaire du système de santé. Cette loi offre une nouvelle perspective, plus élargie, de ce qui relève du secteur des soins primaires en affirmant que, outre la dimension curative, la prévention et la santé publique en font intégralement partie.

La loi crée le cadre général de l'organisation et du financement des soins primaires, en laissant aux municipalités la responsabilité de leur mise en œuvre à l'échelle locale. Ce sont les centres de santé qui deviennent les pivots du système, ce qui constitue une grande nouveauté pour l'époque. En effet, avant cette loi fondatrice, les soins étaient essentiellement dispensés par des médecins libéraux. Depuis, la plupart sont devenus des fonctionnaires de l'État.

Les patients doivent avoir une référence de leur médecin du centre pour avoir accès à l'hôpital, que ce soit dans le cadre des services de consultation externe ou interne. On est donc en présence d'un système de *gate-keeping*. N'importe quel patient suivi par un médecin licencié est partiellement remboursé par l'assurance maladie. Dans tous les cas, un ticket modérateur est versé par les patients.

Début 2004, on dénombre 20 119 médecins¹⁹ en Finlande, dont 17 641 actifs. Près de la moitié sont des femmes (49 %). La densité de médecins - 3,1 pour 1000 - est assez importante par rapport à la moyenne internationale.

En 2002²⁰, on dénombre 8 689 médecins généralistes en activité, et 7 583 spécialistes, soit un taux de 53 % de généralistes, et 47 % de spécialistes.

Le secteur d'exercice des médecins actifs se répartit comme suit pour 2003²¹ : 47 % dans les hôpitaux, 22 % dans les centres de santé, 7 % dans l'enseignement et la recherche, 3 % dans d'autres centres de santé publics, 5 % dans les soins de santé professionnels, 10 % en pratique privée et 6 % dans d'autres secteurs (et notamment à l'étranger). La plupart des médecins généralistes sont employés dans les centres de santé. Ces centres rencontrent d'importantes difficultés de recrutement.

19. Source : *Physicians 2004*, Finnish Medical Association.

20. Eco-Santé OCDE 2004.

21. Source : *Physicians 2004*, Finnish Medical Association.

Un problème récurrent dans le secteur des soins primaires en Finlande renvoie aux délais d'attente du patient qui sont dus pour une grande part à une pénurie de médecins.

Cette situation conduit les pouvoirs publics à lancer un certain nombre de projets dans plusieurs municipalités, comme le système du médecin personnel en 1985. Dans ce système, les médecins doivent s'engager à recevoir les patients figurant sur leur liste dans un délai de trois jours. Il implique également un changement des méthodes de rémunération du médecin, lequel reste toutefois salarié du public.

Les résultats sont encourageants puisqu'une réduction du temps d'attente est constatée. 90 % des patients sont satisfaits de ce système.

Cette expérience a favorisé l'établissement d'autres systèmes : aujourd'hui, le système personnel est devenu le système de " responsabilité de la population pour les soins primaires " (*väestövastuu*), qui encourage la collaboration entre les différents personnels du système de santé : les médecins et les infirmières forment une équipe responsable des soins d'une zone géographique couvrant 1 500 à 5 000 personnes. Dans le même sens, un projet d'amélioration du système de santé finlandais (*Save the Finnish Health Care System*) qui est entré en vigueur le 1er mars 2005, prévoit notamment une meilleure garantie de l'accès au système de santé.

En Finlande et en Suède, les centres de santé au cœur des soins primaires

En Finlande comme en Suède, les centres de santé, base du système, offrent à la population qu'ils desservent une large gamme de soins et de services médicaux, sociaux et communautaires (promotion de la santé, prévention, soins diagnostiques, curatifs, palliatifs, de réadaptation...).

Ces centres de santé sont de taille variable selon les zones géographiques, avec des centres de grande taille en zone urbaine et de petite taille en zone rurale. Les médecins généralistes, le personnel infirmier et d'autres professionnels de santé (assistants de laboratoire, sages-femmes, kinésithérapeutes et parfois des spécialistes : pédiatres, gynécologues, psychiatres...) y forment une équipe interdisciplinaire qui dispense la majorité de ces services. En Finlande, ils disposent de quelques lits d'hospitalisation qui peuvent être intégrés au centre ou gérés dans une unité distincte du centre.

Les infirmières en Suède et en Finlande : données de cadrage

En Suède, on dénombre au total 131 533 infirmières (dont 101 544 en activité) et 8 724 sages-femmes (dont 6 887 en activité). De 1995 à 2001, on a enregistré une hausse de 4 500 infirmières (+ 7,5 %) au sein du service national de santé. La majorité des infirmières ont entre 40 et 54 ans. Parallèlement, le nombre d'infirmières auxiliaires a baissé de 30,5 % pour s'établir au nombre de 39 000 environ.

La densité d'infirmières en Suède est de 8,2 pour 1 000 habitants²², ce qui correspond à une densité assez élevée par rapport aux autres pays européens. C'est la Finlande qui est au premier rang européen en termes de densité, avec 21 infirmières pour 1 000 habitants. Ce taux particulièrement élevé (presque trois fois la moyenne européenne) s'explique en partie par le fait que dans le passé, le nombre de médecins en Finlande était particulièrement faible. Afin de pallier ce problème, un nombre important d'infirmières ont été recrutées, ces dernières prenant en charge des tâches que leurs collègues des autres pays ne font pas, en particulier dans le domaine des soins en maternité et de santé infantile. Le nombre élevé d'infirmières est également l'une des raisons pour lesquelles le nombre de contacts médicaux par patient en Finlande est l'un des plus faibles en Europe. Par ailleurs, un grand nombre d'infirmières de santé publique exercent des rôles diversifiés dans le domaine de la santé publique, particulièrement dans les secteurs de la santé scolaire et de la médecine du travail.

Les infirmiers se répartissent en Suède entre trois principaux employeurs : les régions et les départements, qui emploient la grande majorité d'entre elles (environ 70 %), par l'intermédiaire des hôpitaux et des centres de soins primaires pour l'essentiel ; les municipalités (environ 20 %), principalement dans le secteur des soins à domicile ; et, enfin, le secteur privé principalement dans le cadre des maisons de retraite et des agences d'intérim. La progression du secteur privé est manifeste depuis le début des années quatre-vingt-dix et correspond notamment au développement des structures privées accueillant les personnes âgées²³.

On dénombre en Finlande 61 265 infirmières et 27 239 aides-soignantes en 2003²⁴. Si le nombre d'infirmières est particulièrement élevé, nos interlocuteurs évoquent néanmoins une pénurie liée à plusieurs facteurs : d'une part, un grand nombre de départs à la retraite a eu lieu ces derniers temps, et, d'autre part, l'on signale un nombre croissant de départs en cours de carrière, y compris à l'étranger, en raison de conditions salariales et contractuelles jugées peu satisfaisantes, notamment depuis la décentralisation du financement des centres de santé.

La Suède connaît également un contexte de pénurie d'infirmières, notamment d'infirmières spécialisées. Ce phénomène est largement pris en considération par les acteurs institutionnels de la santé. A ce titre, la longueur des délais d'attente en Suède est pour une part due à la pénurie des professionnels de santé en général, tant médicaux qu'infirmiers, notamment dans les zones isolées du Nord du pays.

On distingue deux catégories d'infirmières en Finlande : les infirmières diplômées d'Etat (*registered nurses*) et des infirmières formées à un niveau inférieur (*enrolled nurses*). Les premières suivent une formation de trois ans à l'issue d'un baccalauréat général, et les autres ont l'équivalent d'un bac professionnel. En Suède, on ne distingue qu'une seule catégorie d'infirmières, les infirmières diplômées d'Etat, qui peuvent éventuellement suivre un cursus de spécialisation après leur formation générale.

Il existe en Finlande une très faible minorité - qui connaît une certaine progression - d'infirmiers indépendants travaillant à leur compte, principalement dans les soins à domicile, et rémunérés à l'acte. Ce n'est pas le cas de la Suède où le secteur libéral n'existe pas, bien que des membres de l'Association nationale des professions de santé (*Vårdförbundet*) considèrent qu'il pourrait être intéressant de promouvoir le développement d'un secteur privé infirmier autonome. Il existe néanmoins des structures privées de soins qui emploient des infirmiers en les salariant.

En Finlande comme en Suède, la grande majorité des infirmières sont salariées par les instances publiques territoriales.

22. Chiffres pour 1997 : nombre d'infirmières qualifiées pour 100 000 habitants. Source : *Statistiques en santé : chiffres clés sur la santé*, Eurostat, 2002 .

23. Chiffres pour 1997 : nombre d'infirmières qualifiées pour 100 000 habitants. Source : *Statistiques en santé : chiffres clés sur la santé*, Eurostat, 2002 .

24. Source : Stakes, National Research and Development Centre for Welfare and Health.

Un rôle primordial des infirmières au sein des centres de santé comme au domicile des patients

Dans les centres de santé suédois et finlandais, un grand nombre de premiers contacts reviennent aux infirmières, et en particulier aux infirmières de santé publique (*district nurses*). Ce sont souvent elles qui font les premières évaluations de l'état de santé du patient, et qui l'orientent - si nécessaire - vers le médecin généraliste du centre ou vers l'hôpital. Ainsi, lorsqu'un patient appelle un centre de soins, il entre tout d'abord en contact avec une infirmière qui procède à un premier questionnement. Elle donne alors soit un avis par téléphone si les symptômes sont évidents et sans gravité, soit un rendez-vous au centre en cas de problème plus important ou de doute sur la nature de la pathologie. Enfin, elle peut orienter le patient directement à l'hôpital si la gravité de la pathologie semble évidente.

Au-delà de ce rôle essentiel d'orientation du malade dans le système de santé, les infirmières assistent le médecin généraliste. Elles ont également leurs propres heures de consultations au cours desquelles elles peuvent réaliser des injections, enlever les fils de suture, mesurer la pression artérielle, etc. Les soins dispensés en maternité et à destination des enfants sont aussi largement pris en charge par des infirmières de santé publique qui ont des qualifications spécifiques dans le domaine des soins préventifs. Elles prennent aussi en charge le planning familial, la médecine scolaire et la médecine du travail en coopération avec les médecins, ainsi que diverses activités de promotion de la santé.

Les infirmières sont également très impliquées dans les soins et les visites à domicile, en particulier aux personnes âgées. Par ailleurs, dans certaines zones isolées caractérisées par une forte pénurie médicale, elles peuvent être amenées à effectuer des tâches traditionnellement prises en charge par les médecins.

En Suède, certaines infirmières sont par ailleurs autorisées à prescrire des médicaments (voir deuxième partie). Ce droit de prescription limitée n'a pas encore été accordé en Finlande. Des discussions sont en cours mais, selon l'Association médicale finlandaise, les médecins ne semblent pas y être très favorables, à l'exception de cas spécifiques renvoyant notamment à des situations de pénuries aiguës de médecins dans certaines zones comme la Laponie.

Conclusion du chapitre 1

Ce tour d'horizon illustre en premier lieu la variété des configurations d'organisation des soins primaires qui prévaut en Europe et au Canada.

La densité médicale semble être liée au plus ou moins grand développement des rôles infirmiers comme le montrent les exemples de l'Italie, de l'Allemagne, qui a une densité médicale élevée et des rôles infirmiers peu développés, et ceux du Royaume-Uni et du Canada qui ont une densité médicale plus faible et des rôles infirmiers plus étendus. Mais une densité médicale élevée n'est pas systématiquement associée au développement du rôle des infirmières dans le champ des soins primaires. Dans certains pays comme l'Allemagne ou les Pays-Bas, ce sont d'autres professionnels - les assistants médicaux - spécialement dédiés aux médecins, qui permettent d'accroître les services rendus par les cabinets de groupe.

Il apparaît en outre que la coopération étroite entre médecins généralistes et infirmières n'est pas, loin s'en faut, un modèle spontanément pratiqué dans la plupart des pays. Là où ce modèle existe, soit à titre expérimental (Italie, Ontario, Québec, Pays-Bas, Allemagne), soit de façon plus globale (Royaume-Uni, Suède, Finlande), c'est à la suite de politiques volontaristes menées par les pouvoirs publics pour faire évoluer le mode d'exercice individuel traditionnel des professionnels vers une pratique d'équipe.

Dans les systèmes de santé où la médecine en cabinet individuel prédomine, on observe le développement de modalités de coopération dans un cadre d'exercice qui est celui de la médecine de groupe avec l'introduction de nouvelles modalités de rémunération. Des incitations financières non négligeables sont consenties par les caisses de sécurité sociale ou par les régions pour développer cette forme d'organisation du travail. Elles reposent notamment sur le financement de postes infirmiers par des enveloppes spécifiques et sur le soutien au développement de cadres d'exercices en commun dans le secteur ambulatoire.

Après avoir dressé le tableau des différents modèles de délivrance des soins primaires et de la place occupée par les infirmières, il convient d'observer, dans les pays étudiés, quelles sont les évolutions récentes ayant trait au développement du domaine de compétences et de l'autonomie des infirmières dans le secteur des soins primaires.

**2. Evolution du domaine de compétences des infirmières
dans le secteur des soins primaires : entre diversification
des services et transfert d'activités**

Introduction

L'évolution récente ou en cours des domaines de compétences des infirmières dans les soins primaires peut se lire à travers deux logiques qui ne sont pas exclusives l'une de l'autre : d'une part, une logique de diversification des services fournis par le système des soins primaires et d'autre part, une logique de transfert d'activités du médecin vers l'infirmière, que ce transfert se fasse sous délégation ou non du médecin²⁵.

La diversification renvoie à une extension des services offerts par le système dans le cadre de laquelle les infirmières peuvent expérimenter de nouveaux rôles, tandis que le transfert d'activités concerne les infirmières " avancées " qui reprennent à leur compte des tâches auparavant réalisées par le personnel médical. Selon les pays étudiés, ces deux logiques sont plus ou moins prédominantes ; elles se complètent fréquemment.

2.1. Nouveaux rôles infirmiers : phénomène d'extension des services offerts par le système de soins primaires

Les infirmières sont amenées à exercer de nouvelles activités essentiellement dans le cadre de politiques de santé visant à organiser différemment les soins primaires et à augmenter la palette des services proposés aux patients dans le secteur ambulatoire ou au domicile. Le plus souvent, ces politiques visent à améliorer la rapidité de la réponse à la demande du patient et mieux orienter le patient en fonction de ses besoins. Les rôles infirmiers peuvent alors se développer

25. Le terme de transfert est ici mobilisé dans le sens le plus large de déplacement, comme le transport d'un lieu à un autre selon des modalités précises. En l'occurrence, le transfert entre médecins et infirmières peut porter sur des savoirs, des tâches précises mais peut aussi inclure une part de responsabilité. Le terme de délégation est mobilisé dans le sens d'une action visant à charger quelqu'un d'une mission avec tout pouvoir pour la remplir : action de transmettre, confier quelque chose. La délégation comprend généralement l'idée de contrôle. Le responsable reste celui qui délègue. Dans le cadre professionnel, nous distinguons la délégation (transfert partiel), où celui qui décide et contrôle n'est pas celui qui exécute et le transfert, où la responsabilité incombe à celui qui décide et réalise l'action. La diversification exprime quant à elle l'extension des services offerts sous forme déléguée ou non (investissement des infirmières dans des territoires peu investis par les médecins mais relevant traditionnellement de leur compétence : éducation, prévention)

dans le cadre de systèmes de " triage ", de structures spécifiquement infirmières ou de regroupement des professionnels de santé, notamment les médecins généralistes.

2.1.1. Royaume-Uni : de nouveaux rôles pour les infirmières

Dans le cadre d'une diversification des services offerts par les groupes de généralistes

L'objectif de diversification peut s'analyser dans le contexte particulier du NHS, caractérisé par une diversification de l'offre de services dans les cabinets de médecins généralistes depuis le début des années quatre-vingt-dix. La structuration et la gestion de ces cabinets a connu, comme nous l'avons vu, une évolution notable depuis quinze ans.

La mise en place du *GP fundholding* au début des années quatre-vingt-dix constitue à cet égard un tournant dans la collaboration entre les médecins généralistes et les infirmières.

Dès les années soixante, le gouvernement cherche en effet à promouvoir une plus grande coopération entre les infirmières communautaires (*community nurses*) - catégorie qui apparaît en 1954 et caractérise les infirmières de ville délivrant des soins à domicile - et les médecins généralistes. On considère alors que l'insuffisante qualité des soins est pour une part liée à un manque de coordination entre les différents professionnels de santé. Les pouvoirs publics, à cette période, s'en tiennent toutefois à des recommandations générales et ne mettent en place que peu d'incitations pour les accompagner.

Dans les années soixante-dix, un nouveau pas est franchi par le biais d'une redéfinition des zones de couverture des infirmières. Les listes de patients des infirmières sont désormais définies à partir de celle de médecins. Mais ce n'est qu'à partir des années quatre-vingt que de véritables incitations sont introduites dans l'objectif d'encourager les médecins à employer des infirmières dans leurs cabinets. Le NHS s'engage à ce titre à payer 70 à 80 % de leur salaire.

En parallèle, le gouvernement encourage le développement de la pratique de groupe et construit des centres de santé, favorisant par là l'exercice en commun et l'emploi d'infirmières. L'impact de ces politiques incitatives reste toutefois encore assez faible.

Il faut attendre le début des années quatre-vingt-dix et la mise en place du *fundholding* pour rencontrer de véritables réponses à ces incitations de coopération. Dans ce nouveau système, les médecins reçoivent en effet un supplément de rémunération s'ils parviennent à atteindre des objectifs de couverture de leur population, par exemple en termes de taux de vaccination d'enfants ou de taux de femmes dépistées par frottis cervical. Dans ce contexte, dans un objectif de gain de productivité, un certain nombre de médecins généralistes a eu tendance à employer des infirmières dans leurs cabinets et à leur confier la responsabilité de ces actes. Par ailleurs, si le *fundholding* offre aux médecins de nombreux avantages financiers, il leur permet également une plus grande liberté de pratique et la possibilité de mettre en place de nombreux autres services. Il est alors fait appel à un nombre croissant d'infirmières qui bénéficient d'une rémunération relativement importante et d'horaires assez souples.

Par ailleurs, depuis avril 2004, un nouveau contrat entre les médecins généralistes et le NHS a été mis en place, le *New GP contract*, dans l'objectif de créer un cadre plus cohérent d'exercice pour les médecins généralistes. Ce contrat rationalise un grand nombre d'éléments du contrat traditionnel et introduit une exigence essentielle de qualité des soins. Or, dans le cadre de ce nouveau contrat, le revenu des cabinets de médecins ne dépendra plus du nombre de médecins mais de la quantité de patients inscrits et des services fournis. Désormais, un médecin quittant le partenariat d'un cabinet pourra être remplacé par un autre médecin ou par deux infirmières. Dans certains cabinets, des médecins ont déjà invité les infirmières à rejoindre le partenariat. La présentation de l'expérience du Dr Sweenay en section 2 (page 153) illustre ce modèle d'organisation dans lequel un médecin et une infirmière sont partenaires et coresponsables dans la conduite d'un cabinet.

Les nouveaux contrats passés avec les *Primary Care Trust* permettent aux cabinets de groupe de recevoir des ressources supplémentaires à celles reçues par le biais de la capitation, en contrepartie d'engagements sur des objectifs de service ou de qualité.

Ces objectifs peuvent par exemple porter sur l'extension des services (dépistage du cancer du col, planning familial, vaccination, soins périnataux et des enfants...), sur des critères de performance clinique (ex : 70 % de patients asthmatiques de la liste doivent être vus au moins une fois en 15 mois...) ou des critères d'organisation du cabinet (traçabilité des pres-

criptions dans les dossiers des patients, enregistrement de la pression artérielle dans les dossiers médicaux pour plus de 75 % des plus de 45 ans des personnes sur la liste...). Ces objectifs sont clairement définis et " opposables " aux généralistes ou aux groupes, mais ces derniers sont entièrement libres de choisir les modalités de leur mise en oeuvre.

Les généralistes ont développé de nouvelles formes d'organisation des soins de premier recours reposant sur des équipes pluri-professionnelles exerçant dans des cabinets de groupe. Les groupes de soins primaires ont ainsi massivement recouru aux infirmières pour remplir ces nouvelles missions, les salaires étant couverts par les autorités locales à hauteur de 70 à 90 %. La plupart des jeunes infirmières sont intéressées par ces emplois, souvent à temps partiel et relativement bien rémunérés. Cette évolution inscrite, dans un premier temps, dans une logique de complémentarité et de diversification des soins s'est accompagnée depuis peu d'une logique de transfert, notamment en matière de prescription (*voir partie suivante*), mais aussi pour des actions de prévention et pour le suivi des patients atteints de maladies chroniques.

La promotion de la santé est en effet, l'une des principales compétences investies par les infirmières, dans le cadre de l'extension de soins de *nursing* et de l'affirmation de nouveaux rôles infirmiers : bilan de santé, éducation, dépistage, en accord avec des protocoles en vigueur.

Le suivi de pathologies chroniques telles que l'asthme, le diabète et les problèmes cardiovasculaires est également un autre domaine où les infirmières ont étendu leurs activités. Il ne s'agit pas là en effet d'une simple délégation de tâches, mais d'une véritable réorganisation de la prise en charge de ces pathologies par les infirmières. Celle-ci met l'accent sur un suivi proactif de la part des cabinets de soins, qui consiste à aller vers le patient et non pas attendre qu'il vienne au cabinet. Cette forme de coopération entre médecins généralistes et infirmières s'inscrit donc dans une logique de diversification et d'innovation qui relève davantage de formes de complémentarité que de délégation de tâches.

Dans le cadre de dispositifs employant principalement les infirmières : *NHS direct, walk-in centres Personal Medical Service*

Les innovations qui se développent dans le secteur de soins primaires au Royaume-Uni apparaissent à mi-chemin entre extension des

activités infirmières et transfert d'activités des médecins vers les infirmières.

La tendance à la diversification des cabinets britanniques après 1990 s'est heurtée à la saturation des médecins. Dès lors, l'extension du champ de compétences des infirmières s'est généralisée et ce mouvement de diversification s'est couplé avec un mouvement de transfert d'activités.

Par exemple, l'action des infirmières dans la promotion de la santé auprès des personnes âgées a été accélérée par la réforme du NHS en 1990. Depuis cette date, les médecins généralistes anglais doivent offrir à leurs patients de soixante-quinze ans et plus un bilan de santé annuel portant principalement sur les problèmes d'incontinence, sur la mobilité, l'état de santé mentale, l'intégration sociale et la prise en charge médicamenteuse. Or, une étude a montré que, au bout d'un an, ce bilan a été pris en charge principalement par une infirmière dans 37 % des cabinets, principalement par un médecin dans 38 % des cabinets, la charge étant répartie entre les deux professionnels dans les autres cas (Midy, 2003).

En second lieu, les consultations de première ligne effectuées par des infirmières constituent un autre exemple d'innovations qui concernent l'orientation et/ou la prise en charge de patients non diagnostiqués avec des problèmes indifférenciés ; faire un bilan initial y compris un examen clinique, et prendre en charge le patient soit de manière autonome, y compris avec proposi-

tion de traitement, soit en le référant au médecin généraliste ou au secteur secondaire.

Ces consultations de première ligne peuvent prendre plusieurs formes et sont généralement confiées à des infirmières praticiennes. Il peut s'agir de consultations en face-à-face réalisées dans les *walk-in centres* ou de consultations par téléphone dans le cadre du *NHS Direct*.

Le Royaume-Uni a en effet mis en place un système public, le *NHS Direct*, en complément des systèmes locaux traditionnels de médecins de garde. Créé en mars 1998, le NHS Direct est un service de garde téléphonique 24h/24, où des infirmières assistées par un logiciel d'aide au diagnostic orientent le patient vers le service sanitaire ou, si besoin, l'aident à solutionner un problème seul.

Les NHS *walk-in-centres* (voir encadré) ont été lancés en janvier 2000. Ils offrent un accès rapide et sans rendez-vous aux soins primaires. Ils sont ouverts sept jours sur sept avec des horaires larges (7h-22h) dans des endroits fréquentés (supermarché, métro...). Ils proposent un bilan réalisé par une infirmière, qui prend en charge le traitement des problèmes de santé mineurs et fait de la promotion de la santé. Les *walk-in-centres* sont également des centres d'information (conseil et information sur les autres services locaux, sur les services de garde en médecine générale et en soins dentaires ou sur les pharmacies de garde).

L'expérience des walk-in centre dans le NHS

Le *walk-in centre* a été conçu comme un lieu de consultation et de soins ouvert de 7 heures du matin à 22 heures, localisé dans des lieux faciles d'accès (grande surface, proximité des stations de métro), où l'on peut se rendre sans rendez-vous pour des motifs sans gravité (rhume, infections urinaires, contraception du lendemain...). Ce sont principalement des professionnels non-médecins et notamment des infirmières qui y travaillent, accueillent les personnes, délivrent les soins et de l'information sur la maladie et la santé. Les infirmières bénéficient d'outils informatiques pour réaliser leurs consultations. Les *walk-in centres* doivent avoir des liens étroits avec les médecins généralistes. Chaque consultation du *walk-in centre* est suivie d'un envoi par fax automatique au médecin généraliste auprès duquel est inscrit le patient. Cet envoi comporte des informations détaillées sur la consultation et son issue. Les *walk-in centres* ont été créés avec l'ambition de diminuer la charge de travail des cabinets de médecine générale et des services d'urgence ou de permanence des soins.

En 2001, 39 *walk-in centres*, centres de soins ambulatoires, avaient été installés sur le territoire anglais. Leur montée en charge est progressive et continue. En août 2004, un communiqué du ministère de la Santé annonçait la création de 17 nouveaux *walk-in centres*, portant ainsi le nombre total de centres au Royaume-Uni à 82.

Une évaluation nationale de ces centres (dont les résultats ont été publiés en 2003) a montré que les *walk-in centres* étudiés apparaissent très différents selon leur taille, leur localisation, la composition et la qualification de leurs équipes, ainsi que par les services qu'ils délivrent. Le *walk-in centre* varie en fonction de son lieu d'implantation qui peut être une rue très animée, un ancien service d'accueil et d'urgences d'un département hospitalier qui a été réorganisé, ou une zone déficitaire en services de santé. Les circonstances locales de la création des *walk-in centres* ont joué un rôle très important dans leur définition. Les auteurs ont constaté une évaluation initiale des besoins faiblement associée à l'élaboration et l'implantation des *walk-in centres* qui peut être en partie expliquée par la rapidité de leur développement (20 mois en moyenne) et les contextes locaux.

