

La profession infirmière en mutation

Eléments de réflexion à partir d'exemples européens

Laure Com-Ruelle¹

Fabienne Midy¹

Philippe Ulmann²

¹CREDES, ²Colège des Economistes de la Santé

Les noms d'auteurs apparaissent par ordre alphabétique

Rapport n° 498 (biblio n° 1318) Octobre 2000

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 du CREDES devra être informé préalablement.

I.S.B.N. : 2-878 12-269-0

Avertissement

Cette étude a été réalisée à la demande de la Direction de la Sécurité Sociale qui a sollicité le CREDES (Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé) pour une analyse des conditions d'exercice et de rémunération des professions de santé dispensant des soins infirmiers et de *nursing* à travers les expériences menées dans d'autres pays européens.

Nous présentons dans ce rapport des données sur la démographie infirmière. Or, nous avons pu constater que les données disponibles sont généralement sujettes à caution, ce qui peut sembler étonnant dans la mesure où dans de nombreux pays, la profession infirmière est soumise à une procédure d'enregistrement.

Nous attirons l'attention des lecteurs sur le fait que les données de démographie infirmière sont difficilement comparables, principalement parce que l'on ne connaît pas toujours avec précision le statut des professionnels comptabilisés. La terminologie, les définitions et les pratiques infirmières peuvent varier d'un pays à un autre. On peut en effet distinguer trois catégories principales de professionnels :

- les infirmiers spécialisés dans les domaines de la clinique, de la direction ou de l'enseignement (dont les sages-femmes font partie dans certains pays) ;
- les infirmiers qualifiés (autres dénominations : infirmier diplômé d'Etat ou infirmier de premier niveau) ;
- les infirmiers non qualifiés (autres dénominations : infirmier de second niveau, auxiliaire, assistant ou aide-soignant).

Bien que la profession reste très largement féminine, nous avons choisi, pour ne pas alourdir le texte, de prendre le terme d'infirmier pour désigner l'ensemble des professionnels.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier l'ensemble des interlocuteurs qui ont accepté de répondre aux interviews menées dans les différents pays ainsi que ceux qui ont renseigné le guide d'entretien qui leur était adressé et les relecteurs attentifs du CREDES : Mme Couffinhal, Mr Pierrard, Mme Polton et Mlle Vergeau.

- Mr Andersson Dan, Délégation Régionale de l'Office National de Santé et du Bien-être (*National Board of Health and Welfare*) ;
- Mme Bressand de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris ;
- Mr James Buchan du *Department of Management & Social Science*, Queen Margaret College, Edinburgh ;
- Mrs Margareta Burell, Université de Mälardalens – Ecole infirmière de Västerås ;
- Mrs Hassani Marie-Louise, Association Suédoise des Professionnels de Santé ;
- Mrs Hyde-Price Caroline, *Royal College of Nursing* ;
- Mrs Jennings Karen, Unison ;
- Mrs Jenny Kay, Ministère de la Santé (*Department of Health*) ;
- Mrs Malm Jansson Kristina, Association Suédoise des Professionnels de Santé ;
- Mr Negri du Comité Permanent des Infirmières de l'Union Européenne ;
- et Mme Ourth-Bresles de la Fédération Nationale des Infirmières ;
- Mrs -Pettersson Eilert, Université de Mälardalens – Ecole infirmière de Västerås. ;
- Mrs Susan Williams, *Royal College of Nursing*.

Sommaire

Sommaire

1. INTRODUCTION	11
1.1 Contexte et objectif du rapport	13
1.2 Définition de la profession infirmière	14
1.3 Démarche et méthodes	16
2. ELÉMENTS DESCRIPTIFS POUR LA FRANCE, LE ROYAUME-UNI, LA SUÈDE ET L'ALLEMAGNE	17
2.1 La profession infirmière en France	19
2.1.1 <i>Ressources humaines et conditions de travail</i>	19
2.1.2 <i>Organisation de la profession</i>	26
2.1.3 <i>Rôles et compétences infirmiers</i>	29
2.2 La profession infirmière au Royaume-Uni	33
2.2.1 <i>Ressources humaines et conditions de travail</i>	33
2.2.2 <i>Organisation de la profession</i>	43
2.2.3 <i>Rôles et compétences infirmiers</i>	46
2.3 La profession infirmière en Suède	51
2.3.1 <i>Ressources humaines et conditions de travail</i>	51
2.3.2 <i>Organisation de la profession</i>	57
2.3.3 <i>Rôles et compétences infirmiers</i>	60
2.4 La profession infirmière en Allemagne	63
2.4.1 <i>Ressources humaines et conditions de travail</i>	63
2.4.2 <i>Organisation de la profession</i>	67
2.4.3 <i>Rôles et compétences infirmiers</i>	69
3. SYNTHÈSE	75
3.1 Eléments de ressources humaines	77
3.1.1 <i>Démographie</i>	77
3.1.2 <i>Une grande diversité de professionnels</i>	79
3.1.3 <i>Les ressources sont-elles adaptées aux besoins en soins infirmiers et de nursing ?</i>	81
3.2 Les ressources infirmières et l'évolution du système de soins	82
3.2.1 <i>Le soin hospitalier s'est intensifié ; l'effectif infirmier hospitalier est resté stable</i>	82
3.2.2 <i>Le développement des soins communautaires</i>	83

3.3 Conditions de travail	85
3.3.1 <i>Accès à la profession</i>	85
3.3.2 <i>La formation</i>	86
3.3.3 <i>Une durée de travail modulable : heures supplémentaires et temps partiel</i>	86
3.3.4 <i>Conditions de rémunération</i>	87
3.4 La responsabilité infirmière	90
3.4.1 <i>Une législation plus ou moins circonstanciée selon les pays</i>	90
3.4.2 <i>La valorisation de la profession infirmière</i>	91
3.4.3 <i>La revendication d'une autonomie professionnelle</i>	92
CONCLUSION	95
BIBLIOGRAPHIE	99
ANNEXES	105
ANNEXE 1 LE GUIDE D'ENTRETIEN	107
ANNEXE 2 LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES	123
ANNEXE 3 DONNÉES OCDE	127
ANNEXE 4 LA FORMATION : QUELQUES PRÉCISIONS	133
ANNEXE 5 GRILLE DES SALAIRES	143
ANNEXE 6 CALCUL DES PARITÉS DE POUVOIR D'ACHAT	151
TABLE DES SIGLES	155

1. Introduction

1. Introduction

Les professionnels du soin infirmier et de *nursing*¹ (infirmiers et aides-soignants) représentent de loin la première profession de santé en France.

Ces dernières années sont marquées par une réflexion sur les conditions de travail et sur les compétences de la profession. En témoignent le discours de B. Kouchner (secrétaire d'Etat à la santé) au salon infirmier en mai 1998, les rapports Brocas (1998) et Nauche (2000) sur l'exercice libéral des professions paramédicales ou le débat actuel sur le projet de Plan de Soins Infirmiers (dépêche AFP du 18 juillet 2000). Loin d'être une démarche isolée en Europe, la réflexion française peut être enrichie par l'observation des évolutions de la profession et des nombreuses réformes initiées ou proposées dans d'autres pays.

1.1 Contexte et objectif du rapport

L'objectif de cette étude préliminaire n'est pas de faire une présentation exhaustive des réformes étrangères, mais de mettre en lumière, en s'appuyant sur des exemples concrets, certains points de discussion qui sont le reflet des préoccupations actuelles de ces professions et qui pourront faire l'objet ultérieurement d'études plus détaillées.

Une analyse générale de la littérature sur la situation européenne et française nous a permis de faire un premier point sur le contexte général de la profession.

La tendance générale est à une mutation de la place de la profession infirmière dans le système de soins, sous l'impulsion de divers facteurs aujourd'hui bien connus : la demande s'amplifie, tant en termes qualitatifs que quantitatifs, notamment du fait de la poussée démographique des personnes âgées ; la médecine évolue, du point de vue des technologies mais aussi des mentalités, modifiant ainsi l'offre de soins et les pratiques ; et bien entendu, la maîtrise des dépenses de santé reste d'actualité et incite à une organisation plus efficiente des facteurs de production dans le système de soins.

Si la tendance est similaire, le rôle des professionnels participant aux soins infirmiers et de *nursing*, ainsi que l'organisation de la production des soins sont toutefois très différents d'un pays à l'autre. La place de ces professionnels dans le système de soins (tant sur le plan démographique que sur celui des compétences) est en rapport direct avec le rôle des autres professions de santé (médicales ou paramédicales). Cette articulation est éminemment contextuelle, elle repose selon les cas sur des règles législatives ou sur des conventions historiques ou culturelles. De fait, on constate une hétérogénéité, parfois forte, des conditions d'exercice, d'activité, de rémunération et d'organisation de la profession.

En France, la profession infirmière est une profession paramédicale. Son rôle est défini par ce statut et par un décret du 13 mars 1993, communément appelé « décret de compétence ». Comme nous le verrons, ce cadre législatif strict est une première particularité française.

¹ *Nursing : soins d'hygiène de la personne, d'observation et de prévention*

Deux catégories distinctes de professionnels effectuent les soins infirmiers et les soins de *nursing* : les infirmiers (environ 360 000 professionnels répartis en infirmiers généraux, infirmiers spécialisés et infirmiers psychiatriques) et les aides-soignants (environ 330 000 professionnels). Ces deux professions ont des niveaux de qualification très différents, mais également d'activités puisque les aides-soignants ne peuvent pas exercer d'actes infirmiers, même sous délégation. Les professionnels infirmiers peuvent exercer dans des structures de soins organisées (hôpital, H.A.D.², S.I.A.D.³, dispensaires, ...) ou en ville (en cabinet d'infirmiers ou au sein d'un cabinet de médecin) ; les aides-soignants travaillent quant à elles à l'hôpital et au sein d'organisations ambulatoires de soins telles les S.I.A.D. et les H.A.D. Mais ce qui constitue l'une des spécificités les plus frappantes de l'organisation de la profession en France, c'est l'existence d'un secteur infirmier libéral.

L'exercice libéral n'est ouvert qu'aux seuls infirmiers et uniquement en ville ; ainsi, dans le secteur libéral, les infirmiers sont installés dans des cabinets où ils sont seuls à assumer l'ensemble des actes infirmiers et des soins de *nursing* prescrits par le médecin ; ces infirmiers libéraux représentent environ 15 % de la profession infirmière, hors les aides-soignants.

A partir de cet état des lieux, nous avons concentré notre analyse sur trois pays de l'Union Européenne qui nous semblent pouvoir nourrir la réflexion. Nous avons retenu le Royaume-Uni qui est très engagé dans une démarche de réforme dans de nombreux domaines, la Suède qui offre une vision spécifique de l'organisation du travail et surtout de la rémunération et l'Allemagne où la pratique infirmière conjugue points communs et différences par rapport à la France.

La première partie de ce travail adopte une démarche très descriptive pour présenter l'organisation de la profession en France et dans les pays retenus (ressources humaines et conditions de travail, organisation de la profession et domaine de compétence) et pour donner quelques exemples des réformes mises en place.

La seconde partie adopte une démarche plus analytique. Le rapport de l'O.M.S. (1997), complété et réactualisé avec les données disponibles, nous permet de situer la discussion qui reprend et synthétise les principaux points développés dans la première partie :

- Les ressources humaines sont-elles adaptées aux besoins du système de soins ?
- Quel est l'impact de l'évolution des systèmes de soins sur la profession infirmière ?
- Les conditions de travail (conditions d'accès à la profession, organisation du temps de travail, rémunération) sont-elles homogènes d'un pays à l'autre ?
- Quelle est la responsabilité d'un professionnel infirmier et quel degré d'autonomie peut-il revendiquer dans son activité ?

1.2 Définition de la profession infirmière

L'évolution de la définition des fonctions infirmières est une première indication de l'évolution que connaît la profession en pratique.

Définition de 1961⁴ : « L'unique fonction de l'infirmier est d'assister l'individu, malade ou en bonne santé, dans le maintien ou le rétablissement de sa santé (ou à décéder en paix) par des activités qu'il pourrait réaliser seul s'il avait la force, la volonté ou le savoir nécessaires, de manière à l'aider à retrouver son indépendance aussi vite que possible » (Henderson, 1961).

² Hospitalisation à domicile

³ Soins Infirmiers A Domicile

⁴ On remarquera le ton très restrictif de cette définition.

Définition de 1993 : « La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent » (Salvage, 1993, p.18).

Cet auteur précise ensuite les quatre fonctions infirmières qui sont :

- a) dispenser et organiser les soins infirmiers directs aux individu, famille et groupes (soins de promotion de la santé, préventifs, curatifs, de réhabilitation ou de soutien) ;
- b) éduquer les patients et participer à la formation du personnel de santé ;
- c) agir comme un membre efficace de l'équipe de santé ;
- d) développer la pratique de soins infirmiers, à partir d'une démarche critique et d'une activité de recherche.

Enfin, « l'infirmier a la responsabilité et exerce l'autorité requises pour dispenser directement des soins infirmiers. Il est un praticien autonome des soins infirmiers, responsable des soins qu'il procure » (Salvage, 1993, p.18).

La comparaison de la définition de 1961 et de celle de 1993 montre l'étendue de l'évolution qu'a connue la profession infirmière sur cette période. Elle met en particulier l'accent sur :

- le développement des soins primaires et communautaires ;
- la reconnaissance et l'extension du domaine de la responsabilité infirmière ;
- un changement de nature dans le travail infirmier face au développement de concepts plus sophistiqués de soins (spécialisation de la profession, adaptation à la technologie médicale) ;
- la place croissante de la profession au sein d'une équipe médicale.

Cependant, selon l'OMS, l'évolution de la profession infirmière peut être entravée par de nombreux facteurs que l'on retrouve à des degrés divers dans la plupart des pays du continent européen :

- faible représentation des infirmiers que ce soit dans le domaine politique ou dans les prises de décisions concernant le système de soins ;
- insuffisance des personnels bien entraînés par rapport aux besoins ;
- ressources insuffisantes compte tenu de l'activité, ainsi que pour permettre la formation et le développement des soins infirmiers ;
- sous-valorisation des professions infirmières, en particulier du point de vue de leur subordination aux professions médicales. De plus, il semble que la profession manifeste les caractéristiques habituelles des professions fortement féminisées (faibles salaires, statut inférieur, mauvaises conditions de travail, faibles perspectives de promotions...).

Cependant, l'OMS souligne que ces barrières montrent des signes de faiblesse et un mouvement semble s'être initié en faveur d'une mutation de la profession. Comme signe positif de cette évolution, nous pouvons citer :

- un fort engagement dans l'évaluation des actions de soins infirmiers (surtout au Royaume-Uni et en Europe du nord) pour améliorer la qualité et l'efficacité des soins ;
- un intérêt grandissant pour la formation infirmière qui connaît des réformes avec en particulier une réorientation vers les soins primaires, un développement des programmes de formation supérieure, de meilleures méthodes d'enseignement ;
- une revalorisation du personnel infirmier dans l'opinion publique.

1.3 Démarche et méthodes

Une première revue de la littérature nous a permis de sélectionner trois pays sur lesquels faire porter notre analyse. Une revue de la littérature plus fine et des entretiens semi-directifs nous ont ensuite permis d'approfondir l'analyse sur chacun de ces pays.

■ Sélection des pays analysés

Ce travail d'analyse ne pouvait couvrir l'ensemble des pays de l'Union Européenne. A partir d'une revue de la littérature, nous avons sélectionné trois pays qui nous semblent pouvoir nourrir la réflexion.

- **Le Royaume-Uni** est notre principal support. En effet, la mutation de la profession infirmière semble y être plus engagée que dans les autres pays et couvre de nombreux domaines : organisation du travail, rémunération, domaine de pratique...
- **La Suède** est intéressante car elle offre une vision spécifique de l'organisation du travail et surtout de la rémunération.
- **L'Allemagne** a attiré notre attention sur un autre plan : celui de la pratique infirmière. Les infirmiers allemands ne réalisent pas, ou peu, certains actes qui sont réalisés par les infirmiers français.

■ Analyse bibliographique

Dans un premier temps, nous avons recherché des informations à partir de la littérature sans limitation de sujet : formation, démographie, conditions de travail, rémunération, domaine de compétence :

- **revue de la littérature publiée par l'O.M.S.** (Organisation Mondiale de la Santé) ; en particulier le rapport « *Nursing in Europe, a resource for better health* » publié en 1997. Ce rapport présente les résultats d'une étude menée auprès de 45 pays du continent européen ;
- **revue de la littérature** concentrée sur l'Allemagne, l'Angleterre et la Suède.

Cela nous a permis de rédiger un questionnaire ou guide d'entretien (annexe 1) dans l'objectif de l'adresser à des correspondants appartenant à chacun de ces pays afin de préparer des rencontres lorsque cela était possible (liste des contacts en annexe 2).

■ Entretiens semi-directifs avec des représentants des professionnels ou de l'Etat

- en Suède, août 1999 ;
- en Angleterre, octobre 1999 ;
- en France pour l'Allemagne, novembre 1999.

2. Éléments descriptifs pour la France, le Royaume-Uni, la Suède et l'Allemagne

2. Éléments descriptifs pour la France, le Royaume-Uni, la Suède et l'Allemagne

Cette partie présente plus en détail la situation de la France et de trois pays d'Europe de l'Ouest, en portant une attention particulière au Royaume-Uni. La raison principale de cet intérêt est que ce pays est engagé dans une réflexion profonde sur la profession dans des domaines divers avec un certain nombre d'expériences concrètes dont la richesse est indéniable. De plus, ce pays est très documenté et nous avons pu rencontrer sur place plusieurs représentants des professionnels et de l'Etat.

Les systèmes suédois et allemands seront ensuite présentés de manière plus succincte.

2.1 La profession infirmière en France

Il ne s'agit pas de décrire de manière exhaustive la situation des professionnels en soins infirmiers et de *nursing* en France, mais de donner quelques points de repère pour mieux appréhender ensuite les paysages infirmiers britannique, suédois et allemand.

Nous abordons successivement les sujets des ressources humaines et des conditions de travail (démographie, mode et lieu d'exercice, organisation du temps de travail, conditions de rémunération), de l'organisation de la profession (accès à la profession, régulation de la profession, *leadership*) et enfin, celui des compétences infirmières (cadre légal, soins à domicile).

2.1.1 Ressources humaines et conditions de travail

En France, la profession de soins infirmiers et de *nursing* se divise en quatre catégories ou niveaux : les auxiliaires de soins (aides-soignants et auxiliaires de puériculture), les infirmiers de soins généraux, les infirmiers spécialisés (infirmiers anesthésistes, infirmiers de bloc opératoire et les puéricultrices), et les infirmiers de secteur psychiatrique (spécialité supprimée depuis 1992).

Après avoir présenté cette profession d'un point de vue démographique, nous décrivons leurs conditions de travail, à savoir : les modes et lieux d'exercice, l'organisation du temps de travail et les conditions de rémunération.

2.1.1.1 Démographie

Selon le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (DREES, 1999a), l'effectif infirmier (donc hors aides-soignants) en France métropolitaine se chiffre au 1er janvier 1998 à 360 067 professionnels, soit la moitié des 720 000 professionnels paramédicaux⁵ en activité en 1998. Cet effectif se compose de 306 618 infirmiers diplômés d'Etat autorisés à exercer en France métropolitaine (plus 6 317 dans les DOM) et de 53 449 infirmiers de secteur psychiatrique (plus 873 dans les DOM). Par ailleurs, en 1999, une autre étude, basée sur l'enquête emploi de l'INSEE (DREES, 2000a), évalue à 330 000 le nombre d'aides-soignants.

⁵ Comme dans la majeure partie des pays européens, les professions de soins s'insèrent dans un ensemble de professions paramédicales : professions de rééducation (diététiciens, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthoptistes, pédicures-podologues, orthophonistes) et professions médico-techniques (opticiens-lunetiers, audioprothésistes, techniciens de laboratoire d'analyses de biologie médicale, manipulateurs d'électroradiologie médicale, ambulanciers).

En 1998, ces chiffres correspondent, pour la métropole, à une densité moyenne de 613 infirmiers pour 100 000 habitants (522 infirmiers de soins généraux, 91 infirmiers de secteur psychiatrique). Par comparaison, la France métropolitaine compte 86 527 médecins généralistes au 1^{er} janvier 1998, soit une densité de 147.3⁶ médecins pour 100 000 habitants (DREES, 1998).

Rapportés aux autres professions de santé, ces chiffres placent donc les professionnels du soin infirmier et de *nursing* au premier rang du point de vue des effectifs, puisqu'ils représentent 69 % des professionnels de santé en France métropolitaine.

Graphique n° 1
Le poids des professionnels de soins infirmiers et de nursing dans le système français en 1998 (métropole)



Source : *eco-santé France 1999*

Selon les prévisions de la DREES (1999d), la croissance quasi continue des effectifs, observée depuis 1971 (les infirmiers étaient 245 594 en 1980), devrait se prolonger dans les prochaines années, à un rythme cependant moins élevé, si les quotas d'entrée dans la profession sont maintenus au niveau actuel⁷. Ainsi, en projection, l'effectif atteindrait 400 000 en 2006 et 428 500 en 2017. Le nombre d'infirmiers de secteur psychiatrique a, par contre, entamé une baisse en raison de la suppression de leur formation spécifique depuis la rentrée 1992.

⁶ *Ils faut distinguer ces chiffres de ceux de l'Assurance maladie. Selon elle, en 1997, on compte en fait 60 497 médecins généralistes actifs à part entière, c'est-à-dire ayant exercé une activité libérale normale sur l'année complète. Cela ramène la densité à 103 médecins généralistes pour 100 000 habitants (CNAM-TS, 1999).*

⁷ *En 1999, le quota d'entrée en formation est fixé à 18 270 pour la France métropolitaine.*

Aucune étude à notre connaissance, ne permet de conclure objectivement sur la question de l'existence d'une pénurie des professionnels infirmiers. Cependant, la situation de pénurie a été évoquée lors des Journées de Rencontres des Professionnels de Santé d'Ile-de-France du 5 octobre 2000, et semble reconnue. Les mesures d'augmentation des quotas d'entrées en IFSI en sont le meilleur indice (plus 43 % de places France entière, plus 48 % en Ile-de-France).

S'agissant des aides-soignants, leurs effectifs ont augmenté plus rapidement que ceux des infirmiers ces seize dernières années (53 % versus 38 %⁸) au profit surtout du secteur social en développement (DREES, 2000a).

Ce sont des professions très féminisées, la part masculine progressant lentement (chiffres SESI, 1998a). On compte moins de 14 % d'hommes parmi l'ensemble des infirmiers, tant chez les libéraux que chez les salariés. En particulier, les hommes ne sont toujours pas attirés par la puériculture (moins de 1 %). A l'inverse, leur proportion est plus forte parmi les jeunes diplômés cadres de santé (19 % en 1997) ou infirmiers-anesthésistes (27 %).

Selon la DREES (1999d), l'évolution la plus considérable de ces quinze dernières années est sans doute le vieillissement de la population infirmière : l'âge moyen est passé de 34 ans en 1983 à près de 40 ans en 1998. Cette évolution se retrouve également chez les autres professionnels soignants (DREES, 2000a).

2.1.1.2 Mode et lieu d'exercice

La spécificité française la plus remarquable est probablement l'existence de deux secteurs d'exercice : un secteur libéral et un secteur salarial.

Parmi les professionnels de soins infirmiers et de *nursing*, le secteur libéral est exclusivement réservé aux infirmiers. Ceux-ci exercent alors en cabinet de ville et interviennent en ambulatoire auprès de patients (au cabinet ou à domicile). Les infirmiers libéraux représentent 14,3 % des infirmiers en activité en 1998 alors qu'ils étaient 8,6 % en 1983. Si on exclut les infirmiers psychiatriques qui travaillent sur un mode salarial, les infirmiers libéraux représentent 16,8 % des effectifs IDE. Leur nombre a augmenté plus vite que celui des infirmiers salariés depuis quinze ans (environ facteur 2 contre facteur 1,5).

Les aides-soignants ne peuvent exercer que dans le secteur salarial et ils ne peuvent pas être salariés par un médecin ou un infirmier dans un cabinet libéral (Cf. Convention Nationale des Infirmiers, 1997). Lorsqu'ils interviennent en ville, ils sont salariés par une structure de soins organisée par exemple en service de Soins Infirmiers à Domicile (SIAD) ou une structure d'Hospitalisation à Domicile (HAD). Selon la DREES (2000a), le secteur public est leur plus gros employeur (67,7 %), et ils travaillent principalement dans le secteur de la santé (64,4 %), bien que la part de leurs emplois dans le secteur social n'a cessé d'augmenter (12,5 % en 1983 contre 29,2 % en 1999).

⁸ Par comparaison, les effectifs des agents de service hospitalier sont restés stables sur cette période.

Tableau n° 1
Effectifs par situation professionnelle au 1^{er} janvier 1998 (France métropolitaine)

Profession infirmière	Libéraux	Salariés	Ensemble	
	<i>Effectif</i>	<i>Effectif</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>
Infirmiers diplômés d'Etat (IDE)*	51 474	255 144	306 618	85,2 %
Infirmiers de secteur psychiatrique (ISP)		53 449	53 449	14,8 %
Total Infirmiers	51 474	308 593	360 067	
<i>%</i>	<i>14,3 %</i>	<i>85,7 %</i>		<i>100 %</i>

* *infirmiers de soins généraux et de spécialité, y compris cadres*

Source : DREES, 1999a

Concernant les professionnels salariés, la plupart (sauf cas particulier des infirmiers de secteur psychiatrique⁹) peut exercer :

I. dans tous les milieux hospitaliers publics ou privés :

- à l'hôpital même : en services de médecine, de chirurgie, d'obstétrique, en soins de suite et réadaptation, en long séjour pour personnes âgées, en psychiatrie,
- en dehors des murs de l'hôpital : l'Hospitalisation à Domicile est bien une structure hospitalière ;

II. en établissements d'hébergement : maisons de cure médicale et maisons de retraite ;

III. en ambulatoire :

- au sein d'organisations de soins ambulatoires : services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (S.I.A.D.) ;
- en centres de soins de santé, en santé scolaire ou en médecine du travail ;
- et même en entreprise.

L'hôpital public est le lieu d'exercice le plus fréquent : 214 000 postes, soit 59 % des effectifs au 1^{er} janvier 1998, les établissements privés employant, quant à eux, 19 % des effectifs (DREES, 2000b). Ainsi, la répartition géographique des infirmiers salariés est-elle liée à l'implantation des établissements hospitaliers¹⁰.