La population ayant recours aux *walk-in centre* apparaît plutôt jeune, avec une proportion légèrement plus élevée de femmes, et relativement aisée. Les motifs de consultations par ordre décroissant sont la grippe ou le syndrome grippal, la demande de prescription de pilule du lendemain, le changement de pansement, le rhume, les affections de la sphère ORL, les bouchons d'oreilles, les blessures ou traumatismes mineurs, les lésions cutanées, les otites

de l'oreille moyenne, le contrôle de pression artérielle, la douleur musculaire, l'infection urinaire.

Les *walk-in centres* constituent des lieux nouveaux pour la pratique infirmière indépendante en soins primaires. Tous les centres sont dirigés sur le plan clinique par des infirmières qui réalisent la majeure partie des consultations. L'équipe infirmière est composée de 6 à 14 infirmières équivalent temps plein. Certains centres ont organisé des plages de consultation pour les médecins généralistes. Les rôles des infirmières, et notamment l'autonomie de décision dont elles disposent, sont très variés et dépendent du projet initial du *walk-in centre*. Certains centres emploient de infirmières praticiennes ayant une forte autonomie, d'autres à l'inverse emploient des infirmières sans qualification ni formation spécifique, principalement pour évaluer la situation initiale et délivrer des conseils aux patients. L'utilisation de l'informatique pour aider à la consultation infirmière, qui s'inspirait largement des outils élaborés pour l'aide à la réponse téléphonique, semble avoir été problématique dans le cadre de la consultation infirmière. C'est notamment pour les infirmières expérimentées qu'il a été plus difficile d'intégrer l'outil informatique.

Les infirmières peuvent prescrire dans le contexte de la prescription infirmière et notamment la prescription encadrée par les médecins dans des situations types (*patient group directions*) comme la pilule du lendemain, ou l'infection urinaire basse.

L'attitude des autres professionnels de santé et notamment les médecins généralistes est considérée comme l'obstacle potentiel le plus important au succès d'un *walk-in centre*. Pour la plupart des personnes enquêtées, ces relations s'améliorent avec le temps. Une enquête spécifique auprès des professionnels de santé localisés auprès des *walk-in centres* a montré que si les avis sur ces centres sont partagés, une plus grande proportion de professionnels de soins est en faveur de ce nouveau service.

Les études visant à mesurer la qualité des soins délivrés et la satisfaction des patients sont peu développées et ont montré une grande satisfaction des personnes ayant recours aux *walk-in centres*, principalement liée à la rapidité de la réponse apportée et à qualité de la relation avec les professionnels. La qualité des soins délivrés, étudiée à partir d'une étude observationnelle avant/après, a montré une qualité minimum aussi bonne que la qualité des soins fournis par les médecins généralistes. Ces résultats recourent l'ensemble des travaux réalisés sur les comparaisons entre médecins généralistes et *nurse practitioners* (Horrocks, 2002). La mesure du temps d'attente et de consultation montre qu'un patient attend en moyenne 10 minutes pour obtenir une consultation, qui dure en moyenne 14 minutes,

ce qui constitue une durée plus élevée que la durée moyenne d'une consultation avec un GP.

Plusieurs études visant à mesurer l'effet de la création des *walk-in centres* sur l'activité de l'offre environnante (cabinets de médecine générale, centres d'accueil et d'urgences, permanence des soins) montrent une tendance à la diminution des consultations dans les cabinets de médecine générale et dans les services d'urgences, mais qui n'est pas statistiquement significative. La moitié des utilisateurs des *walk-in centres* ont déclaré qu'ils auraient pris un rendez vous auprès d'un médecin généraliste s'ils n'avaient pu venir au *walk-in centre*, un quart se serait présenté aux urgences et un dixième aurait géré le problème seul. Le référencement par l'infirmière à l'issue de la consultation est en moyenne de 13 % auprès du médecin généraliste et 9 % auprès d'un service d'urgence. Mais 32 % des personnes ayant consulté ont ensuite demandé un rendez-vous auprès du médecin généraliste. La population ayant recours aux *walk-in centres* est plutôt jeune et relativement aisée, et consulte principalement pour des raisons de facilité d'accès (rapidité, temps d'attente court et sans rendez-vous). Pour plusieurs auteurs (Hutchinson, 2000, Salisbury, 2002), les *walk-in centres* peuvent constituer une offre supplémentaire qui risque de dupliquer et non de compléter les services accessibles en soins primaires, en prenant en charge une demande de soins qui pourrait être gérée par les patients eux-mêmes.

Les auteurs de l'évaluation nationale des *walk-in centres* sont en définitive assez mesurés trois années après le développement de ces structures. Le premier point concerne l'utilité du développement des nouveaux rôles infirmiers au sein de ces structures spécifiques. Le choix initial de développer les consultations infirmières reposait sur l'hypothèse que des problèmes mineurs ne requièrent par l'expertise d'un médecin et peuvent être pris en

charge par des infirmières qui ont une formation moins poussée et dont la rémunération est moins élevée. L'un des auteurs (Salisbury, 2003) identifie plusieurs limites à cette hypothèse. La première est que si la plupart des motifs de consultations relèvent bien de problèmes mineurs, l'une des fonctions essentielles des soins primaires est de détecter les situations rares mais graves, ce qui peut être omis dans le contexte d'un *walk-in centre*. La deuxième est que l'emploi d'une infirmière n'est pas nécessairement moins coûteux qu'un médecin dans la mesure où les consultations infirmières sont plus longues et qu'une part non négligeable des patients doit finalement être adressée au médecin. Enfin, le troisième point soulève le niveau et la qualité de la formation des infirmières qui doivent être mieux évalués.

Dans le contexte du NHS, où foisonnent les innovations dans le domaine des soins primaires (*NHS Direct* offrant des conseils téléphoniques, développement du rôle des pharmaciens dans le domaine de la promotion de la santé, emploi croissant d'infirmières au sein des cabinets de médecine générale ou d'infirmières praticiennes dans les services d'urgence), l'offre globale des soins risque de perdre en lisibilité pour le patient et la coordination des soins peut alors poser problème.

Si les *walk-in centres* se sont en général bien développés et remplissent les missions pour lesquels ils ont été conçus, leur bonne utilisation repose sur une orientation satisfaisante du patient dans le système de soins qui pourrait être assurée par le système d'appel 24h/24H *NHS Direct*. Une alternative à l'organisation centralisée, que constitue l'accès au système de soins régulé téléphoniquement par *NHS Direct*, serait de renforcer les équipes infirmières au sein des cabinets de médecine générale, ce qui aurait pour avantage de ne pas multiplier les lieux et structures de consultation.

Le **Personal Medical Service** a été introduit en 1997 à titre expérimental pour l'organisation des soins primaires au sein du NHS. Il s'agit d'un cadre contractuel plus flexible que le " *General Medical Service* " (GMS) qui est le contrat-type entre les médecins généralistes et le NHS. Un rapport d'évaluation des différents PMS mis en place a été publié en 2002, dont les principales conclusions sont présentées dans le paragraphe suivant.

Le PMS a été conçu pour permettre une plus grande souplesse pour les acteurs locaux dans l'organisation de la réponse aux besoins des patients. C'est un contrat négocié par l'autorité locale de santé : le *Primary Care Trust* avec les promoteurs du projet qui ne sont pas nécessairement des médecins. Les objectifs sont de :

- Favoriser l'innovation dans l'organisation du travail, le travail d'équipe, la réorganisation des tâches (*skill mix*) entre professionnels de santé.
- Favoriser le recrutement de médecins en zone déficitaire, notamment en leur offrant la possibilité d'être salariés.
- Permettre le développement des rôles infirmiers, en offrant la possibilité aux infirmières d'être leader du dispositif (notamment dans les lieux où les médecins sont absents).

Le promoteur d'un PMS n'est pas nécessairement un médecin comme dans le cadre du *General Medical Service* qui est le contrat national entre le NHS et les médecins. Le promoteur d'un PMS peut être un médecin généraliste, une infirmière, un dentiste ou tout autre professionnel de santé employé par un cabinet ou par le NHS.

Cette disposition a permis de voir la création de PMS dont le responsable est une infirmière. Ces PMS dirigés par des infirmières, qui y assurent l'essentiel des consultations, restent peu nombreux et se situent dans les zones déficitaires en médecins, qui sont généralement les zones socialement défavorisées. Les médecins y exercent le plus souvent à temps partiel et sous forme salariée. Les infirmières leaders y développent une activité qui associe prise en charge

sociale et médicale, aussi bien en termes préventifs que curatifs.

2.1.2. Au Québec et en Ontario : de nouveaux contextes d'exercice pour les infirmières en soins primaires

Au Québec, deux événements récents sont à l'origine des modifications des rôles et des tâches des infirmières : d'une part un changement législatif concernant les professionnels de la santé et d'autre part, la mise en place des Groupes de médecine de famille en 2000.

Un changement législatif concernant les professionnels de santé

La *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* est entrée en vigueur le 30 janvier 2003. Cette loi a un impact sur huit autres, dont celle des infirmières et des médecins, et modifie la façon de partager les activités cliniques entre onze professions de la santé. Nous aurons l'occasion de revenir plus en détails sur cette législation dans le point 2.2.1. (pages 55).

On peut d'ores et déjà souligner que cette nouvelle législation définit un espace propre pour chaque profession ; l'information, la promotion de la santé et la prévention constituent des missions communes à tous.

La loi encourage la souplesse et la collaboration et dispose que les infirmières ont des activités cliniques réservées (voir page 211). En effet, l'ancienne notion d'actes délégués en vertu des règlements introduisait de nombreuses conditions d'exercice différentes, telles l'ordonnance médicale, le suivi d'un protocole ou d'un procédé de soins, la surveillance sur place ou à distance, la surveillance immédiate, etc.

La nouvelle loi simplifie grandement les conditions d'exercice nécessaires, quand il y a lieu. Elle présuppose la compétence des professionnels à qui on a réservé l'activité et vise une pratique la plus autonome possible.

La loi favorise le partage des responsabilités et l'interdisciplinarité et reconnaît aux infirmières un jugement clinique et une capacité de mise en œuvre. Elle renforce également leur rôle en première ligne. Le principe de l'ordonnance collective²⁶, qui est un outil majeur de collaboration avec les médecins, n'est plus limité aux établissements de santé mais étendu à d'autres lieux comme l'entreprise, la clinique privée, les dispensaires et les Groupes de médecine de famille (GMF). Enfin, la loi établit un cadre qui permet d'autoriser des professionnels autres que les médecins, notamment les infirmières et infirmiers, à exercer certaines activités médicales, créant ainsi une nouvelle catégorie d'infirmière : l'infirmière praticienne (voir point suivant).

En Ontario, les nouveaux rôles infirmiers ont été initiés dès les années 60 mais ne seront inscrits dans la réglementation qu'à partir des années 90 (voir troisième partie). Ces nouveaux rôles infirmiers, qui restent peu développés, portent en premier lieu sur le domaine des soins primaires.

Les groupes ou réseaux de médecine de famille au Québec et en Ontario

Depuis plusieurs années, les infirmières ont également, à côté des CLSC (Centres Locaux de Santé Communautaire) et des cabinets privés, la possibilité d'exercer au sein des Groupes de médecine de famille (GMF) qui s'inscrivent dans le cadre d'expérimentations récentes visant à améliorer la permanence et l'accès aux soins. Au Québec, ce nouveau modèle d'organisation des services de première ligne a été institué en 2000, à l'issue du rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair, 2000), afin d'accroître l'accessibilité et la prise en charge globale et de promouvoir la continuité des services à une clientèle inscrite volontairement. Les GMF sont constitués d'une dizaine de médecins qui pratiquent ensemble en collaboration avec des infirmières cliniciennes/praticiennes et offrent une gamme de services médicaux de première ligne, vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept, incluant les aspects préventifs, curatifs et de réadaptation.

26. L'ordonnance est la prescription donnée à un professionnel par un médecin, par un dentiste ou par un autre professionnel habilité par la loi (optométriste, sages-femmes, pédiatres), ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à dispenser à une personne (ordonnance individuelle) ou à un groupe de personnes (ordonnance collective), les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être, de même que les contre-indications possibles.

L'implantation des GMF est progressive. En octobre 2004, il y a 87 GMF accrédités auprès de 52 CLSC, répartis assez largement sur le territoire (à l'exception du centre de Montréal) qui représentent un total de 943 médecins (648 équivalents temps pleins) provenant de structures privées (58 cliniques), publiques (établissements de types CLSC...) ou mixtes. 150 infirmières y sont employées. Ces expérimentations concernent environ 317 000 patients. On recense actuellement 14 GMF en cours d'accréditation et 56 en préparation, concernant environ 669 médecins.

L'objectif du ministère est d'avoir environ 75 à 80 % de la population assurée inscrite chez un médecin de famille GMF. Cela correspondrait à 300 GMF de taille moyenne (dix médecins) qui inscriraient environ 15 000 personnes chacun (soit 1 500 patients par médecin).

La pratique infirmière en GMF constitue un enjeu majeur dans l'implantation de ce nouveau modèle d'organisation des services de santé au Québec. L'intégration d'infirmières à l'équipe de médecins en GMF est en effet considérée comme un élément essentiel au succès de l'équipe et constitue en ce sens une approche novatrice. L'interdisciplinarité constitue un aspect essentiel des GMF.

La Commission Clair mentionne que l'infirmière en GMF exercera un rôle plus élargi, sans toutefois en définir la teneur et sans établir le niveau de formation des infirmières cliniciennes/praticiennes.

Au sein du GMF, les infirmières se voient confier plus de responsabilités, conformément au cadre législatif en vigueur. Elles peuvent effectuer des activités de prévention, de promotion, de dépistage, de gestion de cas, de liaison avec les CLSC et les services de deuxième ligne, ainsi que faire le suivi systématique des soins infirmiers des clientèles vulnérables.

Le travail en équipe et la délégation aux infirmières de certaines activités de conseil et de suivi permettront d'augmenter la disponibilité des médecins, qui peuvent ainsi se concentrer sur les actes relevant exclusivement de leurs compétences (diagnostics, prescription d'ordonnances, soins). En appliquant ce modèle à tout le réseau, les délais d'attente pour une consultation médicale ou pour un rendez-vous avec un spécialiste devraient grandement diminuer. Par ailleurs, en améliorant le suivi médical des patients, la continuité des services et le lien avec les autres pro-

fessionnels du réseau de la santé et des services sociaux, on prévoit une baisse du nombre de personnes qui se présenteront aux urgences hospitalières.

En outre, le travail en équipe au sein d'un GMF favorise une augmentation de l'activité totale. Selon l'avis de nos interlocuteurs, cette augmentation d'activité peut toutefois entraîner une augmentation du coût des fournitures médicales (pansements, produits...). Les infirmières venant d'un CLSC - qui ne connaissent pas de contraintes de disponibilité du matériel nécessaire - jugent la pratique en GMF parfois plus difficile dans la mesure où les médecins auraient tendance à contrôler la consommation de biens médicaux dont ils assurent la prise en charge (il n'y a pas de couverture de ce surcoût de l'augmentation de l'activité par le budget GMF).

Une étude de cas auprès d'un GMF (Roy, 2004) d'une région du Québec a permis de définir la pratique infirmière selon les partenaires impliqués dans le projet (infirmières et médecins) et de mettre en relief les convergences et les divergences dans la vision de cette pratique. Les résultats de cette étude présentent la conceptualisation de la pratique infirmière à partir de deux axes principaux, qui contribuent à définir la nature de la pratique infirmière au sein du GMF : la pratique autonome, associée à la reconnaissance du potentiel infirmier et la pratique de collaboration interdisciplinaire. L'infirmière privilégie une approche axée sur la clientèle et le médecin privilégie une action centrée sur l'organisation des services. Dans la pratique infirmière axée sur la clientèle, l'intérêt se porte vers la personne soignée, son environnement et sa santé. L'approche centrée sur les services se préoccupe davantage de l'organisation du travail. Selon cette vision, les suivis systématiques et téléphoniques, l'appui aux médecins et la liaison sont du ressort de l'infirmière. Enfin, la confiance ressort comme l'élément fondamental qui permet l'instauration de la collaboration interdisciplinaire. La présentation du Dr Bilodeau en section 2 (page 127) témoigne de l'importance accordée à la formation initiale et continue comme condition du développement du travail en équipe. Ce témoignage illustre à quel point le développement du travail d'équipe requiert un changement de culture et de pratique aussi bien du côté infirmier que du côté médical, dont l'ancrage ne paraît réellement assuré qu'à partir de la formation initiale, qui est le moment de la constitution des identités professionnelles.

L'Ontario a introduit des dispositifs similaires sur le même mode expérimental, les *Family Health Networks* et les *Family Health Groups*, où les médecins sont également incités - par le biais de fonds spécifiques - à employer des infirmières. A la différence des GMF où les infirmières restent la plupart du temps salariées des Centres Locaux de Santé Communautaires et ont une relation fonctionnelle avec les médecins, les médecins regroupés en groupes ou en réseau deviennent les employeurs des infirmières.

2.1.3. L'introduction des centres d'activité médicale en Allemagne : une politique récente visant à favoriser le regroupement des professionnels

Si l'on ne recense pas en Allemagne, à l'instar du Canada et du Royaume-Uni, de véritables expérimentations nationales visant à étendre le champ de compétences des infirmières, certaines évolutions permettent toutefois d'envisager une évolution de la profession dans le secteur des soins primaires.

Afin de favoriser une prise en charge plus intégrée des patients, le gouvernement a créé en 2003, en accord avec l'ordre des médecins, une nouvelle forme d'exercice en soins ambulatoires : les centres d'activité médicale (*Medizinische Versorgungszentren*). Cette forme de regroupement peut associer différents professionnels de santé (médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, pharmaciens) mais aussi des hôpitaux. Les médecins peuvent y exercer dans le cadre conventionnel traditionnel (ils en sont alors actionnaires) ou sous statut salarié. Ces centres peuvent passer des contrats sélectifs avec les caisses dans le cadre d'une enveloppe financière spécifique (dite 3ème enveloppe).

Au début de l'année 2005, 126 centres étaient recensés en Allemagne. Ils regroupaient 450 médecins dont un tiers de médecins généralistes ou internistes. 20 % sont placés sous la responsabilité des hôpitaux, 71 % étant sous la responsabilité des médecins conventionnés. Des médecins salariés sont présents dans 70 % des centres. Ces centres d'activité médicale sont susceptibles dans leur principe de favoriser la collaboration interdisciplinaire entre les différents professionnels de santé. Mais la progression limitée de cette forme d'organisation et le faible développement de contrats spécifiques avec les caisses n'ont pas permis à ce jour le recrutement de professionnels autres que les assistantes médicales.

Ce phénomène traduit un retournement de situation important par rapport au début de la décennie quatre-vingt-dix, puisqu'on avait assisté, dans le cadre de la réunification, à la fermeture de la plupart des centres de santé en RDA. Cette décision avait été prise dans le cadre d'une nécessaire harmonisation du système médical sur le territoire ; les centres de santé étaient en effet le pilier du système de soins en Allemagne de l'Est, mais inexistantes à l'Ouest. Or, actuellement, la volonté du gouvernement de promouvoir le développement de tels centres est manifeste, notamment pour répondre aux besoins dans les zones de pénurie de médecins dans les anciens Länders de l'est. La collaboration interdisciplinaire sera donc favorisée, notamment entre médecins et infirmières, par l'extension de ce type de structures.

2.1.4. Des expériences-pilotes aux Pays-Bas sur le mode de la diversification des services

Selon nos interlocuteurs, la question du " *skill mix* " fait en ce moment l'objet de vifs débats aux Pays-Bas. La question principale renvoie au choix à opérer entre transfert délégué ou non de tâches ou l'extension et la diversification des services de soins. La majorité semble pour l'instant considérer cette dernière comme préférable.

Une récente étude (Laurent, 2004) publiée dans le BMJ présente les résultats d'un projet visant à adjoindre une *nurse practitioner* à un ensemble de médecins généralistes volontaires (30 médecins répartis en 20 cabinets et regroupés en 4 groupes²⁷). Cinq infirmières, détachées du service communautaire de santé, ont été recrutées pour intervenir dans le suivi de patients atteints de bronchopneumopathie obstructive, d'asthme, de démence sénile ou de cancer. Chaque infirmière travaille avec 6 à 9 médecins. Le médecin adresse le patient à l'infirmière, qui propose quatre attitudes possibles : l'infirmière prend en charge le patient, l'infirmière et le médecin suivent conjointement le patient, le médecin suit le patient, le patient ne reçoit aucun soin. L'infirmière a accès au dossier électronique du patient. Les activités de l'infirmière portent sur :

- la réalisation de tests diagnostics (mesure de la fonction respiratoire, évaluation des fonctions supérieures, interview du patient et/ou

27. Aux Pays-Bas, les médecins généralistes sont constitués en groupes locaux pour l'organisation de la permanence des soins et de la formation continue. Ils sont en général deux par cabinet.

de la famille) ;

- l'évaluation de la santé du patient et de la situation familiale ;
- l'information du patient et si nécessaire sa famille sur la maladie, le pronostic, le traitement... ;
- la réalisation des visites à domicile à titre préventif pour soutenir le patient et sa famille ;
- la coordination des soins et la mise en relation des différents intervenants.

L'infirmière dans ce modèle ne peut prescrire d'examen complémentaires, de médicaments ou adapter les doses.

La comparaison du groupe témoin avec le groupe qui a bénéficié de l'intervention sur une période de 18 mois, après répartition aléatoire des infirmières auprès des groupes locaux de médecins, a porté sur la mesure de la charge de travail objective (nombre de consultations et d'appels téléphoniques en journées et en garde pour les patients concernés) et subjective des médecins généralistes (satisfaction du travail, temps disponible, demandes inappropriées, avantage coût / bénéfices).

Les auteurs n'ont constaté aucune différence statistiquement significative entre les deux groupes, et *a contrario* une légère augmentation de la charge de travail objective en début de période et une baisse des consultations hors heures d'ouverture chez les médecins qui ont bénéficié de l'intervention de l'infirmière.

Les auteurs concluent, contrairement à une partie de la littérature, à l'absence d'effets de l'intervention de l'infirmière sur la charge de travail des médecins généralistes. Les différences constatées dans la littérature peuvent être expliquées par le niveau de formation des infirmières, le degré d'autonomie dont elles disposent et les modalités de leur intervention. Dans le cas présent, elles ne sont pas salariées des médecins, interviennent auprès de plusieurs d'entre eux et ont un degré d'autonomie limité.

Dans ce type d'intervention, il semble que l'infirmière n'intervienne principalement qu'en complémentarité du médecin sans se substituer à lui.

Ce résultat, comme celui d'autres auteurs qui ont étudié le développement des rôles d'infirmières praticiennes à l'hôpital, montre que l'introduction d'un nouveau rôle infirmier impose une modification de l'organisation du travail dans l'équipe de soins (Offenbeek, 2003, 2004).

Aux Pays-Bas, l'infirmière praticienne est une fonction nouvellement apparue. Contrairement à la situation du Royaume-Uni ou du Canada, la profession infirmière aux Pays-Bas est pour une grande part partagée, voire opposée, au développement de ce type de rôles avancés de l'infirmière. Elle souligne le danger potentiel à franchir la frontière entre médecine et *nursing*. En effet, un rôle médical étendu pourrait mettre en péril la nature même des soins infirmiers.

D'autre part, la profession souligne également le risque, dans l'extension des compétences des infirmières, de se heurter aux assistantes médicales qui constituent, comme nous l'avons vu, un groupe professionnel en soi. La visite d'un cabinet de groupe existant depuis une trentaine d'année (voir encadré) montre la frontière ténue entre la pratique d'une assistante médicale et la pratique d'une infirmière.

Le cas du cabinet *Groepspraktijk* dans la ville de *Huizen*

Le *Groepspraktijk Huizen* est l'un des premiers cabinets de groupe constitué aux Pays-Bas. Créé en 1973, il résulte d'un regroupement de médecins dans la ville de *Huizen*. Ce regroupement a été conduit à l'initiative d'un médecin leader (à la retraite depuis 1990). Le projet a été mis en place en deux à trois années et a reçu le soutien, à l'époque, des organismes d'assurance maladie. La question patrimoniale a été réglée entre les médecins principalement par le fait que l'investissement initial a été réalisé par l'assurance maladie (un seul médecin n'est pas venu sur le nouveau site et a gardé son cabinet en ville même s'il fait partie du groupe). Les femmes des médecins, qui étaient traditionnellement leurs assistantes, n'ont pas été admises à travailler dans la nouvelle structure qui a de fait recruté des assistantes. Le groupe a démarré avec 7 médecins à temps plein et en comporte aujourd'hui 9, 4 femmes et 5 hommes (les 4 médecins femmes travaillent à temps partiel ce qui fait un total de 7 ETP). Les départs de médecins sont uniquement liés à des départs à la retraite. Pour nos interlocuteurs, le fait que les médecins ne quittent pas le groupe est le signe que ce dernier répond à leurs attentes. Le groupe n'a pas de difficultés à recruter des médecins et reste donc très attractif.

Le groupe avait au départ 18 000 patients inscrits (16 000 aujourd'hui du fait d'une baisse de la population de la ville). Il emploie 10 assistantes qui travaillent toutes à temps partiel (6,1 ETP), 2 infirmières praticiennes²⁸ (pour 1,2 ETP), un assistant d'administration pour 0,4 ETP et un cadre financier pour 0,6 ETP. Le groupe dispose d'un manager à temps plein.

Le groupe est logé dans un bâtiment *ad hoc*, conçu comme une rue avec, de part et d'autre, le cabinet de chaque médecin, sa salle d'attente et plusieurs salles permettant la réalisation de prélèvements et d'exams techniques. Une pharmacie est installée dans le même bâtiment sans communication directe. Le cabinet est ouvert au public de 8h00 à 17h30 tous les jours de la semaine et le samedi de 9h00 à 12h00. Les médecins ont une plage de consultation libre entre 8h00 et 8h15. Les urgences en dehors des heures d'ouverture sont assurées par la structure d'urgence qui couvre la zone et qui est indépen-

dante du cabinet. 20 % de l'activité du cabinet est réalisée au domicile. Les visites sont réalisées soit par les médecins, soit par les infirmières praticiennes.

Les réceptionnistes (assistants) reçoivent les appels, analysent la demande et orientent les patients vers leur médecin attitré (toutes les consultations sont sur rendez-vous). Si celui-ci n'est pas disponible rapidement, il est proposé au patient de voir un autre médecin ou de voir son médecin plus tard. L'infirmière praticienne ou l'assistante est en deuxième position après le médecin. Les assistants peuvent être amenés à réaliser de nombreuses tâches comme la prise de rendez-vous, des prélèvements, et dans certains cas des renouvellements de prescription. La règle est que le médecin voit les patients de sa liste sauf si ces derniers veulent une consultation en urgence et ne souhaitent pas attendre. Le temps moyen de consultation est de 15 minutes. Les infirmières praticiennes peuvent rendre visite aux patients à domicile, suivre les patients chroniques (asthme, hypertension artérielle, tabac...) et s'occuper des programmes de vaccination.

Le budget du groupe est constitué d'une part, par les montants versés à la capitation par les compagnies d'assurance maladie pour les patients qui relèvent de ces organismes (50 % du budget) et d'autre part, par les actes remboursés par les compagnies d'assurances des patients qui doivent s'assurer par eux-mêmes (50 % du budget).

Une expérience nationale d'extension des tâches de soins primaires aux infirmières est en outre actuellement menée au sein de douze cabinets de groupe ou centres de santé (voir encadré page 56). Les infirmières qualifiées de praticiennes peuvent dans ce cadre réaliser les consultations initiales, soit de façon systématique, soit lorsque le patient ne peut attendre un rendez-vous avec un médecin. Elles peuvent rendre visite aux patients à domicile, suivre les patients chroniques (asthme, hypertension artérielle, tabac...) et gérer les programmes de vaccination. Elles ne sont, en revanche, pas autorisées à réaliser un diagnostic ou une prescription, et jouent principalement un rôle d'orientation et d'éducation.

28. C'est assez tardivement que les infirmières praticiennes ont été recrutées. C'est une infirmière employée initialement comme assistante qui a été intéressée à suivre une formation à Nijmegen pour devenir praticienne. Le groupe a accepté de financer la formation qui a finalement été suivie par deux personnes. Ces infirmières praticiennes ne sont plus considérées comme des assistantes et exercent en pratique comme infirmières. Elles donnent des conseils pour des patients ayant des pathologies particulières mais ne font pas de diagnostic. Il semble que l'intervention des infirmières praticiennes se traduise par une amélioration de la qualité notamment en ce qui concerne le suivi des patients et la gestion des données. Par contre, il ne semble pas que l'intervention des infirmières ait permis de dégager du temps pour le médecin.

Une organisation de soins primaires alternative : La *Zoorggroep* Fondation et le groupe de soins primaires d'Almere

La fondation *Zoorggroep* a été créée au moment de la création de la ville nouvelle d'Almere, il y a vingt-cinq ans, et construite sur un polder, au nord-est d'Amsterdam. La ville d'Almere est passée en vingt-cinq ans de 0 à 170 000 habitants. Le dispositif de soins primaires développé à Almere est décrit comme un projet, avec une nouvelle vision dans une ville nouvelle et planifié dès l'origine, à savoir un vaste réseau de centres de soins primaires communautaires et intégrés. Les principes mis en avant sont la continuité des soins (inscription des patients, *gatekeeping*), orientés vers la famille avec une accessibilité directe, sous financement d'assurance publique et privée. Le dispositif comprend les services suivants :

- 21 centres de soins primaires, unité de base du recours ;
- 3 résidences de soins médicalisés ;
- un centre de soins à domicile.

La répartition des groupes est territorialisée sur les cinq zones de la ville d'Almere (port, ouest, est, nord, banlieue), chaque zone regroupant environ 30 000 à 40 000 habitants. Il existe un groupe de soins primaires pour chaque zone qui comprend un point soins à domicile, parfois un centre de soins en résidence, et plusieurs groupes de soins primaires.

Almere Care Group rassemble 2 300 employés, dessert une population de 175 000 clients, a réalisé 1 million de consultations et visites en 2003 et dispose d'un budget annuel de 90 millions d'euros.

La structure juridique de support est une " fondation " qui est une structure privée sans but lucratif. A la différence d'une association loi 1901, les membres du conseil d'administration sont nommés et non élus. Il existe un niveau de pilotage, de planification, de support et de management qui comprend une centaine de salariés dont la moitié travaille à temps partiel. Cette entité assure la gestion financière de l'ensemble des ressources issues des activités des différents acteurs de soins. C'est *Zoorggroep* qui collecte

les montants alloués par les assureurs, soit sous forme de budget quand les patients relèvent d'un financement à la capitation, soit au prorata de la consommation des soins pour les patients dont les dépenses sont payées aux médecins à l'acte. *Zoorggroep* collecte aussi l'ensemble des allocations relatives aux services rendus.

Le dispositif *Zoorggroep*, à la différence de ce qui se passe traditionnellement dans le système de soins hollandais où les professionnels ont une relation directe avec les assureurs, joue le rôle d'intermédiaire entre les assureurs et les professionnels. *Zoorggroep*, selon les fondements du projet, doit permettre d'innover, de développer des actions d'éducation à la santé et d'offrir des soins mieux intégrés et coordonnés en raison des fonctions de support offertes et de la capacité à soutenir les professionnels de soins. La concentration de certaines fonctions (management et ressources humaines, gestion des systèmes d'information, gestion financière...) permet de réaliser des économies d'échelle et d'offrir ainsi un meilleur service aux populations. Les professionnels y trouveraient aussi un avantage en termes de confort, par le choix de la forme d'exercice et la possibilité d'évoluer dans leur carrière. Il est en effet envisageable pour un médecin généraliste d'évoluer au sein de l'organisation soit géographiquement, soit en développant des projets innovants, soit en prenant des responsabilités de management.

Le niveau de délivrance des soins repose principalement sur le centre de soins primaires. Les groupes de soins primaires sont pluri-professionnels. Ils comprennent des médecins généralistes, des médecins assistants, le personnel de secrétariat / réception, des kinésithérapeutes, des infirmières praticiennes, des sages-femmes, des pharmaciens, des dentistes...

L'ensemble des professionnels de santé qui travaillent dans le groupe de soins de santé est rémunéré sur la base d'un salaire. Les médecins ont un contrat d'exclusivité avec le groupe et ne peuvent pas travailler ailleurs ou en pratique privée. Leur contrat implique l'obligation de participer aux permanences de soins en dehors des heures d'ouverture des centres de santé. Cette obligation est proportionnelle au type de contrat partiel ou temps plein.

Le cas du centre de santé «Gezondheidscentrum Perspectief»

Il s'agit du centre de santé primaire le plus récent. Il a été créé il y a trois ans, dans un bâtiment à l'architecture novatrice et lumineuse, dans un nouveau quartier de la nouvelle ville. Une pharmacie est attenante au centre. Légalement, la pharmacie ne peut avoir de communication directe avec le centre mais en pratique, elle est située dans le même bâtiment.

Le centre de santé est ouvert toute la semaine de 8h00 à 17h00, les heures de prises de rendez-vous sont de 8h00 à 11h00. La permanence des soins et l'urgence sont dispensées par une autre structure gérée par la *Zoggroep fondation* et les médecins du centre y participent comme les autres médecins des autres centres (environ une fois par mois).

A l'entrée se trouvent deux secrétaires-réceptionnistes. La salle d'attente est commune, longue (assimilable à une sorte de rue). De nombreux documents sont disposés sur des présentoirs. L'un d'entre eux présente sous la forme de tableaux, quarante dépliant qui sont des guides de conduite à tenir pour quarante situations cliniques. Ces documents expliquent au patient la nature du processus en cause, ce qu'il est possible de faire ou ce qui est inutile, la conduite à tenir (se traiter soi-même, surveiller, dans quelle situation faire appel au médecin). Ils sont édités par le collège scientifique des médecins généralistes (NHG). Leur présence est obligatoire dans tous les cabinets de médecine générale (une version pour les médecins est également distribuée à chaque médecin).

Le centre comprend une salle pour réaliser les électrocardiogrammes, une salle pour réaliser de la petite chirurgie, plusieurs bureaux de consultations pour les médecins et les autres professionnels.

L'équipe est composée de médecins généralistes (5 pour 3,2 ETP), d'assistants médicaux²⁹ (6), d'une infirmière praticienne³⁰ (1 pour 0,5 ETP), de sages-femmes, d'un travailleur social, d'un dentiste et d'un pharmacien.

Le centre est géré par un " *practice manager* " non-médecin. Il s'occupe principalement des aspects financiers, de la gestion des ressources humaines, et du lien avec l'échelon de pilotage. Chaque profession a un " *team manager* " reconnu. Nous avons rencontré le manager médical, un médecin généraliste qui a été formé pendant deux ans à la fonction de management, à raison d'un jour par mois. Il se décrit comme responsable notamment de la pratique au quotidien et de la continuité des soins. Il est aussi initiateur de multiples projets comme la mise en place et le test d'un système de sollicitation des patients auprès du centre par Internet,

le suivi du programme de soins avec l'infirmière et la mise en place d'une démarche d'éducation du patient à l'autogestion de certains problèmes de santé. Pour ce dernier projet, quand le patient consulte pour un symptôme ou un motif compris dans une liste de 18 situations types (piqûre d'insecte, toux chez un enfant, diarrhée chez un adulte, syndrome grippal...), le médecin lui confie alors un petit carnet qui propose pour chacun de ces motifs : une explication et une conduite à tenir en fonction des signes constatés. L'objectif est ainsi d'éduquer le patient à se prendre en charge lui-même face à ces situations types. Le document et la démarche sont élaborés par le centre avec le soutien du niveau central.

Les patients qui habitent dans la zone desservie par le centre sont inscrits auprès du centre. Comme partout en Hollande, l'inscription auprès d'un médecin généraliste est obligatoire, ce qui est aussi le cas à Almere. Le patient s'inscrit auprès du médecin du centre qui a encore de la place sur sa liste. Le centre d'Almere a 7 500 patients inscrits, soit environ 2 000 patients par médecin pour un ETP (un médecin travaillant à temps plein ne peut avoir plus de 2 000 patients inscrits sur sa liste). Les patients ont également l'obligation de s'inscrire auprès d'une pharmacie.

Les patients peuvent s'inscrire auprès d'un autre médecin installé par exemple en pratique isolée sans aucun lien avec le groupe de soins de santé d'Almere. De fait, il semble que peu de médecins s'installent de fait sur la ville d'Almere. Le dispositif de groupe de soins de santé est donc une structure en situation de monopole, les patients ayant le choix du médecin du centre chez lequel ils s'inscrivent en fonction des places disponibles.

En pratique, d'après les professionnels que nous avons rencontrés, le délai d'attente peut être de deux jours notamment si un patient souhaite voir son médecin en particulier. S'il ne veut attendre, et selon la situation, le patient peut être orienté vers l'infirmière praticienne ou si son cas requiert un avis médical, vers un médecin disponible le jour même.

En termes de financement, le centre reçoit des ressources directement de Zoorgroep. Les médecins reçoivent des salaires. Zoorgroep produit de l'information sur les performances des différents centres et est engagé dans une démarche de " *benchmarking* ". Les tableaux de bord sont en phase d'élaboration.

29. L'assistant médical aux Pays-Bas reçoit une formation spécifique, niveau moyen. Les assistants peuvent remplir de multiples fonctions. C'est le médecin qui leur délègue la réalisation de certaines tâches en fonction des situations. Dans le centre que nous avons visité, les assistants médicaux ont une fonction de réceptionniste et réalisent un premier tri des appels et peuvent selon les cas donner un conseil téléphonique, proposer un rendez-vous auprès d'une nurse practitioner, ou prendre un rendez-vous auprès d'un médecin. La règle est celle d'un assistant temps plein pour 2 300 patients. La plupart travaillent de fait à temps partiel.

30. La présence d'une infirmière praticienne est nouvelle dans le centre et fait partie d'une expérimentation nationale mise en place également à Eindhoven au sein de 12 pratiques de groupe. Ce projet expérimental sera évalué par l'université de Maastricht. L'infirmière praticienne assure les consultations de première intention sauf en cas de problème particulier ; elle n'est pas autorisée à prescrire.

Enfin, dans le cadre de la négociation entre médecins et financeurs, un projet est actuellement en débat, qui comporte un volet sur le développement du rôle des infirmières en soins primaires. L'objectif est de contractualiser à terme avec les " pratiques " ou groupes et non plus les médecins individuellement, sur la base d'objectifs déclinés en termes de services délivrés. Ce modèle de contractualisation s'apparente à celui qui

est développé au Royaume-Uni dans le cadre du " *New Gp Contract* " à la différence qu'il ne s'agit pas dans ce cas d'un contrat national mais d'un contrat négocié régionalement entre représentants des médecins et des assureurs. Cette approche, plus pragmatique que l'emploi de médecins salariés dans des centres de santé, vise à respecter l'autonomie et la dynamique professionnelle.

2.2. Le transfert d'activités : la réalisation par l'infirmière de tâches antérieurement réalisées par le médecin

A côté des nouveaux rôles infirmiers favorisés par une diversification de l'offre de services en soins primaires, nous nous intéressons au transfert d'activités antérieurement réalisé par une catégorie de professionnels à une autre catégorie de professionnels, ou à un autre grade dans la même catégorie (Midy, 2003). Ce transfert peut être réalisé sous délégation ou de façon complète sans contrôle du médecin, celui qui réalise l'acte étant pleinement responsable.

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. Elles font néanmoins l'objet d'une formation spécifique. Dans la plupart des pays, c'est la réalisation d'un processus diagnostique (avec un recueil d'anamnèse, un examen clinique et la réalisation d'explorations complémentaires) ou la prescription d'un traitement médicamenteux qui font l'objet de modifications réglementaires et, à ce titre, que nous considérons comme faisant l'objet d'un transfert du médecin vers l'infirmière.

La possibilité de réaliser des tâches médicales, qui implique un recoupement avec le rôle du médecin, se retrouve sous le terme générique anglo-saxon de " pratique infirmière avancée ". La majorité des données provient des pays anglo-saxons : Royaume-Uni, Canada, Australie, États-Unis. On retrouve sous ce vocable un ensemble de dénominations différentes selon les pays : infirmières praticiennes (*nurse practitioners*), infirmières en pratique avancée (*advanced practice nurses*) ou encore infirmières spécialisées (*specialist nurses*). Ces titres correspondent à des diplômes délivrés par des organismes de formation et des organismes représentatifs des infirmières. Ils ne se superpo-

sent pas toujours aux titres juridiques qui permettent à certaines infirmières, généralement celles qui ont une formation supérieure, de réaliser des actes traditionnellement réservés aux médecins.

2.2.1. Les infirmières en pratique avancée : le cas du Royaume-Uni et du Canada

Définitions

L'extension des compétences infirmières regroupées sous le terme générique de pratiques avancées (*advanced nursing practice*) est ancienne. Elle 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 complémentarité de la pratique médicale (cf. section 2 texte de Danièle d'Amour).

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 - elle a été 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 a particulièrement développé ce modèle, que l'on retrouve aussi au Royaume-Uni.

L'infirmière praticienne ou de santé publique a quant à elle vocation à s'adresser 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 prescriptions dans un cadre limité (listes et situations types), ou dans des conditions d'exercice bien précisées. Les infirmières praticiennes peuvent exercer dans différents contextes. Elles travaillent majoritairement dans le champ des soins primaires en Ontario et au Royaume-Uni, et, à l'inverse, exerceront principalement à l'hôpital au Québec.

Il faut toutefois noter que si les organismes professionnels et de formation infirmiers ont développé des diplômes et des titres d'infirmière praticienne, la reconnaissance juridique a été inégale selon les pays.

Le Conseil international des infirmières propose la définition suivante de l'infirmière en pratique avancée : " Une infirmière praticienne / en pratique avancée est une infirmière diplômée d'État (*registered nurse*) 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 leur métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Le niveau de base recommandé est celui de la maîtrise ou M1 du Master (bac + 4) ".

Une autre définition, fournie par une université canadienne, offre davantage de précisions en termes de pratique infirmière :

" L'infirmière praticienne possède de préférence une maîtrise ou un doctorat en sciences infirmières et fournit aux patients des soins infirmiers, soit sous forme de soins directs, soit par des services de consultation et d'éducation. Les infirmières praticiennes offrent des services de santé de base qui complètent les soins dispensés par les médecins. Elles diagnostiquent et soignent les maladies communément répandues et prescrivent des médicaments. Elles font généralement partie d'une équipe multidisciplinaire, mais peuvent aussi travailler seules dans des régions rurales et éloignées. Elles travaillent donc directement avec les individus, les familles, les collectivités, les infirmières et les autres professionnels de la santé. Dans leur travail, elles dispensent toute une gamme de services de santé : promotion de la santé, prévention et traitement des maladies et des blessures, réadaptation et services d'appui. Contrairement aux infirmières, l'infirmière praticienne peut établir un diagnostic pour certaines maladies, prescrire des tests, des traitements et certains médicaments³¹".

31. Source : *Carrières en santé et en services sociaux*, www.rifssso.ca.

La fonction de *nurse practitioner* (NP) trouve son origine aux États-Unis, au début des années soixante-dix. En 1971, dans l'objectif de pallier un déficit de médecins, un *Managed Care* (Health Maintenance Organisation) de Californie met en place un programme de formation de *nurse practitioner*. Il s'agit de laisser des infirmières, formées en ce sens, prendre en charge une part des soins primaires dans le domaine de la médecine générale, de la pédiatrie, de l'obstétrique et de la gynécologie. À l'issue d'une formation d'un à deux ans, ces infirmières apprennent à réaliser un interrogatoire, établir un diagnostic et prescrire. Elles travaillent par la suite dans des équipes interdisciplinaires dirigées par des médecins et constituent fréquemment le premier point de contact du patient avec le système.

Les " *nurse practitioners* " au Royaume-Uni

Les *nurse practitioners* (NP) apparaissent au Royaume-Uni au début des années quatre-vingt, après que plusieurs infirmières sont parties se former aux États-Unis. Le premier diplôme de NP date de 1990 et implique une formation dans le domaine de l'entretien exploratoire et également dans le domaine de l'exploration physique (examen, reconnaissance d'anomalies et dépistage, recherche de facteurs de risque et de symptômes annonciateurs et d'un problème de santé).

Dans les années quatre-vingt-dix, la fonction de *nurse practitioner* se développe au premier chef dans le secteur des soins primaires ; ce n'est que plus récemment que l'on trouve des *nurse practitioners* dans les soins secondaires à l'hôpital. La croissance du nombre de *nurse practitioners* a été rapide même si leur nombre reste modéré : au début des années quatre-vingt-dix, on recense 24 infirmières ayant le diplôme de *nurse practitioner* ; dix ans plus tard elles sont estimées à environ 3 000 par le *Royal College of Nursing*³².

32. La mesure précise du nombre d'infirmières praticiennes en exercice est impossible au Royaume-Uni dans la mesure où les infirmières diplômées ne sont pas enregistrées comme infirmières praticiennes auprès du *Nursing and Midwifery Council*. Nous ne savons pas combien d'infirmières praticiennes exercent comme telles.

En 1996, le *Royal College of Nursing* - syndicat de la profession infirmière - propose une définition précise du rôle des *nurse practitioners*³³. Une NP est une infirmière diplômée d'Etat (*registered nurse*) qui a suivi une formation spécifique et qui est en mesure de :

- prendre des décisions de manière autonome dont elle est la seule responsable ;
- recevoir des patients dont les problèmes ne sont pas identifiés et n'ont pas fait l'objet de diagnostic ;
- faire une évaluation des besoins du patient fondée sur des connaissances et des compétences infirmières de haut niveau, ce qui inclut des compétences qui habituellement ne relèvent pas de la fonction infirmière, comme les examens physiques ;
- dépister les facteurs de risque et les premiers signes de maladie ;
- faire des diagnostics ;
- développer avec le patient un plan de soins infirmiers en portant une attention particulière sur les mesures préventives ;
- demander des investigations nécessaires et fournir soins et traitements à la fois individuellement - dans le cadre d'une équipe - et par le biais de " référencement " à d'autres professionnels de santé ;
- faire preuve de soutien en aidant les patients à parvenir à vivre avec leur maladie ;
- prodiguer conseils et éducation pour la santé ;
- travailler en collaboration avec d'autres professionnels de santé ;
- prendre en charge une fonction de leadership et de consultant (*consultancy*).

Si l'on se réfère à cette définition, le champ de compétences des NP apparaît très large. Elles constitueraient le point d'entrée privilégié dans le système des soins primaires. Les patients disposent en effet d'un accès direct à leurs services, elles ont la possibilité de les référer pour des soins ou des traitements complémentaires et elles peuvent établir un diagnostic.

Le *Royal College of Nurses* souligne que les NP ne sont en aucun cas un substitut du médecin, ou un moyen de fournir des services médicaux à

moindre coût. Selon le RCN, elles fournissent une source de soins complémentaire de celle fournie par les médecins et renforcent celle-ci.

L'absence de reconnaissance du titre de «nurse practitioner» au Royaume-Uni et le nouveau processus de valorisation des qualifications et des compétences

Il semble toutefois que les *nurse practitioners* éprouvent des difficultés à obtenir une véritable identité professionnelle, essentiellement en raison d'un débat persistant sur leur définition et leur rôle. Le UKCC (*United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting*) - corps réglementaire de la profession de 1983 à 2002, remplacé depuis par le *Nursing and Midwifery Council* (NMC) - n'avait pas reconnu le titre de NP pour les infirmières remplissant les critères de formation appropriés. Cependant, plus récemment, le NMC a fait part de son intention de mettre en place un système de régulation pour ces infirmières. Tant que le NMC n'a pas franchi cette étape, n'importe quelle infirmière est en mesure d'utiliser le titre de *nurse practitioner*, ce qui rend difficile pour les employeurs, les collègues ou les patients d'appréhender précisément la fonction de NP. Le RCN considère que seules les infirmières ayant suivi une formation spécifique peuvent se prévaloir de ce titre.

Par ailleurs, d'autres métiers au sein de la profession infirmière se sont développés au Royaume-Uni depuis quelques temps : à côté des *nurse practitioners*, on trouve également les *advanced practice nurse*, les *clinical nurse specialist*, les *nurse consultant*... Dans ce cas-là aussi, le nom et la signification de ces titres, de même que le contenu des métiers, n'ont pas été définis et reconnus par le gouvernement et par la profession. Comme pour les NP, ce sont les infirmières elles-mêmes et leur employeur qui choisissent d'attribuer tel ou tel titre à l'infirmière. Ce titre ne sera pas systématiquement valable à l'extérieur, même si, de façon générale, les infirmières concernées ont suivi un cursus de formation complémentaire.

L'évaluation et la valorisation des compétences en situation de travail : le Skills Knowledge Framework

Le NHS s'est engagé dans un processus visant à mieux articuler dans l'ensemble du NHS les compétences et connaissances du personnel soignant en poste avec un niveau de qualification et de rémunération. L'objectif de cette réforme, qui introduit un nouveau système de

33. Royal College of Nursing, *Nurse practitioners - a RCN guide to the nurse practitioner role, competencies and programme approval*.

rémunération, des soignants est de garantir une rémunération égale à tout travail de même valeur. Ce système de rémunération est issu d'un processus de négociation, d'élaboration, de validation, d'expérimentation et d'évaluation qui s'est déroulé sur cinq années.

Les outils élaborés permettent à chaque infirmière ou sage-femme employée dans ou hors du NHS de réaliser une évaluation des savoir-faire et des compétences mobilisées en pratique à son poste par le biais d'un outil de description de savoir-faire et de connaissances : le *Skills and Knowledge Framework*. Réalisé en interaction avec le responsable hiérarchique selon une procédure codifiée, l'évaluation de la personne est ensuite confrontée à une base de données nationale visant à valider ou non l'appartenance à un profil de poste donné. En cas de concordance de l'évaluation personnelle avec le profil moyen, la personne est requalifiée ou non à son poste. La qualification résultante est associée à une fourchette de salaire selon une table de correspondance négociée entre le *Royal College of Nursing* et le NHS (cf. annexe 6, page 238). Ce système, qui vise à valoriser les compétences mobilisées dans un poste de façon égale dans l'ensemble du Royaume-Uni, est destiné à remplacer à terme le système de rémunération en fonction des grades. Il permet aussi de s'affranchir des nombreux titres et qualifications en soins infirmiers qui existent au Royaume-Uni.

Le référentiel, *Skills, Knowledge Framework*, est constitué de 30 dimensions qui identifient les grandes fonctions requises pour offrir des services de qualité. Le SKF constitue à ce titre un standard de qualité des postes au sein du NHS. Chaque poste soignant du NHS est décrit au moyen de 6 dimensions principales (communication, développement personnel et collectif, santé-sûreté et sécurité, développement du service, qualité et égalité-diversité et droits), et de 24 autres dimensions plus spécifiques regroupées en quatre entités (Santé et bien-être, propriété et équipement, informations et connaissance, capacités générales). Chacune des dimensions peut être graduée de 1 à 4 en fonction des savoirs faire mobilisés (voir annexe 6, page 242). L'outil ainsi développé est issu d'une analyse préalable de 400 postes au sein du NHS et a ensuite été testé et évalué en situation. Il s'apparente à un référentiel de compétences mobilisable dans un processus d'évaluation personnel et de valorisation des personnels.

On peut concevoir ce processus comme une étape vers la définition des métiers infirmiers.

Les compétences requises ne sont pas présentées de manière très précise en termes de réalisation d'actes mais davantage en termes d'objectifs à atteindre. Le document de référence comprend une description détaillée des actions réalisées dans chaque dimension et à chaque grade. Le grade 4 correspond en général à un degré d'autonomie élevé dans chaque dimension. Cet outil permet d'appréhender les niveaux de qualification des postes infirmiers au sein du NHS (pratiquement tous les emplois y sont couverts) et pour une part en dehors du NHS (c'est le cas notamment des *practice nurses* qui sont employées par les cabinets de médecine générale et dont la fourchette de salaire peut aller de 5 à 7 selon que l'infirmière est expérimentée, a reçu une formation supplémentaire et exerce des fonctions d'encadrement d'équipe).

Quatre catégories d'infirmières sont ainsi décrites au travers des fourchettes de salaires 5, 6, 7 et 8 selon un ordre correspondant au niveau de compétences exigées (voire annexe 6, page 246) :

- infirmière diplômée : *registered nurse* ;
- infirmière spécialisée : *nurse specialist, nurse team leader, nurse NHS direct* ;
- infirmières très spécialisées et/ou en situation de responsabilité : *nurse advanced, nurse team manager (NHS direct)* ;
- *nurse consultant* : *Nurse consultant* en général directement employée par le *Primary Care Trust*³⁴.