⁹ *L'exercice des infirmiers de secteur psychiatrique est limité à certains lieux nouvellement élargis par l'arrêté du 16 décembre 1998, mais qui correspondent aux lieux susceptibles de recevoir des patients pouvant présenter des troubles relevant de leur domaine de compétence (notamment patients souffrant de maladies mentales, personnes handicapées, toxicomanes...).*

¹⁰ *En particulier, la répartition des infirmiers de secteur psychiatrique est très dispersée, variant de 15 en Haute-Corse à 309 pour 100 000 habitants en Lozère, reflétant celle des lits hospitaliers psychiatriques.*

Concernant la densité des infirmiers libéraux, elle est nettement plus forte dans la moitié sud de la France, comme pour les autres professions de santé libérales mais, à l'inverse de celles-ci, l'Île-de-France fait exception et affiche des densités faibles (DREES, 1999d).

Au total, en termes de débouchés, il semble que les domaines d'activité infirmiers connaissent souvent une situation de quasi plein-emploi avec la garantie d'un emploi stable en secteur salarié et également de grandes possibilités de développement et d'initiative en secteur libéral. Cela n'exclut pas la possibilité d'une pénurie à plus ou moins long terme, particulièrement avec la montée démographique des personnes âgées et des personnes dépendantes. Malheureusement, il est, pour l'instant, difficile de répondre en l'absence de définition claire des besoins et d'étude précise sur ce sujet.

2.1.1.3 L'organisation du temps de travail

Dans le secteur salarial, la durée hebdomadaire du temps de travail est de 39 h (35 h pour les équipes de nuit). Le nombre d'heures supplémentaires est limité dans le secteur public à 20 h par mois. Les congés sont de 32 jours par an, plus 11 à 13 jours fériés.

Le temps partiel s'est beaucoup développé depuis plus de 15 ans et il concerne désormais un infirmier en activité sur quatre, contre 11 % en 1983 (DREES, 1999d). Il s'agit en général d'un libre choix¹¹, concernant presque exclusivement les femmes et intéressant le plus fréquemment des infirmiers de plus de 40 ans. Le travail à temps partiel a également connu une forte hausse parmi les aides-soignants, passant de 6 % des personnels en 1983 à 23 % en 1999. Contrairement aux infirmiers, il s'agit plus d'une contrainte puisqu'un aide-soignant sur quatre travaillant à temps partiel déclare souhaiter travailler davantage (DREES, 2000a).

Le secteur libéral n'est pas réglementé sur les horaires mais sur le nombre d'actes réalisés. Nous présentons ce point dans le paragraphe suivant.

2.1.1.4 Conditions de rémunération

Les conditions de rémunération des professions de soins infirmiers et de *nursing* sont à mettre en regard des dépenses nationales pour ces soins. Le contexte a ceci de particulier que les remboursements de soins de santé sont encadrés par la Loi de Financement de la Sécurité sociale. Elle définit chaque année un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) qui se décline par poste.

¹¹ A peine 15 % seulement des infirmiers à temps partiel souhaiteraient travailler plus, parmi lesquels 8% préféreraient travailler à temps plein (DREES, 1999d).

Les dépenses ambulatoires en soins infirmiers s'élevèrent à environ 19 milliards de francs en 1998 et 20 milliards en 1999, DOM compris (15 Mds en 1997 métropole seule)¹². En 1999, ces dépenses constituaient 2,6 % de la Consommation Médicale Totale (CMT)¹³ (2,1 % métropole). Cela représente une augmentation en valeur des soins infirmiers de 5 % par rapport à l'année précédente et une augmentation en volume de 4,2 % (DREES, 2000b). Une part croissante de ces soins concerne l'activité des SIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile).

Cependant, il ne s'agit là que du secteur ambulatoire. Dans la CMT, l'ensemble des dépenses en soins hospitaliers se montent à environ 333 Mds de francs en 1999. Pour donner un ordre de grandeur des dépenses en soins infirmiers réalisées dans le secteur hospitalier (public et privé confondus), on peut se baser sur les quelques estimations grossières suivantes : à l'hôpital, les dépenses correspondent pour les trois quarts environ, aux salaires des personnels, dont les soignants paramédicaux (infirmiers et aides-soignants) représentent environ 45 % (calculs d'après Eco-santé France 1999) ; il faudrait donc rajouter plus du tiers des dépenses en soins hospitaliers recensés dans la CMT (soit plus de 110 Mds de francs) aux dépenses relatives aux soins infirmiers et de *nursing* (infirmiers et aides-soignants compris).

Parmi les dépenses en soins infirmiers recensées par la CMT, la dépense réalisée en secteur libéral de ville représente, 7,7 milliards de francs (calculs d'après Eco-santé France 1999), soit 41 % des dépenses indiquées ci-dessus pour l'ensemble du secteur ambulatoire ou, encore, 10 % des remboursements des soins de ville. Entre 1995 et 1998, les dépenses remboursables en soins infirmiers ont progressé au rythme annuel de + 2,1 % pour l'ensemble des régimes (Eco-santé France 1999 et MSA 2000).

■ Les rémunérations dans le secteur libéral

Selon la Convention Nationale des Infirmiers¹⁴, les infirmiers libéraux sont rémunérés à l'acte sur la base d'une nomenclature des actes professionnels (actuellement en révision) et l'Assurance maladie rembourse tout ou partie des soins au patient. La nomenclature distingue les soins d'hygiène de la personne (AIS) des actes techniques infirmiers (AMI) et fixe leur valeur selon un système de cotation¹⁵. Selon les statistiques de l'Assurance maladie, les actes en AIS ont représenté un peu plus de la moitié (50,7 %) des actes réalisés en 1997, soit 64 % des dépenses de soins infirmiers de ville.

¹² Par construction, cette dépense tient compte des honoraires des infirmiers de ville et des dépenses de services de médecine préventive (dispensaires, médecine scolaire, du travail...), mais elle n'intègre pas les salaires versés au personnel infirmier dans le cadre de l'hôpital public ou privé, qui sont comptabilisés au sein des dépenses hospitalières.

¹³ La Consommation Médicale Totale (CMT) est un des deux agrégats du Compte de la Santé. Elle permet de connaître les masses financières globales qui sont la contrepartie des soins médicaux et des services de prévention individualisables dispensés dans l'année. Elle représente la valeur des biens et services médicaux acquis sur le territoire métropolitain plus les DOM (par des résidents ou des non-résidents) pour la satisfaction directe des besoins individuels.

¹⁴ Arrêté du 31 juillet 1997 portant approbation de la Convention nationale des infirmiers.

¹⁵ Selon sa nature, tout soin réalisé est codé selon une lettre-clé (AIS ou AMI) affectée d'un coefficient plus ou moins élevé. La valeur en francs des lettres-clés est fixée par l'Assurance maladie et l'Etat.

Dans le contexte d'encadrement des dépenses évoqué plus haut, l'activité des infirmiers libéraux est limitée par des quotas d'actes. Le seuil annuel d'activité individuelle, ou seuil d'efficience, est fixé à 23 000 coefficients AMI et/ou AIS remboursés au cours de l'année civile considérée¹⁶. Au-delà de ce seuil annuel d'efficience, qui constitue un engagement des professionnels à maintenir leur activité dans des conditions compatibles avec une distribution de soins de qualité, ces derniers reversent à l'Assurance maladie une partie du dépassement constaté. Cette restriction limite de fait le volume de leurs revenus.

En 1997, le revenu libéral moyen de l'ensemble des infirmiers est de l'ordre de 170 000 francs nets par an¹⁷ (DREES, 1999e). Le revenu moyen en francs courants dans le secteur libéral stagne depuis six ans. En effet, la revalorisation des tarifs conventionnels (supérieure à l'inflation de 0,5 point par an en moyenne sur la période 1991-1997) est compensée par une baisse de l'activité moyenne par infirmier et par une hausse des cotisations sociales personnelles (DREES, 1999e).

En janvier 1999, le Ministère a décidé d'actualiser la nomenclature des soins infirmiers afin de tenir compte du fait que les infirmiers libéraux peuvent être amenés à effectuer des actes nouveaux dans le cadre de la politique de lutte contre la douleur, de développement des soins palliatifs et de l'amélioration de la prise en charge des soins lourds à domicile. L'esprit même de la nomenclature doit évoluer puisqu'elle ne se présenterait plus exclusivement comme une liste associant un tarif à un acte. Les missions de coordination et de planification des soins au chevet du patient pourraient être intégrées. Cette question de la revalorisation de la nomenclature est au centre des débats soulevés par le Projet de Soins Infirmiers (voir 2.1.3.).

■ Les rémunérations dans le secteur salarial

Afin d'avoir un point de référence, nous reproduisons en annexe 5 la grille de salaire des infirmiers diplômés d'Etat (IDE) exerçant dans la fonction publique, telle qu'elle est publiée par le Ministère de la Santé pour 1998. Il s'agit des rémunérations nettes au 1/01/98 (primes et indemnités permanentes comprises)¹⁸. Les IDE comportent deux corps dont le premier, le corps des infirmiers, se compose de trois grades (infirmiers de classe normale, infirmiers de classe supérieure et surveillants des services de soins ou enseignants) et le second ne comprend qu'un seul grade, celui des surveillants-chefs (des services de soins ou d'enseignement).

La rémunération nette en début de carrière (au 1/01/98), primes et indemnités permanentes comprises, est de 9 330 F dans un établissement public de santé. Elle se monte à 12 955 F en fin de carrière (8^{ème} échelon au bout de 20 ans). L'échelle des salaires du grade des infirmiers de classe supérieure grimpe jusqu'à 13 670 F. Concernant les surveillants infirmiers diplômés d'Etat, l'intervalle de salaire est de 10 670 F à 14 945 F pour les surveillants, il atteint 15 600 F pour le corps des surveillants-chefs.

¹⁶ Exceptionnellement, le seuil annuel d'activité individuelle peut être fixé à 24 000 coefficients AMI et/ou AIS remboursés au cours de l'année civile considérée.

¹⁷ En 1997, les honoraires moyens en francs courants s'élèvent à 284 000 francs par an, le taux de charges moyen lié à l'activité est de 40,4 %. A titre de comparaison, selon les derniers chiffres de l'Assurance maladie, les honoraires totaux des infirmiers libéraux s'élèvent à plus de 14.1 milliards de francs en 1998, dont 18 % en frais de déplacement. Individuellement, les infirmiers touchent en moyenne plus de 309 000 francs en 1998 (Assurance maladie, 2000). Il faut cependant remarquer que les effectifs qui ont permis de calculer cette moyenne sont différents de ceux de la DREES. Au 31 décembre 1998, 46 570 infirmiers exercent en secteur libéral (Assurance maladie), au 1^{er} janvier 1998, 51 474 exercent en libéral (DREES).

¹⁸ Prime spécifique, indemnité de sujétion spéciale (13 heures), prime de service "mensualisée" au taux moyen de 7,5 %, prime de début de carrière et prime d'encadrement comprises, le cas échéant. Hors indemnité de résidence.

Des possibilités d'évolution de carrière et d'intégration dans les grades supérieurs existent par promotion selon des quotas, sous certaines conditions d'ancienneté et d'exercice effectif, conjuguées pour le grade de surveillant à l'obtention d'un certificat ou diplôme de cadre de santé, d'un examen professionnel et puis, pour le corps des surveillants-chefs, par concours interne ou sur titres.

Pour les infirmiers spécialisés, des corps et grades équivalents existent, démarrant et finissant un peu plus haut (de 9 600 F à 16 000 F pour les puéricultrices, de 9 640 F à 16 100 F pour les infirmiers de bloc opératoire et de 11 090 F à 16 700 F pour les infirmiers anesthésistes).

Concernant les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture, la rémunération nette au 01.01.98 dans la fonction publique (primes et indemnités comprises) se situe à 7 200 francs en début de carrière et à 10 500 francs en fin de carrière. De meilleures possibilités de carrière existent toutefois pour eux sous certaines conditions, en passant par la formation professionnelle leur permettant d'accéder au diplôme d'Etat d'infirmier.

Les salaires moyens sont supérieurs dans le secteur public, quel que soit l'âge et la quantité de temps travaillé (DREES, 1999).

Concernant les conditions de travail en général, le malaise exprimé par les différentes professions infirmières, notamment par des grèves et plusieurs années de campement devant le Ministère de la Santé, semble avoir été entendu et, aujourd'hui, l'heure est à la concertation pour faire évoluer, non seulement la profession infirmière, mais l'ensemble des professions paramédicales.

2.1.2 Organisation de la profession

L'ensemble des conditions, des règles et obligations professionnelles sont consignées dans le Code de la Santé publique pour l'essentiel et le Code de la Sécurité sociale, qui renvoie à des décrets et arrêtés divers, le cas échéant au Code du travail ou au Code pénal. En ce qui concerne l'exercice libéral, c'est la Convention Nationale des Infirmiers (CNI), passée entre les professionnels libéraux et les organismes d'Assurance maladie, qui définit les conditions de cet exercice, la dernière convention date de 1997.

2.1.2.1 Accès à la profession

L'accès à la profession ne peut se faire qu'après l'obtention d'une autorisation d'exercer, à la demande de l'intéressé qui doit s'inscrire sur une liste départementale. Le demandeur doit satisfaire à certaines conditions, notamment de diplôme. Le traitement des dossiers prévoit la vérification d'éventuelles suspensions ou interdictions d'exercer.

A. Licence et enregistrement

Le chapitre 1^{er} du nouveau Code de la Santé publique rassemble les dispositions relatives à l'exercice de la profession d'infirmier (y compris les spécialités). Un infirmier peut exercer sa profession s'il est titulaire d'un diplôme, certificat ou titre requis ou, par dérogation, s'il est titulaire d'une autorisation d'exercer particulière accordée aux anciens diplômés ou dans les DOM-TOM. Le diplôme de référence est le Diplôme¹⁹ d'État Infirmier, obtenu dans un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) autorisé par le Ministère de la Santé (articles L-4311 1 à L-4311 9).

¹⁹ Le cas du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique est prévu aux articles 4311-5 et L-4311-6. Les cas d'exercice en spécialité infirmière mentionnent également les diplômes exigés. Des cas sont prévus également pour les infirmiers ressortissants d'un état, membre de la Communauté Européenne ou partie à l'accord sur l'Espace Economique Européen.

L'article L-4311-15 stipule que l'infirmier ne peut exercer que s'il est inscrit sur une liste et une seule dressée par le représentant de l'état dans le département de sa résidence professionnelle sans limitation géographique de l'exercice. L'inscription mentionne la (ou les) catégorie(s) professionnelle(s) d'exercice (infirmier exerçant à titre libéral, infirmier salarié du secteur public, infirmier salarié du secteur privé, infirmier de secteur psychiatrique, infirmier spécialisé). Cette inscription permet de leur délivrer une carte professionnelle et leur donne le droit de porter l'insigne respectif qui leur est exclusivement réservé.

Le décret du 13 avril 2000 relatif à l'autorisation d'exercer la profession d'infirmier modifie le Code de la Santé publique : l'autorisation d'exercer est délivrée par le Préfet de région, après avis d'une commission régionale dont il désigne les membres sur proposition du Directeur des Affaires Sanitaires et Sociales. Cette autorisation n'est délivrée que sur demande accompagnée d'un dossier. Les conditions de sa délivrance sont détaillées. Ainsi, le professionnel est enregistré à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS)²⁰.

B. Formation

Les formations conduisant aux professions délivrant des soins infirmiers et de *nursing* sont d'une durée comprise entre 1 an pour les plus courtes (aides-soignants, auxiliaires de puériculture) et 5 ans pour la plus longue (infirmier anesthésiste). La formation de base, celle préparant au diplôme de soins infirmiers généraux, dure 3 ans ; elle comprend 2 240 heures de cours théoriques et 2 275 heures de stages pratiques en milieu professionnel (pour le détail voir annexe 4).

Actuellement, les infirmiers sont tous formés au sein d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) agréé par le Ministère de la Santé. Des quotas d'entrée ont été instaurés en 1983, avec une augmentation depuis 1992. Le quota d'entrée en IFSI était de 18 270 élèves en 1999, sachant que pour 100 élèves admis en première année, 75 se présentent effectivement sur le marché du travail 3 ans plus tard.

La formation a évolué avec les progrès de la médecine et de la technicité. Elle devient plus exigeante et plus longue ; en 1972, la formation de base est passée de deux à trois ans. La proportion de bacheliers (non obligatoire) parmi les élèves entrant en IFSI a nettement augmenté depuis 1980, elle atteint 94 % en 1996. Cette proportion a aussi augmenté parmi les élèves auxiliaires (aides-soignants et auxiliaires de puériculture) même si elle reste à un niveau beaucoup plus bas (respectivement 14 et 27 % en 1996).

La formation d'IDE n'est pas rémunérée, mais l'étudiant peut bénéficier d'aides financières diverses dépendant de sa condition.

La formation professionnelle continue ouvre aux infirmiers des possibilités d'évolution de carrière vers de nouvelles fonctions d'encadrement ou d'enseignement ; il peut également, s'il est en activité depuis plus de deux ans, s'engager dans une spécialisation. Il en existe trois : le titre de puéricultrice diplômée d'État qui se prépare en 12 mois, celui d'infirmier de bloc opératoire diplômé d'État en 9 mois ou celui d'infirmier anesthésiste diplômé d'État en 24 mois. Depuis la rentrée 1992, le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique a été supprimé.

²⁰ Article R-477-1-1 du Livre V « professions médicales », titre 1^{er} « profession d'infirmier », chapitre 1^{er} « autorisation d'exercer la profession d'infirmier ».

2.1.2.2 La régulation de la profession

Du point de vue de l'exercice professionnel, il existe plusieurs dispositifs permettant au législateur d'intervenir, notamment en cas de manquement aux règles professionnelles ou déontologiques.

L'article L-4312 -1 9 du chapitre II du nouveau Code de la Santé publique stipule que les infirmiers inscrits sur liste départementale ou exécutant des actes infirmiers sont tenus de respecter les règles professionnelles qui sont fixées par décret en Conseil d'État, après avis de la commission compétente (conseil supérieur des professions paramédicales²¹).

Les dispositions disciplinaires sont prévues au chapitre III du nouveau Code de la Santé publique (annexe à l'ordonnance du 15 juin 2000). Selon les articles L-4313-1, L-4313-2, L-4313-5 et L-4313-7, une commission de discipline est instituée dans chaque région sanitaire ; elle a compétence à sanctionner les infirmiers qui ont manqué à leurs obligations professionnelles. Elle est présidée par un magistrat de tribunal administratif et comprend quatre assesseurs infirmiers élus pour une durée de quatre ans. La provenance des infirmiers assesseurs varie et dépend de la catégorie de l'infirmier qui comparaît (soins généraux, spécialité ou soins psychiatriques). Il peut être fait appel auprès de la Commission nationale. La commission régionale et la commission nationale peuvent prononcer les sanctions suivantes : l'avertissement, le blâme, l'interdiction temporaire ou l'interdiction définitive d'exercer la profession.

Les dispositions pénales sont prévues au chapitre IV du nouveau Code de la Santé publique, articles L-4314-1 à L-4313-7. De ce point de vue, d'autres peines sont prévues, sous forme d'amende et/ou d'emprisonnement, qui peuvent s'assortir dans certains cas des sanctions disciplinaires prévues ci-dessus.

Devant l'accroissement de l'autonomie des professionnels du soin infirmier et leur place renforcée dans la coordination des soins, il est nécessaire de développer des règles déontologiques et des règles de bonne pratique, afin qu'ils puissent exercer pleinement leur rôle au sein du système de santé. Le rapport BROCAS (1998) propose de créer un Office des Professions Paramédicales, dont les conditions d'exercice sont précisées dans le rapport NAUCHE (2000) et qui pourrait voir le jour dès la fin 2001. L'office, organisé au niveau régional et disposant d'une instance nationale, aurait un rôle de représentation auprès des pouvoirs publics, pourrait faire des propositions aux instances décisionnelles compétentes et délivrer l'autorisation d'exercer. Il serait chargé de proposer et contrôler le respect des règles professionnelles et, enfin, de diffuser et contrôler les règles de bonne pratique. L'office serait compétent pour les professionnels libéraux comme pour les professionnels salariés dont les spécificités doivent être respectées.

²¹ *La réforme de la composition du Conseil supérieur des professions paramédicales est en cours, dont les grandes lignes sont la suppression de la voix délibérante de l'administration et un meilleur équilibre entre les composantes professionnelles.*

2.1.2.3 Leadership

Organisés en syndicats ou en fédérations professionnelles, les infirmiers expriment leurs voix dans le cadre tant salarié que libéral. La Fédération nationale des infirmiers libéraux (FNI), par exemple, négocie la convention nationale des infirmiers avec l'Assurance maladie pour les professions libérales. On dénombre ainsi des organisations professionnelles (syndicats et fédérations) selon diverses catégories : pour exemples, le syndicat national des infirmiers éducateurs de santé ou conseillers de santé, les organisations d'infirmiers de bloc opératoire diplômés d'Etat (Unaibode, Snibode). Cependant, leur capacité véritable à fédérer les infirmiers en France est mise en doute par certains, d'où la proposition récente de création d'un Collège infirmier (Gilles Devers, infirmier et avocat au barreau de Lyon).

Jusqu'à présent, les professionnels du soin infirmier étaient peu représentés au niveau de certaines instances officielles, notamment l'Etat et la Sécurité sociale, mais aussi dans les hôpitaux (commission médicale consultative). En effet, il n'y a au Ministère de la Santé, ni poste de directeur ministériel, ni département spécifique infirmier ; par contre, un certain nombre de professionnels infirmiers ont un rôle de conseil auprès du ministre. Notons également qu'il existe au niveau local un poste de Conseiller Technique Régional en Soins Infirmiers dans chaque DRASS.

2.1.3 Rôles et compétences infirmiers

Le Code de la Santé publique²² précise le domaine d'exercice de la profession infirmière : « Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement ».

2.1.3.1 Le cadre légal des compétences professionnelles infirmières

- La responsabilité professionnelle : rôle propre et actes délégués

La loi française distingue, dans le décret n°93-345 du 15 mars 1993, les actes pouvant être réalisés en rôle propre et les actes délégués. Parmi les actes délégués, on distingue les actes réalisés sur prescription médicale mais de manière autonome, les actes réalisés sur prescription médicale mais à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment et enfin, les gestes techniques auxquels l'infirmier peut participer en présence d'un médecin. Chacun des articles énumère très précisément les actes concernés.

La responsabilité professionnelle des infirmiers est définie par le décret n° 93-221 du 16 février 1993 : l'infirmier est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer. Dans le cadre de son rôle propre, il est également responsable des actes qu'il assure avec la collaboration des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture qu'il encadre (Art. 14).

²² Les conditions auxquelles est subordonné l'exercice de la profession sont stipulées à l'origine dans les articles L-473 à L-4484 de la loi du 12 juillet 1980. L'article L-473 est devenu l'article L-4311-1 dans l'annexe à l'ordonnance du 15 juin 2000.

La définition du rôle propre infirmier est transcrite dans l'article 2 du Décret de compétence en soins infirmiers (décret du 15 mars 1993) :

"Relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins infirmiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives qu'il juge nécessaires et accomplir les soins indispensables conformément aux dispositions de l'article 3 (...). Il identifie les besoins du patient, pose un diagnostic infirmier²³, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est responsable de l'élaboration, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers".

L'article 3, qui énumère très précisément l'ensemble des actes qui peuvent être réalisés dans ce cadre, constitue une spécificité forte de la France. Nous verrons que les autres pays étudiés laissent beaucoup plus de latitude aux professionnels pour délimiter le contour des actes qu'ils sont habilités à pratiquer, ménageant des compétences partagées, la notion de responsabilité étant aussi plus floue.

Les compétences des aides-soignants sont limitées aux soins de *nursing* (les soins infirmiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie : soins d'hygiène de la personne, d'observation et de prévention) et à l'aide à l'accomplissement des actes essentiels à la vie (visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie). Dans le secteur sanitaire, ils interviennent dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité. De plus, ils occupent une place grandissante dans le secteur social auprès des établissements pour personnes handicapées ou pour personnes âgées qu'ils aident à accomplir les actes essentiels à la vie.

■ Vers une évolution des compétences

Selon B. Kouchner (discours du 27 mai 1998), la profession évolue avec le progrès médical, elle devient de plus en plus technique et l'infirmier doit faire face à un accroissement des soins à faire, à surveiller ou à coordonner ; le cadre législatif établi par décret en 1993 doit évoluer en conséquence. Il fait actuellement l'objet de concertations pour tenir compte à la fois de l'évolution technique et de l'évolution du mode de dispense des soins.

La protocolisation des actes délégués dans le domaine de la douleur est le premier signe concret de cette évolution (circulaire DGS/DH/DAS n°99/84 du 11 février 1999) qui, en élargissant les compétences des infirmiers, leur confère plus de responsabilité, établissant un nouveau mode de relation entre médecins et infirmiers. Le protocole décrit une stratégie de soins ; il est établi par les médecins en collaboration avec les infirmiers. Ces derniers peuvent alors, selon l'évolution du patient, accomplir les actes nécessaires sans se référer à chaque fois au médecin, dès que ces actes s'inscrivent dans le protocole. On remarquera que la mise en pratique des protocoles suppose la réalité d'un diagnostic infirmier.

²³ La définition, donnée par l'Association Nord-Américaine du Diagnostic Infirmier précise qu'il s'agit de « l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents et potentiels, ou aux processus de vie d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité. Les diagnostics infirmiers servent de base pour choisir les interventions de soin visant l'atteinte de résultats dont l'infirmier est responsable » (ANADI, 1998, p.5).

Autre signe d'évolution des compétences et de changement des relations entre médecins et infirmiers, le Projet de Soins Infirmier²⁴ (PSI), signé par un seul syndicat (la FNI) et la CNAM-TS, et qui divise actuellement la profession libérale. Destiné à définir les soins des infirmiers libéraux auprès des personnes âgées dépendantes, ce projet conduit à une répartition différente des soins entre le secteur sanitaire et le secteur domestique ou social. En effet, selon que les soins relèvent du médical ou non, il seront pris en charge soit par l'Assurance maladie, soit par les familles et/ou l'aide sociale. Pour compenser la perte des actes non-médicaux, le projet PSI propose une augmentation de 0.50 francs du tarif de l'AIS, si l'application du projet permet de réduire le volume global des AIS. Arrêté du 13/10/2000 (J.O. n° 238).

Selon les opposants à ce projet, en refusant de donner les soins de toilette (AIS) aux personnes dont l'état de santé est stabilisé mais seulement aux personnes dont l'état de santé est évolutif, le PSI écarte *de facto* les premières d'une prise en charge par la Sécurité sociale. La question se pose de savoir si les structures actuelles de prise en charge sociale sont à même de prendre le relais financièrement.