Les infirmières praticiennes au Canada

La profession évolue depuis quelques années vers un élargissement du rôle de la pratique infirmière avancée. Un certain nombre d'expériences de collaboration interdisciplinaire dans ce domaine émergent actuellement au Canada. Pour l'instant, les possibilités de formation et les besoins à l'égard de ces rôles varient entre les provinces et les territoires, tout comme la reconnaissance juridique des infirmières dans un rôle de soins infirmiers avancés. La législation, la réglementation et la formation restent encore définies à l'échelon provincial. Toutefois, dans l'objectif de réduire le temps d'attente et les difficultés d'accès à des services de qualité, l'Initiative Canadienne pour les Infirmières

34. Ce titre a été choisi pour faire un parallèle avec les médecins spécialistes hospitaliers dont le poste de consultant est la plus haute fonction clinique. Elles ont une expérience plus développée en tant que manager et leader.

et Infirmiers Praticiens (ICIIP) - portée par l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (AIIC)³⁵ - cherche à établir un cadre général pour l'intégration soutenue du rôle des Infirmières Praticiennes (IP) dans le secteur des soins primaires. Des consultations sont actuellement en cours auprès d'un grand nombre de représentants issus de collectivités urbaines, rurales et éloignées et œuvrant au sein d'organismes provinciaux, nationaux et gouvernementaux, pour conduire à l'élaboration d'un consensus sur la normalisation du rôle des IP, de la législation et de la réglementation liées à leur pratique, de la formation qu'elles doivent recevoir et des compétences qu'elles doivent acquérir avant d'exercer.

Selon l'ICIIP, les gouvernements et de nombreux intervenants en matière de santé reconnaissent que les IP sont indispensables au sein du système canadien et tous s'accordent à dire que, à l'instar des médecins, les IP devraient se soumettre à des procédures d'évaluation et d'autorisation d'exercer normalisées à l'échelle nationale. L'ICIIP souligne que le rôle des IP n'est pas de remplacer d'autres membres des équipes de soins, mais bien de collaborer avec eux dans l'objectif d'améliorer l'accès à des services de santé de qualité.

L'ICIIP³⁶, qui présentera son rapport de recommandation final au printemps 2006, est financée par Santé Canada par le biais du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, mis sur pied par le gouvernement fédéral dans le but d'améliorer l'accès à ce type de soins. Le rapport devrait contenir des lignes directrices sur le champ de pratique des IP, définir les compétences et la formation requises, proposer des modèles de rémunération permettant aux médecins et aux IP de travailler en collaboration et, enfin, expliquer - à l'échelle nationale - comment les tâches des IP peuvent varier en fonction des contextes et des lieux.

Le premier rapport sur " la réglementation et le nombre d'infirmières et d'infirmiers praticiens au Canada " a été publié en septembre 2005 par l'Institut Canadien d'Information sur la Santé et l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada. Il identifie 11 provinces et territoires canadiens ayant élaboré ou mis en vigueur des lois et des règlements sur les infirmières praticiennes. En 2004, 878 infirmières praticiennes autorisées et inscrites sont recensées. Le tableau ci-après présente leur répartition selon les provinces et territoires.

Tableau 2
Répartition des Infirmières praticiennes formées entre les provinces et territoires canadien en 2003 et 2004*

	2003	2004
Terre Neuve et Labrador	57	62
Nouvelle Écosse	29	34
Nouveau Brunswick	6	14
Ontario	552	598
Saskatchewan	-	42
Alberta	76	112
Territoires du Nord Ouest et Nunavut	5	16
Total Canada	725	878

* Certaines provinces qui ont une réglementation récente comme le Québec où qui n'ont pas formé d'infirmières praticiennes ne sont pas présentes dans le tableau.

Selon le rapport, les Infirmières praticiennes sont plus nombreuses à travailler à temps plein (70 %) que les infirmières autorisées (51 à 54 %). La plus grande partie d'entre elles déclarent travailler comme infirmières praticiennes (70 %).

Plusieurs provinces canadiennes ont donc déjà réglementé le statut d'infirmière praticienne. Ce statut est accordé à une infirmière qui, en plus de détenir une formation universitaire en sciences infirmières, a acquis des connaissances et des compétences avancées dans un domaine de pratique clinique.

Selon le rapport, les IP ont ou auront le droit de pratiquer les trois actes suivants³⁷ :

1. Poser un diagnostic sur une maladie, un trouble ou un état de santé.
2. Prescrire et interpréter des tests diagnostiques ou de dépistage.
3. Prescrire des médicaments.

Les possibilités d'exercice des infirmières praticiennes sont nombreuses : milieu hospitalier, centres de santé communautaire, cliniques de santé en tant que membre d'un groupe multidisciplinaire, cabinets privés, centres de soins de longue durée.

35. Communiqué de presse du 15/4/2005 de l'AIIC.

36. Il s'agit d'un projet de l'ordre de 8,9 millions de dollars canadiens.

37. *Carrières en santé et en services sociaux* : www.rifssso.ca

Nous présentons dans le paragraphe suivant une analyse plus détaillée des deux provinces importantes que sont l'Ontario et le Québec à deux stades très différents du développement de la catégorie d'infirmière praticienne.

L'Ontario : une reconnaissance progressive de l'extension des rôles infirmiers en Ontario

L'Ontario³⁸ compte aujourd'hui plus de 500 infirmières praticiennes en première ligne, qui exercent principalement à l'intérieur de groupes de médecins et dans des établissements de soins primaires.

Bien que le diplôme d'infirmière praticienne (IP) existe depuis longtemps, le droit de pratiquer certains actes réservés aux médecins n'est reconnu officiellement en Ontario que depuis peu. En effet, depuis l'adoption, en 1998, de la " *Loi sur l'extension des services infirmiers à l'intention des patients* ", l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario a inscrit des Infirmières Autorisées (*Registered Nurse*) à la nouvelle catégorie des Infirmières Autorisées Étendues IAE (*Registered Nurse in the Extended Class*), reconnaissant ainsi leurs aptitudes poussées à la prise de décisions. Certaines infirmières autorisées ont en effet reçu une formation approfondie en soins primaires qui leur donnent la possibilité d'effectuer certaines des tâches liées au diagnostic et aux traitements autrefois réservés aux médecins.

A l'heure actuelle, seules les infirmières en soins primaires sont admissibles à la catégorie spécialisée des IAE. L'IAE offre des services de santé complets qui regroupent la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures, les traitements, la réadaptation et les services de soutien. Son champ d'exercice est plus large que celui de l'IA de la catégorie générale dans les domaines de l'évaluation, du diagnostic, de l'ordonnance d'analyses et de traitements et de la promotion de la santé³⁹.

Les infirmières praticiennes travaillent en général dans les centres de santé communautaire et les postes infirmiers en région isolée. Elles jouent un rôle important pour alléger la pénurie de médecins dans toute la province.

Une étude (SIDANI 2000), publiée en 2000, vise à décrire les lieux de travail, la formalisation des tâches et le champ de pratique des infirmières

38. Cf. annexe pièces jointes A et B sur la répartition et le financement des IP + liste de ce qu'elles peuvent faire.

39. Voir liste des actes en détail en annexe.

praticiennes/IAE⁴⁰ en soins primaires. Cette étude a été réalisée par questionnaire auprès de 227 infirmières identifiées comme infirmière praticienne par l'organisation des infirmières de l'Ontario. Sur les 166 répondantes, seuls 123 déclarent pratiquer en tant qu'infirmière praticienne. Les répondantes ont 41 ans en moyenne et sont mariées, exercent la profession infirmière depuis dix-neuf ans et celle de NP depuis 3,7 ans. 80 % travaillent dans un seul lieu. Plus de la moitié travaillent dans un CHC, et 10 % dans un cabinet de médecins, 10 % dans un *Health Service Organisation* et 10 % dans un poste infirmier avancé. Toutes délivrent des *wellness care* (soins de maintien), soins ou pour de petites maladies aiguës et soins aux patients chroniques (60 % de soins aux patients palliatifs et de soins pour des affections aiguës graves). Dans un tiers des cas, elles bénéficient d'un soutien médical permanent. 91 % des lieux de travail offrent parfois ou souvent un soutien médical. Enfin, deux tiers des lieux offrent un soutien médical à distance de façon systématique. La plupart des répondantes voient leur rôle bien défini. Elles reconnaissent un haut niveau d'indépendance dans la prise de décision. La plupart prescrivent des examens et font un diagnostic dans les domaines suivants : infections vaginales, sinusites, angines, otites de l'oreille moyenne, infections respiratoires supérieures, infections urinaires basses, HTA, diabète, dépression, ménopause ou délivrent un traitement. Seules 10 % peuvent adresser un patient à l'hôpital pour une admission. Soit le patient les consulte directement, soit il est adressé par un collègue du même lieu de consultation, soit par " triage ", soit d'un autre lieu de consultation. Moins de la moitié des infirmières utilisent des protocoles ou des procédures standards quand elles planifient ou délivrent des soins aux patients. Environ deux tiers des répondantes réalisent des visites à domicile (moyenne de 6 par mois avec des extrêmes de 0 à 20). Elles s'estiment satisfaites, traitées à égalité par leurs collègues médecins et infirmières et réalisent un travail pour lequel elles ont été formées. Leur activité diffère selon leur cursus de formation. Celles qui ont pris la voie du master publient davantage, participent aux programmes de formation, sont plus flexibles et mobiles et travaillent dans des cliniques ambulatoires

40. L'auteur utilise le terme d'infirmière praticienne qui constitue la population d'étude. Ces infirmières sont aussi toutes des " infirmières autorisées étendues " IAE. Dans ce cas précis, toutes les personnes enquêtées ont été enregistrées comme infirmière autorisée aux capacités étendues. L'objet de l'étude est justement d'évaluer leur activité en référence au modèle de l'infirmière praticienne.

spécialisées ou des lieux d'éducation à la santé. En revanche, celles qui sont passées par la voie du " baccalauréat " travaillent plutôt hors de l'hôpital et en zone rurale.

Il semble que le sentiment d'isolement et le manque de soutien médical immédiatement accessible ont pu décourager les infirmières à occuper les postes en zones éloignées (seulement 10 % travaillent dans les cabinets infirmiers autonomes ou les " *outpost positions* ").

Les auteurs concluent que les *nurse practitioners* exercent en utilisant tout le potentiel offert par la législation. L'indépendance acquise et la possibilité de prescription peuvent expliquer le faible développement des guides de pratiques/ protocoles constatés, ce qui ne dispense pas de règles de pratiques dans les lieux de travail même si elles ne sont pas écrites.

En 2002, le ministère s'était engagé à créer plus de 300 postes d'infirmières praticiennes en soins primaires dans les régions rurales et insuffisamment desservies de l'Ontario. Par ailleurs, toujours en 2002, 117 postes d'infirmières praticiennes en soins primaires ont été créés pour optimiser la prestation des soins de santé en Ontario.

Le Québec : la reconnaissance du titre d'infirmière praticienne limitée au secteur hospitalier spécialisé

A ce jour, la pratique de l'infirmière avancée au Québec a été mise au point surtout pour des infirmières cliniciennes spécialisées. Le statut d'infirmière avancée en soins primaires n'a pas encore fait l'objet d'un règlement. Mais le ministre de la Santé et des Services sociaux a déjà annoncé son intention de reconnaître ce statut au Québec.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, a annoncé la mise en place d'un Programme d'intéressement au titre d'infirmière praticienne qui permettra, d'ici 2006, la formation et l'embauche de soixante-quinze infirmières spécialisées dans les secteurs de la néphrologie, de la cardiologie et de la néonatalogie. Selon le ministre, ce programme, qui répond à des besoins exprimés depuis longtemps, vise à la fois à reconnaître et à encourager l'évolution de la profession infirmière vers une pratique encore plus autonome, avancée ou spécialisée. Le ministre a également indiqué que la présence d'infirmières praticiennes au sein des équipes soignantes permettra au Québec de rattraper le retard qu'il accusait jusqu'ici sur certaines provinces canadiennes et une grande partie des États-Unis⁴¹.

En conclusion de ce paragraphe, nous pouvons dire que la pratique avancée des infirmières est ancienne et s'est développée principalement dans les pays anglo-saxons, en premier lieu au travers de programmes de formation spécifiques proposés par les organismes de formation et de recherche en sciences infirmières. Le nombre d'infirmières en pratique avancée apparaît somme toute relativement modeste dans les deux pays de l'étude qui ont quitté le stade expérimental de développement du métier d'infirmière praticienne (environ 900 au Canada pour 31 millions d'habitants et 3000 au Royaume-Uni pour environ 60 millions d'habitants). Enfin, mis à part le cas de certaines provinces du Canada, comme l'Ontario qui a réglementé le cas de l'infirmière autorisée étendue (*in the extended class*), les titres d'infirmières praticiennes ne sont pas protégés, signifiant ainsi une faible reconnaissance institutionnelle de cette catégorie professionnelle qui semble susciter un intérêt dans plusieurs autres pays (Pays-Bas, Suède, Finlande).

De fait, comme le développe le point suivant, c'est plus par le transfert du droit de prescription que par le transfert d'activités de la profession médicale que de nouveaux rôles infirmiers semblent se développer.

2.2.2. La prescription infirmière au Royaume-Uni, en Suède et au Canada

La prescription, qu'elle porte sur les traitements médicamenteux ou sur les autres produits et matériels médicaux, est traditionnellement réservée au corps médical. Plusieurs pays se sont néanmoins engagés dans le développement de la prescription par d'autres professionnels, notamment les infirmières et le plus souvent les infirmières de pratique avancée.

La prescription au Royaume-Uni : de multiples modalités qui varient selon la compétence et l'autonomie du prescripteur

Au Royaume-Uni, c'est depuis le début des années quatre-vingt-dix que la prescription - auparavant exclusivement réservée aux médecins, chirurgiens dentistes et vétérinaires - a été élargie aux infirmières, mais aussi à d'autres professions. Initialement conduite de façon expérimentale et très encadrée, la prescription en soins primaires est désormais possible dans quatre types de contextes :

41. Source: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications.

1. La **prescription indépendante (independent prescribing)** (médecin, dentiste et infirmière dans les limites du formulaire de prescription étendu), intervient dans deux situations possibles :

- La première concerne deux catégories d'infirmières intervenant au domicile (les *district nurses* et les *health visitors*) et reste limitée à une liste de 13 produits normalement prescrits par le médecin, certains produits étant délivrables uniquement par le pharmacien et certains autres en vente libre, correspondant à des situations courantes de la pratique infirmière au domicile (pansements, matériel...). Cette pratique est encadrée par le " formulaire de prescription infirmière " qui est un document national. La formation à ces prescriptions est désormais intégrée dans la formation de base. Elle concerne en 2004, 28 000 infirmières de district et visiteurs de santé.
- Le deuxième cas de figure, introduit en 2004, élargit le champ de la prescription (*Nurse Prescriber's Extended Formulary*) à toutes les infirmières certifiées, expérimentées, et formées de façon spécifique (pendant six mois comprenant 26 jours d'enseignement théorique, 12 jours de formation pratique sous la supervision d'un médecin). L'infirmière est habilitée à prescrire de façon autonome environ 180 produits (antibiotiques, vaccins, pilules, antiémétiques, corticoïdes locaux ou *per os* comme la prednisolone..) dans le cadre d'une liste de 80 situations cliniques précises (gastro-entérite, soins palliatifs, crise d'asthme, infection urinaire non compliquée chez la femme...).

2. Une possibilité de prescription supplémentaire ouverte aux infirmières, sages-femmes, pharmaciens et visiteurs de santé a en outre été introduite en avril 2003. Cette modalité de prescription s'intègre dans un protocole de soins et de suivi écrit relatif à un patient donné. Il repose sur l'accord du médecin, des professionnels impliqués et du patient. Chaque professionnel nommé dans le protocole peut prescrire ou adapter les doses entre deux consultations du prescripteur légal, sans limitation à partir d'une liste de produits. Ce mode de prescription s'adresse particulièrement aux patients atteints de pathologies chroniques (diabète, santé mentale...).

3. La prescription destinée à un groupe de patients, *patient group direction* (infirmière, sage-femme, pharmacien, visiteur de santé, optométriste...) concerne quant à elle la délivrance et l'administration de produits tels que les vaccins. Ce mode de prescription doit reposer sur un protocole local signé par un médecin ou un dentiste et un pharmacien, et être validé par l'autorité locale de santé. La liste des personnes autorisées à prescrire est nominative, aucune formation spécifique n'est requise et c'est à chaque organisation de s'assurer que la personne est compétente. Ce mode de prescription est ouvert à plusieurs professions. Plusieurs dosages sont possibles et permettent une adaptation par le professionnel.

4. Des exemptions précises (pour la vente, la délivrance ou l'administration parentérale) concernent enfin la prescription de produits destinés à des besoins particuliers.

L'extension des prescriptions infirmières semble à cet égard se développer rapidement, comme le montre le tableau ci-après issu des données du registre national des infirmières au printemps 2004.

Tableau 3
Extension des prescriptions infirmières

Type de prescripteur*	Nouveaux prescripteurs enregistrés en 2003/2004	Total de prescripteurs enregistrés
Independent nurse prescribers	11 324	30 599
Extended nurse prescribers	980	1 497
Supplementary nurse prescribers	1 457	1 457
Total des prescripteurs	13 761	33 553

Source : Nursing and Midwifery Council - avril 2003 à mars 2004

Une revue récente de la littérature sur la prescription infirmière au Royaume-Uni montre une satisfaction générale des patients et des professionnels prescripteurs, mais souligne aussi certaines limites, ouvrant sur des évaluations complémentaires (Latter, 2004).

Enfin, plus récemment, le ministre de la Santé britannique a décidé d'autoriser les infirmières et

les pharmaciens, à partir du printemps 2006, à prescrire tous les médicaments, à l'exception des produits considérés comme des stupéfiants. Après une formation de trente-huit jours, il sera désormais possible à ces professionnels de santé de remplir et signer des ordonnances. Cette extension rapide et massive du droit de prescription rencontre actuellement l'opposition des organisations médicales.

La prescription indépendante de l'infirmière en Suède

La prescription de médicaments par des non-médecins ne concernait au départ que les sages-femmes et les infirmières de santé publique spécialisées (*district nurses*). La réforme autorisant ces infirmières à prescrire a été mise en œuvre en 1994 dans un objectif de simplification de la prise en charge des patients et d'amélioration de l'efficacité économique. Les premiers projets de réforme datent de 1978, mais ce n'est que dix ans plus tard, en 1988, que les premières expérimentations sont intervenues dans une région du nord de la Suède, caractérisée par un déficit de médecins.

Après deux évaluations positives - et malgré quelques réticences exprimées par certains médecins généralistes - le gouvernement a décidé, en 1994, d'autoriser aux infirmières la prescription de médicaments à la condition d'avoir suivi une formation minimale de huit semaines. Initialement, un fonds spécial a été créé afin de financer cette formation, mais aujourd'hui, la formation en pharmacologie et traitements médicamenteux est incluse dans la formation spécialisée pour toutes les infirmières de santé publique. De 246 en 1995, le nombre d'infirmières concernées est passé à 6 521 trois ans plus tard, en 1998. En 2001, le droit de prescription a été ouvert à d'autres catégories d'infirmières, sous réserve d'avoir suivi la formation appropriée et d'exercer exclusivement dans le secteur public.

L'évaluation de cette politique plus limitée qu'au Royaume-Uni a fait apparaître des résultats positifs. Depuis 2001, le droit de prescription a été étendu, la liste des catégories de médicaments qu'une infirmière peut prescrire étant passée de 4 à 15. Cette liste est révisée régulièrement par le Conseil national de la Santé et des Affaires sociales (*Socialstyrelsen*).

L'Agence suédoise de produits médicaux a énoncé cinq principes définissant le type de produits pouvant être prescrits par les infirmières :

1. les indications doivent concerner les soins infirmiers et non les demandes d'examen en laboratoire ;
2. les produits doivent avoir été approuvés et utilisés depuis au moins deux ans ;
3. la prescription doit exclusivement concerner les indications présentes sur la liste et être mises en œuvre par une infirmière formée à la prescription ;
4. la liste doit être révisée annuellement ;
5. les règles relatives à la documentation et à la responsabilité doivent être les mêmes que pour les médecins.

Les effets de l'introduction de la possibilité de prescription par les infirmières de district ont été peu étudiés. Plusieurs publications qui ont exploré les perceptions des médecins généralistes et des infirmières mettent en évidence des tensions entre les deux groupes professionnels concernés. Deux types de travaux menés par le même auteur à des périodes différentes, l'un réalisé par enquête postale avec questionnaire auto-administré auprès des médecins généralistes et des infirmières de districts (Wilhelmsson, 2001) et l'autre par entretiens collectifs avec ces deux catégories professionnelles (Wilhelmsson, 2003) montrent des résultats similaires et relativement stables. Les infirmières expriment des opinions positives sur la prescription. Elles sont plutôt satisfaites de la formation qu'elles ont reçue, expriment leur grande vigilance à l'encontre des risques induits par la prescription. Le droit de prescrire et les connaissances acquises leur procurent le sentiment d'avoir acquis un plus grand professionnalisme. La prescription est décrite comme une dimension normale du processus de soins infirmiers par les infirmières.

Les médecins généralistes semblent quant à eux peu connaître les compétences et les modalités de prescription des infirmières avec lesquelles ils ont globalement peu de relations. Ils sont assez négatifs vis-à-vis de cette activité. Ils considèrent la prescription infirmière comme inutile, coûteuse et risquée. Ils soulignent que le développement de la prescription infirmière n'a pas modifié leur charge de travail. Elle pourrait néanmoins avoir son utilité en milieu rural.

Les tensions semblent moins importantes entre catégories professionnelles dans les centres de santé où le management porte une attention particulière à la dimension du travail d'équipe. Les auteurs concluent à une attitude plus négative des médecins suédois que les médecins britanniques vis-à-vis de la prescription infirmière. Cette différence est attribuée pour une part à la liste

plus limitée des médicaments pouvant être prescrits par les infirmières britanniques à l'époque mais aussi aux formes d'exercices des médecins généralistes qui sont distinctes dans les deux pays. Le statut de travailleur indépendant du médecin britannique lui offrant un plus grand sentiment d'autonomie et de maîtrise de sa pratique que le médecin généraliste suédois qui exerce majoritairement comme un salarié en centre de santé.

Nous n'avons pas rencontré d'études portant sur les effets de la prescription infirmière sur la qualité des soins.

L'analyse des entretiens de groupe révèle par ailleurs une perspective de développement de la prescription infirmière dans le cadre du suivi de patients atteints de maladies chroniques en Suède. Il s'agit de permettre à des infirmières, formées pour suivre spécifiquement des patients atteints de diabète ou d'asthme par exemple, de réaliser des prescriptions sous contrôle du médecin. Ce mode de prescription qui s'adresserait à des infirmières non qualifiées se ferait sous contrôle médical. Une nouvelle modalité de prescription dite dépendante pourrait donc émerger en Suède dans les années à venir.

La prescription infirmière au Canada

L'ordonnance collective au Québec : une prescription infirmière sous contrôle

L'évolution récente de la législation québécoise sur les professions de santé, mise en application en 2003, est caractérisée notamment par le développement de la prescription collective et par la création de l'infirmière praticienne.

L'ordonnance collective, qui s'adresse à un groupe de personnes, peut être exécutée par des professionnels désignés comme habilités à le faire. Elle leur permet d'exercer les activités qui leur sont réservées, sans avoir à attendre d'ordonnance, dans les conditions suivantes :

- le patient n'a pas à être vu préalablement par le médecin ;
- pour répondre à des situations d'urgence, à des situations dites de " routine " ou à des situations cliniques prédéterminées.

Les ordonnances collectives peuvent préciser les professionnels visés, les catégories de patients, le lieu, les indications et contre-indications et, le cas échéant, les précautions et directives applicables. Elles peuvent avoir pour objet d'ad-

ministrer, d'ajuster ou d'effectuer des soins, des examens, des traitements médicaux et des médicaments. Pour l'Ordre des infirmières du Québec, l'ordonnance collective est un outil plus souple car non limité à une liste d'actes médicaux. Elle permet à une infirmière de procéder à des tests diagnostiques, d'administrer et d'ajuster des médicaments et de mettre en oeuvre des mesures diagnostiques et thérapeutiques sans attendre une ordonnance individuelle. Elle n'est pas limitée aux établissements de santé et peut être utilisée en clinique privée, dans le contexte des Groupes de Médecins de Famille, ou dans les dispensaires et autres structures de soins. Pour l'Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec (OIIQ), l'ordonnance collective constitue un des outils principaux de collaboration entre les médecins et les infirmières, cet outil devant être préférentiellement appliqué dans le contexte d'une équipe stable d'infirmières et régulièrement affectées à un secteur clinique donné.

Les exemples présentés par l'OIIQ renvoient à des pratiques courantes en établissement de soins : demander ou effectuer des prélèvements, réaliser un ECG, demander des radiographies simples, installer une perfusion intraveineuse, enlever des points de suture, effectuer un lavage d'oreilles, une irrigation de l'œil, immobiliser un membre fracturé, administrer ou ajuster des médicaments pour soulager la douleur ou diminuer la fièvre. Dans le cadre d'un groupe de médecine de famille, l'infirmière peut par exemple réaliser un test de dépistage du cancer du col de l'utérus dans le cadre d'un dépistage annuel. La coordination des soins d'un patient complexe peut comporter l'ajustement des traitements dans le cadre d'une prescription collective.

Dans le domaine des soins primaires, c'est donc principalement dans le cadre de l'ordonnance collective que l'infirmière se voit reconnaître juridiquement la possibilité de prescrire. La Fédération des Omnipraticiens du Québec et l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec sont engagés dans un travail de clarification des possibilités de prescription dans le cadre de l'ordonnance collective, alors que dans le même temps plusieurs projets pilotes sont menés, notamment dans le cadre des Groupes de Médecins de Famille.

La prescription individuelle autonome limitée pour les futures infirmières praticiennes

L'infirmière praticienne qui est titulaire d'un certificat de spécialiste délivré par l'Ordre des infirmiers du Québec est habilitée en vertu d'un

règlement du Conseil Médical du Québec à exercer dans le cadre de sa spécialité l'une des activités suivantes : prescrire des examens diagnostiques, utiliser des techniques diagnostiques invasives ou à risques de préjudice, prescrire des médicaments et autres substances, et appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice.

La prescription infirmière indépendante sous condition en Ontario

En Ontario, l'Infirmière Autorisée Étendue (IAE) (*Registered Nurse in the Extended Class*) est autorisée à prescrire une liste limitée de médicaments dans deux situations différentes.

La prescription autonome en routine ou pour un motif précis constitue la première situation de prescription. Elle concerne l'ensemble des vaccins et des sérums antitétaniques ainsi que de nombreux traitements anti-infectieux, de nombreux oestro-progestatifs, quelques anxiolytiques, certains anti-inflammatoires et traitements anti-tabac (environ une centaine de substances).

La deuxième situation concerne le renouvellement de prescription. Elle a été introduite en 2004. Le renouvellement n'est possible que dans certaines conditions que l'infirmière doit contrôler avant de renouveler le traitement. Elle doit ainsi :

- s'assurer que le traitement a été prescrit pour le patient sur la base d'une période prédéterminée ;
- s'assurer que la tolérance du patient au traitement est prévisible et connue ;
- s'assurer que la situation du patient ne s'est pas détériorée et que le traitement prescrit reste approprié pour le patient ;
- rédiger la prescription comme le médecin et ne pas changer la dose, la voie d'administration ni la fréquence d'administration ;
- demander l'avis d'un médecin pour toute question relative à la poursuite du traitement dans les conditions initialement prescrites.

La liste qui compte environ 70 médicaments à prescrire en situation de renouvellement est étendue entre autres aux diurétiques, antiulcéreux, certains oestroprogestatifs et antihypertenseurs (voir en annexe 3, page 206).

En France, en Allemagne, aux Pays-Bas, en Italie et en Finlande, il n'existe pas d'autorisation de prescription infirmière.

En Finlande, un débat est en cours sur l'opportunité de déléguer à l'infirmière la possibilité de prescrire certains médicaments, mais l'association médicale finlandaise n'y semble pas très favorable sauf exception (absence de médecins comme en Laponie...).

En résumé, deux modalités principales de prescription infirmière peuvent être distinguées.

La prescription indépendante, qui fait l'objet d'un transfert sans délégation. Elle est confiée à une catégorie spécifique d'infirmière aux compétences étendues et formées pour cela (infirmière autorisée étendue en Ontario, infirmière praticienne au Québec et *district nurse* au Royaume-Uni ou en Suède). La formation est spécifique, et peut être ensuite intégrée dans le processus de formation générale (Suède, Royaume-Uni).

La prescription sous contrôle individuelle (au Royaume-Uni) ou collective (Royaume-Uni et Québec) qui résulte d'un accord local impliquant un ou des médecins. Il s'agit d'un transfert sous délégation. La prescription infirmière est alors encadrée et formalisée et ne nécessite pas de formation complémentaire.

2.3. La mesure de l'efficacité de la substitution en soins primaires entre médecins et infirmières : les conclusions principales de la littérature

Nous avons choisi de consacrer ce paragraphe, un peu périphérique au cœur de notre travail à la question de l'évaluation médico-économique de la substitution de tâches. Cette thématique a fait l'objet de plusieurs travaux de méta-analyses ou de revues de la littérature (Sibbald, 2000, Midy, 2003, OCDE 2004, Cochrane, 2005) qui convergent quant à l'état des connaissances sur le sujet. La substitution d'activités entre médecins et infirmières apparaît comme un moyen de faire face à l'augmentation de la demande en soins primaires dans un contexte de moindre ressource médicale et de contrainte économique. L'hypothèse qui sous-tend les travaux de recherche sur l'évaluation médico-économique de la substitution entre médecins et infirmières est de réduire les coûts et la charge de travail des médecins, tout en maintenant la qualité des soins.

L'analyse de la littérature menée par le groupe Cochrane (Laurant et al., 2005) qui est la plus récente a porté sur les travaux visant à évaluer l'impact de la substitution médecin-infirmière en soins primaires en les distinguant des situations où l'infirmière apporte des services supplémentaires à celui des médecins. De nombreux travaux présentent en effet des interventions au cours desquelles une infirmière propose de nouveaux services, comme une consultation de bilan ou d'éducation à la santé dans le cadre d'un suivi conjoint avec le médecin. La comparaison de l'intervention avec la situation sans intervention infirmière confond généralement l'effet du nouveau service rendu avec le professionnel qui délivre le service.

Pour éviter ces facteurs de confusion, les auteurs ont restreint l'analyse aux travaux qui portent essentiellement sur la substitution entre médecin et infirmière pour le même service.

Les travaux mesurent les résultats pour le patient (morbidité, mortalité, satisfaction, compliance et préférences), les résultats du processus de soins (application de recommandations de pratiques cliniques, respect de critères de qualité et activité des professions de santé) l'utilisation des ressources (fréquence et durée des consultations, taux de retour, référencement à d'autres services, prescriptions, tests et investigations), et notamment les coûts directs et indirects.

La recherche a porté sur les travaux publiés entre 1966 et 2002. Les articles ont été retenus quand ils comparaient pour des soins similaires des médecins de première ligne (généralistes, gériatres, pédiatres, médecins de famille ou internistes) avec des infirmières (infirmières praticiennes, infirmières cliniciennes, infirmières de pratique avancée, ou infirmières généralistes). Sur les 4 253 publications identifiées dans les différentes bases de données avec les mots clés choisis, les auteurs ont retenu vingt-cinq articles qui rencontraient les critères de sélection. Ces articles relataient les résultats de seize études. Trois études étaient des comparaisons sur le mode avant/après, les treize autres étaient élaborées selon le modèle ECR (Essai Clinique Randomisé) ou quasi ECR.

Dans sept études, les infirmières assuraient le premier contact et les soins courants pour tous les patients qui se présentaient. La variabilité des critères de résultats entre les études n'a pas permis de synthèse des données. Les auteurs mentionnent qu'ils n'ont en général pas trouvé de différence appréciable entre les médecins et les infirmières, aussi bien en termes de résultats

pour les patients, que sur les processus de soins ou l'utilisation des ressources et les coûts.

Dans cinq études, les infirmières assuraient le premier contact uniquement pour les patients qui souhaitaient des consultations sans rendez vous et dans un délai court, que ce soit pendant les heures d'ouverture du cabinet ou en dehors des heures d'ouverture. Les résultats de santé étaient similaires entre les médecins et les infirmières. En revanche, la satisfaction des patients était plus grande quand les soins étaient délivrés par les infirmières. Les infirmières ont tendance à avoir des consultations plus longues, délivrent plus d'informations aux patients et rappellent plus souvent le patient que les médecins. L'impact sur la charge de travail des médecins et sur les coûts était variable.

Dans quatre études, les infirmières ont pris la responsabilité du suivi courant pour des patients avec des maladies chroniques particulières. Là encore, les critères de résultats utilisés étaient trop différents entre les études pour réaliser une synthèse des données. Les auteurs n'ont en général pas trouvé de différences appréciables entre médecins et infirmières concernant les résultats de santé, le déroulement des processus de soins et l'utilisation de ressources ou les coûts.

Les auteurs concluent que des infirmières formées de façon appropriée peuvent délivrer des soins d'aussi bonne qualité que les médecins de soins primaires et atteindre des résultats de soins équivalents. Ces résultats doivent être considérés avec précaution, dans la mesure où seule une étude avait la puissance suffisante pour évaluer l'équivalence des soins. Plusieurs études présentaient des limitations méthodologiques et le suivi des patients était généralement d'un an, voire moins.

En termes économiques, la diminution de la charge de travail du médecin et la réduction des coûts semble très liée au contexte de soins. La charge de travail des médecins peut rester inchangée, notamment parce que les infirmières développent leurs activités pour des besoins jusqu'alors non satisfaits ou parce que la présence des infirmières génère une demande de soins nouvelle. Si le médecin voit sa charge de travail modifiée, l'économie induite sera plus importante si le médecin peut ré-allouer ce temps à une activité strictement médicale. L'économie réalisée est aussi très dépendante de l'amplitude du différentiel de salaire entre le médecin et l'infirmière et peut être réduite par la durée des consultations infirmières, qui est plus longue que celle des médecins.

Le rapport de l'OCDE souligne le nombre limité de pays où sont réalisées les études visant à évaluer les effets de la substitution médecin infirmière (Etats-Unis, Royaume-Uni et Australie). Il souligne le caractère peu conclusif et particulièrement dépendant du système de soins des gains économiques ou de productivité constatés.

De fait, pour beaucoup d'auteurs depuis SPITZER en 1974, la substitution entre médecin et infirmière est faisable et à qualité équivalente. Les conséquences économiques paraissent moins prévisibles et semblent très liées aux modalités de financement des soins et de rémunération des professionnels.

Conclusion du chapitre 2

L'analyse plus précise des rôles infirmiers en soins primaires dans les pays étudiés montre que c'est principalement par le développement d'activités nouvelles, ou d'activités anciennes mais jusqu'alors marginales, que les rôles infirmiers évoluent. En outre, c'est dans le cadre d'organisations collectives que la participation des infirmières se développe, plus que par un transfert direct de tâches anciennement exercées par les médecins.

Deux types d'activités nous paraissent devoir être distinguées selon leur caractère programmé ou non. Dans la plupart des pays, les infirmières se voient confier des activités qui relèvent de la prévention et de l'éducation à la santé au sens large. Ces activités sont souvent organisées de façon systématique pour des groupes de patients ou de population bien précis : éducation à la santé ou d'éducation thérapeutique, réalisation de bilans de santé, de bilans ou de tests de dépistages, vaccination, et coordination des soins et des acteurs de la sphère médico-sociale. Ces activités relèvent plus ou moins traditionnellement des pratiques infirmières selon les pays. Elles sont en générales systématisées dans le cadre de politiques visant à renforcer les soins de première ligne.

L'activité de " triage " se distingue des activités précédentes dans la mesure où l'infirmière est en première ligne et gère des situations aléatoires en prenant des décisions d'orientations. Cette activité peut être réalisée à distance au téléphone, par exemple dans le cas du NHS Direct ou en face-à-face avec le patient dans un cadre plus ou moins médicalisé. L'enjeu est alors de faciliter l'accès aux soins dans un contexte où l'accès au seul médecin est considéré comme trop long (Canada, Royaume-Uni, Finlande, Suède...). Les infirmières peuvent selon les

pays et les contextes d'exercice être plus ou moins qualifiées et avoir dans certains cas un droit de prescription en général limité.

Le contenu d'activité et les formes d'exercice de ces activités nouvelles sont très contrastées selon que les infirmières travaillent en équipe ou " seules ".

Le travail d'équipe est majoritaire et se retrouve dans la plupart des pays (Finlande, Suède, Ontario, Québec, Royaume-Uni), mais la nature des activités infirmières varie en fonction de leur position dans l'équipe selon deux scénarios.

Le premier scénario est celui dans lequel les infirmières sont salariées du médecin ou du groupe de médecins. Les activités infirmières sont alors protocolisées et encadrées par les médecins. C'est ce qu'illustre le cas du Royaume-Uni avec les " *practice nurses* " ou l'Ontario avec les *Family Health Networks*. Les infirmières qui travaillent dans les cabinets ne doivent pas avoir suivi de qualification très poussée. Elles occupent alors une fonction qui est assez proche de celles des assistants que l'on rencontre aux Pays-Bas et en Allemagne (les organisations d'assistants des médecins souhaitent d'ailleurs faire évoluer leur profession vers des fonctions de suivi et d'éducation à la santé).

Le deuxième scénario est celui dans lequel les infirmières n'ont pas de relation de subordination au médecin. Soit qu'elles sont salariées par une autre structure que le cabinet même si elles y interviennent (c'est le cas des GMF au Québec, de la *district nurse* aux Pays-Bas), soit qu'elles sont partenaires du médecin dans le cadre d'une association juridique (c'est le cas de certains regroupements au Royaume-Uni et, semble-t-il, une voie d'évolution en Allemagne). Les infirmières dans ce contexte sont généralement plutôt qualifiées (niveau master ou doctorat), ont une autonomie de pratique et ont également acquis la possibilité de prescrire.

La forme d'exercice isolé de l'infirmière existe aussi, notamment dans le cadre de zones éloignées (Canada, Suède), difficiles (PMS au Royaume-Uni) ou de façon plus institutionnelle dans le cadre du projet des *walk-in centres* au Royaume-Uni. Ce sont généralement des infirmières praticiennes très qualifiées qui assument ces formes d'exercice. De fait, elles exercent rarement seules et sont le plus souvent en situation de leadership d'équipes médico-sociales où peuvent parfois exercer avec des médecins à temps partiel comme dans les PMS. L'exercice isolé semble néanmoins très marginal, même s'il est souvent mis en avant.

Enfin, si la plupart des activités nouvelles se font dans un cadre de délégation qui nécessite davantage une qualification élevée des infirmières,

nous avons constaté des démarches visant à transférer certaines activités médicales aux infirmières ou à certaines catégories d'infirmières en agissant sur la réglementation. Ainsi, l'Ontario, puis le Québec ont adapté leur législation sur les professions pour permettre la réalisation de certains actes médicaux (gestes techniques, gestes diagnostiques et prescription) par les infirmières. Mais c'est principalement sur la prescription que le transfert est le plus souvent rencontré et le

plus massif. Il s'agit en général d'une prescription limitée à certaines situations et à certains produits (Ontario, Québec, Suède, Royaume-Uni jusqu'en 2006). Cette prescription autonome, qu'il faut bien distinguer d'une prescription encadrée (collective ou personnalisée), est toujours assujettie à la maîtrise par l'infirmière de la qualification nécessaire pour la réaliser.

3. Analyse des déterminants de la dynamique de la profession infirmière et de la coopération médecins/infirmières

Introduction

Comme nous l'avons montré dans les deux premières parties de ce rapport, le développement des rôles infirmiers dans le champ des soins primaires est inégal selon les pays étudiés. Cette partie vise à s'interroger sur les motivations et les processus politiques qui ont conduit aux différences constatées dans le partage des rôles et des activités entre médecins généralistes et infirmières dans les systèmes de santé. Sans avoir fait une analyse sociologique ou sociopolitique approfondie qui relève de travaux spécifiques, nous avons distingué deux grands axes d'analyse. Le premier est construit autour de l'organisation générale du système de santé, et notamment des soins primaires. Trois éléments propres au système de soins nous apparaissent en effet essentiels pour expliquer le développement plus ou moins important des rôles infirmiers. Le premier facteur, le plus important, est constitué par la démographie médicale (le nombre de médecins) et les modalités de sa régulation (Bourgueil, 2002). Les politiques volontaristes d'organisation des systèmes de santé, qui s'appuient sur le développement et le financement des soins primaires, constituent le deuxième facteur. Enfin, le troisième facteur est constitué par la demande croissante de soins au domicile, notamment dans le cadre de la dépendance. L'évolution démographique, épidémiologique et technique contribue ainsi à l'émergence d'un secteur de soins dans lequel les rôles infirmiers semblent se développer.

Le deuxième axe d'analyse renvoie à l'organisation de la profession infirmière elle-même et s'appuie sur la définition donnée par Eliot Freidson (Freidson, 1984) de la profession. Nous postulons ainsi que le développement des rôles infirmiers est étroitement lié à l'émergence du métier d'infirmière comme profession, c'est-à-dire le passage de la reconnaissance sociale d'une compétence limitée (à un domaine technique) à la reconnaissance d'une expertise générale (dans un champ social) (Dubar et Tripiet, 1998). Notre hypothèse est que plus la profession est reconnue dans les textes juridiques pour son expertise générale - et non pas pour des actes limités - et a acquis une capacité d'autorégulation identifiable par l'existence d'instances spécifiques de recherche, de formation et de représentation, plus les activités infirmières sont étendues. Nous avons donc cherché à caractériser dans chaque pays le degré d'autonomie et donc d'autorégulation de la profession infirmière au travers d'une grille type, afin d'expliquer le plus ou moins grand développement des rôles infirmiers.

3.1. Organisation générale du système de santé et la structuration des soins primaires : quelle influence ?

3.1.1. La démographie médicale constitue un facteur déclencheur du développement des nouvelles activités infirmières en soins primaires

Si les facteurs liés à la demande de soins, et notamment le développement des maladies chroniques requérant des pratiques nouvelles de prévention et d'éducation à la santé, poussent au développement de nouveaux rôles infirmiers en soins primaires, le développement de ces derniers reste très lié à la dynamique de la démographie médicale.

La comparaison entre pays des chiffres de densité des différentes professions est délicate en raison des définitions différentes des métiers inclus dans la comparaison.

Il apparaît que les pays qui ont une densité médicale modérée (cf. tableau 1 page 26) comme l'Ontario, le Québec, le Royaume-Uni et la Suède ont généralement développé des rôles nouveaux en soins 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.

A première vue, ce constat est en faveur d'un effet de substitution entre la profession médicale et la profession infirmière qui est lié aux modalités de régulation de la démographie médicale dans les pays étudiés.

La démographie médicale, et plus généralement les ressources humaines, constituent un enjeu majeur de toute politique de santé. Les pays étudiés se distinguent dans leur approche de la régulation du nombre de médecins formés. Les pays qui ont organisé historiquement, dès la constitution de leur système de protection sociale, le contrôle de la ressource médicale comme de l'ensemble des ressources a priori ont développé les rôles infirmiers. C'est ce que l'on constate dans les " systèmes rationnés⁴² " dont le Royaume-Uni est l'exemple type, mais aussi dans la province du Québec au Canada, et en partie en Suède. Au Royaume-Uni, où l'Etat et la profession médicale se sont entendus pour limi-

42. Un système rationné *a priori* est entendu comme un système de santé dont les ressources sont limitées dans le cadre d'un budget voté par la représentation nationale et qui se caractérise par une grande efficacité dans la maîtrise de ses dépenses mais aussi par des mécanismes de file d'attente, due à une limitation de l'offre de soins.

ter de façon importante le nombre de médecins, le champ de compétences des infirmières et la profession infirmière apparaissent très développés. C'est semble-t-il aussi dans ces pays, aux moments de plus forte tension sur la démographie médicale, que la profession infirmière a progressé : " C'est toujours quand les médecins manquent que les infirmières voient leur champ de compétence s'élargir " (une chercheuse en soins primaires au Royaume-Uni).

Les tensions sur la démographie médicale peuvent aussi être identifiées, notamment dans les pays qui présentent des territoires étendus où les populations sont isolées, comme l'Ontario et la Suède. Au Canada ou en Suède, c'est d'abord pour répondre à la demande de soins en zone éloignée que le métier de *nurse practitioner* a été développé. L'élargissement des rôles infirmiers vise alors à résoudre un ensemble de difficultés d'accès aux soins dans des zones isolées. La diffusion de ces nouveaux rôles infirmiers est dans ce cas limitée à ces zones.

Enfin, dans les pays où la régulation du nombre de médecins est plus récente et porte principalement sur l'installation comme l'Allemagne et l'Italie, les rôles infirmiers sont très peu développés. C'est aussi le cas de la France qui a instauré le *numerus clausus* au début des années soixante-dix avec une baisse continue et régulière dont les effets sur l'offre de soins n'apparaissent que maintenant.

On est alors tenté de conclure à un véritable effet de substitution, même s'il est d'ampleur variable, entre les professions infirmière et médicales. L'analyse plus approfondie de l'expérience de l'Ontario, et une exploration plus fine de l'articulation entre nouveaux rôles infirmiers et le métier d'assistant du médecin là où il existe, peuvent nous aider à nuancer une vision trop mécaniste de la substitution d'une profession par une autre.

La démographie médicale, un facteur clé qui ne suffit pas : l'exemple des infirmières praticiennes en Ontario⁴³

Le cas de l'Ontario montre que si les rôles infirmiers semblent s'étendre lorsque le nombre de médecins paraît insuffisant, la pérennisation de ces rôles infirmiers et leur institutionnalisation ne

sont pas garanties. Formées et diplômées en réaction à un problème ponctuel à la fin des années soixante-dix, les *nurses practitioners* vont permettre de résoudre ponctuellement un déficit de médecins transitoire sans véritablement s'inscrire à court terme dans un processus de professionnalisation. La reconstitution de l'histoire des *nurses practitioners* sur une trentaine d'années en Ontario révèle une reconnaissance progressive s'appuyant plus sur l'affirmation de la différence et de la complémentarité avec la profession médicale que sur la substitution, but généralement poursuivi par les acteurs gestionnaires et politiques.

Les nurses practitioners : une réponse ponctuelle dans les années soixante-dix au manque de médecins dans le grand Nord qui se concrétise par le financement de programmes de formation

Les infirmières praticiennes sont apparues à la fin des années soixante au Canada, pour répondre à la perception d'un manque de médecins principalement dans les zones éloignées du grand Nord. La " pénurie " de médecins concerne alors essentiellement les omnipraticiens et est expliquée par l'orientation préférentielle des jeunes médecins vers les spécialités médicales. Un comité d'experts, nommé par le ministre canadien, propose en 1971 un référentiel pour la mise en œuvre de programmes de formation de pratiques infirmières avancées. Les organisations de médecins étaient alors plutôt favorables au développement d'un rôle plus important des infirmières qui devait être identifié, défini et mis en œuvre par les organisations infirmières, en partenariat avec la profession médicale. C'est en 1973 que les premiers programmes de formation ont vu le jour et se sont développés. En Ontario, l'association des infirmières a rapidement créé la NPAO (*Nurse Practitioner, Association of Ontario*). Cette association a soutenu le développement des NP en s'appuyant sur la littérature internationale de l'époque qui concluait " déjà " à l'équivalence de qualité des soins délivrés entre infirmières praticiennes et médecins en soins primaires. Littérature renforcée par une étude canadienne de 1974 menée par un médecin de famille (Spitzer, 1974) concluant qu' " une infirmière praticienne pouvait constituer un premier contact clinique aussi sûr, efficace et avec une satisfaction équivalente des patients que le médecin de famille ". Des analyses économiques renforcèrent l'intérêt pour les infirmières praticiennes en arguant que les cabinets employant des NP pourraient offrir plus de services de soins pour un montant de dollars donné, que la durée d'hospitalisation pourrait être réduite en faisant

43. Ce paragraphe est issu de plusieurs entretiens avec le professeur Bourgeault ainsi que de l'article dont elle est l'auteur " Medical Dominance, Gender and the State : The Nurse Practitioner Initiative in Ontario ". In *Health and Canadian Society* - 1999/2000.

appel à des infirmières intervenant à domicile, qu'il est moins coûteux de former une infirmière praticienne qu'un médecin de famille et qu'enfin, une infirmière praticienne est rémunérée à un niveau moins élevé qu'un médecin.

Certains Etats provinciaux, dont l'Ontario, ont alors soutenu le développement des NP au vu de ces arguments.

Une question non résolue : comment rémunérer les nurses practitioners ?

Initialement, il était proposé que les infirmières travaillant sous la supervision des médecins soient directement rémunérées par les cabinets dans le cadre de la convention médicale, entre syndicats de médecins et assurance maladie (*Ontario Health Insurance Plan*), qui définit les tarifs des médecins en Ontario. L'emploi direct par le ministère de la Santé comme salariées constituait une alternative pour les infirmières praticiennes. Des difficultés sont néanmoins apparues pour ces deux formes d'emploi.

Les médecins, qui sont traditionnellement payés à l'acte en Ontario, ne pouvaient facturer à l'organisme d'assurance en santé (OHIP) les actes qu'ils déléguaient aux infirmières praticiennes qu'ils employaient. En pratique, les médecins de famille qui avaient recruté une infirmière praticienne dans leur équipe ont vu leurs revenus diminuer de 5 %. Les *nurses practitioners* ne se sont donc pas développées dans les pratiques privées, aucune enveloppe n'ayant été définie pour cela, sauf à prélever des fonds sur l'enveloppe des médecins, ce que les organisations de médecins n'acceptaient pas. Les NP ont donc été principalement employées par les administrations ou dans les structures de santé communautaires. Par ailleurs, les lieux innovants de pratiques communautaires financés par le ministère de la Santé, où exerçaient les infirmières praticiennes comme salariées, ont fait l'objet de réductions budgétaires importantes.

De la pénurie à la pléthore médicale et l'abandon du projet d'infirmière praticienne

Dans les années quatre-vingt, la perception de la pénurie de médecins s'est transformée en perception d'une pléthore médicale. Les organisations de médecins ont commencé à contester les

besoins en infirmière dans les soins primaires (CMAJ 1982). Les programmes de formation se sont alors arrêtés sous la pression des médecins. Ce phénomène s'est aussi traduit par une diminution des postes proposés aux infirmières praticiennes. Cette baisse de l'offre, conjuguée à l'absence de législation adaptée pour valoriser le rôle infirmier en pratique privée et à l'absence de demande de la part des patients, a conduit à l'arrêt de l'initiative concernant les infirmières praticiennes en Ontario au début des années quatre-vingt.

Les années quatre-vingt-dix et le retour des infirmières praticiennes fondé sur une conceptualisation alternative du soin et de la santé avec un fort soutien politique

Les débats au sein de la profession infirmière s'organisaient alors autour de deux alternatives : se différencier de l'approche médicale dans une autre conceptualisation du soin et de la santé ou brouiller les frontières entre les deux domaines d'activités (médicale et infirmière) et intégrer de nombreuses tâches médicales. Comme partout ailleurs, c'est la première option qui a été prise. Il s'agissait pour la profession infirmière de se positionner de façon distincte de la médecine mais en complémentarité avec la pratique médicale.

Simultanément, le travail sur la rénovation de la législation des professions de santé (*Health Professions Legislative Review*) a introduit une nouvelle forme de régulation des professions de santé dans la province de l'Ontario. Ce processus a commencé en 1980 et a abouti en 1993 au "*Regulated Health Professions Acts*". C'est au travers de ce processus (voir définition plus bas) que la catégorie d'Infirmière Autorisée Étendue (*Registered Nurse Extended*) sera reconnue en 1999 avec la possibilité de réaliser trois groupes d'actes, jusqu'alors réservés aux médecins (cf. 2.2.1). L'intégration de l'infirmière à la pratique étendue dans le processus de reconnaissance des professions a résulté d'une action de lobbying de la part des organisations infirmières qui a rencontré le soutien d'une ministre de la Santé convaincue de l'intérêt à étendre le rôle des *nurses practitioners*.