Outre la question du financement du transfert de certains actes du secteur sanitaire au secteur social, ce débat montre que l'articulation infirmier/médecin n'est pas la seule à devoir être analysée. B. Kouchner souligne, lors de son discours de 1998, l'importance que le gouvernement attache aux aides-soignants qui ont en charge la vie quotidienne du malade et des personnes âgées et qui tiennent un rôle important dans la qualité de l'accueil et de la vie à l'hôpital. Des mesures favorables à l'évolution de leurs compétences sont préparées, elles témoignent de la place des aides-soignants dans la modernisation de l'activité des établissements hospitaliers et du secteur médico-social, et de l'évolution de leurs responsabilités auprès des malades. Dans ce cadre, et parallèlement à la procédure de révision du décret de compétence infirmier qui concerne également les aides-soignants, un groupe de travail est particulièrement chargé de faire des propositions sur la complémentarité professionnelle des infirmiers et des aides-soignants dans l'équipe de soins.

2.1.3.2 Le développement des soins à domicile

Les soins infirmiers et de *nursing* auprès des patients à domicile sont appelés à se développer sous la pression démographique des personnes âgées dépendantes et pour répondre aux contraintes financières de l'hôpital. Outre les infirmiers libéraux, deux structures sont concernées : les services de soins infirmiers à domicile (S.I.A.D.) et l'hospitalisation à domicile (H.A.D.)

■ Les services de soins infirmiers à domicile

Les SIAD ont été créés officiellement en 1981 pour dispenser des soins infirmiers et de *nursing*, sur prescription médicale, principalement aux personnes âgées dépendantes. Au 31 décembre 1996, 1 547 services²⁵ offrent 56 650 places avec un taux d'occupation proche de 100 % (SESI, 1996). Les soins sont pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie sur un mode forfaitaire.

²⁴ Le PSI est voté en 1996 en commission de Nomenclature, quatre ans plus tard la lettre-clé PSI est votée par cette même convention et devient un avenant de la convention nationale. Pourtant, en juillet 2000, le Ministère ne l'a toujours pas avalisé. Concrètement, le PSI est prescrit par le médecin généraliste et l'infirmier a alors 10 jours pour finaliser un Plan de Soins qu'elle devra renvoyer au médecin prescripteur, sa signature valant acceptation. Le Plan de Soins consiste à évaluer, à l'aide des 14 besoins fondamentaux définis par V. Henderson, l'état socio-sanitaire du patient afin de préciser la nature et la fréquence des soins à mettre en place. Le Plan de soins est alors transmis par l'infirmier à la CPAM.

²⁵ Selon les données 1996, 67 % des SIAD appartiennent au secteur privé à but non lucratif, principalement associatif. La part des services de statut public est en augmentation ; ils sont dans ce cas gérés par les collectivités locales, les établissements hospitaliers ou les établissements sociaux et médico-sociaux (SESI, 1996).

Si le personnel de ces services est constitué d'aides-soignants, d'infirmiers et de personnel administratif, l'équipe soignante repose principalement sur les aides-soignants (73 % du personnel salarié en équivalent temps plein) qui prennent en charge les soins d'hygiène, coordonnés par les infirmiers qui dispensent les actes techniques (injections, pansements, etc.) sur prescription médicale.

Tableau n° 2
Personnel des services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (SIAD, effectif 1996)

	Personnel salarié		Intervenants libéraux	
	permanent	non permanent	effectif	(nb visites milliers)
Infirmiers coordinateurs	1 710	220		
Infirmiers IDE	1 130	320	19 350	(3 320)
Aides-soignants	11 680	4 340		
Pédicures			2 700	(54)
<i>Total personnel soignant</i>	<i>14 520</i>	<i>4 880</i>	<i>22 050</i>	<i>(3 374)</i>
Personnel administratif	1 910	240		

Source : SESI 1996

Au total, si l'ensemble des professionnels salariés par les services a progressé de 44 % entre 1991 et 1996 (+ 37 % en ETP), c'est essentiellement sur les postes d'aides-soignants que la croissance a été la plus forte avec une progression de 42 % en équivalent temps plein.

■ Les structures d'hospitalisation à domicile

Les H.A.D. sont des structures de soins qui relèvent de la loi hospitalière depuis 1991 ; à ce titre, les places qu'elles offrent sont inscrites dans la carte sanitaire dans les services de médecine²⁶. Les professionnels H.A.D. interviennent cependant au domicile de patients, évitant ainsi leur hospitalisation ou permettant leur sortie plus précoce. Les malades pris en charge présentent le plus souvent des pathologies lourdes, telles que le cancer qui représente plus de la moitié des admissions. Les soins infirmiers prescrits peuvent être d'intensité lourde et/ou de haute technicité.

La plupart des intervenants infirmiers des structures d'H.A.D. sont salariés. Cependant, les structures d'H.A.D. peuvent aussi faire appel à des infirmiers libéraux ; dans le cas des actes techniques spécifiques, la structure s'assure alors de la formation de ces derniers, voire elle la leur dispense. Les aides-soignants y ont aussi une place importante, en charge des soins de *nursing* à domicile, tout comme au sein des S.I.A.D.²⁷, ce travail se fait en liaison avec les infirmiers.

²⁶ Aujourd'hui, on dénombre 68 structures d'H.A.D. inégalement réparties sur le territoire français et qui offrent 4 000 places.

²⁷ Une circulaire du 30 mai 2000 vise à mieux définir le rôle de l'H.A.D. par rapport aux autres services de soins à domicile et précise les conditions d'une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients.

■ L'articulation infirmiers/aides-soignants

De fait, la montée en charge des soins infirmiers à domicile a suscité ces dernières années beaucoup de questions sur l'articulation entre les compétences infirmières et les compétences des aides-soignants. Les aides-soignants ne peuvent pas, dans l'état actuel de la législation, exécuter des soins infirmiers ou des actes médico-infirmiers, même par délégation ; leur compétence est limitée aux actes de *nursing*.

Lors de son discours de 1998, le secrétaire d'Etat B. Kouchner a abordé à ce sujet deux points importants :

- il a précisé qu'il n'était pas dans les intentions du Gouvernement d'autoriser l'exercice libéral des aides-soignants ;
- il a proposé de régler la question de la distribution des médicaments pour laquelle la réglementation est en total décalage avec la pratique par le même système de protocole que celui décrit plus haut, mais cette fois entre l'infirmier et l'aide-soignant.

Un communiqué de presse du Ministère du 08 octobre 1998 rappelle l'importance de la complémentarité entre les infirmiers et les aides-soignants dans l'équipe de soins, la procédure de révision du décret de compétence infirmier devant en tenir compte. A l'époque, un réaménagement de la carrière des aides-soignants avait été discuté, avec des implications en termes de salaires.

Toutes ces évolutions apportées aux modes de prise en charge mettent de plus en plus en évidence le rôle de coordinateur joué par l'infirmier. « L'infirmier est le coordonnateur des soins. Il est responsable de la bonne organisation autour du malade. Il assume pleinement ce rôle à l'hôpital. Il devra l'exercer également en ville, principalement dans les réseaux de santé qui se mettent en place progressivement. » (Kouchner, 1998).

Dans le même esprit, Martine Aubry annonçait en 1999 son intention d'« étendre aux professionnels paramédicaux les réseaux expérimentaux relevant de la procédure du Conseil d'orientation des filières et des réseaux expérimentaux présidé par Raymond Soubie ».

2.2 La profession infirmière au Royaume-Uni

L'analyse présentée ici repose sur les nombreux documents que nous avons pu nous procurer et sur les entretiens que nous avons menés en octobre 1999. A cette occasion, nous avons rencontré des représentants syndicaux (*Unison* et *Royal College of Nursing*) et une personne du bureau des affaires infirmières auprès du ministère (*Department of Health*).

2.2.1 Ressources humaines et conditions de travail

Concernant la démographie, il est difficile d'ignorer la pénurie qui touche la profession infirmière, tant elle est au centre des préoccupations de l'ensemble des acteurs, qu'ils soient professionnels ou institutionnels. Les solutions apportées ont permis d'améliorer la situation sans toutefois résoudre complètement le problème, ce qui pousse le Royaume-Uni à faire appel à des professionnels étrangers. Concernant les conditions de travail, les vingt dernières années sont marquées par plusieurs évolutions, qui se manifestent entre autres par une montée en charge du secteur privé, par des mesures en faveur d'une plus grande flexibilité ou d'une décentralisation des salaires. Nous verrons que ces mesures ont connu des degrés de réussite divers.

2.2.1.1 Démographie : l'insuffisance de l'offre, les solutions britanniques

Nous avons insisté en début de rapport sur la difficulté de comparer les données démographiques en raison des spécificités nationales. Les chiffres publiés sur le Royaume-Uni peuvent présenter de grandes diversités selon qu'ils concernent le NHS (*National Health Service*) uniquement ou l'ensemble des secteurs, et selon qu'ils concernent l'Angleterre ou l'ensemble du Royaume-Uni.

De plus, les données sur le Royaume-Uni concernent indistinctement les infirmiers, les sages-femmes et les visiteurs sanitaires²⁸. Par la suite, nous parlerons pour l'ensemble de ces professions des professionnels paramédicaux infirmiers.

Cette précision étant faite, on peut recenser deux sources principales : le UKCC (*United Kingdom Central Council for Nurses, Midwives and Health Visitors*) pour connaître le nombre total de professionnels paramédicaux infirmiers enregistrés au Royaume-Uni (Tableau 3) et le département statistique du Ministère de la Santé pour les données sur le NHS (Tableau 4).

Tableau n° 3
Evolution des professionnels paramédicaux infirmiers enregistrés au UKCC
Royaume-Uni, 1991-1996

Années	Enregistrements au UKCC
1991	622 001
1992	633 119
1993	641 749
1994	638 361
1995	642 951
1996	645 011

Source : Buchan et al (1998a)

La situation de pénurie des professionnels paramédicaux infirmiers que connaît aujourd'hui le Royaume-Uni est reconnue par l'ensemble des professionnels. Une brève dans un journal spécialisé fait mention pour le Royaume-Uni d'une réduction en moins de 10 ans de plus de 53 000 infirmiers, visiteurs médicaux et sages-femmes qui exercent effectivement, alors que le nombre de patients traités a progressé de près des trois-quarts sur la même période (Dault, 1999). Notons que les chiffres du tableau précédant concernent l'ensemble des professionnels inscrits, mais que tous ne sont pas nécessairement en activité.

²⁸ *Infirmier ayant suivi une formation supplémentaire en soins communautaires. Ils ont en charge la promotion de la santé. Ils peuvent par exemple être le premier point de contact d'un patient allant dans un centre de soins généralistes ou avoir en charge une aire géographique et se déplacer dans les écoles, dans les familles, etc. Concrètement, leur rôle peut être par exemple d'aller voir les femmes nouvellement accouchées pour éviter une éventuelle dépression postnatale ou de conseiller et d'aider les gens ayant décidé d'arrêter de fumer.*

Tableau n° 4
Professionnels paramédicaux infirmiers
NHS (hôpital et services de soins communautaires)
Angleterre, septembre 1998

	Nombre	Equivalent temps plein
Infirmiers, sages-femmes et visiteurs sanitaires ^α	421 749	332 196
Elèves infirmiers, sages-femmes et visiteurs sanitaires	2 143	2 080
Healthcare assistants	115 840	86 108

Source : Statistics Branch, NHS Executive (1999).

^α : Ce chiffre comprend les assistants infirmiers et les infirmiers « enrolled »

D'après les chiffres publiés par le Ministère de la Santé pour le NHS en Angleterre, le total de 332 200 professionnels paramédicaux infirmiers équivalent temps plein se répartit en 247 240 personnels qualifiés (soit 219 000 infirmiers, 18 170 sages-femmes et 10 070 visiteurs sanitaires) et 84 525 personnels non qualifiés²⁹ (DoH, 1999d).

Selon le Ministère de la Santé, le manque de professionnels paramédicaux infirmiers en Angleterre serait de 15 000 équivalents temps plein (DoH, 1999a). Sur l'ensemble du Royaume-Uni, le manque de personnel qualifié pourrait être de 48 000 personnes par rapport aux besoins estimés (Rivett, 1997).

Cette situation de pénurie renvoie en amont au système de formation. Les chiffres publiés dans le rapport annuel du ENB (National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting) de 1998 montrent une baisse de près de 15 % du nombre d'étudiants paramédicaux infirmiers entre 1994 (53 654) et 1998 (45 589).

Nos interlocuteurs ont avancé deux raisons qui ont pu entraîner ce déficit de manière concomitante :

- le précédent gouvernement a réduit les places disponibles à la formation. Entre 1992 et 1994, le nombre de places disponibles dans un cycle de formation a été réduit de 28 % ;
- la profession paramédicale infirmière ne susciterait pas de vocation durable. La multiplication des contrats précaires a accentué les taux d'abandon dans la profession d'une manière générale, alors que les salaires en moyenne plus élevés dans le secteur privé ont accentué les transferts entre le NHS et le secteur hors NHS.

²⁹ 435 ETP ne sont pas inclus dans le calcul.

Pour inverser la tendance, plusieurs actions ont été menées : d'une part, pour attirer les jeunes dans cette profession... ;

- Une campagne publicitaire multimédia a été lancée en février 1999. Le succès ne fait aucun doute : en 12 semaines, le centre d'appel a reçu plus de 53 000 appels manifestant l'existence d'un intérêt pour intégrer ou réintégrer la profession. A la rentrée, cela s'est traduit par 3 000 à 4 000 étudiants supplémentaires.
- Le nombre de places en première année de formation est planifié à 19 000 pour 1999, soit 4 000 places de plus que trois ans plus tôt. L'effort ne semble pas devoir s'arrêter là puisque le plan NHS présenté en juillet 2000 prévoit la création de 5 500 places de formation d'ici 2002.
- La première tranche de salaire (salaire à l'embauche) a bénéficié d'une augmentation de 12 % en 1999, ce qui concerne 15 000 professionnels paramédicaux infirmiers. Les professionnels appartenant au même échelon³⁰, mais avec une expérience de un à cinq ans (70 000 personnes) ont bénéficié d'une augmentation de 8,2 %.

...d'autre part, pour maintenir les professionnels paramédicaux infirmiers dans le NHS en améliorant les conditions de travail.

La question aujourd'hui n'est peut-être plus tant « comment faire venir les jeunes dans la profession paramédicale infirmière ? » que « comment faire rester les professionnels dans le système ? ». Pour cela, il semble que les propositions d'action portent sur les conditions salariales, contractuelles et l'organisation du travail.

- Des revendications salariales ont été formulées (Lipley, 1998). La revalorisation salariale de 1999 concernait principalement les professionnels paramédicaux infirmiers sortant du cursus de formation. Les rémunérations des autres échelons de la grille de salaire ont été augmentées d'au moins 4.7 %. Le syndicat *Unison* redoute une crise sur les échelons plus élevés, car cela a nivelé la hiérarchie. La même revendication salariale est exprimée par le syndicat RCN (*Royal College of Nursing*), mais cette fois en prenant pour référence les salaires des autres professionnels du secteur public (enseignants principalement)³¹. Selon le RCN, la moitié des professionnels paramédicaux infirmiers qualifiés en 1993 ont atteint l'échelon E au bout de cinq ans, alors que plus de 80 % de la promotion 1989 était à ce même échelon au bout de cinq ans.
- La réduction des contrats à durée déterminée.
- Une meilleure organisation du temps de travail, ce qui implique une réflexion sur le temps partiel et l'adaptation du temps de travail aux préférences des individus.
- Le Ministère de la Santé a proposé une structure nouvelle qui devrait faciliter les trajectoires de carrière. En particulier, il propose la création d'un poste de consultant infirmier (*Consultant Nurse*) pour inciter les professionnels expérimentés à maintenir une activité clinique au sein du NHS : la moitié de leur temps devrait être consacrée à une activité d'expertise. Les salaires devraient se situer entre £ 27 000 et £ 40 000 par an. Ils devraient être un millier d'ici 2 004.

³⁰ La grille de salaire des professionnels paramédicaux infirmiers est divisée en 9 échelons allant de A à I, eux-mêmes divisés en plusieurs niveaux. Seuls les échelons D à I concernent les professionnels paramédicaux infirmiers qualifiés ; les échelons inférieurs concernent les auxiliaires de soins. La grille est reproduite en annexe 5.

³¹ Selon le RCN, un jeune infirmier qualifié commence avec un salaire inférieur de 9% à celui d'un jeune enseignant, ou de 11.5% à celui d'un jeune policier.

En 1999, le Ministère de la Santé prévoit une augmentation du nombre de professionnels paramédicaux infirmiers au sein du NHS de 15 000 sur trois ans. En 2000, on constate qu'effectivement les mesures d'attraction vers la formation infirmière sont un succès et que les infirmiers expérimentés reviennent dans le NHS. Depuis février 1999, plus de 4 000 infirmiers et sages-femmes ont repris un poste au sein du NHS, de plus 2 000 envisagent de le faire.

2.2.1.2 Secteur d'emploi, la montée en charge du secteur privé

Le secteur public NHS est le premier employeur du pays tous secteurs confondus, puisqu'il regroupe environ un million de salariés, dont environ un tiers sont des professionnels paramédicaux infirmiers qualifiés (infirmiers, sages-femmes et visiteurs sanitaires). Le NHS est le principal employeur des professionnels qualifiés inscrits au UKCC.

Tableau n° 5
Effectifs infirmiers en équivalent temps plein par secteur (1995)

NHS (UK)	305 160
Indépendants (GB)	57 775
Cabinets de GPs (GB)	10 478

Source : Buchan, 1998a

Le secteur hors NHS a bénéficié en termes d'activité d'une croissance moyenne de 2,7 % entre 1992 et 1997, pour atteindre un chiffre d'affaire de 12 milliards de livres en 1997 (Doulton, 1999). On compte 6 100 établissements cliniques (hors psychiatrie) en Angleterre au 31 mars 2000 (DoH, 2000), pour plus de 11 000 lits aigus (DoH, 1999b). Pour établir une comparaison, le nombre de lits aigus du NHS répertoriés par l'O.C.D.E. au Royaume-Uni (hors Irlande) est 141 300 (Eco-Santé 2000). Le nombre de lits dans le secteur privé a augmenté de 2% entre 1998 et 1999 avec un taux d'occupation qui est passé de 78% à 81%.

Ceci explique que les secteurs non-NHS sont de plus en plus présents en tant qu'employeurs, comme par exemple dans les centres de long séjour. On répertorie 6 400 cliniques de long séjour et 20 000 résidences dans tous le Royaume-Uni (Laing, 1998).

Entre 1980 et 1995, le nombre de professionnels paramédicaux infirmiers est resté stable dans le secteur du NHS, qu'il soit hospitalier ou primaire. Par contre, Buchan et al (1997) soulignent une croissance du secteur non NHS, particulièrement dans le secteur privé des soins à domicile.

Tableau n° 6
Evolution de l'emploi paramédical infirmier dans le secteur privé
Angleterre (hospitalier et à domicile)

	1996/97	1998/1999	Ecart %
Emplois qualifiés (ETP)	51 200	54 800	+ 7%
Emplois non qualifiés (ETP)	85 400	92 200	+ 8%

Source : Department of health, Statistical Bulletin, 2000

Alors que l'emploi au sein du NHS reste relativement stable, le nombre de professionnels paramédicaux infirmiers qualifiés :

- a triplé dans le secteur indépendant depuis le début des années quatre-vingt ;
- a quadruplé dans les cabinets de médecins généralistes (*Practice nurses*) dans la même période ;
- a augmenté de 56% entre 1990 (32 430 ETP) et 1995 (50 470 ETP) dans les hôpitaux privés et dans le secteur des soins à domicile (Buchan, 1998b ; DoH, 1996-1997).

Dans le même temps, l'emploi non qualifié a augmenté de 76%, puisque l'on comptait 46 100 ETP en 1990 et 81 160 ETP en 1995.

2.2.1.3 L'organisation du temps de travail, le prix de la flexibilité

La durée hebdomadaire du temps de travail est de 37,5 h, sans possibilité de faire des heures supplémentaires. Les congés sont de 27 jours plus 8 jours fériés.

Deux traits évolutifs principaux marquent l'organisation du temps de travail en faveur d'une recherche de flexibilité : le développement du temps partiel et des contrats temporaires. Nous évoquerons également quelques débats actuels sur la durée quotidienne de travail, les rotations des équipes et l'annualisation.

A. Le temps partiel

Il suffit de comparer les effectifs NHS des professionnels paramédicaux infirmiers exprimés en emploi (421 749) ou en équivalent temps plein (332 196) pour se faire une idée de l'importance du temps partiel dans cette profession.

Selon Buchan (1998a), le travail à temps partiel a augmenté depuis dix ans ; il est passé de 27 % en 1989 à 37 % en 1997, sous réserve que les enquêtes sources soient comparables. Il souligne que le temps partiel est plus courant dans le secteur privé. D'autres chiffres, très supérieurs pour 1998/99, font état de l'importance du temps partiel dans le secteur privé, tous professionnels infirmiers et de *nursing* confondus : 60% des emplois qualifiés et 56% des emplois non qualifiés seraient à temps partiel (DoH, 2000).

B. Les contrats temporaires

Traditionnellement, les professionnels paramédicaux infirmiers sont employés sur la base de contrats permanents, des agences spécialisées « *nurse bank and agency* » offrant des alternatives de travail temporaire. Cependant, les années quatre-vingt dix ont vu émerger un débat sur la sécurité de l'emploi à l'hôpital, alimenté par une recrudescence des contrats temporaires avec le NHS (Buchan, 1995).

Les chiffres ne peuvent qu'être estimés par enquête, car les données disponibles concernant le NHS ne permettent pas de caractériser les contrats. Une enquête de 1996 (IES/RCN) montre que 5 % des professionnels paramédicaux infirmiers travaillant dans les *trusts* sont employés sur un mode temporaire. Ce sont des intérimaires ou des personnes ayant un contrat à durée déterminée (ces derniers représentent 70 % des emplois temporaires). L'une des explications apportées à ce phénomène est l'introduction du marché interne dans le système de soins britannique, qui placerait les établissements en situation d'incertitude et les aurait conduit à un système de flexibilité reposant sur la précarisation des emplois paramédicaux infirmiers (Buchan, 1998a).

Le dernier chiffre repris par James Buchan fait état d'une proportion de professionnels ayant un contrat temporaire (durée déterminée ou agence intérimaire) de 6 % en 1997. Il confirme donc le chiffre précédent. Cependant, un échange récent avec l'auteur nous a permis de noter que la tendance se serait inversée. D'après lui, et bien qu'il n'y ait toujours pas de donnée fiable sur ce sujet, le nombre de contrats à durée déterminée déclinerait. L'explication se trouve probablement dans l'élection du gouvernement travailliste en mai 1997, celui-ci ayant initié une politique pour empêcher ce type de contrat au sein du NHS.

Le chiffre du travail temporaire dans le secteur privé est le même : sur les 147 000 ETP infirmiers (qualifiés ou non), 6% ont un travail temporaire (DoH, 2000).

La conjonction du travail à temps partiel et de la multiplication des contrats à durée déterminée se traduit par une augmentation du nombre d'infirmiers NHS déclarant exercer dans une agence en sus de leur activité principale. La proportion est passée de 29 % en 1991 à 56 % en 1997. Le syndicat Unison souligne la crise impliquée par le développement combiné du temps partiel et des contrats à durée déterminée. Comme nous l'avons déjà indiqué, le nouveau gouvernement semble avoir reconnu ce problème et a supprimé le recours aux C.D.D. dans les NHS *trust*. Le problème est plus difficile à gérer dans le secteur ambulatoire pour lequel le gouvernement n'a pas les mêmes moyens de pression.

C. Les outils de la flexibilité, quelques débats en cours

La flexibilité a donc été le mot d'ordre de la réforme du NHS et reste une priorité du gouvernement travailliste, même s'il cherche de nouveaux outils. La décentralisation de la gestion des ressources humaines au niveau des NHS *trust* était un moyen de développer la flexibilité, favorisant ainsi le contrôle des coûts de travail et l'adaptation à des objectifs locaux. D'autres outils ont été appliqués ou discutés dans ce cadre, sans qu'ils puissent s'imposer en pratique.

- Passer à des équipes de 12 heures au lieu de 8 heures dans les *trusts*. Le débat reste d'actualité, et les études ne semblent pas permettre de trancher : d'une part, cela peut entraîner une baisse de la qualité des soins ; d'autre part, les acteurs ne semblent pas d'accord sur le gain potentiel de qualité de vie que cela pourrait entraîner. Cette mesure ne semble pas devoir être mise en application.
- Instituer un système de rotation interne entre les services de nuit, de matin et d'après-midi. Ce système de rotation est actuellement appliqué dans les *trusts*. Chaque professionnel travaille alternativement une semaine dans chaque créneau horaire. Les syndicats critiquent cette organisation du travail et ils pensent qu'à terme, ce système va s'arrêter.
- L'annualisation du temps de travail dans les *trusts*. Il semble que seuls deux établissements ont tenté l'expérience jusqu'à présent, sans avoir suscité d'intérêt particulier de la part des professionnels ou des institutionnels.

Le syndicat Unison semble plus intéressé par un système de gestion informatisée du temps de travail sur le modèle suédois : « *the computered self rostering system* ». Ce sont des logiciels de gestion du personnel qui tiennent compte des besoins de personnel et de leurs *desiderata* (adapter le temps de travail aux préférences de chacun). Ce logiciel est actuellement expérimenté dans 11 *trusts*. L'idée est d'améliorer les conditions de travail pour inciter les professionnels à rester ou à revenir dans le NHS, en formalisant une pratique qui se fait actuellement couramment d'individu à individu par arrangements mutuels.

2.2.1.4 Conditions de rémunération, une décentralisation avortée

Le montant des rémunérations des infirmiers qualifiés (infirmiers, sages-femmes et visiteurs sanitaires) représente £ 8,3 milliards, soit 22,3 % des £ 37,2 milliards des dépenses totales du NHS. Après avoir évoqué les différentes évolutions qu'a connu le système de rémunération du Royaume-Uni, nous présentons la grille de salaire actuelle.

A. *Un mode de rémunération exclusivement salarial*

1948 -1983 : Les termes contractuels de l'embauche (dont les salaires) sont fixés par le comité de négociation Whitley, sur des bases conventionnelles avec les représentants professionnels (syndicats et organisations professionnelles), le Ministère de la Santé et la direction du NHS. Le mauvais fonctionnement de ce système peut expliquer en partie le volume important que représentent les faibles salaires durant cette période.

1983 : Mise en place du *Review Body*, corps indépendant chargé de conseiller le premier ministre sur les salaires des infirmiers, sages-femmes et visiteurs sanitaires (y compris les auxiliaires en soins infirmiers et les enseignants). Bien que le gouvernement se soit engagé à suivre ces recommandations, il semble qu'il aie souvent joué la carte de l'attente et du blocage pour des raisons de maîtrise des dépenses. Entre 1983 et 1995, les principales recommandations du *Review Body* sont une augmentation des salaires et une réduction des inégalités de salaire au niveau national.