Le processus politique qui a conduit à la reconnaissance de l'infirmière autorisée étendue (*RN extended class*) s'est déroulé sur trois à quatre années. C'est au début des années quatre-vingt-dix que les organisations infirmières - après la réintroduction, de façon conjoncturelle, de l'infirmière praticienne dans le domaine des soins intensifs pédiatriques⁴⁴ - ont développé une série d'argumentations qui rejoignaient les préoccupations des pouvoirs publics provinciaux dans deux directions principales : d'une part, le développement à l'échelon provincial d'une nouvelle vision de la santé prenant en compte les déterminants de la santé, qui entrainait en résonance avec le discours professionnel des infirmières sur le soin (rôle " carative " par opposition au rôle curatif) et d'autre part, le développement d'une préoccupation croissante sur les coûts liés au système de soins et l'intérêt économique d'une substitution entre professionnels de santé. En 1993, l'Association des infirmières canadienne a élaboré une revue de la littérature sur les infirmières praticiennes dans le but de mettre ce projet à nouveau à l'ordre du jour. Si cette revue concluait à l'intérêt de développer les infirmières praticiennes, elle soulignait aussi certaines questions jusqu'alors non résolues : l'identité professionnelle, les mécanismes de financement et de rémunération, le champ de la pratique, la formation et la planification des ressources humaines. En réponse à cette mobilisation professionnelle, le gouvernement, conscient de l'intérêt que représente la profession infirmière a créé un poste d'infirmière coordinatrice au ministère de la Santé. Après une période d'instabilité politique, le dossier des NP a ensuite été porté par un ministre femme ayant eu une expérience personnelle de l'infirmière praticienne en tant que patient.

L'infirmière praticienne : un partenaire à égalité avec le médecin en soins primaires mais dans un rôle complémentaire

Le groupe chargé par la ministre de définir le modèle type de l'infirmière praticienne, qui avait ini-

44. La pénurie de postes d'internes en soins intensifs pédiatriques conduit à la définition du métier de *nurse practitioner* en soins hospitaliers spécialisés. Devant la pénurie d'internes dans les services de soins intensifs néonataux dans les années quatre-vingt, un comité réuni sur cette question a proposé de former des infirmières pour remplir le rôle des internes et garantir la qualité des soins dans les services. Cette option, qui existait aux Etats-Unis, a été préférée à celle visant à créer une nouvelle profession de *physician assistant*. Un programme de formation de 16 mois a été mis au point pour permettre aux infirmières praticiennes en soins tertiaires de prescrire dans certaines conditions et de réaliser certains actes médicaux.

tialement focalisé sa réflexion sur les soins hospitaliers spécialisés (là où les besoins semblaient les plus importants), a finalement orienté sa réflexion sur les soins primaires à la demande du ministre, dont la politique visait à renforcer les soins primaires et ambulatoires et à réduire les soins hospitaliers. La ministre a ensuite annoncé le développement de la formation et des opportunités d'emploi pour les *nurses practitioners* qui sont alors clairement définies comme des professionnelles indépendantes travaillant en partenariat avec les autres professionnels. Ce projet a été contesté par les organisations de médecins qui posaient à la fois la question délicate du financement de ces professionnels et de l'apparition d'une nouvelle catégorie de professionnels dans le champ des soins primaires, considéré à l'époque comme bien pourvu en personnel. La mise en œuvre du projet s'est faite contre l'avis et malgré les protestations des organisations de médecins. Les deux points les plus controversés étant le niveau de d'éducation accordé (master contre diplôme) et les lieux de pratique. Il a été décidé qu'une approche réaliste devait prendre en compte les expériences des infirmières qui devaient être titulaires d'un niveau licence (*bachelor of arts*) et d'un certificat d'infirmière. Plusieurs organisations infirmières ont milité pour une évolution rapide de la formation vers un niveau licence. Il a aussi été convenu que les NP travailleraient principalement dans les structures de soins primaires (*Community Health Center, Health Services Organisations*, unités de santé publique) comme membres d'équipes multidisciplinaires et en pratique indépendante. La possibilité de travailler en soins secondaires et tertiaires a été laissée ouverte.

Les recommandations du comité ont été reprises par la ministre dans un rapport " *Nurse Practitioner in Ontario : a plan for their education and employment* "

Au total, un développement modéré, principalement dans le secteur des soins primaires et peu dans les cabinets privés

Actuellement, dans le cadre de la politique fédérale de renouveau des soins primaires (*renewal of primary care*), il est possible pour certains regroupements de médecins ayant un projet précis de demander des fonds pour rémunérer une infirmière praticienne. Ils doivent pour cela être en pratique de groupe (*Family Health Network* ou *Family Health Group*) et la négociation se fait au cas par cas (objectifs, moyens et résultats attendus). Les fonds proviennent de l'Etat fédéral dans le cadre de la politique incitative au déve-

loppement des soins primaires (*Primary Care Transition Fund*) et ne sont en aucune façon prélevés sur les fonds du *Ontario Health Insurance Plan* (OHIP).

Si pour la plupart des observateurs, c'est en situation de raréfaction du nombre de médecins de famille que la profession infirmière voit son champ s'élargir, occupant ainsi l'espace vide laissé vacant par les médecins, les expériences du Canada et des Etats-Unis voisins (Bourgeault, 2004) montrent aussi que la profession de *nurses practitioners* a progressé sur le plan institutionnel à des périodes où les médecins n'étaient pas perçus en pénurie.

On peut supposer comme le suggère Bourgeault (2004), que le positionnement des *nurses practitioners* sur un champ d'activités complémentaire à celui des médecins (*caring* et soins éducatifs et de prévention), même si elles se voient octroyer la possibilité de réaliser des actes médicaux, a rendu acceptable le transfert d'actes médicaux à ces infirmières. Ce d'autant plus que ce discours était conjugué à l'affirmation d'une pratique indépendante seulement dans les zones très éloignées, où les médecins sont absents.

Le positionnement respectif de chaque profession et *l'aggiornamento* qui en découle constitue, au regard de l'expérience de l'Ontario, une dimension importante du développement des nouveaux rôles infirmiers, et la " pénurie " médicale semble plutôt jouer comme un déclencheur du processus.

L'assistant du médecin : un modèle de délégation qui constitue une alternative à l'extension du rôle infirmier en soins primaires

Si le nombre de médecins est en diminution, ce n'est pas nécessairement vers la profession infirmière que le transfert d'activités s'opère. C'est ce qu'illustrent les pays qui ont développé le métier d'assistant du médecin, comme l'Allemagne et les Pays-Bas. La profession d'assistant médical y apparaît construite sur le modèle de délégation de tâches bien précises sous contrôle du médecin. En Allemagne et aux Pays-Bas, les infirmières n'ont pas investi les fonctions des *practice nurses* au Royaume-Uni. Les organisations d'assistantes de médecins en Allemagne envisagent en effet de développer des activités de prévention et de suivi des patients dans le cadre des cabinets de médecins.

Aux Pays-Bas, l'introduction des infirmières praticiennes est principalement expérimentale et,

semble-t-il, sujette à controverses. L'infirmière praticienne paraît clairement positionnée de façon indépendante vis-à-vis du médecin dans une logique de service aux patients. Une analyse plus approfondie des modalités de développement des rôles infirmiers en soins primaires et de leur articulation avec le rôle des assistantes médicales est en cours aux Pays-Bas et permettra de mieux cerner les potentialités de développement des rôles infirmiers en soins primaires dans un modèle où le médecin est déjà assisté de professionnels.

Dans ces deux pays, le développement des nouveaux rôles infirmiers en soins primaires ne paraît pas s'envisager, comme c'est le cas au Royaume-Uni, simultanément dans une position subordonnée au médecin comme dans le cas de la *practice nurse* et dans une position de professionnel indépendant très qualifié. Tout se passe comme si la place occupée par les assistantes des médecins limitait l'arrivée des infirmières dans les cabinets. Infirmières qui se positionnent alors principalement dans leur rôle d'assistance au patient, en quelque sorte en opposition au rôle d'assistant du médecin.

Ce partage des rôles entre deux professions (infirmières et assistants) est bien décrit aux Etats-Unis. Ce pays, non inclus dans notre étude, présente l'intérêt d'avoir développé à la fois le métier d'infirmière praticienne et celui d'assistant du médecin, que l'on retrouve également dans le domaine des soins primaires (Bourgeault, 2004). Une brève incursion aux Etats-Unis, centrée sur le métier de *physician assistant* renforce la thèse d'une dynamique de différenciation qui semble se dessiner aux Pays-Bas et en Allemagne entre la profession infirmière et la profession d'assistant du médecin dans le développement des activités de soins primaires.

Créés à l'occasion de la guerre du Vietnam, les *physician assistants* étaient initialement les " *paramedics* " formés rapidement en trois années à la médecine pour intervenir au front. Les *physician assistants* se sont ensuite rapidement développés aux Etats-Unis après guerre, notamment dans un contexte de réduction des résidents (équivalent des internes en médecine) conjointement à celui de *nurse practitioner*. Le métier de *physician assistant* s'est constitué sur le modèle médical (5 années d'études médicales accélérées) et se distingue de la profession d'infirmière praticienne par une moins grande indépendance vis-à-vis du médecin. En pratique, les assistants de médecins aux Etats-Unis exercent plus souvent sous la supervision directe du médecin, leur domaine de spécialisation pouvant être par

ailleurs très technique et leur exercice plutôt hospitalier. Les infirmières praticiennes, quant à elles, sont autorisées par de nombreux Etats aux Etats-Unis à pratiquer de façon indépendante ou sous la supervision distante du médecin. L'assistant du médecin aux Etats-Unis est donc beaucoup plus formé qu'en Allemagne et aux Pays-Bas et travaille principalement à l'hôpital, mais comme l'indique son nom dans les trois pays, il exerce sous contrôle étroit du médecin.

Assistant du médecin et pratique autonome : deux formes d'exercice infirmiers en soins primaires au Royaume-Uni ?

Comme nous l'avons suggéré précédemment, le Royaume-Uni ne connaît pas de division entre la profession infirmière et le métier d'assistant du médecin, mais à y regarder de plus près, il semble que cette distinction s'opère au sein même de la profession infirmière. En effet, la distinction entre la *practice nurse* qui travaille au cabinet du médecin et l'infirmière de district (cf. Claire Godman section 2, page 139) semble faire écho à la distinction assistant du médecin/infirmière praticienne qui s'ébauche aux Pays-Bas, mais dans un système où la profession infirmière englobe à la fois la fonction d'assistant du médecin et celle de praticienne autonome. Les *practice nurses* qui sont des infirmières diplômées (*registered nurses*) travaillent souvent à temps partiel, en soutien au médecin. Le fait qu'elles soient rémunérées par le médecin et que leurs salaires soient désormais inscrits dans le cadre contractuel général du *General Medical Service* traduit la reconnaissance d'une fonction venant en soutien du médecin généraliste et placée sous son autorité. Le succès de cette forme d'emploi auprès des jeunes infirmières est d'ailleurs déploré par certains représentants de la profession infirmière qui y voient une perte d'autonomie de la profession.

Le cas du Royaume-Uni semble illustrer la possibilité de faire coexister, dans le cadre professionnel et institutionnel infirmier, des qualifications et des formes de pratiques qui font ailleurs l'objet de catégories professionnelles différentes. A ce titre, il est important de noter que l'organisation qui représente la profession infirmière au Royaume-Uni est le *Royal College of Nursing* et non pas le *Royal College of Nurses*. C'est donc toute la palette des métiers du soin qui se trouve rassemblée sous la même organisation et dans le même cadre professionnel.

3.1.2. Des politiques explicitement orientées vers le développement et le financement des soins primaires : un facteur clé du développement des rôles infirmiers

Les infirmières peuvent investir des rôles nouveaux en soins primaires à condition que ces derniers soient valorisés et financés de façon spécifique

Les nouveaux rôles infirmiers en soins primaires semblent se développer uniquement dans le cadre d'une politique volontariste qui ne peut se résumer à la formation, comme l'a montré l'expérience de l'Ontario. De fait, tous les pays qui s'engagent dans le développement des rôles infirmiers le font dans le cadre de politiques explicites et financées. C'est le cas 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 santé communautaires ou des cabinets de groupes. C'est le cas des projets expérimentaux aux Pays-Bas, qui sont financés dans le cadre de réseau de santé primaire comme dans la ville d'Almere, ou au Royaume-Uni avec le *new GMS (General Medical Service)*. Les nouveaux postes infirmiers sont financés soit directement aux centres de santé, soit dans le cadre contractuel national entre les médecins et le NHS.

Le cas de l'Ontario, qui présente un système assez similaire à celui de la France, dans la mesure où les médecins ont majoritairement une pratique individuelle payée à l'acte, montre que le financement des professionnels infirmiers destinés à travailler dans les cabinets de médecins de groupe n'a pu être assuré dans le cadre contractuel initial, le médecin ne pouvant facturer en son nom un acte réalisé par un autre professionnel. A l'échelon macroéconomique, il paraît délicat de prélever sur l'enveloppe globale des médecins un montant destiné à rémunérer un professionnel autre pour réaliser une partie des actes médicaux (Hutchinson et al. 2001). Il y a de fortes chances que les organisations médicales bloquent le processus visant à financer des professionnels sur leurs propres ressources. Le financement d'un professionnel paramédical en soins primaires ne peut qu'être assumé, dès lors, dans la perspective de l'augmentation des dépenses de santé, ce qui est le cas de la politique actuelle au Royaume-Uni. Dans le cas contraire, le financement du professionnel paramédical doit se faire à dépenses globales constantes, soit dans un contexte de rareté ou de baisse de la ressource médicale et donc de la dépense, soit en générant des économies par

l'intervention d'un acteur jouant un rôle préventif (prescriptions médicamenteuses, examens complémentaires et fréquence des hospitalisations), soit en offrant un service supplémentaire. C'est le cas de l'expérience des *Family Health Networks* en Ontario qui a introduit la possibilité de recevoir des fonds spécifiques pour des cabinets de groupe, dans la mesure où le groupe et les médecins qui le composent s'engagent à assurer une ouverture du cabinet sur des horaires plus étendus et s'engagent sur des objectifs quantifiés de suivi et de dépistage. Le paiement individuel à l'acte est alors remplacé par un mécanisme de rémunération qui associe paiement à l'acte et paiement à la capitation. L'hypothèse de cette nouvelle organisation est que la dépense supplémentaire est assortie d'un service supplémentaire, ou se traduit par une économie sur la consommation hospitalière, voire une évolution de l'activité des médecins.

L'influence du financement et de l'employeur sur les formes de pratiques infirmières

Au-delà du financement global d'une politique de développement des rôles infirmiers, la question de l'opérateur auquel est alloué la ressource apparaît déterminante, et conditionne la nature des activités développées par les infirmières dans les soins primaires, et notamment le degré d'autonomie de l'exercice infirmier. Le professionnel salarié du médecin réalise en général des actes délégués par le médecin sous contrôle de ce dernier.

Trois grandes modalités d'allocation de la ressource se distinguent dans les pays étudiés. Elles semblent s'être succédées dans le temps et peuvent coexister au sein d'un même système de santé.

L'infirmière indépendante salariée d'une autorité de santé

Le premier mode d'emploi des infirmières qualifiées (*nurse practitioners, district nurses*) est celui où ces dernières sont directement salariées des autorités de santé locales (*Primary Care Trust*), des centres de santé en Suède, des Centres Locaux de Santé Communautaire au Québec ou les *Community Health Centers* en Ontario. Elles exercent alors leur activité de manière autonome, notamment par rapport au médecin dont elles ne dépendent pas hiérarchiquement. Ainsi, les *district nurses* au Royaume-Uni réalisent les visites au domicile, ont une capacité de prescription limitée (Goodman, 2003). Elles peuvent être amenées à consulter

dans les cabinets des médecins. C'est aussi ce modèle d'exercice que l'on retrouve dans les Groupements de médecins de famille au Québec qui peuvent accueillir des infirmières qui restent néanmoins salariées des CLSC. Au sein des centres de santé en Suède, les infirmières sont salariées et développent une activité de consultation autonome.

L'infirmière indépendante salariée du médecin

Le deuxième mode d'emploi des infirmières en soins primaires est celui du salariat par les médecins. Dans ce modèle, les infirmières travaillent généralement à temps partiel et n'ont pas un rôle spécifique très étendu. C'est le cas des *practice nurses* qui sont employées par les cabinets de groupe au Royaume-Uni, mais aussi des infirmières recrutées par des cabinets de groupes expérimentaux, comme c'est le cas aux Pays-Bas (exemple d'Almere). Le projet de développement des *Family Health Network* en Ontario permet aussi aux médecins qui s'engagent dans cette nouvelle forme d'organisation de dégager des ressources permettant de recruter une ou plusieurs infirmières pour contribuer à l'atteinte des objectifs du groupe, tels que définis dans le contrat. Le développement du temps partiel salarié dans les cabinets de groupe paraît assez rapide, ce qui témoigne d'un intérêt certain de la part d'infirmières attirées par le travail à temps partiel. Cette forme de rémunération, qui place les infirmières en position de subordination au médecin, est moins appréciée par les représentants des organisations infirmières qui y voient une forme de régression par rapport au développement d'une pratique autonome. Comme nous l'avons dit précédemment, la frontière avec la fonction d'assistant du médecin telle qu'elle existe en Allemagne ou aux Pays-Bas est alors moins claire et ce d'autant plus que le niveau de qualification des *practice nurses* est inférieur à celui des *district nurses* ou des *health visitors*.

L'infirmière associée ou leader

Le troisième mode d'emploi est le partenariat ou l'association. Dans ce cas, le médecin et l'infirmière sont associés dans le cabinet et peuvent salarier d'autres professionnels. Ce modèle existe au Royaume-Uni mais est très peu développé. La présentation du Docteur Sweeney qui est présentée en section 2 (page 153) illustre ce cas. Les PMS (*Personal Medical Service*) au Royaume-Uni ont permis l'expérimentation de plusieurs cabinets gérés par des infirmières, au sein desquels les médecins généralistes consultent à temps partiel et sous contrat de salariat.

L'Allemagne s'oriente vers une évolution des formes juridiques de regroupement de professionnels de disciplines différentes.

L'enjeu du travail d'équipe et la difficile collaboration interprofessionnelle

Pour plusieurs interlocuteurs et notamment au Royaume-Uni, c'est le développement du travail en équipe qui est en jeu plutôt que le transfert de tâches déléguées ou non du médecin vers d'autres professionnels. L'enjeu est alors d'introduire de la flexibilité dans les organisations de travail et d'adapter les cadres réglementaires et contractuels à la diversité des situations de terrain. C'est l'un des objectifs poursuivis par le nouveau contrat entre les médecins généralistes et le NHS au Royaume-Uni. Une somme est allouée avec des objectifs de réalisation de soins en laissant latitude aux contractants pour définir la forme organisationnelle qui leur convient le mieux. Dans la plupart des cas, c'est le médecin généraliste, le plus souvent en groupe, qui se voit octroyer la possibilité de salarier et recruter d'autres professionnels de santé (Ontario, Québec, Royaume-Uni). Tout en restant des travailleurs indépendants, les médecins voient leur statut évoluer du modèle de l'artisan indépendant vers celui d'entrepreneur. Cette forme d'organisation en équipe de soins est aussi encouragée dans les formes plus traditionnelles que sont les centres de santé en Suède ou en Finlande.

La question du développement de la collaboration interprofessionnelle, qui ne va pas de soi, constitue dès lors un enjeu de recherche, de formation et de management. La présentation du Dr Bilodeau illustre l'importance de la formation initiale dans le développement de la pratique collaborative interprofessionnelle. C'est en développant des modules de formation conjoints élèves-infirmiers et élèves-médecins que l'on cherche à rendre effectif le travail d'équipe en soins primaires au Québec.

3.1.3. Le domicile : le territoire des infirmières dans de nombreux pays - Royaume-Uni, Allemagne, Pays-Bas, Québec...

Dans la plupart des pays étudiés, hormis en Italie, 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 situa-

tion d'un patient. Au Royaume-Uni, les *district nurses* sont traditionnellement les infirmières qui se rendent au domicile des patients.

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'exemple de l'Allemagne, développé par le Professeur Dibelius en section 2 (page 107) illustre l'impact des évolutions démographiques et épidémiologiques sur le développement des organisations de soins et le développement des rôles infirmiers. La création d'une assurance sociale pour la dépendance a été l'occasion de la création de la spécialité d'infirmière gériatrique. Les infirmières, qui étaient jusqu'alors très peu présentes dans le secteur ambulatoire, ont investi ce champ. Elles travaillent au sein d'organisations privées lucratives ou non, comprenant essentiellement des infirmières. L'encadrement est assuré par des infirmières générales. Les infirmières ont donc développé leurs prestations au domicile des patients où les médecins interviennent traditionnellement peu. L'autonomie des infirmières est limitée aux soins de nursing dont elles assurent l'évaluation sous contrôle des organismes financeurs. Leur intervention est tarifée selon des grilles élaborées sur des temps de réalisation de soins qui proposent des forfaits. Ces grilles et le montant des forfaits varient selon les Länders. Les interventions qui relèvent d'une prescription médicale posent problème car si elles sont souvent prescrites par téléphone après appel du médecin par l'infirmière, leur remboursement par les caisses d'assurance maladie nécessite une prescription plus formalisée. La difficulté à obtenir ces prescriptions écrites de la part des médecins peut poser des problèmes de trésorerie aux organisations de soins infirmiers. La question de l'articulation des soins de dépendance - en quelque sorte prescrits par les infirmières avec les autorités délivrant les ressources - et des soins techniques - prescrits par les médecins - pose problème en Allemagne où les deux sources de financement sont bien distinctes. L'autonomie des infirmières dans leur rôle au domicile reste donc limitée.

Centrés sur les soins à la personne dans son environnement, les soins infirmiers paraissent appropriés pour être délivrés au domicile des malades, dans leur contexte de vie. Les soins primaires sont d'ailleurs perçus par de nombreux interlocuteurs comme les soins fournis au domicile des patients et le plus souvent identifiés à des soins de nursing (perception retrouvée aux Pays-Bas et en Allemagne).

L'augmentation considérable de la demande de soins à venir offre des perspectives en termes de développement futur des rôles infirmiers au domicile et, partant, de l'élargissement de leur champ de compétences, et notamment la prescription (par exemple dans le domaine de l'appareillage et les consommables relatifs aux soins).

3.2. Organisation de la profession infirmière : obstacles et leviers

L'organisation des professions et les relations qu'elles entretiennent avec l'Etat varient considérablement selon les pays étudiés. Les modalités de reconnaissance du rôle social d'une profession de santé font généralement appel à des mécanismes divers plus ou moins explicites. Comme nous l'avons dit en introduction du chapitre III, nous avons mobilisé la définition de la profession proposée par Freidson pour décrire dans chaque pays les modalités d'organisation de la profession infirmière. Ainsi, nous avons exploré pour chaque pays les trois dimensions que sont la reconnaissance d'un monopole d'intervention défini par la réglementation, la maîtrise de la formation par des instances professionnelles et l'existence d'un code de déontologie propre et d'organismes spécifiques à la profession pour délivrer les permis d'exercer. Nous cherchons à expliquer le développement des rôles infirmiers par le développement de la profession selon les critères proposés par Freidson. Notre hypothèse est que plus une profession voit son champ de responsabilité reconnu par des textes juridiques spécifiques, plus elle est dotée d'un appareil de recherche et de formation développé et autonome, et plus elle dispose d'organismes représentatifs spécifiques chargés de réguler la profession, plus son champ de compétences est étendu.

Les modalités de définition réglementaire de la profession ont fait l'objet d'une attention particulière, dans la mesure où la demande initiale à l'origine de l'étude était d'étudier dans les autres pays les actes réalisés par les infirmières, leur étendue, leur nature, et notamment le fait qu'ils aient été transférés des médecins aux infirmières.

3.2.1. La définition de la profession par la réglementation sur les compétences et la responsabilité : une étape dans un processus de constitution de la profession ?

Les modalités possibles de description des actes infirmiers et l'approche internationale de l'ICNP

En référence à la situation française, nous avons considéré deux sources de définition du champ de compétences infirmier.

La première vise à décrire par des textes juridiques les actes pouvant être réalisés par les infirmières, soit de façon autonome, soit sous délégation des médecins. La réglementation des professions de santé a pour but de garantir la sécurité des patients. En France, la profession infirmière, qui rentre dans la catégorie juridique des professions auxiliaires de santé selon le code de la santé, se voit définie dans son rôle et son champ d'action par le biais d'un décret de compétences (annexe n°1). Ce décret distingue le rôle propre infirmier et le rôle délégué. Les conditions de la délégation sous contrôle du médecin (plus ou moins grande proximité géographique du médecin, protocolisation du processus de soins et caractère urgent) varient selon les actes réalisés. Toute modification de ce décret est soumise au Conseil d'Etat après avis de l'Académie de médecine.

La deuxième source de définition de la profession infirmière est constituée par les actes infirmiers pouvant faire l'objet d'une tarification. Quand elle existe, la nomenclature tarifaire des actes infirmiers permet d'aborder plus précisément les actes réalisés par ces dernières dans chaque pays. De fait, il s'avère que dans la plupart des pays, le mode d'exercice des infirmiers en soins primaires est principalement salarié et l'activité des infirmières fait rarement l'objet d'une nomenclature tarifaire.

La classification internationale des actes infirmiers

Une démarche internationale d'élaboration d'une classification internationale des actes infirmiers (ICNP) a été lancée en 1989 par le conseil international des infirmières. L'objectif de l'ICNP est de disposer d'un système linguistique unifié pour tous les pays afin de contribuer à la reconnaissance internationale de la profession infirmière et de faciliter les comparaisons entre pays, notamment sur les actes réalisés par les infirmières. La version 1.0 de cette classification a été finalisée en 2005. Trois activités infirmières (diagnostic infirmier, intervention infirmière et résultats infirmiers) peuvent être décrites au moyen d'une classification multiaxiale qui rassemble sept dimensions :

- l'objet d'analyse, (liste très longue, par ex : douleur, blessure, hygiène...);
- le jugement (avis clinique sur un phénomène par ex : amélioration, aggravation...);
- la fréquence de survenue du phénomène (permanent, intermittent souvent, rarement, etc.);
- la durée du phénomène (aigu ou chronique);
- la topologie (région anatomique - latérale, postérieure, etc. et son étendue);
- le lieu ou partie du corps où survient le phénomène;
- la probabilité (niveau de risque de survenue ou niveau de chance de résolution);
- le porteur (l'entité concernée : individu, famille, communauté...).

L'ICNP est conçue pour être intégrée dans les systèmes informatiques de codage de l'activité infirmière. L'annexe n° 2 issue du site de référence explicite la nature de l'outil et propose des exemples de codages (<http://www.icn.ch/icnp.htm>). Cet outil, encore au stade expérimental, s'intègre dans une démarche globale du Conseil international infirmier (CII), qui vise à promouvoir la profession infirmière et sa reconnaissance dans de nombreux pays. Ainsi, une position du CII sur la réglementation de la profession infirmière élaborée en partenariat avec l'OMS a été publiée en mars 2005.

La finalisation récente de la première version et sa faible implantation n'ont pas permis de mobi-

liser cette classification pour la réalisation de notre étude.

Les modalités de définition réglementaire de la profession infirmière dans les différents pays

Nous avons cherché à caractériser les modalités de définition et d'évolution de la profession au travers des textes juridiques qui définissent la profession dans chaque pays. Ces éléments sont représentés dans le tableau 4.

Les modalités de définition de la profession infirmière s'inscrivent dans le cadre plus général des modalités de définition des professions réglementées propres à chaque pays. Ces modalités varient selon que les professions sont appréhendées dans leur ensemble (Suède, Ontario, Québec) ou traitées isolément (Allemagne, Pays-Bas, Italie, Finlande, Royaume-Uni) et selon les caractéristiques du droit propre à chaque pays, ce que nous n'avons pu explorer en détail dans ce travail.

Nous avons constaté néanmoins qu'aucun pays de l'étude ne présente une description réglementaire de la profession infirmière équivalente dans son degré de finesse à celle qui existe en France par le décret de compétences, soit que la profession n'ait jamais fait l'objet d'une réglementation précise et détaillée comme c'est le cas en Allemagne, aux Pays-Bas ou au Royaume-Uni, soit que ce type de réglementation ait été abandonné (Suède, Italie) ou simplifié (Ontario, Québec).

Plusieurs pays ne connaissent pas de réglementation précise. Ces pays diffèrent néanmoins considérablement selon le niveau de développement des rôles infirmiers en soins primaires.

L'Allemagne : une absence de textes précis et des rôles peu développés qui donne de fait tout pouvoir au médecin de déléguer des actes aux infirmières, hormis le domaine des soins aux personnes dépendantes

Il n'existe pas en Allemagne de texte officiel décrivant les actes pouvant être réalisés par les infirmières, à l'instar des décrets d'activités français. La profession est définie par des textes assez généraux décrivant la responsabilité et les différentes activités des infirmières.

La loi " *heilpraktikergesetz* " ⁴⁵ (loi des non-médecins/loi des soignants) stipule que seuls les médecins ou les professions paramédicales peuvent réaliser des activités de soins. La réalisation d'activités de soins est définie par la loi, comme chaque professionnel ou activité commerciale qui a le but de diagnostiquer, soigner ou soulager la maladie, la souffrance ou toute autre lésion du corps humain. La loi détermine les relations entre les médecins et les autres professions paramédicales. Les paramédicaux reçoivent de la part des médecins leur droit à réaliser certains actes, si :

- l'activité concrète constitue un élément de la formation légale et contrôlée qu'ils ont suivi ;
- c'est une activité qui peut être déléguée ou a déjà été déléguée dans le passé à d'autres paramédicaux ;
- c'est une situation particulière sur ordre ou prescription du médecin.

45. De récents changements dans les lois et programmes relatifs aux soins infirmiers visent à donner une base commune aux soins infirmiers des enfants / nouveau-nés et aux soins infirmiers généraux. (cf. Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und über Änderung anderer Gesetz - Juli 2003). Cette loi concerne plusieurs professions de santé dont les infirmières générales et les infirmières pour enfants. Ce texte définit les conditions pour accéder à la qualification d'infirmière ou d'infirmière puéricultrice. Il faut avoir suivi la formation, être titulaire du diplôme, ne pas être interdit d'exercice et être en capacité d'exercer son métier.

Les compétences requises doivent permettre de réaliser des soins préventifs, de réhabilitation et palliatifs dans le domaine de la santé physique et psychique.

Trois types d'activité infirmière sont distingués (elles ne font jamais référence à des actes précis, il n'est jamais question de protocolisation des soins) :

1. les activités que les infirmières réalisent sous leur entière responsabilité (équivalent du rôle propre) :
 - identifier et évaluer des besoins de soins. Planifier, organiser, administrer, et documenter les soins ;
 - évaluer les soins le suivi, la qualité et la sécurité des soins ;
 - conseiller, instruire et soutenir l'entourage du malade ;
 - développer l'éducation à la santé ;
 - mettre en œuvre les gestes immédiats permettant la survie du patient dans l'attente du médecin.
2. les activités qui se font de manière participative :
 - exécuter les actes prescrits par les médecins ;
 - mettre en œuvre les mesures diagnostiques, thérapeutiques ou de réhabilitation ;
 - mettre en œuvre les mesures en cas de crise ou de situation catastrophique.
3. travailler en interdisciplinarité avec les autres groupes professionnels.

Les infirmières détiennent une compétence propre dans le domaine du soin (*nursing*) qui est en dehors du champ de la profession médicale.

En pratique, les rôles infirmiers en ambulatoire ou à l'hôpital relèvent de la responsabilité des médecins. Ce sont eux qui décident de l'intervention des infirmières. Dans les faits, pour la plupart des interlocuteurs représentant la profession infirmière, cette dernière souffre d'un défaut de délimitation juridique, l'idéal évoqué étant celui des décrets de compétences que nous connaissons en France et qui sont perçus en Allemagne comme un moyen de protéger la profession.

Les compétences des infirmières au travers de textes réglementaires en Allemagne ont également été définies par la réglementation sur les soins de dépendance. L'introduction de cette assurance en 1994 a considérablement soutenu le développement des soins infirmiers, en créant d'une part, la profession d'infirmière gériatrique et en offrant, d'autre part, la possibilité de son développement en ambulatoire de façon autonome, une nomenclature tarifaire spécifique ayant été élaborée pour rémunérer les soins délivrés à domicile dans le cadre de la dépendance (cf. présentation d'Olivia Dibelius en section 2, page 107).

Il n'y a pas de classification des actes infirmiers unique en Allemagne, mais des nomenclatures d'actes infirmiers et d'actes de *nursing* sont utilisées pour arrêter les tarifs dans les négociations entre caisses et organismes professionnels dans chaque Land (annexe Bavière).

Trois catégories d'actes sont distinguées et sont assez proches de ce qui est réalisé par les infirmières en situation de soins au domicile (annexe 7 page 249) :

- les actes de traitement infirmier : injections, pose d'un cathéter veineux, soins d'escarres, soins sur canule, perfusions sur cathéters centraux... ;
- les soins de *nursing* : toilette, prévention d'escarre, mobilisation ;
- l'aide ménagère.

En Allemagne, la profession infirmière est donc traditionnellement peu " protégée " par des textes réglementaires, le rôle et les actes réalisés étant dépendants du niveau de délégation adopté par le médecin. Le développement de l'assurance dépendance a conduit à l'émergence d'une nouvelle catégorie d'infirmière. L'interven-

tion des infirmières au domicile des patients est désormais décrite par des nomenclatures d'actes qui contribuent à caractériser le champ d'intervention des infirmières.

L'Italie et la Suède : l'abandon des textes visant à décrire les actes infirmiers de façon précise

Ces deux pays présentent la caractéristique d'avoir abandonné depuis de nombreuses années une réglementation détaillée des rôles et des actes infirmiers.

En Suède, la loi définissait de façon détaillée, il y a une vingtaine d'années, ce qu'un médecin généraliste et une infirmière pouvaient réaliser. Ce système a été abandonné et remplacé par deux lois générales. La première, équivalente de notre Code de la Santé publique, décrit ce que les patients sont en droit d'obtenir du système de santé et détaille les obligations des conseils de comté (qui sont responsables des soins primaires). Ainsi, la loi énonce que le " *County Council* " doit employer suffisamment de médecins généralistes et d'infirmières pour garantir une bonne qualité de soins pour le patient. La seconde loi concerne les professionnels et décrit ce dont ils doivent se charger. Cette loi définit les domaines d'intervention pour chaque professionnel sans pour autant les présenter de façon détaillée. Le système de formation est directement connecté à cette loi et c'est principalement par la formation que les compétences des infirmières sont définies et sont acquises (voir " *National Agency of Higher Education* " (*Högskolvärket*)).

En pratique, le médecin ne délègue pas de tâches à l'infirmière qui a son propre champ de responsabilité. Le médecin ou l'infirmière ont leur propre domaine de responsabilité. Réaliser une tâche relève de la responsabilité individuelle. Si l'infirmière agit par erreur, elle doit le rapporter au *Socialstyrelsen*, puis est éventuellement sanctionnée. C'est une loi sur la régulation de la pratique : il n'y a pas de définition sur la frontière existant entre chaque profession.

La prescription infirmière fait quant à elle l'objet d'un encadrement par des textes précis qui décrivent la liste des médicaments par maladie pouvant être prescrits à la fois par les *district nurses* et les infirmières spécialisées dans les soins aux personnes âgées.

En Italie, l'abandon des listes précises d'actes est plus récent et date de 1999. Calqué initialement sur le modèle de la profession infirmière en

France, avec une liste d'actes précise (*le mansionario*, annexe n° 5), le champ d'activités de l'infirmière est défini par trois sources de textes (voir texte de Marta Barbiéri) :

- le contenu du profil professionnel, qui n'évoque ni l'activité diagnostique, ni l'activité de prescription et développe ce qui relève du rôle propre ;
- les règlements définissant les formations, cursus et diplômes universitaires ;
- le code de déontologie.

Le dispositif définissant le champ d'activités de la profession apparaît donc plus souple et offre des perspectives d'évolution, notamment par les formations.

Ces modifications juridiques ne semblent pas avoir été suivies de changements notables dans la pratique. Si les nouvelles infirmières ont désormais suivi des formations plus longues au sein de l'Université et si elles ont des compétences plus étendues, la reconnaissance de leur rôle, aussi bien en termes de profil de poste au sein des organisations de soins qu'en termes de rémunération, ne semble pas avoir changé.

La réorganisation des professions et des actes en Ontario et au Québec

La province de l'Ontario a introduit au début des années quatre-vingt un processus de réorganisation des professions réglementées qui a conduit à un mode original de définition des champs d'activités professionnels.

Avant le lancement du processus de rénovation des professions de santé en 1982, cinq professions étaient définies par le *Health Discipline Act* (médecin, pharmacien, infirmière, dentiste et optométriste). Les autres professions de santé étaient faiblement organisées et régulées par une loi spécifique aux professions non prescriptrices de médicaments. De très nombreux groupes professionnels revendiquaient alors une reconnaissance permanente auprès de l'Etat dans un contexte de déficit budgétaire et de plaintes portées par des associations de malades auprès des organisations professionnelles. Le gouvernement conservateur de l'époque a mis en place un processus d'audition et d'analyse des professions dont l'objectif était d'aboutir à une nouvelle régulation des professions de santé. Le pilotage de ce processus a été confié à un comité principalement non professionnel compo-

sé de juristes proches du gouvernement.

Ce comité a mené pendant dix années un processus de consultation de tous les mouvements et organismes professionnels de façon très large (le processus a fait l'objet d'un vote initial au Parlement et a toujours été soutenu par les gouvernements successifs libéraux puis démocrates). Ce comité a ensuite fait des propositions au ministre, qui ont pour la plupart été adoptées.

La *Health Professions Legislation Review Commission* (HPLRC) a posé comme principe de base que la législation devait davantage être faite pour protéger les citoyens que pour défendre les professions. En conséquence, il fallait abandonner un mécanisme de régulation principalement centré sur les professions et la défense de leur territoire et de leurs intérêts.

Le comité a souhaité introduire une plus grande flexibilité entre les professions et éviter un cloisonnement trop important. Là encore, il s'agissait de permettre au patient de pouvoir choisir le professionnel compétent.

Le comité a alors demandé aux organisations professionnelles de définir l'ensemble des actes pouvant être préjudiciables au patient s'ils ne sont pas réalisés par quelqu'un de compétent et de qualifié. Treize actes potentiellement dangereux ont été identifiés. Ils constituent la liste des actes contrôlés (*controlled acts*, annexe n° 3).

Le comité a ensuite demandé à chaque profession de définir son champ de compétences. Au terme de la revue, alors que 75 professions différentes souhaitaient être intégrées dans le cadre des professions auto-régulées, seules 23 ont été définies. Elles sont régies par 21 collèges.

Le collège est un organisme institué par la puissance publique et financé sur fonds publics. Il a en charge le respect de la déontologie, juge les litiges entre professionnels et patients, définit les programmes de formation en articulation avec le ministère de l'Éducation et tient un registre des professionnels qui adhèrent au collège (*registration*) après avoir passé leur examen organisé lui aussi par le collège. Le collège a un conseil d'administration où siègent de façon obligatoire un nombre minimum de non-médecins. Les collèges de pharmaciens et de médecins existaient avant l'instauration de cette nouvelle législation mais ont été modifiés notamment en y introdui-

sant des non-médecins (les plaintes des patients n'aboutissaient à aucune sanction, les médecins du collège ayant tendance à être un peu trop cléments pour leurs pairs).

Les actes contrôlés sont attribués aux différentes professions selon un processus validé par le Parlement, un même acte pouvant être réalisé par plusieurs professions. La profession médicale s'est vue reconnaître 12 actes (l'acte visant à intervenir sur les dents est réservé aux dentistes), la profession infirmière s'est vue quant à elle reconnaître 3 actes contrôlés. Ainsi, dans un tableau croisé avec en ligne les 23 professions autorisées et en colonne les treize actes contrôlés, sont répartis les actes aux différentes professions, plusieurs professions pouvant détenir le même acte.

Pour certaines professions, les actes sont limités. C'est le cas notamment pour les *extended nurses* depuis 1999, qui ne constituent pas à proprement parler une profession de plus, mais une extension de la profession infirmière. Trois actes leurs sont reconnus (la réalisation d'un diagnostic, l'application d'une forme d'énergie sur le corps du patient et la prescription médicamenteuse) en plus des actes attribués aux infirmières. Mais dans les trois cas, ce sont des applications limitées de ces trois actes.

De fait, si l'attribution des actes contrôlés aux professions (STATUS) relève d'un processus qui est validé par le Parlement, le détail de l'application de ces actes relève d'un processus de négociation (REGULATION) entre les différentes professions concernées (limite de la pratique du diagnostic, ou de la prescription par exemple). Ce processus se fait sous l'égide du HPRAC (*Health Professions Regulatory Advisory Committee*). C'est donc en permanence que sont négociés des ajustements et des modifications de la partie régulée des actes contrôlés. Ces processus sont assez largement confiés aux professionnels, avec charge pour eux de se mettre d'accord. Le HPRAC a aussi une compétence beaucoup plus étendue puisqu'il peut proposer au ministre de rajouter, ou retirer une profession de la liste des professions régulées.

Le Québec s'est engagé plus récemment dans un processus similaire qui a conduit à l'adoption d'une " nouvelle loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé " en 2002.

Onze professions de santé ont été concernées par ces modifications législatives, dont l'objectif principal est d'inciter à la collaboration interprofessionnelle. La réforme a été menée par le ministère de la Justice en collaboration avec le ministère de la Santé et l'Office des professions du Québec. Pour l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, cette loi permet à la profession de progresser en reconnaissant des pratiques en vigueur et en affirmant plus clairement le rôle et la place de l'infirmière au sein de l'équipe de soins.

La nouvelle loi introduit une définition du champ d'exercice pour chaque profession, définit une zone commune d'activités professionnelles à toutes les professions, principalement dans les activités d'information, de prévention et de promotion de la santé.

Le champ d'exercice infirmier est le suivant : " L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs ".

La loi décrit aussi les activités réservées (exclusives ou non) à chaque profession et les conditions d'exercice associées (ordonnance, attestation de formation, plan de traitement infirmier, application de lois, par exemple pour la vaccination, modalités réglementaires pour les infirmières praticiennes qui pourront être autorisées à prescrire dans certains cas) et les conditions de dérogation à l'exercice réservé, notamment pour les non-professionnels et les situations d'urgence. Les activités réservées à la profession infirmière, exclusives ou non, sont les suivantes :

1. évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique ;
2. exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier ;
3. mettre en oeuvre des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance ;
4. mettre en oeuvre des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique (cela peut concerner la vaccination sans prescription - chapitre S-2.2) ;

5. effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance ;
6. effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance ;
7. déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent ;
8. appliquer des techniques invasives ;
9. contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal ;
10. effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes ;
11. administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance ;
12. procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique ;
13. mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance ;
14. décider de l'utilisation des mesures de contention.

Les actes médicaux, qui étaient inscrits dans le règlement de délégation d'actes médicaux aux infirmiers depuis 1980, passent pour leur plus grande part dans le domaine réservé des infirmières, comme le montre l'annexe n°4. Dans la plupart des cas, la réalisation des actes auparavant délégués aux infirmières, qui impliquaient surveillance et respect de protocole, et qui sont passés désormais dans le domaine réservé, relèvent principalement d'une ordonnance médicale. L'analyse des textes québécois montre que les actes désormais réservés aux infirmières québécoises sont des actes réalisés aussi par les infirmières françaises sur prescription médicale.

La loi décrit aussi les activités médicales que les infirmières peuvent réaliser dans des conditions bien particulières. Elles sont alors considérées comme infirmières praticiennes.

L'infirmière et l'infirmier peuvent, lorsqu'ils y sont habilités par règlements pris en application du paragraphe b du premier alinéa de l'article 19 de la Loi médicale (chapitre M-9) et du paragraphe f de l'article 14 de la présente loi, exercer une ou plusieurs des activités suivantes, visées au deuxième alinéa de l'article 31 de la Loi médicale :

1. prescrire des examens diagnostiques ;
2. utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice ;
3. prescrire des médicaments et d'autres substances ;
4. prescrire des traitements médicaux ;
5. utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice.

Cette législation est très innovante dans la mesure où elle permet un transfert de compétences médicales partiel aux infirmières qualifiées de praticiennes dans le domaine de la cardiologie, de la néonatalogie et de la néphrologie (annexe n° 4).

Cette nouvelle législation est fondée, comme en Ontario, sur le principe d'une protection du patient vis-à-vis de la réalisation d'actes potentiellement dangereux. Le domaine réservé de chaque profession vise bien à protéger le public et non les professions.

Cette législation, qui se distingue de la législation de l'Ontario dans la mesure où elle ne définit pas un tableau croisé entre les professions réglementées et 13 types d'actes potentiellement dangereux, vise à permettre également un certain niveau de recouvrement entre les différentes professions et dans le même temps à renforcer le champ de chaque profession. Enfin, en introduisant la possibilité pour l'infirmière, dans certaines conditions, de réaliser des actes médicaux, elle reconnaît le développement de pratiques infirmières avancées.

Le Royaume-Uni : une législation qui n'est pas focalisée sur les actes détaillés

Parler de décrets de compétences au Royaume-Uni semble tout à fait incongru. Pour les représentants des organisations infirmières, ce genre de texte n'a jamais vraiment existé. Le *Royal College of Nursing* régule la formation initiale en accréditant les formations. Le *Nurse and Midwifery Council* certifie les professionnelles et délivre le droit d'exercer selon les conditions requises par la législation. La très grande majorité des infirmières étant salariées, il n'existe pas

de nomenclature tarifaire. Les qualifications et le contenu des métiers sont définis par les programmes de formation.

3.2.2. La formation, la recherche et la représentation professionnelle

3.2.2.1. La formation et la recherche

Le tableau 4, rassemblant les éléments relatifs à la formation des infirmières montre une certaine homogénéité des durées de formation pour les étudiants infirmiers. Dans tous les pays, la durée est de trois années, certaines différences pouvant être liées au niveau d'étude requis à l'entrée des études. L'équivalent de notre baccalauréat n'existe en effet pas dans tous les pays.

Les lieux de formations sont quant à eux plus hétérogènes et si la plupart des écoles sont désormais détachées des hôpitaux, ce n'est pas le cas partout, comme le montre la situation de l'Allemagne. Il est à noter que du point de vue du principal syndicat infirmier allemand (dBfK) en Allemagne, le rattachement à l'hôpital est très dommageable dans la mesure où les hôpitaux ajustent les places de formation en fonction de leurs besoins. Etant soumis à des restrictions budgétaires importantes, les hôpitaux ont tendance à réduire le nombre d'infirmières formées, ce qui a des conséquences sur l'ensemble du système de soins.

L'équivalence avec les diplômes universitaires n'est pas retrouvée dans tous les pays. L'équivalence du diplôme en sciences infirmières avec le niveau d'une licence est retrouvée dans les pays anglo-saxons et en Italie. Il semble que dans le cas de l'Italie, c'est la mise en œuvre de la politique européenne dite du LMD (Licence Master, Doctorat) qui a contribué à l'inscription universitaire de la formation infirmière. Il semble aussi que l'universitarisation de la profession infirmière ait eu un effet dissuasif sur les vocations infirmières. La formation n'est plus aussi accessible à proximité et il faut parfois changer de ville pour intégrer une formation infirmière universitaire, ce qui peut avoir des répercussions non négligeables en termes de coût.

Dans les faits, le terme universitaire renvoie le plus souvent à un Institut Universitaire de Technologie ou Institut Universitaire Professionnel, tout au moins en ce qui concerne la formation de base. Dans de nombreux pays (Québec, Ontario, Royaume-Uni, Suède), les universités de sciences infirmières ne sont pas placées sous l'autorité des écoles de médecine. Elles sont aussi le lieu de développement d'une recherche en sciences infirmières avec des postes de professeurs et de chercheurs attirés.

Dans les pays où l'équivalence entre le diplôme infirmier et la licence n'est pas obtenue, des possibilités de formation universitaire par la voie des masters et des doctorats sont possibles, notamment dans le domaine de la gestion. Les étudiants qui suivent des cursus n'obtiennent cependant pas de diplômes dans le domaine des sciences infirmières.

Tableau 4
Tableau comparé : soins primaires et coopération infirmière médecins généralistes

	France	Allemagne	Pays-Bas	Italie	Suède	Finlande	Royaume-Uni	Canada	
								Ontario	Québec
Titres et catégories infirmières	Infirmière diplômée d'Etat	Infirmière diplômée d'Etat, infirmière gériatrique, infirmière puéricultrice	Cinq niveaux de compétence et de savoir, le niveau 5 correspond à un master en soins infirmiers (non spécifique aux infirmières, il faut être titulaire d'une licence en science, nursing science). Le niveau 4 correspond au titre, qualification terminologique, d'infirmière, niveau de licence, en science/soins infirmiers. Le niveau 3 : "verzorgende", équivalent d'une infirmière assistante/aide-soignante avec geste technique, principalement dans les soins au domicile ou en institution de long séjour.	Infirmière diplômée d'Etat et infirmière puéricultrice.	Professionnels infirmiers certifiés (<i>certified nurses</i>) = infirmiers généralistes qui ont suivi 3 ans de formation infirmière et qui sont certifiés.	Les diplômées d'Etat (<i>registered nurse</i>) après 3,5 années d'études dans une des 25 polytechnics de Finlande (=écoles publiques)	<i>Registered nurses</i>	Infirmière Autorisée (IA) et Infirmière Autorisée Etendue (IAE).	Infirmière Autorisée (IA) et infirmière Praticienne en néphrologie, cardiologie et néonatalogie
Catégories aides-soignantes	Aide-soignante	Infirmier assistant (<i>Stationschwester / stationspflege</i>) Lieu d'exercice : Hôpital, sanatorium, établissement psychiatrique, maison de retraite et établissement gériatrique, centre de médecine du travail, centre social ou religieux de soins, établissement de moyen et long séjour.	Niveau 2 : aide-soignant non autonome, sous la supervision des 3-4-5. Niveau 1 : aide non soignant, auxiliaire de vie, ASH...	L'Operatore socio sanatorio (OSS), l'aide-soignant. Cette figure et sa réglementation didactique sont le fruit d'un accord entre l'Etat et les régions.	Professionnels infirmiers auxiliaires (<i>auxiliary nurses</i>) = personnels non médicaux, qui ont bénéficié d'une formation en soins de base.	Les <i>licensed practical nurses</i> ou <i>enrolled nurses</i> (après le bac professionnel)	Infirmières non qualifiées - <i>enrolled nurse</i> : formation supprimée à partir de 1993-1994 - auxiliaires infirmiers à contrat national - assistants de soins à contrat local (<i>health care assistant</i>). La formation est également locale. Ils ne font pas l'objet d'une procédure d'enregistrement et il n'y a aucune régulation professionnelle.	<i>Practical nurses</i>	Infirmière Auxiliaire
Spécialisations	Anesthésie, bloc opératoire, cadre	Spécialisation possible après 2 années de pratique. Programmes de spécialisation régulés par la loi, au niveau du Land. Spécialisation "classiques" : pédiatrie, anesthésie et soins intensifs, chirurgie, psychiatrie, hygiène. Spécialisations récentes en développement : oncologie, soins palliatifs, néphrologie.	Plusieurs spécialités sont possibles : infirmière communautaire, infirmière psychiatrique et sociale, infirmière pédiatrique, infirmière obstétricienne et infirmière de soins intensifs.	Possibilités de spécialisations en santé publique, santé mentale et psychiatrique, gériatrie, pédiatrie et service d'urgences dans le cadre de masters.	Multiples : soins primaires, pédiatrie, gériatrie, psychiatrie, bloc...	Trois qualifications (correspondant à une filière) des écoles polytechniques : sages-femmes, infirmière d'urgence, infirmière de santé publique (ISP). Formation un peu plus longue que les infirmières diplômées d'Etat (IDE). La plupart sont des IDE. Assez peu d'infirmières de santé publique, mais le besoin n'est pas très important. Certaines ISP exercent dans les centres de santé, et d'autres à l'école : elles sont davantage orientées vers la prévention et l'éducation.	Pédiatrie, psychiatrie, handicapées		Infirmière clinicienne (niveau Master), spécialisation en gestion, formation et recherche

Une spécialisation ne débouche pas nécessairement sur un niveau universitaire supérieur et ne permet pas nécessairement la réalisation d'actes médicaux supplémentaires.
La formation spécialisée est reconnue par les employeurs et peut donner lieu à des rémunérations supplémentaires.