La structure de la grille nationale des salaires est restée stable entre 1948 et 1988 ; de nouveaux échelons ont été introduits à cette date. Aujourd'hui, la grille des salaires NHS comporte 9 échelons, eux-mêmes divisés en niveaux. Les critères utilisés pour déterminer les échelons ont été développés et avalisés par le conseil Whitley. Cette restructuration ne s'est pas faite sans heurt, en particulier en raison de la difficulté de calculer des coûts sur lesquels fonder cette nouvelle graduation.

En 1998, une ligne salariale supplémentaire (*discretionary increments*) a été introduite dans les échelons F à I pour les cadres surveillants (*ward sisters*), cadres surveillants supérieurs (*ward managers*), les visiteurs sanitaires et les infirmiers de district.

Malgré cela, le Ministère de la Santé ne juge pas que la grille actuelle soit adaptée à la structure de la profession. Une progression automatique a conduit la majorité des professionnels au niveau supérieur de leur échelon, et ne leur laisse plus d'opportunité de promotion en dehors d'un changement de fonction³².

La grille de salaire publiée en avril 1999 est présentée en annexe 5.

Les professionnels paramédicaux infirmiers peuvent être indépendants — par exemple en travaillant dans des agences spécialisées dans le soin infirmier intérimaire — mais ils restent payés sur un mode salarial par l'agence. Pour se rémunérer, les agences prennent une commission auprès des organismes demandeurs. Bien que les agences respectent la hiérarchie de la grille du *Body Review*, les professionnels travaillant en indépendant sont relativement mieux payés que les professionnels du NHS. Ceci explique un flux croissant entre le secteur NHS et le secteur hors NHS, soit parce que les professionnels quittent définitivement le NHS, soit parce qu'ils mènent en parallèle les deux activités. Les professionnels paramédicaux infirmiers employés par les cabinets de médecins généralistes sont également salariés sur la base de la grille du *Review Body*. Ce secteur représente pour l'Angleterre 10 360 équivalents temps plein en 1995.

³² Environ 60 % des infirmiers du grade E, 80 % du grade G, 74 % du grade H et 80 % du grade I sont au niveau maximal de leur grade (DoH, 1999c).

B. Réformes et tentatives de décentralisation des salaires

1. En 1988/89, le Ministère de la Santé anglais libère un fond devant financer des dépassements de salaires (£ 1 000/an) justifiés par une tâche lourde. L'analyse de la première année n'a pas convaincu le *Review Body* et l'expérience n'a pas été reconduite.
2. Au début des années quatre-vingt dix, le système du « *Performance Related Pay* » suscite un certain intérêt. L'objectif est d'associer la rémunération à la performance individuelle, ce qui doit accroître la productivité dans le secteur public. En pratique, cela est finalement très limité (charge de travail administratif, difficulté de mesure objective de la performance...). La discussion sur le mode de détermination du salaire est relancée par le Plan NHS 2000, qui souhaite introduire un élément de compétence et non plus se limiter à une détermination fondée sur un titre professionnel.
3. La décentralisation des responsabilités de gestion est un des points centraux de la refonte du NHS telle qu'elle apparaît dans le rapport « *Working for Patients* » (DoH, 1989). Les *trusts* obtiennent l'autonomie de gestion, tout en restant dans le NHS. Cela signifie qu'il est possible au niveau local de gérer les achats, les investissements et de négocier les salaires. Dans les faits, cette possibilité n'est pas, ou peu, utilisée pour les salaires.

J. Buchan (1998) explique le peu de succès que connaissent les tentatives de décentralisation des salaires avant 1995 par :

- l'absence initiale de structures locales de négociation ;
- l'absence initiale de compétences quant à la détermination des salaires ;
- des fonds limités pour financer une augmentation locale des salaires ;
- le manque d'une réelle volonté politique pour accélérer les changements.

En 1995-1996, le *Review Body* fait une recommandation pour encourager les stratégies salariales locales, comme devant introduire un élément de contrôle et de flexibilité. Mais, cela ne concerne plus la totalité du salaire, comme dans la réforme précédente. Le salaire se divise en un élément national et un élément local. L'introduction de cet élément local devait permettre de résoudre les difficultés locales de recrutement, tout en gardant un socle commun de négociation.

Ce rapport pouvait laisser espérer que ce système mixte marquerait le début d'une réelle activité de négociation salariale au niveau local, au moins en poussant les *trusts* à réfléchir sur cette possibilité. Cependant, J. Buchan (1998) souligne que les faibles fonds disponibles pour cette part de salaire négociée localement continuent de limiter la marge de manoeuvre des managers, ce qui se traduit par un faible engagement de la part des *trusts*. La plupart d'entre eux continuent de payer leurs professionnels paramédicaux infirmiers selon les taux du *Review Body* et les structures internes des échelons restent calquées sur le Whitney ; quant aux *trusts* qui ont adopté ce système mixte, le *Review Body* critique sévèrement leur capacité à gérer les salaires.

En 1997, le *Review Body* revient sur son analyse, arguant du fait que l'utilisation d'un élément local de rémunération pour résoudre des pénuries locales pouvait entraîner une spirale inflationniste. Au total, les choses n'ont pas beaucoup évolué, malgré quelques expériences, le mouvement ne s'est pas initié.

Au total, selon le gouvernement, les salaires des professionnels infirmiers, sages-femmes et visiteurs sanitaires, ont augmentés de 15% depuis 1997 (Plan 2000, p.52). Sur la question de la décentralisation, le gouvernement travailliste est revenu à une référence nationale. Cependant, il maintient dans le Plan 2000 une réflexion sur les moyens de favoriser les secteurs géographiques particulièrement touchés par la pénurie, par exemple avec l'instauration d'un système de dépassement.

C. La grille de salaire

La grille de salaire, « *the NHS Nurses Midwives and Health Visitors pay scale* », comporte 9 échelons (A-I). Elle est reproduite en annexe 5.

Un infirmier qualifié débute à l'échelon D, soit à £14 400 brut par an selon la grille du 1^{er} avril 1999 (£ 14 890 au 1^{er} avril 2000). Il reste à cet échelon entre 3 et 5 ans avec une progression de salaire allant jusqu'à £ 15 905. A cela s'ajoutent des primes de nuit, de week-end etc. Par contre, les infirmiers ne peuvent pas faire d'heures supplémentaires.

Il existe également une prime pour les professionnels londoniens.

- Londres intra-muros : £ 1 850 par an plus 5 % du salaire jusqu'à un plafond de £ 750.
- Londres intra-muros, équipe clinique et d'enseignement : £ 2 205 par an plus 5 % du salaire jusqu'à un plafond de £ 750
- Londres couronne : £ 1 570 par an plus 5 % du salaire jusqu'à un plafond de £ 750

Les infirmiers en soins généraux expérimentés (grade E) constituent le groupe le plus important, puisque 35 % des infirmiers du NHS sont dans ce grade. Ils commencent à £ 15 395.

Tableau n° 7
La rémunération des élèves infirmiers au Royaume-Uni

	Londres	Ailleurs
Moins de 26 ans au début des études	£ 5 374	£ 4 572
Plus de 26 ans au début des études	£ 5 944	£ 5 148

Il s'agit de salaires bruts ; le taux d'imposition est de 23 % après un abattement de £ 3 000 à £ 4 000.

2.2.2 Organisation de la profession

Après avoir présenté les conditions d'accès à la profession et reproduit son organisation hiérarchique, nous présenterons l'organisme qui lui permet de s'autoréguler et nous verrons que la profession est un partenaire actif dans l'élaboration des décisions tant au sein des établissements hospitaliers qu'au niveau national.

2.2.2.1 L'accès à la profession

A. Licence et enregistrement

L'enregistrement est obligatoire pour l'ensemble du Royaume-Uni avec un renouvellement tous les trois ans. Il n'y a pas de procédure de licence³³.

B. Formation et spécialisation

Jusque dans les années quatre-vingts, la formation se faisait dans des écoles implantées au sein des hôpitaux du NHS sur un modèle d'apprentissage. Les élèves étaient embauchés par l'hôpital et réalisaient un service important. Deux voies existaient : le professionnel non qualifié, ou « *enrolled nurse* » avec une formation de deux ans ; le professionnel qualifié avec une formation de trois ans, ou « *enregistered nurse* ».

En mai 1986, le UKCC publie une proposition de réforme « *Project 2000 - A new preparation for practice* ». Les auteurs pointent un nombre trop important d'écoles de qualité très variable, un volume de travail dans les services trop lourd et un enseignement trop tourné vers l'hôpital, et donc inadapté au développement du soin à domicile. La réforme est adoptée en mai 1988.

Elle réorganise la formation de base (*basic formation*) dans plusieurs directions dont :

- la formation passe d'un modèle d'apprentissage à un modèle académique. Les élèves ont un statut d'étudiants et ne font donc plus partie du personnel hospitalier³⁴ ;
- la formation de base se déroule sur trois ans et en deux étapes : un cursus commun de 18 mois, puis un cursus plus spécialisé avec quatre branches possibles : les soins généraux aux adultes, les soins aux enfants, les soins psychiatriques et les soins pour handicapés mentaux ;
- la formation fait plus de place aux soins communautaires.

³³ La procédure d'enregistrement concerne l'utilisation du titre de professionnel paramédical infirmier alors que la procédure de licence concerne l'activité du soin infirmier.

³⁴ Il a fallu débloquer des budgets pour remplacer ces professionnels, que ce soit par des infirmiers qualifiés ou non.

Concernant la formation spécialisée et continue (*post-basic formation*), le UKCC accepte les propositions du rapport sur l'éducation continue et spécialisée en 1994. Les points principaux sont les suivants :

- une formation pour le développement professionnel de 5 jours tous les trois ans ;
- une procédure de ré-enregistrement tous les trois ans ;
- l'obligation de suivre un programme de retour à la pratique après une interruption de cinq ans ;
- la création d'une nouvelle discipline de spécialisation sur le soin communautaire ;
- toutes les spécialisations ont le même statut, requièrent au minimum trois ans d'expérience et le temps de formation se répartit entre 50 % de pratique et 50 % de théorie.

Il y a de nombreuses possibilités de spécialisation après le diplôme d'Etat. La gamme actuelle de programmes d'enseignement supérieur approuvés par le ENB³⁵ (*National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting*) est présentée en annexe 4.

2.2.2.2 Hiérarchie et autorégulation

A. Hiérarchie

Les professionnels paramédicaux infirmiers sont hiérarchisés en deux niveaux. Nous trouvons d'abord les professionnels qualifiés, titulaires d'un diplôme et enregistrés auprès du UKCC. Cette catégorie recouvre :

- les infirmiers diplômés d'Etat (*registred nurses*). Formation de 3 ans avec un tronc commun (18 mois) et une première spécialisation (18 mois) ;
- les sages femmes. Infirmiers diplômés ayant suivi une formation complémentaire ;
- les visiteurs sanitaires (*health visitors*). Infirmiers diplômés ayant suivi une formation complémentaire de santé publique (soins communautaires, soins primaires).

Nous trouvons ensuite les professionnels non qualifiés :

- *enrolled nurse* : formation supprimée à partir de 1993-94 ;
- auxiliaires infirmiers à contrat national ;
- assistantes de soins à contrat local (*healthcare assistant*). La formation est également locale.

Selon les chiffres du ministère (1998), concernant le secteur public anglais, les infirmiers qualifiés sont secondés par environ 85 000 ETP auxiliaires (voir Tableau 4) et par environ 86 000 ETP assistants de soins.

³⁵ Le ENB est l'organisme statutaire responsable au Royaume-Uni de l'accréditation des établissements éducatifs assurant la formation des infirmiers, des sages-femmes et des visiteurs sanitaires. Par l'accréditation des formations, spécialement des formations spécialisées, il doit assurer que les personnels présents et futurs soient capables de répondre aux besoins de la population en matière de soins.

Les *healthcare assistants* ne font pas l'objet d'une procédure d'enregistrement et il n'y a aucune régulation professionnelle. Au niveau de la rémunération, elles se situent dans les niveaux A, B et C de la grille du *Review Body* (Annexe 5).

Les actes qui peuvent être pratiqués par une *healthcare assistant* sont très nombreux. Dans le domaine des soins à domicile (*homecare*), elles peuvent dispenser les médicaments, faire des injections, en fait réaliser tous les actes de soins à domicile. Par exemple, elles sont employées dans les services sociaux qui réalisent une grande partie des soins de *homecare*. A l'hôpital, les actes qu'elles réalisent ne sont pas les mêmes, elles pourront par exemple prendre la pression sanguine.

La différence citée par nos correspondants pour différencier *healthcare assistant* et professionnel infirmier fait appel à la notion de soin global (*holistic care*). Le professionnel infirmier prend en charge le patient dans sa globalité, la *healthcare assistant* va prendre en charge un acte prescrit.

B. Autorégulation

L'autonomie de la profession est manifeste dans sa capacité à s'autoréguler. Le corps réglementaire de la profession est le UKCC (*United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting*). Il a pour fonctions d'établir et de distribuer les standards de formation et de pratique, de maintenir un registre des professionnels, de déterminer les conditions d'entrée à la formation donnant droit à enregistrement, de déterminer le contenu et la durée du programme de formation, de conseiller les instances politiques et de conduire des auditions pour déterminer si un praticien devrait être rayé du registre pour faute.

Le UKCC peut sanctionner un professionnel s'il estime que celui-ci a outrepassé ses compétences. Sur un plan légal, l'infirmier est couvert par le principe légal de « *vicarious liability* ». Cela signifie qu'elle ne peut pas être poursuivie pour négligence en tant qu'individu, c'est l'employeur qui le sera (par exemple un NHS *trust* ou un médecin généraliste).

2.2.2.3 Leadership

Les professionnels paramédicaux infirmiers sont réellement impliqués dans la conduite de la politique concernant leur profession. En effet, si celle-ci est sous la responsabilité du Secrétaire d'Etat à la Santé, il est conseillé par un comité permanent des infirmiers et des sages-femmes. De plus, chacun des Départements de la Santé des quatre nations qui constituent le Royaume-Uni accueille un directeur des affaires infirmières (*Chief Nursing Officer*). Le directeur des affaires infirmières, pour l'Angleterre, est également le directeur des services infirmiers au NHS.

Il y a également des professionnels paramédicaux infirmiers au Ministère de l'Emploi et au Ministère de l'Intérieur. Ajoutons que plusieurs professionnels paramédicaux infirmiers siègent à l'assemblée anglaise.

Au sein de l'hôpital, les infirmiers occupent également une position de premier niveau. En effet, la direction de l'hôpital se compose d'un directeur financier, d'un directeur médical et d'un directeur infirmier, ce dernier ayant le même poids de décision que les deux autres. Même si la fonction du directeur infirmier n'est pas de diriger le travail des infirmiers, mais bien de prendre part à la direction de l'hôpital, il peut intervenir en faveur des infirmiers si un problème lui est relaté.

2.2.3 Rôles et compétences infirmiers

Après avoir reproduit un extrait du texte qui balise les compétences générales des professionnels paramédicaux infirmiers, nous limiterons notre analyse au secteur des soins primaires qui nous semble être l'enjeu actuel principal de l'évolution de la profession.

Comme nous l'avons évoqué plus haut, la pratique est réglementée par un organisme professionnel : le UKCC. Les deux textes légaux sur lesquels il s'appuie sont : « *The Code of Professional Conduct* » et « *The Scope of Professional Practice* » publiés en juin 1992. Le UKCC établit alors les standards de pratique et organise l'enregistrement des professionnels.

Extrait du « *Code of Professional Conduct* »

« En tant qu'infirmier, sage-femme ou visiteuse sanitaire, vous êtes personnellement responsable de votre pratique ; et dans l'exercice de votre responsabilité professionnelle, vous devez :

1. agir toujours de manière à promouvoir et sauvegarder les intérêts et le bien-être des patients ou clients ;
2. vous assurer qu'aucune action ou omission de votre part, ou dans votre sphère de responsabilité, n'est préjudiciable à l'intérêt et à la sécurité de votre patient ou client ;
3. maintenir et améliorer vos connaissances et compétences professionnelles ;
4. reconnaître les limites de vos connaissances et compétences professionnelles et décliner toutes tâches ou responsabilités que vous ne pouvez réaliser en toute sécurité.

Le développement des soins primaires a fait émerger un certain nombre de réflexions sur les professions liées au soin infirmier. La place de plus en plus importante que les professionnels paramédicaux infirmiers pourraient être amenés à jouer dans ce secteur des soins primaires nécessite cependant probablement une adaptation préalable de leurs fonctions. La réflexion autour de la fonction de *nurse practitioner* en est l'exemple le plus frappant. Le pouvoir de prescription est également un aspect très important de l'évolution des compétences des professionnels paramédicaux infirmiers. Nous terminons par quelques expériences qui, bien qu'anecdotiques, constituent des exemples en pratique d'une ouverture des compétences de la profession infirmière.

A. **La fonction de Nurse Practitioner : promesses et difficultés**

Le concept de *nurse practitioner* (NP) est originaire des Etats-Unis. En 1971, un HMO californien (Kaiser) met en œuvre un programme de formation de NP. L'objectif était de pallier un déficit de médecins en laissant des infirmiers, formés dans ce sens, prendre en charge une part des soins primaires dans le domaine de la pédiatrie, de la médecine, de l'obstétrique et de la gynécologie. Durant une formation de 1 à 2 ans, ils apprennent à réaliser un interrogatoire, établir un diagnostic et prescrire. Ils travaillent ensuite dans des équipes cliniques, dirigées par des médecins, et sont souvent le premier point de contact du patient avec le système de soins.

En Angleterre, le mouvement est initié au début des années quatre-vingts par le départ de deux infirmières aux Etats-Unis pour se former.

Le premier diplôme de *nurse practitioner* date de 1990. Il est actuellement dispensé au niveau d'un premier degré universitaire. Pour être admis à ce programme il faut être un infirmier expérimenté. Le programme inclut un apprentissage de connaissances et de compétences dans le domaine de l'entretien exploratoire, mais également dans le domaine de l'exploration physique (examen, reconnaissance d'anomalies et dépistage, recherche de facteurs de risque et de symptômes annonciateurs d'un problème de santé).

La première grande étude réalisée sur les *nurses practitioners* au Royaume-Uni semble positive (NHS Executive South Thames, 1994). Les patients expriment un niveau de satisfaction élevé. Les consultations sont perçues comme efficaces et sécurisantes, et par comparaison avec des consultations médicales, elles sont jugées positivement car plus longues³⁶ et portant moins exclusivement sur des aspects médicaux et techniques.

Malgré cela, il semble que la *nurse practitioner* n'arrive pas à obtenir une véritable identité professionnelle, en grande partie parce qu'elle fait l'objet d'un débat non résolu sur sa définition et son rôle (Barton, 1999). Par conséquent, si des *nurses practitioners* sont présentement actives au Royaume-Uni, leur pratique clinique et leur formation ne font l'objet d'aucune régulation ni standardisation professionnelle et elles dépendent en général d'une autorité locale. Ce manque de définition explique certainement l'impasse dans laquelle cette fonction semble être aujourd'hui, malgré les espoirs qu'elle continue de susciter dans la littérature (Bond, 1999 ; Hicks, 1999)

Pour le moment, tout infirmier expérimenté peut se déclarer *nurse practitioner*, mais le RCN souhaite qu'une restriction soit instituée³⁷ : seuls les professionnels ayant suivi un cours spécifique devrait avoir le droit d'utiliser ce titre. Selon Cullen (1997), il y aurait 2 000 professionnels remplissant les critères du RCN.

Le *Royal College of Nursing* a donc proposé en 1996 une définition précise du champ de compétence des *nurses practitioners*.

- La *nurse practitioner* pourrait offrir à toute personne un accès direct aux soins primaires.
- Elle aurait la responsabilité d'admettre les patients dans le système de soins primaires, soit en leur prodiguant elle-même un traitement, soit en les référant à d'autres professionnels, y compris médecins.
- Elle serait capable d'entreprendre une première recherche pour tous problèmes de santé relevant de soins primaires et d'initier un traitement de première intention.
- La *nurse practitioner* serait responsable de l'évaluation et du suivi du traitement, qu'elle décide d'arrêter lorsqu'elle le juge approprié. Elle devrait offrir au patient le cadre (soutien, éducation...) qui l'aidera à se remettre.

³⁶ Les *nurses practitioners* travaillant en étroite collaboration avec un GP ou celles ayant une plus longue expérience semblent avoir un temps de consultation plus court que les autres.

³⁷ www.healthcentre.org.uk

Concrètement :

- la *nurse practitioner* serait amenée à prendre des décisions autonomes dont elle porterait la seule responsabilité.
- Elle recevrait des patients dont les problèmes ne sont pas identifiés. Ses connaissances et compétences devraient lui permettre de faire une évaluation des besoins du patient en matière de soins, ce qui inclut des compétences qui ne relèvent généralement pas de la fonction infirmière, comme les examens physiques.
- Elle devrait dépister les facteurs de risque et les premiers signes de maladie.
- Elle développerait avec le patient un plan de soins infirmiers avec une attention particulière pour les mesures préventives.
- Elle prodiguerait conseils et éducation pour la santé.
- Elle pourrait porter un diagnostic, prescrire un traitement (dans le cadre d'une liste limitée) et dispenser elle-même des soins.

Si l'on suit la définition proposée par le RCN, d'une part, le domaine de responsabilité des *nurses practitioners* serait très vaste, dans la mesure où les patients bénéficieraient d'un accès direct à leurs services, elles feraient des diagnostics et elles pourraient référer le patient pour des soins ou des traitements complémentaires ; d'autre part, elles seraient un chaînon fondamental du système de soins puisqu'elles seraient le point d'entrée privilégié dans le système de soins primaires.

Pour mieux comprendre le rôle potentiel des *nurses practitioners* dans la pratique générale, une étude récente a suivi quatre d'entre elles au cours de leur formation et ensuite dans leur travail (Bond, 1999). Elles ont suivi une formation de 15 mois auprès de quatre médecins généralistes qui ont accepté d'être leur mentor. Au bout des six premiers mois, un système de double consultation a été institué (le patient consulte auprès de la *nurse practitioner* et auprès du médecin généraliste). Une seconde étude a été entamée après cette phase de formation, les *nurses practitioners* conduisant des consultations indépendantes.

Durant la première phase, 586 consultations ont été analysées. La *nurse practitioner* et le médecin sont d'accord dans 94 % des cas et 50 % des désaccords peuvent être considérés comme importants, sans pour autant mettre la vie du patient en danger. Par contre, la comparaison a fait apparaître des différences dans la conduite à tenir entre les *nurses practitioners*, mais assez peu entre la *nurse practitioner* et son partenaire médecin. Le taux de transfert à un médecin varie selon la *nurse practitioner* entre 21 % et 56 % : en moyenne, 38 % des consultations se seraient soldées par une orientation vers un médecin car la *nurse practitioner* n'aurait pas pu prendre de décision sur le diagnostic ou sur le traitement.

Dans la seconde phase, l'étude a été réalisée sur un échantillon de 100 consultations pour chacune des quatre *nurses practitioners*. Les taux de transfert à un professionnel médical varient de 4 % à 22 %. On constate une baisse des transferts dans le temps. Cependant, on ne peut guère aller plus loin dans l'analyse puisque ces taux de transferts sont contraints par l'obligation de faire contresigner certains actes par un médecin.

L'enquête de satisfaction auprès de 293 patients ayant consulté une *nurse practitioner* montre que 38 % auraient préféré consulter un médecin généraliste, bien que 80 % jugent la consultation positive. Si la quasi majorité des patients envisagent de retourner consulter une *nurse practitioner*, 40 % ne l'envisagent que pour des problèmes particuliers. Il est enfin intéressant de constater que les patients qui avaient déjà l'expérience d'une consultation de *nurse practitioner* présentent des taux plus favorables que les patients qui font l'expérience de cette nouvelle consultation pour la première fois.

B. La prescription médicamenteuse

La législation concernant la prescription, la vente et l'administration des médicaments date de 1968 (*Medicines act 1968*) ; elle a été amendée en 1992 pour prendre en compte certaines dispositions législatives européennes (Directive 92/26/EEC).

Cette loi de 1992 (*Prescription by Nurses Act 1992* et SI 1994/3050) ouvre un droit de prescription à certains professionnels paramédicaux infirmiers, enregistrés au UKCC avec une qualification d'infirmier de district ou de visiteur sanitaire, dès lors qu'ils ont suivi une formation spécifique (par exemple pour le traitement des blessures). Ce droit concerne une liste spécifique et limitée de produits.

Le système est donc celui d'une prescription limitée, à la fois sur les médicaments autorisés et sur les professionnels autorisés.

L'une des revendications des syndicats est une extension de ce droit de prescription aux infirmiers et sages-femmes qui auraient suivi une formation adéquate. Ainsi, ils souhaitent qu'un professionnel spécialisé, par exemple dans le diabète ou l'asthme, puisse prescrire les médicaments liés à cette pathologie. L'élargissement du domaine de prescription infirmière est également cité comme un objectif par le bureau infirmier du Ministère de la Santé.

Le rapport Crown sur la prescription médicamenteuse (mars 1999) propose un nouveau cadre pour la prescription et l'administration médicamenteuses pour tout le secteur de la santé (NHS et hors NHS). Les auteurs recommandent l'ouverture de nouveaux droits de prescription à de nouveaux professionnels (hors médecins ou infirmiers communautaires) dans des domaines cliniques spécifiques. Ce rapport se concrétise dans le Plan NHS 2000. En 2001, on estime à environ 23 000 le nombre de professionnels du soin infirmier qui auront le droit de prescrire

C. Innovations dans le système de soins, exemples

■ Le NHS direct : une consultation infirmière en ligne

Les services de consultations infirmières par téléphone existent depuis plusieurs années. Une étude (Lattimer, 1998) a permis de comparer un service traditionnel de garde par les médecins généralistes et un service de garde téléphonique dispensé par des professionnels paramédicaux infirmiers spécialement entraînés. La moitié des appels n'ont donné lieu à aucun renvoi vers le médecin généraliste, le conseil de l'infirmier a suffi. Ceci a permis de réduire le nombre de visites en urgence d'un médecin des 2/5èmes, ce qui s'est traduit par une réduction de la charge de travail des généralistes de la moitié.

Dans le but d'accroître l'accès aux soins primaires, le département de la santé a mis en place, en mai 1998, un service de consultation en ligne : le « *NHS direct* », doté d'un budget de 800 millions de francs. Il fonctionne 24h sur 24h uniquement avec des professionnels paramédicaux infirmiers (600 équivalents temps plein). Ils travaillent avec un logiciel d'aide au diagnostic en temps réel et peuvent ainsi orienter les patients en fonction de ce premier diagnostic assisté par ordinateur. Il est important de souligner que cette expérience est jugée très positive, aussi bien par le Ministère de la Santé que par les syndicats.

Le territoire concerné par cette expérience s'est élargi progressivement ; il couvrait 40 % du territoire anglais à l'origine, il en couvre aujourd'hui la totalité. Ce service devrait être étendu à l'Ecosse et au Pays de Galles par la suite.

Fin juin 1999, le *NHS direct* avait reçu 250 000 appels. Les 2/5 des appels reçus entre octobre et décembre 1998 ont été résolus par un conseil de l'infirmier.

Les premières évaluations (juin 1999) ont montré que seulement 5 % des personnes qui ont contacté ce service de conseil en ligne sous-estiment leur pathologie — cela concerne principalement des personnes âgées — et devaient être orientées vers des établissements de soins (en urgence ou non) alors qu'elles ne l'envisageaient pas au départ. Dans la majorité des cas, ce service aurait permis de rassurer les gens et d'éviter ainsi qu'ils n'aillent gonfler les files d'attente de l'hôpital.

Il ne semble pas s'agir d'un substitut à un service déjà existant mais bien d'un nouveau service qui répond à un réel besoin : un service intermédiaire entre le recours au médecin de ville et le recours à l'hôpital. L'un des objectifs affichés est d'ailleurs la réduction du recours aux services de soins aigus (*acute care services*).

Selon Fuzeau, le système fait cependant l'objet de deux critiques principales (Fuzeau, 2000). Premièrement, il provoquerait une augmentation de la demande de second avis, ce qui ajouterait à la consultation initiale auprès du médecin généraliste un surcoût chiffré entre 8 £ et 16 £ par appel. Deuxièmement, l'efficacité médicale du système pourrait être remise en cause par une enquête auprès de 200 médecins qui montre que 56 % d'entre eux estiment le conseil donné par le *NHS Direct* inapproprié.

■ Autres expérimentations

Plusieurs systèmes innovants ont été développés dans le secteur des soins primaires. Par exemple, des expérimentations ont été menées à Salford et Derbyshire, où ce sont des infirmiers qui organisent les soins primaires en employant des médecins généralistes. Dans d'autres sites, ce sont des partenariats qui ont été conclus entre les infirmiers et les médecins généralistes.

A Peterborough, une équipe d'infirmiers a mis en place un système permettant à des patients de rester à domicile. On est ici dans le domaine du soin aigu, l'équipe doit pouvoir réagir à des situations de crise. Les patients leur sont adressés par un médecin généraliste ou l'hôpital, et l'équipe a accès à l'équipement diagnostic et médical qui leur est nécessaire pour fournir les soins aigus à domicile. L'évaluation montre que 71 % des patients qui leur ont été adressés auraient été admis à l'hôpital dans le système traditionnel (DoH, 1999c).

La réduction du nombre des internes a ouvert de nouvelles possibilités aux professionnels paramédicaux infirmiers. A Merseyside, une unité infirmière de rhumatologie a été mise en place. A l'intérieur d'un espace couvrant la pré-admission, la sortie et le suivi du patient — et clairement défini par des protocoles — les infirmiers évaluent le patient et l'admettent dans le service, prennent des décisions concernant les soins et les traitements. Enfin, ils déterminent et organisent la sortie et le suivi du patient. Un consultant rhumatologue visite le service deux fois par semaine, mais l'unité ne comprend plus d'interne.

2.3 La profession infirmière en Suède

Cette partie reprend le contenu des entretiens qui ont été réalisés en Suède au cours de l'été 1999 avec les représentants du *Vårdförbundet*³⁸ (VF), association suédoise des professionnels de santé, avec des enseignants de l'école infirmière de Västerås³⁹ et avec des représentants de la délégation régionale de la Direction Nationale de la Santé et des Affaires Sociales (SOS)⁴⁰.

2.3.1 Ressources humaines et conditions de travail

Les statistiques officielles sont tenues par la Direction Nationale de la Santé et des Affaires Sociales (SOS). D'autres statistiques sont produites par le VF et peuvent être considérées comme représentatives des effectifs de la profession, puisque cette organisation professionnelle et syndicale regroupe environ 90 % des professionnels. Les données concernant le salaire et la formation sont disponibles auprès des organisations professionnelles (le *Vårdförbundet* ou le *Swedish Nurses Association*).

2.3.1.1 Démographie

Les dernières statistiques officielles disponibles (novembre 1998) remontent à 1995 : la Suède totalise 94 586 professionnels infirmiers, soit une densité de 10,7 pour 1 000 habitants. Ceci correspond à une densité élevée par rapport aux autres pays européens (3^{ème} rang derrière la Finlande⁴¹ et l'Irlande). Les données pour 1998 de l'organisation professionnelle font état de 83 691 infirmiers inscrits.

La profession, comme dans la plupart des pays, est principalement féminine : les femmes représentent 93 % des effectifs.

La catégorie d'âge la plus représentée est celle des 40-49 ans, ce qui correspond à plus de 38 % de la profession.

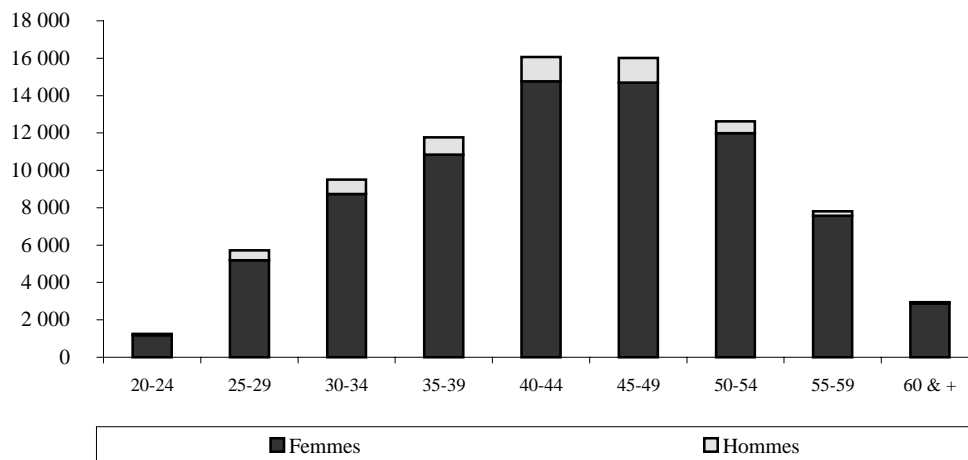
³⁸ Le *Vårdförbundet* (VF) est l'association professionnelle majoritaire (90 % des professionnels qu'elle représente y sont inscrits), et joue aussi le rôle de syndicat. Les différentes professions représentées par le VF (infirmiers, sages-femmes, radiologistes, techniciens de laboratoire) ont aussi leur propre association, mais la véritable organisation représentative reste le VF.

³⁹ Créée il y a environ 5 ans, l'école infirmière de Västerås est un des deux départements de formation en soins infirmiers de l'Université de Mälardalens (l'autre étant situé à Eskilstuna). Elle accueille chaque année environ 200 étudiants (deux rentrées, une en septembre et une en janvier).

⁴⁰ La Direction Nationale de la Santé et des Affaires Sociales (Socialstyrelsen - SOS) est l'organe expert et l'autorité centrale de contrôle dans le domaine des services de santé, de la protection sanitaire et des services sociaux. Son activité principale est le suivi et l'évaluation des activités mises en place dans ces secteurs, sur la base des objectifs fixés par les pouvoirs publics. A ce titre, le SOS est responsable des statistiques officielles concernant les services sociaux, les services médicaux, la santé publique et les causes de mortalité. En outre, le SOS est responsable de la planification et des approvisionnements pour la santé et les services médicaux, la santé publique et les services sociaux en cas de guerre ou de crise.

⁴¹ A noter que le nombre d'infirmiers est tellement élevé en Finlande, que depuis 1995 ce sont plusieurs centaines d'entre eux qui sont allées travailler au Royaume-Uni qui était en manque d'effectif depuis 1994.

Graphique n° 2
Répartition des effectifs infirmiers par âge et sexe en Suède



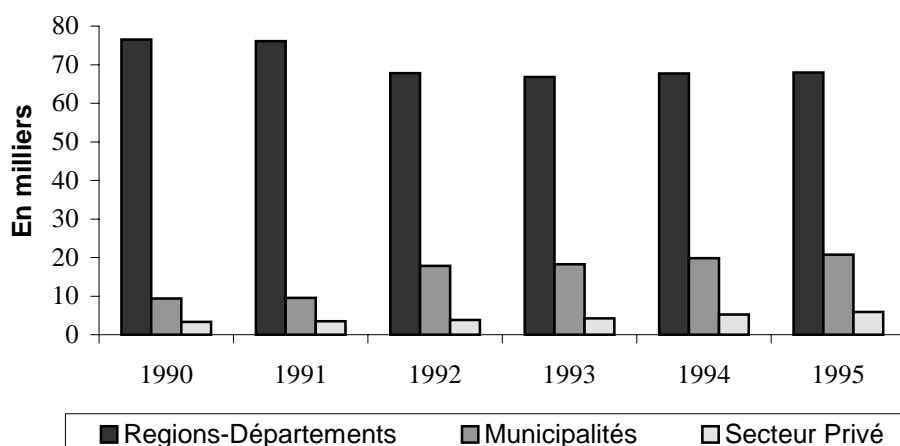
Source : Vardförbundet

Comme nous le verrons plus loin, il n'y a pas pour le moment de *numerus clausus* au niveau national. Il est possible que dans les années à venir, des dispositions soient prises pour réguler la démographie infirmière et médicale.

2.3.1.2 Lieu et mode d'exercice

La répartition des effectifs infirmiers par employeur (graphique 3) montre que 71,8 % des infirmiers travaillent pour les régions et les départements (hôpitaux et centres de soins primaires pour l'essentiel), 22,0 % pour les municipalités (soins à domicile) et 6,2 % en secteur privé (maisons de retraite et agences intérimaires).

Graphique n° 3
Répartition des effectifs infirmiers en Suède par employeur



Source : SOS

L'évolution de cette répartition depuis 1990 est révélatrice des changements intervenus dans le système de santé suédois.

En 1992, lorsque les municipalités ont reçu la responsabilité des établissements d'accueil des personnes dépendantes et âgées, elles n'avaient aucune expérience du secteur. Au départ, la plupart des communes n'ont pas jugé nécessaire de s'attacher les services de professionnels de santé dans ces établissements, puis progressivement, cette nécessité s'est imposée ; les communes ont donc engagé des infirmiers, qui constituent aujourd'hui les professionnels compétents en matière de santé dans ces établissements. On peut aussi remarquer la progression (toute relative par rapport à la situation anglaise et française), depuis cette même date, du secteur privé, ce qui correspond au développement des structures d'accueil privées pour les personnes âgées.

Suite aux difficultés budgétaires et aux réorganisations structurelles de la première partie de la décennie, les établissements de soins ont supprimé de nombreux postes. Puis progressivement ces derniers ont eu de nouveau besoin d'infirmiers. Face aux contraintes budgétaires toujours en place, le système du travail intérimaire s'est donc développé. Cette formule a d'ailleurs séduit un certain nombre d'infirmiers, attirés par un niveau de rémunération supérieur.

Bien que ne disposant pas de données récentes, nos interlocuteurs estiment que cette tendance s'est confirmée depuis, aussi bien pour la répartition public/privé que départements/municipalités⁴². Le développement des soins en dehors des structures hospitalières, la prise en charge croissante des patients à domicile et le vieillissement de la population, sont autant de facteurs qui permettent de penser que cette évolution correspond à une tendance de long terme.

Il n'existe pas aujourd'hui en Suède d'infirmiers indépendants travaillant à leur compte, mais il existe des structures privées de soins qui emploient des infirmiers (centre de soins, hôpital, maison de retraite...). Le VF pense qu'il serait peut-être intéressant de promouvoir le développement d'un secteur privé infirmier autonome (par exemple en favorisant la création de cabinets d'infirmiers composés de plusieurs personnes, voire même d'autres professions paramédicales) qui satisferait aux mêmes règles que le public, et qui permettrait une plus grande indépendance des infirmiers dans leur travail et leur organisation. Le développement très important de la chirurgie ambulatoire, de l'hospitalisation à domicile et le vieillissement de la population sont autant de facteurs qui vont nécessiter un accroissement de l'emploi en ambulatoire, et principalement des paramédicaux. Cela est d'ailleurs déjà clairement recommandé par le Ministère de la Santé.

2.3.1.3 L'organisation du temps de travail

La durée officielle du temps de travail est de 40 heures par semaine et de 38,5 heures si ce sont des horaires irréguliers. Les infirmiers ont la possibilité de faire des heures supplémentaires dans une limite de 50h par mois ou de 200 h par an. Les deux premières heures sont payées à un taux de 180 %, ensuite à 140 %. Il y a cinq semaines de congés payés.

Le temps partiel est courant : plus de 40 % des infirmiers travaillent à temps partiel (OMS, 1997).

⁴² *La société suédoise est organisée en trois niveaux politiques et administratifs : l'Etat, les conseils généraux (23 départements) et les communes.*

2.3.1.4 Les conditions de rémunération

La très grande majorité des infirmiers est salariée⁴³, principalement par les instances publiques territoriales : municipalité, département (comté), région ou dans le privé : maisons de soins de la personne (*nursing homes*).

La conjonction des difficultés rencontrées par l'Etat et de la crise économique a entraîné de profondes réformes dans le secteur de la santé en Suède. L'une d'elles est la suppression, depuis une quinzaine d'années, des grilles de salaires pour les professionnels de santé. Depuis, les salaires sont négociés individuellement par chaque employé avec sa direction.

Après une stagnation, due à un excédent de personnel au milieu de la décennie et à l'apparition du chômage dans la profession infirmière (3 %), les salaires ont de nouveau augmenté récemment. A tel point que le comté de Stockholm (le plus important en Suède regroupant environ 20 % de la population) vient d'établir un plafond pour le salaire d'embauche des jeunes infirmiers, compris entre 16 000 et 17 000 Couronnes Suédoises (SKr), soit 12 000 à 13 000 FF, brutes par mois⁴⁴ pour Stockholm et 14 000 SKr pour le reste de la Suède.

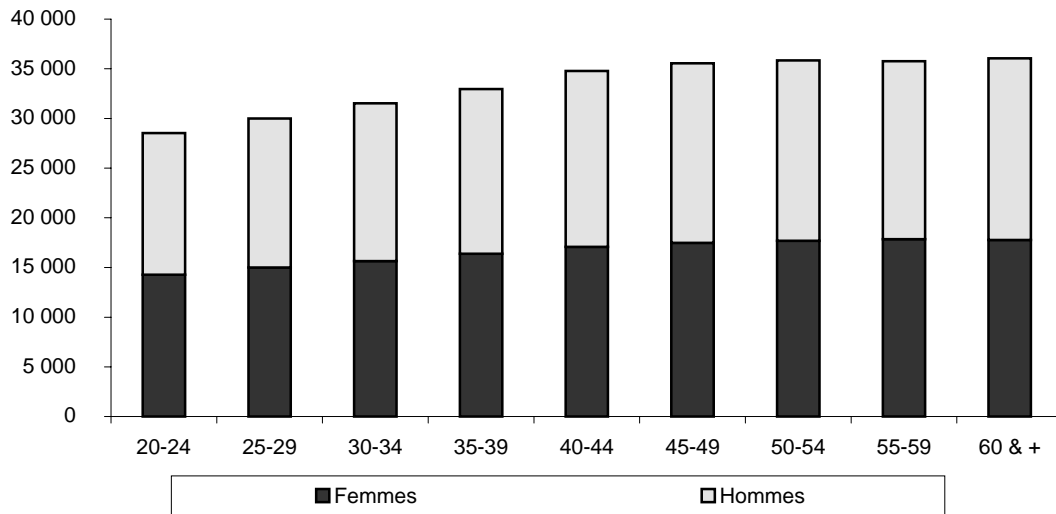
Le jeu de l'offre et de la demande explique que les salaires sont sensiblement plus élevés dans certaines spécialités qui connaissent des carences de personnel. Selon la même mécanique de marché, les situations sont différentes selon les départements (comtés) et les chiffres valables pour Stockholm ne peuvent être généralisés à toute la Suède.

Concernant la répartition des salaires par sexe et par âge, on note un différentiel en faveur des hommes à partir de 30 ans, qui s'accroît jusqu'à 45 ans, ce qui correspond à la période de maternité pour les femmes. L'écart se résorbe en partie après 55 ans, car les femmes sont plus nombreuses à suivre des formations pour se spécialiser ou pour faire de la recherche. Sur l'ensemble des classes d'âges, le salaire moyen des femmes est de 16 903 SKr contre 17 147 SKr en moyenne pour les hommes, soit un écart de 1,4 %.

⁴³ *Quelques infirmiers ont cependant choisi d'exercer en tant que professionnelles libérales, mais le nombre de réglementations portant sur la profession est un frein important au développement de cette catégorie de professionnels. Des discussions sont en cours concernant leurs conditions de travail, leur rôle et leur avenir.*

⁴⁴ *Hors primes et avec une fiscalité légèrement inférieure pour cette tranche de salaire.*

Graphique n° 4
Salaire moyen par âge et par sexe des professions infirmières en Suède



Source : Vardförbundet

Si l'on étudie les salaires moyens par catégorie hiérarchique, on constate un écart sensible entre les spécialités mais surtout entre les professionnels qui se consacrent aux soins et ceux ayant des responsabilités administratives.

Tableau n° 8
Salaire moyen des infirmiers par catégorie professionnelle en Suède

Catégorie professionnelle	Salaires Moyens Femmes en SKr en 1997	Salaires Moyens Femmes en F (taux 2000)	Salaires Moyens Hommes en SKr en 1997	Salaires Moyens Hommes en F (taux 2000)
Responsable du personnel-cadre supérieur	22 315	16 959	23 027	17 500
Cadre administratif infirmier	22 652	17 215	22 248	16 908
Infirmier-Chef	20 142	15 307	20 177	15 334
Infirmier spécialisé	18 451	14 022	18 657	14 179
Infirmier en centre de soins primaires	17 242	13 103	16 965	12 893
Infirmier à l'hôpital (équipe de jour)	16 126	12 255	16 099	12 235
Infirmier à l'hôpital (équipe de nuit)	16 257	12 355	16 224	12 330
Infirmier scolaire	17 136	13 023	17 295	13 144

Source : Vardförbundet

L'originalité principale du système de rémunération suédois, à savoir l'abandon de la grille de salaire, semble avoir été relativement facilement acceptée par les professionnels infirmiers. Le processus de négociation salariale avec les différents partenaires sociaux est le suivant :

- les premières négociations se déroulent au niveau national pour essayer d'établir une base de référence assez précise, mais suffisamment flexible pour négocier ensuite à l'échelon local ;
- une fois un accord national trouvé, les négociations débutent localement aux niveaux des régions (hôpitaux-CHU régionaux), départements (autres établissements) et municipalités (établissements d'accueil pour personnes dépendantes et personnes âgées).

La conséquence principale de cette négociation en deux temps est un paysage salarial présentant des situations très disparates selon les zones géographiques.

Nos interlocuteurs présentent la Suède comme un pays où le dialogue social est peu conflictuel ; la recherche du consensus serait généralement l'objectif commun et les grèves seraient par conséquent assez rares. Cela n'évite pas des négociations souvent acharnées, mais si des difficultés surviennent, le temps accordé aux discussions est allongé, généralement jusqu'à ce qu'un compromis soit atteint.

Pour l'heure, les négociations au niveau des municipalités ne semblent pas poser de problème. Il est vrai que le rôle primordial des infirmiers à cet échelon y est certainement pour beaucoup : d'une part, les personnels de santé les plus qualifiés dans les établissements pour personnes âgées sont les infirmiers ; d'autre part, ce sont souvent eux qui mènent les actions de prévention et de santé publique au niveau des municipalités. Par contre, au niveau du département, les négociations avec l'administration semblent beaucoup plus délicates.

Un autre point de discussion concernant la rémunération a été abordé. Certains souhaiteraient voir se développer un système de rémunération à la performance. Cet avis se fonde sur l'idée qu'un professionnel qui s'investit complètement dans son travail en étudiant, en se documentant, en suivant des enseignements et en prenant des responsabilités, devrait être mieux rémunéré qu'un professionnel qui ne suit pas cette démarche.

L'obstacle majeur est bien sûr l'évaluation de la performance. Le VF pense qu'il serait par exemple possible d'adapter le système appliqué aux techniciens de laboratoire, à savoir : (1) une évaluation faite par le responsable ou le chef de service, (2) une évaluation par le représentant syndical, (3) une discussion de confrontation des avis avec les intéressés. Il est évident que seules la tradition de discours social et les moindres barrières hiérarchiques dans les relations professionnelles en Suède, permettent de telles pratiques. De plus, le développement des procédures d'assurance-qualité et les différentes obligations administratives de compte-rendu et de procédures auxquelles sont tenus les infirmiers pourraient faciliter cette démarche.

En outre, le VF pense que seule une démarche de ce type conférerait à la profession infirmière un meilleur statut.

2.3.2 Organisation de la profession

Nous aborderons successivement dans ce paragraphe l'accès à la profession, la structure hiérarchique de la profession (en attachant une attention particulière à la place des auxiliaires de soins infirmiers), les procédures d'autorégulation et la place occupée par les professionnels infirmiers dans le système de santé.

2.3.2.1 L'accès à la profession

A. Licence et enregistrement

Tous les professionnels infirmiers sont enregistrés par le NBHW (*National Board of Health and Welfare*). La licence est délivrée par ce même organisme.

B. Formation et spécialisation

La formation infirmière est dispensée dans des écoles installées au sein d'universités publiques (*College*) autonomes. Il existe trois écoles privées de formation infirmière, également rattachées à des universités. L'école responsable de la formation des infirmiers et des sages-femmes coordonne les parties cliniques et théoriques du Syllabus. A l'heure actuelle, il y a 30 écoles de formation destinées aux infirmiers (généralistes et spécialisés), et 10 pour les sages-femmes.

La formation est régulée par l'Agence Nationale pour l'Enseignement Supérieur (*Högskoleverket*). La Direction Nationale de la Santé et des Affaires Sociales (*SOS*) est chargée de superviser la formation et de certifier chaque étudiant.

Le nombre de places pour étudier n'est pas fixé par l'administration de l'enseignement, mais par l'école qui décide du nombre d'étudiants, en partenariat avec les administrations de la santé. Les conseils généraux prennent ainsi part aux discussions et passent des accords avec les écoles infirmières, en particulier pour les stages et la formation continue. Les communes sont aussi consultées, afin d'identifier leurs besoins, en particulier pour les infirmiers à domicile et la prise en charge des personnes dépendantes. Une présentation détaillée du contenu de la formation est proposée en annexe, mais on peut souligner que les programmes sont fréquemment actualisés, afin de suivre l'évolution de la pratique médicale et du travail des infirmiers. Par exemple, le cursus s'est adapté pour tenir compte de l'accroissement du travail administratif qu'a connu la profession, des dispositions législatives sur la démarche assurance-qualité ou du diagnostic infirmier, intégré depuis peu dans la pratique hospitalière. Des notions d'économie de la santé sont également abordées.

Les méthodes d'enseignement ont progressivement évolué. En particulier, le travail personnel s'est très largement répandu. Auparavant, la quasi-totalité de la formation théorique s'effectuait de façon traditionnelle : dans des classes avec un professeur. Aujourd'hui, le travail personnel est mis en avant : quel que soit le niveau de formation, les étudiants sont systématiquement mis en situation de recherche, au travers de la lecture de publications et d'ouvrages sur les théories infirmières.

Par ailleurs, l'enseignement de la pratique connaît aussi des modifications. De plus en plus, la formation pratique entre les étudiants, et non auprès de patients, se développe. D'après les professionnels, cela présente le risque d'une formation insuffisante, car l'expérience auprès du patient ne peut être remplacée.

Ce sont surtout les formations infirmières spécialisées qui sont le plus souvent modifiées. La formation d'infirmière « généraliste » est beaucoup moins soumise aux changements apportés par de nouvelles pratiques médicales et infirmiers, alors que les infirmiers spécialisés voient leur champ de pratique s'élargir de plus en plus sur le terrain. Leur mission prend de plus en plus d'importance dans le système. Seules les modifications d'ordre administratif concernent toute la profession.

2.3.2.2 Hiérarchie et autorégulation

Il existe en Suède, comme dans la plupart des pays, différentes catégories de professionnels pour les soins infirmiers :

- *les professionnels infirmiers certifiés (certified nurses)* : infirmiers généralistes qui ont suivi 3 ans de formation infirmière et qui sont certifiés ;
- *les professionnels infirmiers experts (expert nurses)* : infirmiers certifiés qui ont suivi une formation continue, leur conférant une qualification d'expert dans des domaines divers (assurance qualité, théories infirmières, management, direction, anatomie, physiologie, pharmacologie...) ;
- *les infirmiers spécialisés (specialized nurses)* : infirmiers certifiés qui ont suivi un cursus de spécialisation (généralement 1 an) après leur formation générale (anesthésie, psychiatrie, urgence, personnes âgées, infirmier de district...) ;
- *les sages-femmes (midwives)* : infirmiers certifiés qui ont suivi un cursus de spécialisation de un an et demi, après leur formation générale, pour devenir sages-femmes ;
- *les infirmiers-chercheurs (nurse-researchers)* : infirmiers qui entreprennent des recherches sous la forme de thèse de doctorat dans le domaine des soins infirmiers ;
- *les professionnels infirmiers auxiliaires (auxiliary nurses)* : personnels non médicaux, qui ont bénéficié d'une formation en soins de base d'une durée variable (de quelques mois à plusieurs années).

A. Les évolutions de carrières

Les professionnels infirmiers peuvent occuper différentes responsabilités de management : infirmier-chef de clinique, infirmier-chef de salle, ou chef de secteur dans le cas des grandes salles d'opération.

Pour obtenir des responsabilités de management et de direction, il est demandé la plupart du temps une formation supplémentaire spécialisée dans ce domaine. Les possibilités de formations de ce type se sont d'ailleurs multipliées ces dernières années.

En soins de ville, il existe aussi différents postes de direction. Nos interlocuteurs nous ont décrit une évolution de carrière « officieuse » rendue nécessaire, pour l'employeur et les employés, par la suppression de la grille des salaires. Cette évolution de carrière est soutenue par les possibilités de formation et de spécialisation pour les infirmiers. En effet, le rôle des infirmiers évoluant sans cesse, la demande de formation est croissante.

Pour pouvoir devenir infirmier spécialisé, un infirmier généraliste doit suivre un cursus de spécialité, comme décrit précédemment. Il existe aussi des passerelles pour d'autres professions paramédicales mais elles sont très rarement utilisées. Par contre, il n'est pas rare que des infirmiers deviennent médecins en suivant une formation adaptée qui leur est proposée.