Tableau 4 (suite 1)

	France	Allemagne	Pays-Bas	Italie	Suède	Finlande	Royaume-Uni	Canada	
								Ontario	Québec
Lieu de formation	Ecole infirmière rattachée au conseil régional depuis 2006	Ecole d'infirmiers ou d'infirmiers pédiatriques reconnues par l'Etat et rattachées à des hôpitaux. 1994 : 943 écoles. Pas d'organisme qui accrédite les établissements de formation.	Depuis 1997, les écoles sont publiques et rattachées aux hôpitaux.	Université	Formation dispensée dans des écoles installées au sein d'universités publiques. Aussi 3 écoles privées de formation, également rattachées à des universités. En tout : 30 écoles de formation destinées aux infirmiers, et 10 pour les sages-femmes.	25 polytechnics en Finlande. Ecoles totalement indépendantes financées par l'Etat. Elles ne sont pas rattachées à l'hôpital comme en France. Équivalents IUT/IUP. Autant les universités que les polytechnics ont un statut indépendant.	Collèges en partenariat avec l'Université	Université	Université et collège
Niveau de formation	Bac plus 3 (reconnu comme bac + 2) et plus 1,5 ans pour les spécialisations	3 ans de base	3 ans de base et une vingtaine de spécialisations seulement reconnues par les employeurs et employés.	Minimum de 3 années.	3 ans après un cycle secondaire complet.	Pour les <i>licensed practical nurses</i> : après le bac professionnel. Pour les diplômées d'Etat : 3,5 années d'études dans une des 25 polytechnics de Finlande.	Licence, Master et Doctorat	3 ans après le secondaire licence en sciences infirmières	3 ans après le secondaire licence en sciences infirmières
Equivalence universitaire	Aucune, sauf cas isolés	Possibilités de master (manager et enseignant). Depuis début 1990, exigence croissante de formation académique du personnel infirmier. En conséquence, 24 universités ont été créées avec des cours de <i>nursing management</i> , sciences infirmières. Cours de 5 ans. Environ 50 universités avec <i>nursing management</i> . L'université est un 3ème niveau : une infirmière doit avoir son diplôme pour étudier APRES l'université.	Possibilité de formation complémentaire universitaire ou d'école privée du type : infirmière qualifiée de infirmière de soins primaires.	Equivalences licence master, et doctorat depuis 1999.	Spécialisations donnant des points 40 points = une année académique.	Possibilité de faire un master à l'université (=master's degree). Dans 5 universités en Finlande. Aujourd'hui, environ 2 000 infirmières ont un master's degree en sciences infirmières (5 ans de + après le diplôme d'IDE). Chaque année, environ 150 à 200 infirmières commencent leur master. 3 types de formation : <i>nursing teacher / nursing manager / clinical specialist</i> (plus orienté vers la pratique clinique, à l'hôpital ou en SP, avec orientation recherche, investissement dans projets de recherche) Environ 100 infirmières ont un PHD aujourd'hui. Egalement possible aujourd'hui de faire un master's degree au sein de l'école polytechnique.	Oui	Licence, Master et Doctorat	Licence, Master et Doctorat

Une spécialisation ne débouche pas nécessairement sur un niveau universitaire supérieur et ne permet pas nécessairement la réalisation d'actes médicaux supplémentaires. La formation spécialisée est reconnue par les employeurs et peut donner lieu à des rémunérations supplémentaires.

Tableau 4 (suite 2)

	France	Allemagne	Pays-Bas	Italie	Suède	Finlande	Royaume-Uni	Canada	
								Ontario	Québec
Organisme professionnel de certification		Pas d'organisation professionnelle régulatrice, la licence est délivrée par le Land.	Aucun	Un organisme unique	Commun à toutes les professions de santé.		Organisme de certification commun aux sages-femmes et aux infirmières, le <i>Nurse and Midwifery Council</i> .	Le Collège des infirmières de l'Ontario gère l'examen et la procédure qui conduisent à l'examen.	Collège des infirmières du Québec.
Organisme professionnel de représentation		Une dizaine d'associations professionnelles dont deux principales, le DBFK, et l'ADS.	Une organisation, qui rassemble plus de 50 associations pour infirmières spécialisées.	La Fédération des collèges, Lpasvi, est l'organisme représentant les infirmières italiennes au plan national. Elle coordonne les collèges de province qui comptent, parmi leurs devoirs institutionnels, celui de dresser les listes des infirmiers professionnels.	Le <i>Vardförbundet</i> représente 4 professions dont les infirmières et les sages-femmes. C'est un syndicat impliqué dans le processus de négociation avec le <i>Socialstyrelsen</i> et avec les comités. Le <i>Vardförbundet</i> collabore avec les autres syndicats, mais surtout avec les médecins.	L'Association finlandaise des infirmières est la plus ancienne organisation professionnelle et la plus grande. Les trois quart d'entre eux sont membres du syndicat TEHI, qui traite des salaires et des négociations avec le gouvernement. C'est une association indépendante, qui soutient les syndicats dans le cadre des différentes négociations, et essaie de rendre la profession infirmière plus visible (publication d'un journal scientifique et lobby au Parlement). 47 000 membres dans cette organisation (étudiants inclus), dont 33 000 infirmières font partie de leur association.	Le <i>Royal college of nursing</i> élabore et accrédite les programmes de formation qu'ils soient de base ou spécialisés comme le programme de " <i>Nurse Practitioner</i> ".	Association des infirmières de l'Ontario.	Absence d'association professionnelle commune à l'ensemble des infirmières.
Existence d'un code déontologique spécifique		Existence d'un code déontologique infirmier, distinct de celui des médecins. Pas d'instance spécifique chargée d'évaluer les pratiques ou juger les fautes professionnelles.	Existence d'un code déontologique infirmier, distinct de celui des médecins. Existence d'une instance spécifique chargée d'évaluer les pratiques ou juger les fautes professionnelles. Elle est autorisée à prendre des sanctions		Texte de loi : si l'infirmière agit par erreur, c'est réglementé. Elle doit le rapporter au <i>Socialstyrelsen</i> , puis a éventuellement une sanction disciplinaire. Question de l'assurance du patient, qui couvre les erreurs du médecin. Éventuellement sanction disciplinaire du médecin. C'est une loi sur la régulation de la pratique, il n'y a pas de définition sur la frontière existant entre chaque profession.	Pas de code éthique infirmier dans la Loi. Seulement au sein de leur organisation et de l'ICN. Il existe une instance étatique dont la fonction est de juger toutes sortes de fautes liées aux questions de santé : " <i>Rättskyddscentral för sjukvard</i> ". Augmentation du nombre de plaintes en Finlande. Les professionnels sont assurés pour leurs fautes individuelles par le biais de leurs cotisations aux associations.		Code spécifique à la profession infirmière.	Code spécifique à la profession infirmière.

Une spécialisation ne débouche pas nécessairement sur un niveau universitaire supérieur et ne permet pas nécessairement la réalisation d'actes médicaux supplémentaires. La formation spécialisée est reconnue par les employeurs et peut donner lieu à des rémunérations supplémentaires.

3.2.2.2. *La représentation professionnelle*

L'interprétation de cette variable constitutive du fait professionnel dans une perspective comparative est délicate puisqu'elle renvoie à l'organisation générale des professions dans chaque pays.

Les pays où la représentation professionnelle est unique et joue une fonction de régulation

Le Canada qui est un pays jeune, présente deux expériences contrastées qui ont en commun la mise à plat, à une période de leur histoire, du système global de régulation des professions. Le processus a concerné l'ensemble des professions au Québec, avec la création de l'office des professions du Québec dans les années soixante-dix. Il est limité à l'ensemble des professions de santé en Ontario avec la loi sur la régulation des professions de santé. Le principe commun en est la protection des patients avant tout, et a abouti à la participation importante de l'Etat et du public dans les organismes de régulation professionnels (Beardwood, 1999). Ces derniers doivent rendre des comptes aux instances de régulation sur leur activité, notamment leur gestion des plaintes déposées auprès de leurs instances.

De fait, dans ces deux provinces, à l'instar des autres professions réglementées, la profession infirmière est dotée d'un organisme unique représentatif. C'est cet organisme qui certifie les infirmières à l'occasion d'un examen d'entrée et les sanctionne le cas échéant en se référant au code de déontologie spécifique à la profession. La profession infirmière est ainsi parfaitement identifiée et représentée dans l'espace social.

Le Royaume-Uni est aussi remarquable quant à l'organisation de la profession infirmière. Le *Royal College of Nursing* et non pas *Nurses* regroupe à la fois les infirmières et toutes leurs catégories mais aussi l'équivalent de la profession d'aide-soignante. Il constitue une institution puissante, dotée de véritables moyens d'organisation, de formation, de réflexion et d'influence. Il est calqué sur le modèle des *Royal College of Médecin*, qui existent pour toutes les spécialités médicales. Son rôle est étendu et vise principalement à contribuer au développement de la qualité des soins et de la profession infirmière. Il dispose d'un plan stratégique public à trois ans. Le *Royal College of Nursing* n'a pas de rôle juridique. C'est le *Nurses et Midwifery Council* qui enregistre les professionnels et assure le contrô-

le de la profession infirmière. Il produit des standards de qualité et enregistre les plaintes du public en lien avec la pratique professionnelle.

La Suède présente une situation particulière, car c'est le même organisme qui régule l'ensemble des professions de santé. Les infirmières sont néanmoins représentées par un organisme syndical qu'elles partagent avec les sages-femmes.

L'Italie a permis la mise en place d'un dispositif unique et national de représentation et de régulation de la profession infirmière où se retrouve l'ensemble des organismes régionaux.

Mis à part l'Italie qui constitue une exception, tous les pays où la profession infirmière est représentée par un organisme unique doté d'un code de déontologie spécifique, sont engagés dans une extension des activités infirmières dans le cadre d'une pratique autonome.

Les pays où la représentation professionnelle infirmière est éclatée sans fonction de régulation

Il s'agit dans notre étude de l'Allemagne, des Pays-Bas et de la Finlande. Ces pays ont principalement développé la délégation d'actes sans autoriser certaines infirmières à réaliser diagnostics et prescriptions.

Conclusion du chapitre 3

Le rôle que joue la démographie médicale sur le développement des activités infirmières paraît donc essentiel dans la mesure où c'est " le manque de ressource médicale " qui introduit la question du transfert d'activité médicale à une autre catégorie professionnelle, mais cela ne préjuge en rien de la pérennité des solutions adoptées, ni de la modalité et de l'ampleur du transfert (sous délégation ou non), ni de la profession destinataire de ce transfert.

La simple comparaison des deux professions d'infirmière et de médecin montre vite ses limites dans la mesure où c'est l'ensemble des professions concernées dans le champ étudié qui doit être appréhendé pour comprendre les mécanismes de répartition des activités entre champs professionnels. Enfin, la fonction d'assistant du médecin, sur le mode de la délégation, existe soit comme un métier spécifique plus ou moins qualifié, soit comme une forme d'exercice de la profession infirmière. La capacité pour les organisations infirmières à faire coexister dans un même cadre professionnel des formes de prati-

ques très différentes semblent jouer un rôle important dans la reconnaissance de nouvelles activités infirmières.

L'intervention de la puissance publique apparaît comme une condition essentielle du développement et de l'institutionnalisation des rôles infirmiers. Cette intervention peut porter sur le soutien financier dans le cadre de programmes de renforcement des soins primaires, ou de financement de soins au domicile, par l'adaptation de la réglementation ou le soutien aux programmes de formation. Elle est légitimée par des enjeux d'accès aux soins, de réponse aux besoins, de protection du public, ou par la maîtrise des dépenses de santé. La capacité des organisations infirmières à répondre aux enjeux de santé qui se posent aux acteurs politiques et le pouvoir de négociation qu'elles peuvent développer expliquent le développement des rôles infirmiers et les modalités qu'ils peuvent prendre, notamment dans le domaine de la prescription.

L'analyse des modes d'organisation des professions montre que les pays qui diversifient le plus les rôles infirmiers ont des réglementations des métiers parfois globales aux professions de santé (Ontario, Suède). Ils reconnaissent une responsabilité étendue à la profession infirmière (Royaume-Uni), ne détaillent pas précisément les actes (Ontario, Québec), et/ou autorisent des chevauchements d'actes entre professions, laissant ainsi une marge de manœuvre importante aux acteurs professionnels pour s'organiser.

Replacé dans une perspective plus dynamique et comparative entre pays, il semble que la définition de la profession infirmière par des textes réglementaires détaillant les actes relevant de ladite profession, se révèle comme une étape dans un processus de développement des rôles infirmiers et de la profession elle-même. Ainsi en Allemagne, l'un des pays de notre étude où les rôles infirmiers sont les moins développés, les organismes professionnels infirmiers regrettent de ne pas disposer de textes régissant les actes ; la délégation relève du bon vouloir du médecin qui, de fait, travaille avec ses assistants. La situation est similaire aux Pays-Bas, où le champ d'exercice infirmier est peu détaillé et reste largement déterminé par le contexte local, selon un modèle dominant de délégation sous contrôle. Les textes précis définissant les actes pouvant être réalisés par l'infirmière ont été abandonnés en Suède ainsi qu'en Italie. Dans ce dernier pays, où les changements sont encore récents, il semble que les nouvelles infirmières aient des compétences plus étendues et déve-

loppent de nouvelles activités, mais sans véritable reconnaissance salariale ou statutaire ; en outre, elles exercent principalement à l'hôpital. Le cas de l'Ontario est intermédiaire et de type mixte puisqu'il associe une liste d'actes contrôlés que peuvent se partager les professions régulées avec des textes définissant les professions. Les actes contrôlés sont suffisamment larges pour offrir une grande souplesse aux organisations de travail. C'est aussi dans cette voie que s'est engagé récemment le Québec, avec l'objectif de favoriser la collaboration interprofessionnelle en adoptant une législation plus souple qui permet un certain recouvrement d'actes entre les différentes professions. Il est à noter, dans le cas du Québec, que l'adoption d'un cadre moins détaillé de la pratique s'accompagne d'une reconnaissance juridique du champ d'exercice et de l'exercice réservé de la profession infirmière.

La description par les textes ne serait-elle qu'une étape vers une plus grande reconnaissance de la profession ? L'enjeu, ou plutôt l'échange acceptable pour la profession infirmière ne serait-il pas de se voir reconnaître un champ de responsabilité contre l'abandon d'une réglementation protectrice par les actes ?

L'exercice infirmier en soins primaires dans les pays étudiés est principalement salarié. La pratique libérale et le paiement à l'acte n'existent quasiment pas dans les pays étudiés pour la profession infirmière, ce qui n'est pas le cas de la profession médicale dans plusieurs pays (Ontario, Québec, Allemagne, Pays-Bas). L'acte infirmier dans ces pays n'est pas immédiatement relié à une valeur monétaire, ce qui explique peut-être aussi qu'une législation plus souple ait pu être adoptée. L'élargissement des compétences infirmières au-delà des actes n'a donc aucune conséquence économique à court terme sur les niveaux de rémunération des infirmières comme sur celui des médecins. L'enjeu de la valorisation de l'activité infirmière est néanmoins bien présent quand il s'agit de définir les rémunérations des infirmières aux compétences étendues, ayant un niveau de formation élevée et couvrant un large spectre d'activités. Ceci est particulièrement illustré par le système du *Skills, Knowledge, Framework* adopté au Royaume-Uni, qui vise à rémunérer les infirmières en proportion des compétences qu'elles détiennent et qu'elles mettent en œuvre. Le dispositif vise en effet à évaluer les compétences d'une personne dans un poste donné au moyen d'un outil général et à placer cette personne dans une catégorie infirmière à laquelle correspondent des fourchettes de salaire.

Les pays qui ont développé les rôles infirmiers et qui ont élargi le droit de prescrire sont en général dotés d'un appareil de formation autonome, de niveau universitaire et d'une capacité de recherche dans le domaine des soins infirmiers. Il s'agit notamment du Royaume-Uni, de l'Ontario, de la Suède et du Québec. Le lien entre développement de la formation (autonomie et université) et extension des tâches infirmières n'est pas toujours retrouvé. Ainsi, le Québec est doté depuis de nombreuses années d'une formation et d'une recherche infirmière alors même que les rôles infirmiers n'ont été étendus qu'en 2002. Le cas de l'Italie est remarquable, dans la mesure où la mise en place d'un dispositif universitaire de formation a eu comme effet immédiat d'introduire des barrières à l'entrée aux études et, surtout, ne s'est traduit par aucune reconnaissance particulière dans les situations de travail, aussi bien en termes de profil de poste que de rémunération.

Ce n'est donc pas l'existence de la formation et de la recherche dans le domaine des sciences infirmières qui est la seule condition d'extension des activités infirmières. Elle en constitue néanmoins probablement une étape incontournable et souvent la première, dans la perspective du développement de l'activité autonome de l'infirmière.

Il se dégage globalement une relation étroite entre l'organisation professionnelle infirmière, son niveau d'autonomie dans le domaine de la formation, la représentation, la régulation et la possibilité d'extension des rôles infirmiers en soins primaires. Cette conclusion peut apparaître tautologique au regard du cadre préalablement choisi qui est celui de la sociologie américaine

élaboré justement à partir de l'analyse des professions dans les pays anglo-saxons.

Néanmoins, il nous paraît raisonnable de soutenir la thèse que plus un groupe professionnel est doté d'une autonomie de formation, de recherche et de régulation, plus il est en mesure de voir son champ de pratique autonome se développer.

C'est le cas pour la profession de sage-femme en France, qui a un champ de compétences spécifique, un ordre spécifique, et un droit de prescription autonome récemment étendu. Dans la plupart des pays étudiés, les sages femmes sont apparentées à la profession infirmière et ont reçu un droit de décision et de prescription autonome. Mais la principale différence de la situation française avec les autres pays est le caractère médical de la profession de sage-femme en France. Autrement dit, il semble qu'en France seule une profession médicale peut présenter les attributs d'une profession telle que nous les avons définis en référence à Freidson. Néanmoins, la situation concrète (statut, salaire, pratiques professionnelles) des sages femmes françaises n'est pas très différente de celle des infirmières (Schweyer, 1996) même si elle a récemment évolué. Au-delà des aménagements institutionnels de la profession que sont la création d'un ordre, la formation universitaire, la création d'un code de déontologie propre, ou l'adaptation réglementaire, l'enjeu n'est-il pas de travailler à ce qui peut constituer l'identité de la profession infirmière dans un environnement où l'évolution de l'organisation du travail, de la technique, des besoins de santé et de la demande de soins questionnent l'identité des professions de santé dans leur ensemble ?

Conclusion générale

Conclusion générale

Après avoir parcouru l'ensemble des pays étudiés, nous pouvons retenir quelques éléments de conclusion qui semblent utiles pour éclairer les orientations possibles pour le système de soins français.

En premier lieu, il est important de souligner que la notion traditionnelle des soins primaires, définis comme les soins délivrés par les professionnels de premier contact et désignés comme tels dans l'architecture du système de soins - en l'occurrence le médecin généraliste - semble aujourd'hui en évolution. La notion de soins primaires ne paraît plus limitée aux soins généraux et peut inclure des soins spécialisés, dans la mesure où ils sont dispensés à proximité. Cette évolution correspond à la " transition épidémiologique " caractérisée par l'importance des maladies chroniques, mais aussi à celle de la demande des malades et de leur relation avec les acteurs du système de soins. Les soins aux personnes dépendantes, et la possibilité de délivrer au domicile et en ambulatoire des soins spécialisés, médicaux ou non, renouvellent la notion de soins primaires comme cela est évolué en Suède avec les *New Primary Care*.

Les politiques menées dans les pays étudiés montrent l'accent qui est mis, dans le cadre des politiques de santé, sur l'organisation des soins en ambulatoire, le regroupement des professionnels dans le cadre d'équipes de soins et le développement des pratiques collectives.

Dans ce contexte, la substitution des actes est développée largement autant sur le mode de la délégation (ordonnances collectives, consultations de triage), que sur celui du transfert. L'enjeu principal est de favoriser le travail d'équipe, les responsabilités pouvant être partagées entre des infirmières aux compétences étendues et les médecins.

Un deuxième point essentiel à rappeler est qu'une partie des actes médicaux peuvent être réalisés par des non-médecins. La littérature, qui remonte aux années 70, converge globalement pour reconnaître une qualité égale des soins délivrés par un non-médecin et une satisfaction égale, voire plus élevée des patients. Les professions de santé sont d'ailleurs nées de ce processus de délégation d'actes, au gré des évolutions techno-

logiques et des spécialisations médicales. Le processus initial est la délégation, le médecin gardant la responsabilité et le contrôle de l'acte. Le transfert de l'acte médical, décision et responsabilité sans contrôle du médecin, à la profession infirmière est développé de façon inégale selon les pays. Il porte essentiellement sur la possibilité de réaliser un diagnostic, de prescrire des examens complémentaires ou un traitement. Dans la plupart des pays, le nombre d'infirmières autorisées à pratiquer ces actes est limité. Ces infirmières constituent en quelque sorte la pointe avancée d'une profession exerçant majoritairement dans un cadre de délégation. La formation et/ou l'expérience de ces professionnelles sont élevées, de niveau master ou plus, et acquises dans des écoles universitaires spécifiques aux infirmières. Le cadre réglementaire de la profession infirmière ou des professions de santé a été la plupart du temps adapté. Il permet un chevauchement relatif des activités entre professions médicale et infirmière mais aussi avec les autres professions, dans le but de permettre aux organisations de travail de s'adapter aux situations locales et aux besoins des patients. Dans le même mouvement qui vise à permettre les chevauchements d'activités, les adaptations réglementaires reconnaissent un champ de compétence spécifique à chaque profession associé le plus souvent à un dispositif spécifique de régulation (Ordre ou Collège et code déontologique).

Le troisième élément de conclusion porte sur l'analyse des processus qui ont conduit à l'extension des rôles infirmiers. Il s'agit en général d'un cheminement long et discontinu, le plus souvent initié par la nécessité de couvrir les besoins de soins de la population qui ne sont pas couverts par les organisations en place. Il peut s'agir des zones éloignées ou défavorisées, dépourvues en médecins, ou de soins non offerts par les médecins (prévention, éducation à la santé, coordination des soins, information...). Les nouveaux rôles infirmiers ne peuvent se développer sans une politique volontaire des pouvoirs publics assortie de financements supplémentaires spécifiques. Cependant, le développement effectif des nouveaux rôles infirmiers n'apparaît possible qu'au terme d'un processus de négociation plus ou moins explicite où la notion de complémentarité des rôles généralement défendue par les organi-

sations professionnelles prend une grande importance. L'affirmation d'une identité professionnelle propre à chaque groupe est par ailleurs essentielle dans ce processus qui débouche marginalement sur la possibilité de transférer des actes médicaux aux infirmières pour des situations et des contextes particuliers. Les Etats et organismes régulateurs peuvent rechercher une plus grande efficacité du système de soins en visant la substitution d'un médecin par une infirmière de pratique avancée. Cependant, la littérature est peu conclusive sur ce point, le temps médical épargné étant finalement remplacé par un temps infirmier, certes moins coûteux mais plus long.

C'est généralement dans le cadre de politiques visant à renforcer les soins primaires et à réduire le poids de l'hôpital que les Etats recherchent une plus grande efficacité. Plus que la substitution entre professionnels *stricto sensu*, c'est autour de l'équipe de soins, où le médecin garde généralement une place très importante, que s'oriente l'organisation des soins et se développent les nouveaux rôles infirmiers. La substitution apparaît alors comme la résultante d'un processus qui vise avant tout à faire émerger ou à modifier les organisations de travail. Les Etats semblent intervenir en agissant à la fois sur le dispositif réglementaire, la formation et les mécanismes de rémunération.

Enfin, dans la plupart des pays, la sécurité des patients et la qualité des services rendus constituent des repères, voire des buts essentiels pour les politiques mises en œuvre. C'est la référence à la sécurité du public qui a conduit les réformes de l'organisation des professions au Québec et en Ontario. Si les revendications des professionnelles sont légitimes, elles ne doivent pas se substituer à l'intérêt du public et des malades. Cette position a pu conduire certains Etats, comme l'Ontario, à confier la conduite de ces débats et réflexions à des organismes indépendants, avec mission de faire des propositions aux acteurs politiques.

La diminution annoncée et certaine du nombre de médecins en France constitue le facteur déclencheur d'une évolution des rôles infirmiers que nous avons retrouvée dans les autres pays. La réforme qui introduit le médecin traitant peut être considérée comme une évolution importante dans l'organisation des soins primaires, la plupart

des Français étant désormais inscrits auprès d'un médecin. La politique des réseaux menée depuis dix ans, les actions visant à l'organisation de la permanence des soins, le renouvellement de l'intérêt pour les maisons de santé et l'attrait des jeunes médecins et des infirmières pour de nouvelles formes de pratique traduisent des évolutions en cours. L'introduction de l'assurance dépendance en 2006, à l'instar de ce qui s'est passé en Allemagne, permet d'envisager un développement des rôles infirmiers et soignants dans le domaine des soins primaires.

Dans le contexte français, il paraît envisageable de favoriser et soutenir l'expansion de nouveaux rôles, ou de nouvelles fonctions avec à terme le recentrage des médecins sur des fonctions plus médicales. La France, avec une proportion importante d'infirmières installées en libéral et rémunérées à l'acte, présente une situation tout à fait particulière dans les pays de notre étude. Les infirmières de coordination au sein des réseaux de santé, les infirmières responsables de Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) exercent des fonctions nouvelles avec un statut de salarié. Les initiatives conduisant à de nouvelles pratiques sont à ce jour, développées sur un mode expérimental et somme toute marginal. L'expérience des autres pays montre que plusieurs conditions peuvent favoriser l'évolution des rôles infirmiers en soins primaires. Les actions doivent porter à la fois sur le soutien financier des nouvelles formes d'organisations et de pratiques, sur l'adaptation de la réglementation professionnelle, et sur le renforcement des compétences professionnelles par l'élaboration de formations adéquates.

Le développement des rôles infirmiers est étroitement lié à la politique de développement des soins primaires. Les soins primaires en France ont principalement fait l'objet de politiques décentralisées et sectorielles comme la Protection Maternelle et Infantile ou l'organisation des soins délivrés aux personnes âgées. Les lois de santé publique et de réforme de l'assurance maladie adoptées en 2004 expriment la volonté de réorganiser les soins de santé afin de faire face aux défis démographiques, économiques et sanitaires des années à venir. La réforme du médecin traitant annonce une nouvelle organisation des soins primaires dans laquelle les nouvelles formes d'organisation et de collaboration des professionnels de santé sont amenées à se développer.