B. L'articulation avec les auxiliaires de soins infirmiers

Les professionnels infirmiers sont secondés dans leur travail par des auxiliaires en soins infirmiers. Beaucoup exercent à l'hôpital et dans les centres de soins, mais ils exercent également à l'hospice, à domicile ou en ville.

Les auxiliaires ont un niveau de formation très variable (de quelques semaines jusqu'à trois ans) et ne reçoivent aucune spécialisation durant leur cursus.

Si un auxiliaire souhaite devenir infirmier, il doit suivre l'ensemble du cursus, même s'il a exercé pendant de nombreuses années en tant qu'auxiliaire et reçu plusieurs années de formation. Quelque soit sa formation ou profession initiale, l'étudiant est obligé de suivre la formation complète de 120 semaines pour obtenir le statut d'infirmier. Cela explique que beaucoup d'étudiants ont déjà travaillé à l'hôpital, ou en soins de ville au contact de patients ou de personnes âgées.

L'auxiliaire dispense des soins de base et peut travailler de façon autonome. Les tâches recouvrent aussi bien l'hôtellerie au sens large (linge, cuisine, nourriture...), l'entretien du matériel, que des activités de soins : examens de sang, bandages et certains traitements (cathéter urinaire par exemple).

Les infirmiers auxiliaires peuvent se voir attribuer différentes tâches déléguées par le praticien chef de clinique/de service et dans certains cas par un infirmier. Dans ce cas, la délégation doit lui être personnellement adressée, sous forme écrite, pour une période de temps définie. Cette délégation concerne un patient identifié et n'est pas applicable pour d'autres patients. Il peut s'agir d'une autorisation de donner des médicaments, s'il n'y a pas assez d'infirmiers. Par contre, certaines tâches appartiennent exclusivement à la discipline infirmière et sont de leur responsabilité, elles ne peuvent pas être déléguées. Les auxiliaires infirmiers sont responsables de leurs actions dans le domaine des soins généraux qu'ils dispensent.

C. Autorégulation

En Suède, il n'est pas fait de distinction entre l'éthique infirmière et l'éthique médicale. Les infirmiers suivent les mêmes règles éthiques que les médecins, à la différence près que seuls ces derniers se réfèrent au serment d'Hippocrate.

Des normes de pratique existent au niveau national et sont édictées par la Direction Nationale de la Santé et des Affaires Sociales (SOS) en fonction des qualifications. Elles sont divisées en 5 domaines/fonctions différents : les soins de prévention, les soins de la personne (*nursing*), le diagnostic et les traitements, l'information et la supervision, la recherche et le développement et le travail d'organisation et de direction.

Il existe un office spécifique pour juger les fautes professionnelles des médecins et des infirmiers, le *HSAN*. Auparavant affilié au *SOS*, cet office est désormais indépendant. Il étudie, juge les questions de responsabilité et fait fonction de cour. Il peut prononcer différentes sanctions à l'encontre des médecins et des infirmiers : de la simple réprimande à la radiation selon la gravité du cas. Les personnes siégeant à cette cour sont principalement des juristes et ils s'appuient sur des expertises médicales.

2.3.2.3 Leadership

En définitive, la place des professionnels infirmiers dans le système de santé suédois a progressivement gagné en importance. En témoigne la création d'un poste de direction infirmière au Ministère de la Santé. Les infirmiers sont de plus en plus impliqués dans les administrations, dans les décisions concernant le système de santé et à l'hôpital. Dans tous les secteurs, elles occupent de plus en plus de postes à responsabilité.

2.3.3 Rôles et compétences infirmiers

Après avoir présenté la législation en vigueur en Suède concernant la profession infirmière, nous précisons leur rôle à l'hôpital, dans les centres de soins et en matière de prescription médicamenteuse. Enfin, nous étudierons la nature de la responsabilité des professionnels de soins infirmiers.

2.3.3.1 La législation de la profession infirmière

Selon le « *Act of Case* » de 1985, tout personnel certifié, médical et paramédical, doit pouvoir justifier de l'ensemble des soins et traitements dont il est responsable. Concrètement, cela signifie que les médecins et les infirmiers sont obligés d'inscrire dans le dossier médical du patient l'ensemble des actes réalisés.

En 1990, le SOS publie un texte réglementaire qui établit le domaine de responsabilité propre des infirmiers concernant les soins de *nursing*. Il est de leur responsabilité de s'assurer que les soins sont planifiés, réalisés et évalués. Enfin, ils doivent participer au suivi de la recherche et des développements dans le champ de leur spécialité.

En 1992, un complément à la loi sur la santé et les services médicaux (*Health and medical act*) est rendu nécessaire par le transfert de la prise en charge des personnes âgées, des malades chroniques et des handicapés, des départements (comtés) aux communes. Ce texte établit qu'il doit y avoir au minimum un infirmier senior, responsable médicalement, présent dans chaque commune.

En 1994, le SOS a introduit l'assurance qualité dans les services de santé. Les services administratifs ont la responsabilité de mettre en place dans les services de santé des programmes d'assurance-qualité, fondés sur un travail documenté, régulier et systématique. Tous les professionnels diplômés et certifiés sont obligés de participer à ces programmes. Les besoins des patients doivent y occuper une place prépondérante.

Depuis octobre 1994, une nouvelle loi sur la responsabilité des personnels renforce le statut des infirmiers, dont les sages-femmes.

2.3.3.2 Champs de compétence : l'hôpital, les centres de soins et le médicament

Nous avons déjà évoqué, dans un point précédent, le développement du travail infirmier au niveau communal et la création d'agences de travail intérimaire comme des évolutions marquantes de cette décennie. Il nous reste à évoquer le secteur hospitalier et le diagnostic infirmier, les centres de soins et le rôle d'orientation des infirmiers, et enfin, comme au Royaume-Uni, la prescription médicamenteuse.

A. L'hôpital et le diagnostic infirmier

Le travail des infirmiers à l'hôpital correspond sensiblement à celui effectué en France, avec cependant une charge administrative et d'assurance-qualité bien plus développée. A l'hôpital, les infirmiers doivent remplir des questionnaires pour chaque patient, dont une partie est d'ordre purement administratif et une autre consacrée au diagnostic infirmier concernant le patient.

Les infirmiers doivent en effet établir un diagnostic infirmier — indépendamment du diagnostic médical fait par le praticien — et une classification du patient à partir des données disponibles et après l'avoir examiné. De plus, les infirmiers sont responsables concernant les documents administratifs infirmiers qu'ils doivent remplir pour chaque patient et chaque action, sous peine de sanctions.

Comme dans la plupart des pays développés, le syndicat VF anticipe un transfert du personnel infirmier de l'hôpital vers les soins de ville, les soins à domicile et les soins en établissement pour personnes âgées.

De ce fait, la nature de la profession à l'hôpital devrait se modifier, l'infirmier devant en particulier être polyvalent et pratiquer plusieurs spécialités dans une même salle. Dès lors, il aura besoin d'acquérir plus de compétences et de suivre plus de formations pour être capable de maîtriser des soins de plus en plus complexes.

De la même manière, les besoins dans le domaine des personnes âgées ou de la prévention vont aller croissant. De nouveaux rôles vont monter en charge dans le secteur non hospitalier, comme celui de coordinateur, qui se développe déjà, en particulier au niveau des municipalités.

B. Les centres de soins et le rôle d'orientation des infirmiers

Les centres de soins sont des structures (uniquement ouvertes de jour) qui n'existent pas en France et qui pourraient se rapprocher des dispensaires. On compte en moyenne dans ces centres trois fois plus d'infirmiers que de médecins (environ 5 médecins pour environ 15 infirmiers⁴⁵). Le rôle des infirmiers y est primordial : outre les tâches traditionnelles du soin infirmier hospitalier, l'infirmier joue en plus un rôle prépondérant pour l'orientation du malade dans le système de santé. Ainsi, lorsqu'un patient appelle un centre de soins, il entre en contact avec un infirmier qui procède à un premier questionnement. En fonction de celui-ci, il décide : soit de donner un avis par téléphone si les symptômes sont évidents et sans gravité, soit de prendre un rendez-vous au centre pour des problèmes plus importants ou s'il existe un doute sur la nature de la pathologie. Enfin, il peut orienter le patient directement à l'hôpital si la gravité de la pathologie semble évidente. Selon nos interlocuteurs, l'orientation du patient par un professionnel infirmier ne semble pas générer de problème ou d'accident dans la pratique ; ce rôle étant assumé sans prise de risque puisque le moindre doute conduit à une orientation du patient vers un médecin.

Dans ces centres de soins sont en outre intégrés des centres de biologie médicale, généralement tenus par des infirmiers. Leur rôle est alors de faire les prélèvements, puis de les envoyer vers les structures adéquates. Ils peuvent également réaliser quelques tests simples.

⁴⁵ Il s'agit d'une moyenne, les chiffres sont en fait très variables d'un comté à un autre.

C. La prescription médicamenteuse

La prescription de médicaments est limitée et ne concerne que les sages-femmes et les infirmiers spécialisés en santé publique (*district nurses*) selon une liste précise. L'infirmier doit avoir validé une formation de 50 semaines (2,5 semestres). La liste de médicaments est révisée annuellement et l'impact de ce droit de prescription est évalué régulièrement par le « *Swedish Board of Health and Welfare* ». Par ailleurs, les médecins-chefs établissent souvent des listes au sein des services pour permettre à l'infirmier de les délivrer sous sa propre responsabilité. Ce sont par exemple les analgésiques pour les cas sans gravité, les médicaments contre la constipation, la toux...

2.3.3.3 Une responsabilisation individuelle par la pratique plutôt que réglementaire

Les compétences requises et les actes infirmiers sont décrits dans différents textes officiels mais sans que cela ne prenne la forme d'une nomenclature ou d'une liste précise d'actes ; le texte définit plutôt en quoi un acte est de nature infirmière.

Selon nos interlocuteurs, cette façon de réglementer la responsabilité professionnelle ne semble pas poser de problème en pratique, en grande partie parce que les relations avec les médecins sont assez bonnes. En cas de difficulté, des enquêtes sont réalisées et les questions de responsabilité ne sont généralement pas source de complication. En outre, ce système permettrait une adaptation très rapide aux évolutions de la pratique médicale ; il ne nécessite pas une actualisation constante de la liste, et évite un blocage éventuel face à de nouvelles techniques non encore répertoriées.

S'il n'existe pas de liste d'actes aussi précise qu'en France, il existe cependant une distinction entre les différents niveaux de responsabilité comme dans la plupart des pays :

- la responsabilité personnelle : les infirmiers ont la responsabilité des soins infirmiers, de la prévention et de l'éducation ;
- l'autorité prescrite : la plupart des médicaments et la plupart des traitements doivent être prescrits par un médecin, mais le professionnel infirmier est responsable de l'exécution, de la délivrance ou de l'administration de ces traitements ;
- l'autorité déléguée : les infirmiers peuvent avoir délégation pour certaines tâches, comme par exemple donner des médicaments dans certains cas d'urgence ou des situations imprévues, délivrer des médicaments pour des patients qui ont des ordonnances permanentes ou décider si le patient répond à la situation de délivrance définie par le médecin, en cas de douleur par exemple.

S'il n'existe pas de réglementation écrite sur les actes infirmiers, certaines règles ont été définies par la pratique, et sont respectées en tant que telles. Plusieurs exemples nous ont été donnés par les représentants de l'école d'infirmières de *Västerås* :

- exemple d'actes qui peuvent être pratiqués par tous les personnels soignants (infirmiers spécialisés, généralistes, auxiliaires) : hygiène, bandage (chirurgical et blessure légère), prélèvement sanguin, mesure de la tension artérielle, prise de température ;
- exemple d'actes qui ne peuvent être réalisés que par les professionnels infirmiers (infirmiers spécialisés et généralistes) : intraveineuse et transfusion sanguine ;
- exemple d'actes qui ne peuvent être réalisés que par les infirmiers spécialisés : stérilisation d'instruments opératoires.

2.4 La profession infirmière en Allemagne

2.4.1 Ressources humaines et conditions de travail

2.4.1.1 Démographie

Selon les derniers chiffres publiés pour 1995 par le GBE (*Gesundheitsberichterstattung des Bundes*)⁴⁶, le total des emplois infirmiers salariés en Allemagne est de 1.1 million, soit 27 % des emplois salariés dans le domaine de la santé. Ils en constituent ainsi le groupe le plus important.

Tableau n° 9
Emploi infirmier salarié en Allemagne

	Volume d'emploi		Equivalent temps plein	
	en milliers	en %	en milliers	% de femmes
Total	1 091	100	808	79
Infirmiers et sages-femmes	724	66,4	549	83,1
Auxiliaires infirmiers	141	12,9	99	53,5
Infirmiers gériatriques	197	18,1	139	84,2
Auxiliaires gériatriques	13	1,2	9	66,7
Educateurs spécialisés ⁴⁷	16	1,5	13	

Source : StBA, Mikrozensus ; eigene Berechnungen

Les avis quant à l'adéquation entre le nombre d'infirmiers et les besoins semblent diverger. Alors qu'une brochure publiée par le Ministère du Travail dans le but de présenter la profession fait une rapide allusion à un déficit, l'organisation professionnelle principale, la DBFK (*Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe*), a largement minimisé le problème lorsque nous l'avons rencontrée. Tout au plus admet-elle que des déséquilibres futurs sont possibles, surtout en ce qui concerne les soins spécialisés.

Une étude prospective avait été publiée en 1989, prévoyant un maintien de l'offre infirmière jusqu'en 1995 et une chute des élèves infirmiers de 12 % à l'horizon 2010. D'où des réformes sur les échelles de salaires (1989), la création d'un cursus académique et une nouvelle méthode de calcul des besoins en professionnels infirmiers.

Confirmant cette tendance, une étude réalisée dans le cadre des réformes de 1992 montrait un déficit de plus de 13 000 infirmiers dans les hôpitaux allemands (Gerste, 1996).

⁴⁶ www.gbe-bund.de

⁴⁷ Traduction du terme « Heilerziehungspfleger ». Personnes s'occupant d'adolescents et d'adultes handicapés (sourds-muets, aveugles, enfants avec des problèmes psycho-sociaux)... Nécessite une formation de 2 à 4 ans selon les Länder.

2.4.1.2 Mode et lieu d'exercice

Les infirmiers ont la possibilité de travailler en hôpital public, privé et dans les organismes religieux. Malheureusement, il ne semble pas qu'il existe de données précises sur la répartition des effectifs entre les différentes structures. On estimait au début des années quatre-vingt dix que la moitié des infirmiers allemands travaillaient dans le secteur hospitalier et en 1997, l'hôpital restait le principal employeur de professionnels infirmiers, bien que le secteur des soins à domicile connaisse une forte progression.

La profession infirmière est structurée en plusieurs niveaux qui se caractérisent par des lieux d'exercice différents.

Tableau n° 10
Structure de la profession en Allemagne

Fonctions	Lieu d'exercice
Infirmier de soins généraux <i>(Krankenschwester/krankenpfleger)</i> Infirmière puéricultrice <i>(Kinderkrankenschwester/kinderkrankenpfleger)</i> Infirmier assistant <i>(stationschwester/stationspflege)</i> Infirmier du travail Infirmier communal	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 Agences de soins infirmiers
Infirmiers spécialisés (salle d'opération, psychiatrie, anesthésie et soins intensifs, réhabilitation et gériatrie, oncologie, hygiène, endoscopie, dialyse et radiothérapie)	Hôpital, sanatorium, établissement psychiatrique, maison de retraite et établissement gériatrique
Infirmiers surveillants	Hôpital, sanatorium, maison de retraite et établissement gériatrique, centre de médecine du travail, centre de soins communautaires
Infirmiers enseignants	Ecoles d'infirmières

Le secteur des soins à domicile s'est beaucoup développé. En 1992, une estimation du Ministère de la Famille et des Personnes Agées dénombre 31 000 professionnels infirmiers dans le secteur des soins à domicile et 137 000 dans le secteur des soins aux personnes âgées. En 1995, le nombre d'infirmiers et d'auxiliaires dans ce dernier domaine est de 210 000. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette évolution.

Premièrement, l'hôpital montre une tendance à la réduction du nombre de lits et de la durée de séjour, que ce soit en Allemagne de l'Ouest ou de l'Est (Müller-Mundt, 1997).

- La réduction de la capacité hospitalière se poursuit après la réunification en 1990. Le nombre d'hôpitaux s'est réduit de 4,5 % entre 1990 (2 447) et 1994 (2 337) avec une réduction de 10 % du nombre de lits.
- Entre 1990 et 1995, la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux généraux et psychiatriques a baissé de 18 % en ex-Allemagne de l'Ouest et de 27 % en ex-Allemagne de l'Est.

Dans le même laps de temps le nombre d'admissions est passé de 13,8 millions en 1990 à plus de 14 millions en 1994.

Deuxièmement, il faut ajouter à cette restructuration la volonté d'anticiper le vieillissement de la population et de bâtir les structures qui permettront de les prendre en charge, tout en maintenant le plus possible leur autonomie. Selon les prévisions, 33 % de la population de 2030 devrait avoir plus de 60 ans, contre 21 % en 1990. Actuellement, on estime à plus de 1 million le nombre de personnes de plus de soixante-cinq ans qui ont besoin d'une aide à domicile pour leurs activités quotidiennes.

2.4.1.3 L'organisation du temps de travail

La durée hebdomadaire du temps de travail est de 38,5 h avec certaines modulations en fonction du *Land*. Les congés payés sont de 26 à 30 jours plus 8 à 14 jours fériés.

2.4.1.4 Conditions de rémunération

Le secteur libéral n'existe pas, la rémunération se fait par rapport à une grille qui laisse peu de place à la flexibilité. De fait, les salaires du secteur public et du secteur religieux ne sont pas présentés comme très différents par le DBFK, tandis que les salaires proposés dans le secteur privé à but lucratif sont plus élevés.

La grille de salaires, « *die Bundes-Angestelltenarbeitsvertrag* », fonctionne par échelon (13 au total) et par tranche d'âge (Eberlein, 1999). Tous les deux ans le salarié passe dans une autre tranche d'âge et donc de rémunération. La première tranche correspond à l'âge de 20 ans. La progression des salaires tient ainsi compte des changements de fonction et de l'acquisition d'expérience.

Deux autres indemnités viennent s'ajouter à ce salaire de base :

- l'indemnité de résidence, « *Ortszuschlag* », qui varie en fonction de l'échelon, de la situation familiale (célibataire, marié) et du nombre d'enfants ;
- l'indemnité individuelle qui varie uniquement en fonction de l'échelon.

Chacune de ces trois grilles est différente selon que l'infirmier travaille dans l'ex-RFA ou dans l'ex-RDA. Ces différentes grilles sont reproduites en annexe 5.

Scénario fictif d'une évolution professionnelle

Il est possible d'imaginer un scénario fictif de carrière (on suppose que le professionnel reste célibataire et sans enfant).

- a) Au bout de deux ans, il passe à l'échelon V ($2\,680,46+848,28+192,61= 3\,721,35$ DM) ;
- b) Au bout de cinq années supplémentaires, il passe à l'échelon Va ($2\,978,79+848,28+192,61= 4\,019,68$ DM) ;
- c) Un changement de fonction (surveillant suppléant : « vertretende Stationsleitung ») lui permet d'atteindre l'échelon VI ($3\,226,9+848,28+192,61= 4\,267,79$ DM) ;
- d) Après une formation complémentaire, il change à nouveau de fonction (surveillant, « Stationsleitung »), il atteint l'échelon VII ($3\,584,24+900,56+205,46= 4\,690,26$ DM) ;
- e) Il suit une nouvelle formation pour être surveillant chef (« Pflegedienstleitung ») et passe à l'échelon VIII ($3\,981,34+900,56+205,46= 5\,087,36$ DM) ;
- f) Plusieurs années de pratique lui permettent d'atteindre l'échelon IX ($4\,540,76+900,56+205,46= 5\,646,78$ DM) ;
- g) L'accès aux niveaux X à XIII dépend de la taille de l'établissement et du nombre de personnes que l'infirmier coordonne.

D'autres exemples en fonction de la spécialité :

- Infirmier en anesthésie ou en soins intensifs : niveau V-VI (entre 2 573 et 3 604 DM)
- Surveillant en anesthésie ou en soins intensifs : niveau VII-VIII (entre 3 010 et 4 204 DM)
- Enseignant : niveau VII (entre 3 010 et 3 893 DM)

Tableau 18
Rémunération étudiante en Allemagne

	Partie Ouest	Partie Est
1 ère année	1 306	1 130
2 nde année	1 413	1 222
3 ème année	1 585	1 371

2.4.2 Organisation de la profession

Il existe en Allemagne deux organisations professionnelles principales : le DBFK, que nous avons déjà mentionné, et le ADS (*Roof organisation of denominational nurses*) ; et deux syndicats : le ÖTV (*Union for the public services*) et le DAG (*Union for the employees*).

2.4.2.1 Accès à la profession

L'accès à la pratique infirmière est soumis à une procédure de licence, nous présentons la formation nécessaire pour l'obtenir.

A. Licence et enregistrement

Le titre d'infirmier est protégé par la loi⁴⁸.

Toute personne pour pratiquer au titre d'infirmier de soins généraux, d'infirmier pédiatrique ou d'assistant infirmier doit posséder une licence. Ce titre d'exercice est accordé par l'autorité compétente du *Land* dans lequel l'étudiant a passé son examen.

B. Formation

La formation des infirmiers relève de la compétence fédérale. La loi du 4 juin 1985 définit très précisément le contenu de la formation⁴⁹.

La formation initiale dure 3 ans ; les heures de formation se répartissent entre 1 600 h d'enseignement (théorique et pratique) et 3 000 h de pratique (contenu en annexe 4). La partie enseignement est financée par l'Etat fédéral, alors que la partie pratique est financée par les hôpitaux et les assurances.

La formation est dispensée dans des écoles d'infirmiers ou d'infirmiers pédiatriques reconnues par l'Etat et rattachées à des hôpitaux (environ 943 écoles, chiffre 1994). Il n'existe pas d'organisme accréditant les établissements de formation ; il n'y a pas de quotas sur le nombre des étudiants pouvant entamer une formation.

Il faut avoir au minimum 17 ans et certifier de son état de santé.

L'Allemagne présente l'originalité de proposer une formation initiale morcelée en fonction du type de patients auquel on veut se consacrer : les soins pour les adultes (*krankenschwester ou krankenpflege*), les soins pour les enfants (*kinderkrankenschwester*) et les soins pour les personnes âgées (*Altenpflege*).

A cela s'ajoute : la formation pour être sage-femme qui est indépendante ; la formation d'assistant infirmier (*Krankenpflegerhelfer*) qui dure 1 an avec un minimum de 500 h d'enseignement théorique et pratique et 1 100 h de pratique sur le terrain

⁴⁸ *Krankenpflegegesetz du 4 juin 1985 (BGI.IS. 893).*

⁴⁹ « Ausbildungs und Prüfungsordnung für die Brufe der Krankenpflege » (*KrPflAPrV*) du 16 oct 85 (*BGBl.IS 1973*).

Depuis plusieurs années, l'organisation professionnelle DBFK demande un certain nombre de changements importants. En particulier, ils souhaitent sortir les écoles de l'hôpital. En effet, le maintien d'une formation hospitalière ne semble plus très adapté au développement des soins à domicile. De plus, ils remettent en cause la formation triaxiale et souhaitent constituer un tronc commun afin de ne plus séparer les différents types de soins entre les soins destinés aux enfants, les soins aux adultes et les soins aux personnes âgées. Ce projet est soutenu également par les universitaires.

Après les trois années de formation initiale, trois voies de formations complémentaires sont possibles : une spécialisation clinique, une spécialisation de management et une spécialisation dans l'enseignement (voir pour plus de détails en annexe). Certaines d'entre elles exigent un minimum d'expérience professionnelle.

L'université peut mettre en place des formations en soins infirmiers depuis 1991. Chaque *Land* peut décider de créer un cursus universitaire et il décide également de la forme qu'il prendra. En 1997, plus de 40 cours étaient dispensés dans des écoles supérieures (*Fachhochschule*) ou à l'université (Gorres, 1998).

Il n'existe pas de doctorat de soins infirmiers mais des programmes de doctorat peuvent être abordés par d'autres disciplines (psychologie, sociologie, éducation, économie...). Par contre, il existe des maîtrises universitaires (*master*) pour infirmiers de soins généraux (d'autres pré-requis sont parfois exigés dans certains *Länder*). Ces diplômes universitaires sont dispensés en 4 ans et distinguent plusieurs options en management infirmier, en enseignement infirmier et en science infirmière. Un *post-graduate* est possible en santé publique.

Les formations, qu'elles soient initiales ou complémentaires, sont très hétérogènes en raison d'une séparation des compétences entre l'Etat fédéral et les *Länder*, le premier régulant plus ce qui s'attache au domaine clinique et les seconds au domaine social. Par exemple, les formations infirmières tournées vers la famille et le soin à domicile sont de la compétence réglementaire du *Land*, ce qui conduit à d'importantes différences entre les *Länder*.

2.4.2.2 Hiérarchie

Dans un premier temps, nous présentons la hiérarchie hospitalière qui est fonction de la structure des services. Dans un deuxième temps, nous évoquons l'une des principales spécificités de l'Allemagne dans le secteur des soins infirmiers, à savoir la très faible densité des auxiliaires de soins infirmiers.

A. *Hiérarchie hospitalière*

Concernant la hiérarchie infirmière, on trouve dans les hôpitaux trois niveaux. Le premier niveau est constitué par les services cliniques, divisés eux-mêmes en unités infirmières et constituent le second niveau. Ces unités sont de taille variable (soit importante - 30 lits ou plus - soit petite - 12 à 20 lits), et sont elles-mêmes divisées sur un troisième niveau soit de manière fonctionnelle, soit selon une approche centrée sur le patient.

Il semble que ce modèle « patient et petite unité » soit en train de se développer, après une large dominance du modèle « fonctionnel et unités de grande taille », même s'il n'y a pas de chiffre précis à ce sujet. Selon la taille de l'unité infirmière, il y a un ou deux médecins responsables du bien-être médical du patient.

Les surveillants infirmiers sont donc logiquement hiérarchisés selon trois grades en commençant par le plus bas « *stationpflege* », puis les surveillants d'unité « *Abteilungsleitung* », puis les surveillants de service « *pflegedienstleitung* ».

B. La place très marginale des aides-soignants

Contrairement aux autres pays, les aides-soignants n'occupent qu'une place assez marginale dans le système de soins allemand : 99 000 ETP en 1995, il n'y avait que 3 111 étudiants suivant une formation pour être aides-soignants et elle n'est dispensée que dans 155 centres (contre 740 pour les infirmiers). De fait, ce sont les infirmiers qui réalisent les gestes de *nursing* tels que la toilette, le change... Mais il est difficile de savoir si la situation n'est pas en train de changer, allant vers la formation et l'embauche d'assistantes, moins payées que les infirmiers. Nous n'avons en effet pas pu vérifier cette affirmation. Le développement du soin à domicile semble également créer un appel d'air pour ces professions.

2.4.2.3 Leadership

Au niveau institutionnel, chaque *Land* possède un poste de directeur des affaires infirmières.

Au niveau hospitalier, la structure organisationnelle des hôpitaux publics comprend une direction constituée d'un super-intendant médical, d'un directeur administratif et d'un directeur des affaires infirmières. Dans les hôpitaux universitaires, ces deux derniers sont subordonnés au super-intendant médical, alors que dans certains établissements privés ou non⁵⁰, c'est le directeur administratif qui a le niveau hiérarchique le plus élevé.

Quoiqu'il en soit, le manque de reconnaissance du directeur des soins infirmiers par rapport aux deux autres postes a souvent été relevé, peut-être parce qu'il n'a pas la même légitimité académique (les cours de spécialisation en gestion sont récents).

2.4.3 Rôles et compétences infirmiers

Dans un premier temps, nous verrons que le champ de compétences des professionnels infirmiers ne semble pas très étendu en Allemagne, par rapport aux autres pays évoqués dans ce rapport. Dans un second temps, nous développons les principales réformes du système qui ont, malgré tout, ouvert la profession infirmière depuis le début des années quatre-vingt dix, en particulier en direction des soins à domicile.

⁵⁰ *Etablissements non privés : hôpitaux publics, hôpitaux communautaires, hôpitaux tenus par des religieux.*

2.4.3.1 Compétences et responsabilités

Les compétences professionnelles et les responsabilités des infirmiers sont définies par la loi sur la régulation de la formation et la qualification des professionnels infirmiers de 1985 (*Krankenpflegegesetz*). Ce texte limite la responsabilité infirmière aux seuls actes infirmiers et de *nursing*, les soins médicaux sont de la responsabilité des médecins (sauf dérogation comme nous le verrons plus loin). Le champ de compétence de l'infirmier est le suivant :

- surveiller les éventuelles modifications de l'état du patient au travers de paramètres tels que le pouls, la température, la respiration et la conscience ;
- aider aux soins corporels, à l'alimentation et à la mobilité (lever, marche, toilettes) ;
- distribuer les médicaments, réaliser les injections, prendre la température et faire les pansements ;
- accompagner le médecin dans ses visites, l'assister et préparer le patient pour les examens ;
- identifier une situation difficile ou une urgence et aider à la résoudre ;
- préserver l'autonomie du patient ;
- réaliser les transcriptions écrites liées aux soins infirmiers (courbes de température, rapport) ;
- diriger les élèves infirmiers lors de leur pratique à l'hôpital ;
- conseiller le patient et sa famille.

Les champs de compétence ne sont donc pas très précisément définis quant aux actes qu'ils recouvrent, et c'est finalement la pratique qui en établit les limites. S'il semble que seules les transfusions de sang soient strictement hors de la compétence infirmière, on constate d'après nos interlocuteurs que les intraveineuses ou les prises de sang sont rarement réalisées par les infirmiers, à l'exception de certains professionnels hospitaliers.

En théorie, le médecin peut déléguer un très grand nombre d'actes s'il s'est personnellement assuré que l'infirmier a la compétence de le faire. Dans la pratique et de l'avis de nos interlocuteurs, cette délégation ne semble — ou ne semblait — pas très importante.

Un document de la DBFK fait mention d'une évolution des infirmiers vers plus d'autonomie, mais elle semble se heurter aux médecins qui voudraient obtenir le contrôle et la coordination des soins dans le secteur des soins à domicile. L'enjeu ne serait pas uniquement financier mais il se déclinerait aussi en termes de statut : la nouvelle indépendance gagnée par les infirmiers aurait fait naître une bataille de pouvoir entre eux et les médecins.

2.4.3.2 Des évolutions législatives qui ont profondément transformé le paysage infirmier

Les années 90 ont constitué une période de changements importants en Allemagne. A la réforme structurelle du système de soins — commune à l'ensemble des pays européens — s'ajoute la réunification des deux Allemagne. Nous présentons deux réformes fondamentales : la loi sur la structure des soins de santé de 1992 et la loi sur l'assurance santé de 1995.

A. Loi de 1992 : die Gesundheitsstrukturgesetz

Entre 1972 et 1992, le système relève du texte législatif sur le financement des hôpitaux (*Hospital Financing Act*). Le financement des hôpitaux se fait par deux sources :

1. les coûts d'investissement et de capital sont financés par les *Länder* ;
2. les coûts de fonctionnement sont financés selon un principe de coût complet par les quelques 600 caisses d'assurances.

En 1992, le texte de loi sur la structure des soins de santé (*die Gesundheitsstrukturgesetz*) réforme profondément le système de financement des hôpitaux :

1. le principe du remboursement au coût complet est abandonné ;
2. un système de budget global est institué. Il est calculé pour chaque hôpital au niveau du Ministère Fédéral de la Santé ; un taux de croissance annuel est appliqué. La base du calcul est le budget 1992.

Le financement par un système de budget global a posé, entre autres, la question de l'intégration des soins infirmiers dans un calcul de type « coûts par groupe homogène de malades ». Certaines exceptions de dépassement ont été prévues, et le développement des ressources infirmières est l'une d'entre elles.

Outre le financement, la réforme apporte des modifications importantes dont l'impact potentiel sur la profession infirmière est loin d'être négligeable. La priorité est donnée aux services de consultation externe dans le secteur hospitalier, le développement d'activités d'assurance-qualité pluridisciplinaires est favorisé et de nouvelles méthodes de calcul des besoins en professionnels infirmiers sont testées.

Avant 1992, le système de soins allemand était caractérisé par une démarcation nette entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire. La loi de 1992 autorise les hôpitaux à offrir des consultations externes et les engage à développer des structures consacrées aux consultations pré ou post hospitalières et à l'hospitalisation de jour. Ce développement devrait offrir des opportunités aux infirmiers tant en termes de débouchés, qu'en termes d'extension de leurs responsabilités.

La législation de 1992 introduit des « standards de temps infirmier » pour estimer le volume de ressources infirmières nécessaire à un établissement de soins. Pour la première fois, la charge de travail infirmier prend en compte les besoins des patients et l'intensité de la tâche.

Pour cela, les patients sont répartis en 9 catégories, plus ou moins consommatrices de temps : entre 52 et 215 mn pour un adulte et entre 54 et 361 mn pour un enfant (Gerste, 1996). Des estimations antérieures montraient un déficit de plus de 13 000 infirmiers dans les hôpitaux allemands, or ce chiffre était, semble-t-il, sous-estimé. Il a donc été prévu que le coût de ces embauches soit ajouté au budget des hôpitaux.

Un plan de 4 ans à partir de 1993 a été mis en place pour combler le déficit. Un budget a été fixé pour couvrir la période de 1993 à 1995, ce qui a permis de créer plus de 20 000 postes. En raison de contraintes liées à la crise financière et au marché du travail, le plan a été suspendu en 1996 et annulé en 1997.

B. Loi de 1995 : die Pflegeversicherung

La loi sur l'assurance santé de 1995 (*Die Pflegeversicherung*) concerne les soins de long terme. C'est une assurance de base qui ne couvre pas tous les biens et services de ce secteur. Par exemple, l'aide psychologique n'est pas prise en compte.

Cette loi pose comme principes la priorité aux soins à domicile sur l'hospitalisation et la priorité des soins préventifs et de réhabilitation sur les soins curatifs. La loi affiche ainsi ses objectifs : garantir une vie indépendante, lorsque cela est possible, aux personnes qui sont dépendantes⁵¹, augmenter la prise en charge non institutionnelle et diminuer le nombre d'institutions de soins de long séjour.

Pour la profession infirmière, cela a eu pour conséquences : d'une part une extension générale des tâches infirmières vers des services plus qualitatifs ou organisationnels ; d'autre part une nouvelle autonomie professionnelle en leur permettant de créer des agences de soins infirmiers.

- Cette nouvelle organisation de la prise en charge des affections de longue durée et des personnes étend la tâche des infirmiers vers le conseil aux patients et à leur famille de façon à sécuriser cette nouvelle prise en charge, la coopération avec d'autres structures de soins, la supervision et la coordination du travail des auxiliaires et des travailleurs volontaires dans le secteur des soins à domicile.
- Elle offre également aux infirmiers la possibilité de faire preuve d'esprit d'entreprise puisque la loi favorise la création d'agences de soins à domicile par les infirmiers eux-mêmes.

Les droits à des soins de réhabilitation, et aux aides variées offertes pour faciliter une prise en charge infirmière à domicile, sont ouverts pour les personnes dépendantes, mais varient selon des niveaux de gravité. La loi distingue les personnes dépendantes, les personnes sévèrement dépendantes et les personnes extrêmement dépendantes, en fonction de l'importance de l'aide dont elles ont besoin dans leurs activités quotidiennes.

L'assurance verse directement à la personne concernée la prestation dépendance⁵² (en nature ou en espèce, cas le plus courant) à laquelle elle a droit, selon son niveau de dépendance. Les médecins de l'assurance définissent le niveau de dépendance avec les professionnels infirmiers. Le médecin et l'infirmier font une visite à domicile et établissent le besoin en soins. Le patient peut alors acheter ses soins auprès d'associations, d'organisations privées ou de toute autre organisation ayant un contrat avec les caisses d'assurance.

Pour les soins médicaux, ils sont réalisés par un médecin généraliste ou un médecin spécialiste. Pour les soins thérapeutiques, ce sont des thérapeutes libéraux qui s'en chargent.

Pour les soins infirmiers ou de *nursing*, il y a deux solutions : soit le patient fait appel à une organisation (agence de soins à domicile, clinique de jour), soit les soins sont réalisés par la famille ou une relation privée.

⁵¹ La personne dépendante est définie comme (1) ayant besoin d'aide en raison d'une maladie ou d'une incapacité (2) ce besoin d'aide concerne les activités quotidiennes telles que l'hygiène personnelle, l'alimentation, la mobilité et les tâches ménagères (3) et cela pendant plus de 6 mois de manière constante. Pour bénéficier de cette prise en charge, il faut nécessiter de plus d'une heure et demie d'aide quotidienne.

⁵² Cette expérience est étudiée dans « le Livre blanc pour une prestation autonomie » et comparée avec la PSD (Prestation Spécifique Dépendance) instituée en France par la loi du 24 janvier 1997 et qui semble connaître bien des difficultés (Espace Social Européen, novembre 1999).

Les agences infirmières de soins à domicile sont privées et la loi de 1995 favorise leur création par les infirmiers en leur permettant de faire l'évaluation du degré de dépendance du patient. Il doit y avoir un check-up infirmier tous les trois ou six mois (plutôt six mois dans la réalité) si le patient est pris en charge par la famille. Une étude récente montre que cette procédure a du mal à se mettre en place sur le terrain (Lucke, 1997). Néanmoins, cela constitue d'après les syndicats un progrès en ce qui concerne l'autonomie des infirmiers, même si cela ne se traduit pas par une extension de la compétence infirmière sur les actes.

Selon le DKBF, l'Etat veut par le biais des agences de soins infirmiers introduire un système de marché. Avant, les soins à domicile étaient organisés principalement par des structures religieuses, aujourd'hui ils peuvent être réalisés par des personnes privées, des centres religieux, des centres communautaires... Les assurances encouragent également cette concurrence.

Sans que l'on ait eu accès à des chiffres précis, l'estimation qui nous a été donnée est d'un partage à 50/50 du marché entre les cabinets et les personnes privées.

3. Synthèse

3. Synthèse

L'objectif de cette synthèse n'est pas d'être exhaustive quant aux différents points abordés dans les parties précédentes, mais de retenir, des expériences étrangères étudiées, certains points de discussion afin de faire le lien, lorsque les données le permettent, avec la situation française. Nous abordons successivement les questions de la démographie professionnelle, des conditions de travail et de l'évolution de la profession à l'intérieur et hors de l'hôpital. Enfin, nous discuterons de certains aspects de la responsabilité infirmière qui font aujourd'hui l'objet de revendications de la part des organisations professionnelles.

3.1 Eléments de ressources humaines

Certaines tendances sont mises en évidence par le rapport OMS (1997) et nous les illustrons ici à partir des données d'Eco-Santé OCDE 2000. Outre les effectifs, et nous attirons une nouvelle fois l'attention du lecteur sur la fiabilité imparfaite de ces données, nous verrons que la profession reste largement féminine et que l'âge moyen tend à s'élever. Ensuite, nous illustrons la diversité des professionnels qui constituent le système de soins infirmiers et de *nursing* par la spécialisation de plus en plus importante de la profession et par la place occupée par les aides-soignants dans le système. Enfin, nous posons la question qui nous semble découler de tous ces éléments, à savoir celle de l'adéquation (qualitative et quantitative) des ressources aux besoins du système de soins.

3.1.1 Démographie

3.1.1.1 Les effectifs

Selon le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (DREES, 1999a), l'effectif infirmier français se compose au 1^{er} janvier 1998 de 306 618 infirmiers diplômés d'Etat en France métropolitaine (plus 6 317 dans les DOM) et de 53 449 infirmiers de secteur psychiatrique (plus 873 dans les DOM).

En 1999, l'enquête emploi de l'INSEE évalue à 330 000 le nombre d'aides-soignants (DREES, 2000a).

Rapportés aux autres professions de santé, ces chiffres placent les professionnels du soin infirmier et de *nursing* au premier rang du point de vue des effectifs, puisqu'ils représentent 69 % des professionnels de santé en France métropolitaine.

Selon le rapport OMS (1997), il semble qu'il y ait une séparation entre l'Europe du Nord et l'Europe du Sud, la première affichant une plus forte densité d'infirmiers pour 1 000 hbs que la seconde. Cette séparation semble confirmée par les chiffres de l'OCDE présentés dans le tableau ci-dessous. Parmi les 11 pays concernés, la France occupe une position exactement médiane (les auxiliaires ne sont pas intégrés dans les chiffres).

Tableau n° 11
Démographie infirmière (nombre / densité pour 1000 hbs)

	1995		1996		1997		1998	
Allemagne	735 000	9	782 000	9,5	777 000	9,5	785 000	9,6
Autriche	68 859	8,6	70 059	8,7	70 970	8,8	71 842	8,9
Danemark	36 881	7,1	37 962	7,2	38 110	7,2		
Espagne	172 132	4,4	177 034	4,5	181 877	4,6		
Finlande	63 481	12,4	66 469	13,0	69 553	13,5	72 205	14,4
France	342 370	5,9	343 654	5,9	347 918	5,9	360 067	6.13
Grèce	38 185	3,7	38 808	3,7	38 112	3,6		
Irlande	51 200	14,2	53 641	14,8	56 155	15,3	59 010	15,9
Italie	303 917	5,4	304 164	5,4	303 328	5,3		
Portugal	33 549	3,4	34 509	3,5	36 586	3,7	37 747	3,8
Grande Bretagne	292 248	5,0	264 744	4,5	262 732	4,5	299 010	5,0
Suède	90 200	10,2						

Source : Eco-Santé OCDE 2000. Il est conseillé au lecteur de se reporter à la description des données qui est reproduite en annexe 3.

Le rapport de l'OMS souligne la place fondamentale occupée par les infirmiers dans le système de soins, et cela quel que soit le pays concerné. Le ratio infirmier - médecin généraliste offre une information grossière sur la division du travail. Ce ratio serait de 1 médecin pour 3 ou 4 infirmiers dans les pays d'Europe du Nord et de l'Ouest selon l'OMS⁵³.

Une comparaison robuste des effectifs entre ces différents pays nécessiterait une recherche plus poussée avec une validation pointilleuse des méthodes de comptabilité des différents pays. Sans ce travail préliminaire, il serait dangereux d'avancer des conclusions de type comparaison internationale.

3.1.1.2 Une profession qui reste largement féminine

Selon les chiffres que nous avons pu nous procurer, la prédominance des femmes dans la profession est évidente dans les pays d'Europe, même en Italie et en Espagne qui connaissent une augmentation importante des hommes parmi les effectifs infirmiers.

- France : on passe de 85 % de femmes en 1990 à 89 % en 1998 (DREES, 1999d)
- Royaume-Uni : en 1990, 94 % des infirmiers, sages-femmes et visiteurs sanitaires sont des femmes. Ce pourcentage n'est plus que de 89 % en 1998.
- Suède : le pourcentage de femmes reste stable entre 1990 (92.5 %) et 1993 (93 %).
- En Allemagne : le pourcentage est de 82 % en 1990 et de 79 % en 1995.

⁵³ Ce chiffre n'est pas concordant avec ceux publiés par l'OCDE. Nous avons choisi de ne pas reproduire ces ratios qui présentent certaines incohérences. Ceci illustre parfaitement la difficulté de comparer des données concernant la démographie infirmière.

3.1.1.3 L'âge moyen des infirmiers est de plus en plus élevé

La progression de l'âge moyen des infirmiers est un élément commun à l'ensemble des pays analysés. Ainsi, en Suède, la catégorie d'âge la plus représentée parmi l'ensemble des professionnels enregistrés est celle des 40-49 ans. En effet, elle représente 38 % de la profession. De même, au Royaume-Uni, un infirmier enregistré sur cinq a plus de 50 ans (Buchan, 1998c). La même tendance se retrouve en France puisque l'âge moyen des infirmiers en activité (hors aides-soignants) est passé de 34 ans en 1983 à près de 40 ans en 1998 (DREES, 1999d).

L'intérêt de ces chiffres n'est pas dans la comparaison⁵⁴, mais dans la question majeure qu'ils soulèvent. En effet, cette tendance à un vieillissement de la profession infirmière risque de devenir problématique à plus ou moins long terme : dans dix à quinze ans, la profession va perdre une grande part de ses infirmiers les plus expérimentés.

3.1.2 Une grande diversité de professionnels

3.1.2.1 Un métier de plus en plus diversifié

Les attentes des patients et l'évolution du système de soins se sont traduits par une extension et une spécialisation de la pratique infirmière dans la promotion de la santé, la prévention et la délivrance des soins. Les fonctions infirmières sont si diverses en Europe qu'il est très difficile de dresser une liste des rôles spécialisés qu'elles peuvent remplir. Une étude de l'Université de Birmingham, non publiée, recense quelques 97 spécialisations différentes en Europe ; certains pays ont plus de quinze spécialités.

Ce large spectre de fonctions infirmières permet à la profession de se diversifier et de répondre avec flexibilité à une transformation des besoins. L'inconvénient de cette diversité et de cette flexibilité est la possibilité de conflits entre les professionnels infirmiers et les autres professionnels de santé, mais également au sein de la profession infirmière elle-même. L'OMS souligne que la division du travail est l'affaire de tous les professionnels de santé, et que son efficacité est conditionnée par la définition de frontières non ambiguës mais non rigides délimitant les rôles de chacun dans le système.

Certaines spécialités se retrouvent dans la plupart des pays : infirmier pédiatrique, infirmier psychiatrique, infirmier gériatrique, infirmier communautaire ou de santé publique, infirmier anesthésiste, infirmier de soins intensifs et/ou d'urgence. Il n'existe en France que 3 spécialités validées par un titre : pédiatrie, bloc opératoire et anesthésie. Par ailleurs, tout infirmier diplômé d'Etat a la possibilité de suivre une formation complémentaire dans un domaine clinique, mais elle ne lui donnera pas accès à un statut particulier.

⁵⁴ Ces chiffres ne sont pas comparables puisque le chiffre français concerne les infirmiers en activité, alors que les chiffres anglais et suédois concernent tous les infirmiers enregistrés.

Le cas des sages-femmes est un peu particulier car elles n'ont pas le même statut ni le même rapport à la profession infirmière dans tous les pays. Cela transparait dès l'organisation de la formation : dans certains pays, la formation est ouverte à des infirmiers diplômés comme une formation complémentaire (Angleterre, Espagne, Portugal, Suède) ; dans d'autres pays, la formation est parfaitement distincte (Allemagne, Danemark, France, Grèce, Italie, Pays-Bas) :

- France : formation spécifique de sage-femme à entrée directe (4 ans d'études) qui mène à un statut spécifique de profession médicale et praticienne à compétence limitée.
- Royaume-Uni : système mixte. La formation se fait soit en entrée directe (3 ans), soit en formation complémentaire pour des infirmiers qualifiés (78 semaines).
- Suède : spécialisation ouverte aux infirmiers qualifiés (1,5 ans).
- Allemagne : formation spécifique de sage-femme (3 ans). Elles travaillent de manière indépendante par rapport à la profession médicale et elles sont autorisées à donner des instructions aux infirmiers.

Un autre exemple de la diversité internationale en matière de spécialisation est celui de l'infirmier en soins psychiatriques. Certains pays ne préparent pas cette spécialité mais réservent des heures pour ce thème dans la formation générale (France depuis 1992, Suède), d'autres proposent une spécialisation aux infirmiers qualifiés (Allemagne, Italie), d'autres enfin ont une position intermédiaire. Ainsi, au Royaume-Uni, après 18 mois de tronc commun, les étudiants choisissent une branche dans laquelle ils pourront approfondir leurs connaissances pendant 18 mois. Le soin mental est l'une des branches qu'ils peuvent choisir. Ils obtiennent ainsi ce qui peut être assimilé à un diplôme général, mention psychiatrie.

3.1.2.2 Les aides-soignants dans le système de soins

Nous voulons évoquer un point qui nous semble primordial lorsque l'on traite de la démographie infirmière. En effet, nous avons souligné à plusieurs reprises la difficulté de comparer les chiffres dont nous disposons car il est très souvent impossible d'avoir un niveau d'information assez fin pour connaître le statut des professionnels répertoriés. L'analyse que l'on peut produire sur les effectifs et les pratiques infirmiers dépend en particulier de l'existence d'assistantes en soins infirmiers. Or, malheureusement, nous n'avons pas toujours pu nous procurer l'information utile dans ce domaine, surtout pour la Suède.

En Angleterre, les infirmiers sont secondés par des auxiliaires/assistants infirmiers. Ils représentent environ 85 000 ETP, soit 25,5 % du nombre total des infirmiers qualifiés et non qualifiés NHS en Angleterre (332 200 ETP). On ne dispose pas des chiffres hors NHS.

A l'opposé, nous trouvons l'Allemagne, où il y a peu d'auxiliaires en soins infirmiers, environ 99 000 ETP en 1995. Quelques 3 111 étudiants ont suivi cette formation en 1995. Pour avoir un élément de comparaison, 13 587 aides-soignants ont été diplômés en France en 1997 (SESI, 1998a). Selon un de nos interlocuteurs, le développement des soins à domicile pourrait favoriser une augmentation de ces professionnels. De ce fait, il n'est pas anormal que l'on ait relativement plus d'infirmiers qualifiés en Allemagne (9,5/1 000 hbs en 1997) par rapport à l'Angleterre qui ne comptabilise pas les assistants infirmiers (4,5/1 000 hbs en 1997).

3.1.3 Les ressources sont-elles adaptées aux besoins en soins infirmiers et de nursing ?

Le rapport de l'OMS souligne l'existence, dans la plupart des pays d'Europe, de déséquilibres selon trois dimensions (plus ou moins marquées selon les pays) :

- une dimension quantitative par l'existence d'une offre inadaptée compte tenu des besoins et des ressources. En général, il s'agit plutôt d'une offre insuffisante ;
- une dimension qualitative qui traduit l'inadaptation de la formation par rapport à la réalité du terrain ;
- une dimension distributive, avec une mauvaise répartition géographique ou par spécialité.

Le problème fondamental qui semble ressortir de l'analyse des trois pays « témoins » est celui d'un déséquilibre des ressources infirmières dans les systèmes de santé, tant du point de vue de l'effectif global que de son allocation entre les différents secteurs de la santé (public/privé ; hôpital/ambulatoire).

Le cas le plus documenté auquel nous ayons eu accès concerne l'Angleterre, où la profession a connu une crise grave, principalement au cours de la décennie quatre-vingts (Rivett, 1997).

Cela s'est manifesté par des grèves (9 mois en 1982 qui ont donné lieu à la création du *Review Body*), mais également par un mouvement de « vote par les pieds » : les infirmiers quittaient la profession massivement et les élèves infirmiers cessaient leurs études en cours de formation⁵⁵. En 1988, le gouvernement prend plusieurs mesures pour redresser la situation (révision de la structure de la grille des salaires et mise en place du Projet 2000 sur la formation). Le nombre d'infirmiers (qualifiés ou non) dans les établissements NHS se maintient entre 1992 (265 300 ETP) et 1994 (266 571 ETP), mais la situation se détériore à nouveau au milieu des années quatre-vingt dix, avec un flux marqué du secteur NHS vers le secteur hors NHS.

La pénurie de professionnels paramédicaux infirmiers que connaît aujourd'hui le Royaume-Uni est reconnue par tous les acteurs. Les chiffres qui circulent la mettent en évidence dans des proportions plus ou moins importantes. Selon une étude du RCN menée en 1998, un poste sur cinq serait vacant.

La conséquence de cette situation est la multiplication d'agences de travail intérimaire spécialisées dans la profession infirmière, surtout à Londres. Le travail temporaire se développe, dénoncé par les professionnels qui y voient une précarisation de l'emploi, mais également parfois par les *trusts*, qui sont rendus dépendants de ces agences.

Concernant l'Allemagne, cette situation de pénurie était sensible avant 1990. Il semble que la situation se soit améliorée depuis ; la pénurie est évoquée par nos interlocuteurs comme une situation qui risque de devenir préoccupante dans l'avenir, surtout dans les domaines de spécialisation.

On retrouve la même crainte en Suède, où on enregistre une certaine pénurie d'infirmiers, en particulier d'infirmiers ayant reçu une formation spécialisée (Anell, 1998).

En France, une étude de 1995 annonçait une pénurie généralisée de professionnels infirmiers (Versieck, 1995) ; cependant, nous n'avons pas eu connaissance d'études qui pourraient confirmer ou invalider cette prévision. Il apparaît nécessaire de mettre en place des études qui permettront de juger de l'adaptation des ressources infirmières par rapport aux besoins du système de soins.

⁵⁵ Selon une enquête réalisée en 1991, 140 000 infirmiers, sages-femmes ou visiteurs sanitaires ont quitté la profession dont 50 % ont un autre travail. Les réponses aux questions montrent que 40 % ne désirent pas réintégrer la profession (IMS, 1991).

3.2 Les ressources infirmières et l'évolution du système de soins

Face au déséquilibre évoqué précédemment, plusieurs explications ponctuelles ont pu être apportées en fonction des pays et de la période : une inadaptation qualitative et quantitative de la formation, des conditions de travail insatisfaisantes, une profession peu attractive ou des taux d'abandon trop élevés.

Nous développerons l'idée que la mutation profonde que connaissent les systèmes de santé, en particulier ce qu'il est courant d'appeler aujourd'hui le virage ambulatoire, peut apporter un éclairage intéressant sur la démographie infirmière en mettant en avant la question de la répartition des effectifs entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire.

3.2.1 Le soin hospitalier s'est intensifié ; l'effectif infirmier hospitalier est resté stable

Les pays analysés ont tous connu la même évolution en ce qui concerne l'hôpital : une tendance à la réduction du nombre de lits et de la durée de séjour, avec une intensification de l'activité hospitalière.

Tableau n° 12
Moyenne de la durée de séjour en soins aigus
Comparaison internationale

	1987	1989	1991	1993	1995	1997	1998
Allemagne	12,8	12,1	13,4	12,3	11,4	10,5	11
France	7,6	7,2	6,7	6,1	5,9	5,6	5,6
Royaume-Uni	7,4	5,8	5,7	5,4	5,1		
Suède	7,1	6,8	6,2	5,5	5,2		

Source : Copyright Eco-Santé OCDE 2000

Tableau n° 13
Evolution du taux de rotation⁵⁶ des lits de soins aigus.
Comparaison internationale

	1991	1993	1995	1997	1998
Allemagne	23,9	25,8	27,7	29,8	-
France	23,8	25	44	47,1	-
Royaume-Uni	46,9	50,8	53,4	55,6	60,2
Suède	18	32	39		-

Source : Copyright Eco-Santé OCDE 2000

Cette évolution de l'utilisation des ressources hospitalières induit certes un transfert de tâches vers le secteur ambulatoire, mais elle induit également une modification du travail infirmier à l'intérieur de l'hôpital. Ainsi, on peut supposer qu'il y a une intensification du travail qui est effectué puisque l'on réduit le séjour hospitalier à la période aiguë des soins.

⁵⁶ Nombre d'entrées (ou de sorties) divisé par le nombre de lits disponibles dans les établissements de soins aigus.

Tableau n° 14
Evolution de l'effectif infirmier moyen par lit de soins aigus⁵⁷
Comparaison France/Allemagne

	1991	1993	1995	1997
Allemagne ⁵⁸	0,5	0,53	0,57	0,58
France	0,4	0,43	0,42	0,44
Royaume-Uni	1,6	-	-	1

Source : Copyright Eco-Santé OCDE 2000

Par ailleurs, l'organisation professionnelle allemande DBFK souligne une extension des tâches vers le conseil, la coordination avec les équipes du secteur ambulatoire, ce qui alourdit la charge de travail infirmier au sein de l'hôpital, alors que les effectifs infirmiers dans ce secteur sont plus ou moins stables. Selon la Fédération Nationale des Infirmières, syndicat français des infirmiers libéraux, la coordination entre les équipes soignantes hospitalières et les infirmiers libéraux est effectivement un point à ne pas négliger.

De fait, la coordination avec le secteur ambulatoire est de plus en plus d'actualité en raison du développement du soin à domicile. En France, l'expérimentation de nouvelles formes d'organisation des soins en réseau (dits réseaux « Soubie ») soulève à ce sujet des problèmes concrets, en particulier concernant le domaine des compétences infirmières. En effet, certains réseaux dont le projet mobilise d'une manière différente les ressources infirmières se trouvent confrontés au Code de Santé Publique. Nous aurons l'occasion de revenir sur cette question des compétences infirmières plus en détail, mais cet exemple est intéressant dans la mesure où il montre qu'une évolution de la structure du système de soin (secteur hospitalier / secteur ambulatoire ; secteur médical / secteur paramédical) peut nécessiter une réflexion en amont sur la définition légale du domaine de compétence professionnelle. Quoiqu'il en soit, pour assurer une meilleure coordination des soins, le Ministère prévoit d'étendre la procédure expérimentale de réseaux et filières de soins aux professionnels paramédicaux (ministère, 1999).

3.2.2 Le développement des soins communautaires

La fonction d'infirmier communautaire semble être apparue à la fin des années 70 et au début des années 80, portée par une évolution des besoins, en particulier avec le vieillissement de la population. L'objectif est de favoriser la Santé publique en soutenant la profession infirmière dans le domaine des soins à domicile.

Le terme est assez générique et la spécialité regroupe des rôles très différents selon le pays : visiteur sanitaire (*health visitor*), infirmier de santé publique (*district nurse*), infirmier scolaire, infirmier du travail, *nurse practitioner*. Les visiteurs sanitaires et les infirmiers de district sont généralement responsables de la promotion de la santé et de la prévention. Ils travaillent en priorité avec les familles qui ont besoin d'un soutien sanitaire à domicile et avec les familles comportant un enfant de moins de cinq ans.

⁵⁷ Les informations concernant les autres pays ne sont pas renseignées.

⁵⁸ Chiffres correspondants à l'Allemagne réunifiée. Il s'agit du ratio du personnel dans les soins aigus, des hôpitaux de soins aigus. Ce ratio comprend les infirmiers auxiliaires.

Selon l'OMS, l'infirmier communautaire est l'un des pivots des soins primaires dans les pays qui ont développé cette spécialité ; effectivement les infirmiers communautaires sont présents dans des centres multidisciplinaires ou dans des cabinets de médecins généralistes, dans des structures d'hospitalisation de jour, dans des départements de traumatologie ou d'urgences ou des unités de chirurgie mineure.

Depuis, le développement des soins communautaires est un élément récurrent de l'évolution des systèmes de soins : au Royaume-Uni où le soin communautaire est une spécialité à part entière dotée d'un droit de prescription limité (*community nurses*), en Allemagne sous l'impulsion de la loi de 1995 (*die Pflegeversicherung*) qui instaure des prestations financières pour les personnes dépendantes, et en Suède où le nombre d'infirmiers employés par les collectivités locales est en expansion. La montée en charge des soins communautaires doit cependant être relativisée : si cette spécialité est bien implantée au Danemark, Finlande, Pays-Bas et Royaume-Uni, elle est encore relativement peu présente en France, Irlande, et dans les pays méditerranéens.

Le développement des soins communautaires est cependant d'actualité en France si l'on considère qu'en 1995, la France comptait environ 8 millions de personnes âgées de plus de 65 ans, dont 700 000 lourdement dépendantes. Environ 430 000 personnes âgées étaient prises en charge à domicile (SESI, 1998b). Selon le même rapport, les prévisions pour 2020 situent le nombre de dépendants lourds entre 760 000 et 1,2 million selon les hypothèses.

Or, les services de Soins Infirmiers A Domicile sont saturés, avec des taux d'occupation des lits proches de 100 %, ce qui laisse supposer que le besoin est loin d'être satisfait. Pour le moment, il semble que le développement du soin à domicile profite en premier lieu aux aides-soignants qui constituent 73 % du personnel salarié (en équivalent temps plein) de ces structures. En 1998, les services de soins infirmiers à domicile, créés en 1981, représentent 16,2 % de la consommation de soins infirmiers (DREES, 1999c).

3.3 Conditions de travail

Après avoir présenté les conditions d'accès à la profession, nous soulignons le caractère communément modulable de l'organisation du temps de travail puis nous apporterons certains éléments concernant les conditions de rémunération qui ne permettent hélas pas de faire une comparaison entre les différents pays.

3.3.1 Accès à la profession

3.3.1.1 Aspects législatifs de l'accès à la profession infirmière

Tous les pays d'Europe de l'Ouest ont une législation concernant la pratique et la formation infirmières, bien qu'elle puisse prendre des formes très variées. Si la plupart des pays ont une régulation spécifique ou « *nursing act* » (France, Italie⁵⁹, Royaume-Uni, Allemagne⁶⁰, pays nordiques), pour certains, la législation infirmière est incluse dans la législation concernant les professions de santé (Pays-Bas) et/ou concernant l'hôpital (Belgique).

Deux mécanismes permettent de réguler l'accès à la profession infirmière.

- L'enregistrement est le processus par lequel le professionnel peut obtenir *le statut attaché à un titre* qui atteste de sa capacité professionnelle ou de sa qualification. L'utilisation du titre infirmier est donc limitée aux professionnels enregistrés mais, dans l'absolu, il ne limite pas la pratique des soins infirmiers à ces seuls détenteurs du titre⁶¹. En général, l'enregistrement se fait auprès d'une organisation professionnelle.
- La procédure de licence est plus contraignante car elle porte sur *la pratique de la profession infirmière*. Celle-ci est limitée aux personnes remplissant les conditions requises et définies comme telles par voie législative ou réglementaire. En général, la licence est délivrée par des autorités publiques compétentes.

⁵⁹ Italie : Décret ministériel sur les professions infirmières (DM 739/94 - GU 9-1-95). Ce texte : (1) reconnaît l'infirmière en tant que professionnelle de la santé, autonome et responsable des soins infirmiers ; (2) définit les fonctions spécifiques de l'infirmière.

⁶⁰ Allemagne : Act on the Nursing Professions (4 juin 1985) ; Ordinance on the training and examination of nursing professions (10 octobre 1985).

⁶¹ Dans certains pays, l'infirmier peut déléguer des tâches à d'autres catégories de professionnels non médicaux (exemple des assistantes de soins au Royaume-Uni). Au contraire, en France, l'infirmier n'a pas le droit de déléguer des actes de compétence infirmière à des aides-soignants. La procédure d'enregistrement est donc confondue avec la procédure de licence.

La plupart des pays d'Europe de l'Ouest ont un système d'enregistrement ou de licence, parfois décentralisé. Certains ont mis en place une procédure de ré-enregistrement.

- France : le professionnel obtient l'autorisation d'exercer auprès du préfet de région de sa résidence professionnelle et est inscrit sur une liste départementale auprès de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS).
- Royaume-Uni : enregistrement obligatoire auprès du UKCC avec un renouvellement tous les 3 ans. Pas de licence.
- Suède : tous les infirmiers doivent être enregistrés par le NBHW (*National Board of Health and Welfare*). La licence est délivrée par ce même organisme.
- Allemagne : licence obligatoire délivrée au niveau du *Land*.

3.3.2 La formation

Le paysage européen a ceci de particulier qu'il existe une législation communautaire visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres d'infirmiers responsable des soins généraux (Directive 77/452/CEE du 27 juin 1977). Cette directive établit les critères minimaux de formation de l'infirmier qualifié. Un système plus général de reconnaissance des diplômes, qui s'applique aux professions spécialisées, a été mis en place par les directives 89/48/CEE et 92/51/CEE. Ces directives établissent un cadre minima de formation, mais nous avons vu qu'à partir de là, chaque pays développe ses spécificités (par exemple le nombre très important de spécialisations possibles en Angleterre ou le poids accordé à la santé publique en Suède).

3.3.3 Une durée de travail modulable : heures supplémentaires et temps partiel

La durée de travail hebdomadaire varie entre 36 et 40 heures. Cependant, le volume horaire annuel peut varier en fonction des congés et des possibilités d'heures supplémentaires.

- En **France**, la durée légale hebdomadaire est de 39 h (35 h pour les équipes de nuit) hors secteur libéral⁶². Le nombre d'heures supplémentaires est limité dans le secteur public à 20 h par mois. Les congés sont de 32 jours par an plus 11-13 jours fériés.
- Au **Royaume-Uni**, la durée légale hebdomadaire est de 37,5 h. Pas d'heures supplémentaires. Les congés sont de 27 jours plus 8 jours fériés.
- En **Suède**, la durée légale hebdomadaire est de 40 h (38,5 h si les horaires sont irréguliers). Possibilité de faire des heures supplémentaires dans une limite de 50 h par mois ou de 200 h par an. Les deux premières heures sont payées à un taux de 180 %, ensuite à 140 %. Les congés sont de 5 semaines et 2 jours.
- En **Allemagne**, la durée légale hebdomadaire est de 38,5 h avec certaines modulations en fonction du *Land*. Les congés sont de 26 à 30 jours plus 8 à 14 jours fériés.

⁶² Le cas de la France est particulier du fait de l'existence d'un secteur libéral (environ 14,5 % de l'effectif total en janvier 1998). Ce secteur n'est pas réglementé sur les horaires, mais sur le nombre d'actes réalisés.

Les heures supplémentaires sont une pratique courante dans la mesure où elles permettent de compenser les pénuries de personnel infirmier soulignées précédemment, surtout dans le milieu hospitalier.

Le temps partiel semble également très appliqué dans le domaine infirmier, seuls de rares pays ne l'autorisent pas (en Grèce, seuls les infirmiers du secteur privé peuvent en bénéficier).

■ **France**

Le pourcentage de professionnels infirmiers travaillant en temps partiel serait passé de 11 % en 1983 à 24 % en 1997 (DREES, 1999d). Cette tendance est marquée par l'augmentation de la proportion du travail à temps partiel et par l'allongement de sa durée.

■ **Royaume-Uni**

Le pourcentage d'infirmiers (infirmiers qualifiés, sages-femmes et visiteurs sanitaires) au temps partiel serait passé de 27 % en 1987 à 34 % en 1998.

■ **Suède**

Le temps partiel est choisi par 41 % des individus (OMS, 1997).

3.3.4 Conditions de rémunération

L'une des principales spécificités du système français par rapport aux différents pays étudiés est l'existence d'un secteur libéral. Au 1^{er} janvier 1998, les infirmiers diplômés d'État libéraux représentent 14,3 % des effectifs (France métropolitaine). Si on exclut les infirmiers de secteur psychiatrique, qui sont salariés à 100 %, le secteur libéral représente 16,8 % des infirmiers IDE. Les aides-soignants sont également salariés.

Les autres pays fonctionnent selon un mode salarial, y compris dans le secteur privé, avec quelques disparités dans le mode de détermination du salaire — d'une référence stricte à une grille salariale nationale (Allemagne) à une négociation individuelle (Suède). Après avoir testé un système salarial mixte associant une part déterminée au niveau national et une part négociée localement, le Royaume-Uni semble se diriger vers un système de référence à une grille nationale des salaires.

Selon l'OMS, si le secteur public reste l'employeur principal des professionnels infirmiers dans tous les pays, le secteur privé gagne actuellement en importance. Si la montée en charge du secteur privé est une tendance commune, la situation initiale est très disparate d'un pays à l'autre : le secteur privé représente 6 % des emplois en Suède, 16 % au Royaume-Uni et 37 % en France⁶³. Les salaires du secteur privé sont généralement fixés sur le même modèle que les grilles de salaires du secteur public, mais à des niveaux globalement supérieurs, sauf en France où il semble que le niveau salarial soit inférieur dans le secteur privé.

⁶³ Ce pourcentage recouvre les infirmiers travaillant en milieu hospitalier privé et les infirmiers exerçant en libéral.

Il est toujours difficile, voire périlleux, de faire un parallèle entre des montants de rémunération appartenants à des pays différents. C'est pourquoi, nous avons choisi de ne pas faire de comparaison entre les différents niveaux de salaire ; trop de différences rendent leur synthèse impossible :

- certains salaires sont exprimés en montant net avant impôt (France) ou montant brut (Royaume-Uni, Allemagne, Suède) ;
- certains salaires sont calculés primes comprises (France) ou hors primes (Royaume-Uni, Allemagne, Suède) ;
- certains salaires intègrent les indemnités permanentes (France, Allemagne), d'autres non (Royaume-Uni, Suède) ;
- le Royaume-Uni et l'Allemagne fonctionnent sur le même principe d'une grille nationale des salaires, alors que la Suède présente la particularité de ne pas avoir de grille de référence ;
- les durées hebdomadaires de travail sont variables d'un pays à un autre.

Ces précisions fondamentales étant faites, nous avons plutôt choisi de reproduire, pour chacun des pays, le premier niveau de salaire, c'est-à-dire le niveau de rémunération d'un jeune infirmier qualifié à la fin de ses études, sachant que la durée des études est identique pour les pays comparés (3 ans). Les salaires sont reproduits dans leur unité d'origine et en Euro, ajusté sur la parité de pouvoir d'achat PIB⁶⁴.

France

La rémunération nette au 1/01/98 (primes et indemnités permanentes comprises) d'un infirmier qualifié est de 9 330 francs par mois. Dans le secteur public, avec un taux de conversion PPA de 6,97, le salaire net est de 1 338,59 Euros.

Royaume-Uni

Un infirmier qualifié débute à l'échelon D, soit à £ 14 400 brut par an selon la grille du 1^{er} avril 1999 (£ 14 890 au 1^{er} avril 2000). Il reste à cet échelon entre 3 et 5 ans avec une progression de salaire allant jusqu'à £ 15 905. A cela s'ajoutent des primes de nuit, de week-end etc. Par contre, les infirmiers ne peuvent pas faire d'heures supplémentaires.

Avec un taux de conversion PPA de 0,7, le salaire brut, hors primes et indemnités permanentes non comprises, est de 1 714,28 Euros.

Allemagne

Un jeune infirmier (20 ans - non marié, sans enfant) qui vient de terminer ses études et qui travaille à l'Ouest se situe à un niveau de salaire mensuel brut de 3 450 DM qui se décompose ainsi : Il commence à l'échelon IV, soit avec 2 409 marks par mois, il bénéficie de l'indemnité de résidence, ici 848 DM, et de la prime individuelle de 192 DM.

Avec un taux de conversion PPA de 2,12, le salaire brut, hors primes et indemnités permanentes comprises, est de 1 627,6 Euros.

⁶⁴ *Les Parités de Pouvoir d'Achat (PPA) sont des taux de conversion monétaire qui éliminent les différences de niveaux de prix existant entre les pays. En d'autres termes, une somme d'argent donnée, convertie en monnaies nationales au moyen des PPA, permettra d'acheter le même panier de biens et services dans tous les pays. Les PPA sont donc des taux de conversion monétaire. Nous nous sommes servis de l'indice publié par l'OCDE pour 1997 (Eco-Santé OCDE 99). La note méthodologique accompagnant ces séries est disponible en annexe 6.*

Suède

Nous ne disposons pas de montants aussi précis pour la Suède, puisqu'elle ne fonctionne pas sur une grille de salaire comme les autres pays analysés. Nous savons en revanche qu'il existe un plafond salarial, instauré par le comté de Stockholm, pour le salaire brut (hors prime) à l'embauche des jeunes infirmiers. Ce plafond est compris entre 16 000 et 17 000 SKR (couronnes suédoises).

Avec un taux de conversion PPA de 10,49, le salaire brut, hors primes et indemnités permanentes non comprises, est de 1 525,26 Euros.

Pour pouvoir réellement comparer ces montants, il faudrait pouvoir disposer de chiffres plus fins concernant : d'une part les primes de nuit ou de dimanche et jours fériés ; d'autre part les possibilités d'heures supplémentaires (les infirmiers anglais ne peuvent pas faire d'heures supplémentaires, dans la plupart des autres pays, le volume d'heures supplémentaire est plafonné).

De plus :

- il s'agit des salaires à l'embauche et ils ne sont pas nécessairement représentatifs de l'ensemble de la progression des salaires dans le pays. Par exemple, les salaires à l'embauche au Royaume-Uni ont été augmentés de 12 % en 1999 ;
- il s'agit de salaires bruts et ils reproduisent les inégalités qui existent entre les pays en matière de charges et d'impôts sur le revenu ;
- le chiffre pour la Suède est un plafond maximal et non un salaire moyen⁶⁵.

On ne peut donc rien déduire de précis sur la position de ces niveaux de salaire les uns par rapport aux autres, si ce n'est qu'ils ne semblent finalement pas tellement discordants. Ceci explique peut-être que les revendications s'expriment plus par rapport aux autres professions du secteur public (en particulier l'enseignement) que par rapport à d'autres pays.

⁶⁵ Rappelons que ce plafond a été fixé pour contenir le niveau des salaires déterminés par le marché et qui pouvait atteindre un niveau très élevé. Ce plafond ne correspond donc pas au prix maximum de marché, mais il est plus vraisemblable qu'il corresponde davantage au niveau moyen de salaire constaté sur le marché avant le plafonnement.

3.4 La responsabilité infirmière

Le domaine de compétence infirmière est une problématique relativement nouvelle, mais qui est au cœur de l'évolution de la profession en termes de responsabilité professionnelle. La législation dans ce domaine semble assez souple, sauf dans le cas particulier de la France qui se démarque des autres pays étudiés. Cette discussion s'inscrit en fait dans le cadre plus large de la recherche d'une reconnaissance, d'une valorisation, de la profession infirmière, par exemple grâce à une présence institutionnelle plus forte, ou de manière plus évidente, grâce à une formation plus académique. L'objectif recherché est une plus grande autonomie de la profession infirmière par rapport aux médecins.

3.4.1 Une législation plus ou moins circonstanciée selon les pays

La législation concernant le domaine de compétence des professionnels infirmiers est une autre spécificité française. Le décret n°93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier délimite de manière extrêmement précise le champ de compétence d'un infirmier en répartissant sa fonction entre : les soins infirmiers dans le cadre du rôle propre ; les soins infirmiers sur prescription médicale, en présence ou hors présence d'un médecin ; les soins délivrés en situation d'urgence. A l'intérieur de ces catégories, les actes qu'un infirmier est susceptible d'entreprendre sont très précisément énumérés. Dans les autres pays étudiés, le cadre législatif n'est pas aussi contraignant ; il n'existe pas de nomenclature précise des actes infirmiers par degré de responsabilité.

Ainsi, au Royaume-Uni, mises à part la restriction sur les prescriptions médicamenteuses et l'interdiction de signer un certificat de décès, le domaine de compétence des infirmiers n'est pas régi par la loi. Cela fonctionne selon le mode de la pratique courante (*customer practice*). Le système laisse une grande place à la responsabilité individuelle et à la confiance : c'est à l'infirmier de savoir, en son âme et conscience, ce qui est du domaine de sa compétence ; un infirmier ne réalisera un geste (une prise de sang par exemple) qu'à partir du moment où il se sent capable de le faire.

En Suède, comme au Royaume-Uni, la responsabilité professionnelle est principalement définie par des principes généraux de procédure, visant à préserver la sécurité du patient. Si certains actes sont associés à des niveaux de responsabilité, c'est dans le cadre de la pratique, pas de la loi. La définition du domaine de compétence repose donc sur une notion de responsabilité individuelle, et non sur des tâches précises associées à des certificats professionnels.

Au Royaume-Uni comme en Suède, nos interlocuteurs mettent en avant la souplesse de ce système, qui favorise de fait l'adaptabilité de la profession à l'évolution des besoins, du point de vue de la formation et de celui de la pratique. Au contraire, selon la Fédération Nationale Infirmière, l'énumération précise des soins que peut effectuer un infirmier limite les conflits d'objectifs entre les soignants et réduit la multiplication des intervenants au chevet d'un même malade ; d'autant que la France n'a pas, contrairement à d'autres pays de culture anglo-saxonne, la même tradition de responsabilité individuelle. Rappelons qu'il s'agit d'un syndicat représentant les professionnels libéraux, et que le problème ne se pose certainement pas dans les mêmes termes pour les professionnels hospitaliers.

3.4.2 La valorisation de la profession infirmière

La recherche d'une meilleure valorisation de la profession infirmière est manifeste, elle passerait par une présence plus forte dans les institutions nationales et par une formation plus académique susceptible de modifier les rapports avec les autres professionnels de santé.

3.4.2.1 Implication dans le système de santé

Le rapport de l'OMS souligne que l'opportunité de participer aux décisions à un niveau national reste assez restreinte pour les professionnels infirmiers, même si la situation s'améliore d'une façon assez générale. Ainsi, en Espagne et au Royaume-Uni, les infirmiers sont activement impliqués et tiennent un rôle important au travers des corps réglementaires, des organisations professionnelles et des syndicats.

Certains pays ont créé un poste de directeur infirmier au sein du Ministère de la Santé (Suède) ou au niveau des institutions régionales (les *Länder* en Allemagne). Ces directions sont parfois secondées par une cellule infirmière (Belgique, Danemark, Pays-Bas) ou une cellule infirmière/sage-femme (Espagne, Royaume-Uni⁶⁶).

D'autres pays (France, Irlande) n'ont ni poste de directeur ministériel, ni département spécifique infirmier, mais comptent au sein du ministère un certain nombre de professionnels infirmiers ayant un rôle de conseil auprès du ministre. Notons cependant en France qu'il existe au niveau local un poste de Conseiller Technique Régional en Soins Infirmiers.

Dans tous les pays d'Europe de l'Ouest, il existe des associations infirmières, elles-mêmes inscrites à l'ICN (*International Council of Nurses*). L'adhésion à une association est volontaire, sauf en Espagne. Dans tous les pays, à l'exception de la Belgique et de la Hollande, le taux d'adhésion est supérieur à 80 %, ce qui est symptomatique d'une volonté de reconnaissance de la part des professionnels infirmiers.

⁶⁶ UKCC : *United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting*. Créé en 1979 et amendé en 1992. La responsabilité du UKCC est très importante : établir et diffuser des standards pour la formation et la pratique ; tenir le registre de la profession et déterminer les conditions d'admission à la formation ; fixer le contenu et la durée de la formation ; évaluer les demandes d'autorisation de pratiquer pour les infirmiers étrangers ; pouvoir consultatif ; pouvoir de jugement et de décision en cas de faute professionnelle.

3.4.2.2 Une formation plus académique

Un premier exemple de cette volonté de valorisation de la profession infirmière nous a été donné par le Royaume-Uni qui cherche à procurer à la profession un statut académique. Nous avons pu constater ensuite que cette évolution est assez générale et qu'elle se manifeste le plus souvent par la mise en place de cursus universitaires — soit pour des formations spécifiques (en particulier dans le domaine de la recherche ou du management), soit pour la totalité de la formation (cas de l'Italie depuis 1997⁶⁷) — et par la soutenance de thèses sur la pratique infirmière. L'idée que la profession gagnera en reconnaissance si elle acquiert un statut académique se manifeste par la volonté de « sortir » la formation de l'hôpital pour qu'elle soit pratiquée à l'université, rapprochant ainsi la formation infirmière de la formation médicale.

A l'entrée des instituts de formation infirmiers en France, on constate une élévation *de facto* du niveau de diplôme. Il n'est pas rare que les postulantes aient un niveau DEUG, alors que le baccalauréat n'est pas obligatoire. Cela concourt certainement à asseoir le professionnel infirmier vis-à-vis de ses collègues médicaux.

D'après les entretiens que nous avons pu avoir, la situation concernant les rapports entre les professionnels infirmiers et les professionnels médicaux semble variable selon les pays : la Suède se caractérisant par des rapports non conflictuels et l'Allemagne se caractérisant par des positions de pouvoir surtout en ambulatoire. En France, ces rapports dans le milieu hospitalier nous ont été décrits comme forts mais non problématiques : « on a grandi ensemble ; on s'engueule, on s'aime ». Il semble que la création d'un poste de directeur de soins infirmiers dans les établissements de santé a modifié les relations entre les médecins et les infirmiers, et que la tension se situe plus avec les professionnels administratifs qu'avec les professionnels médicaux.

3.4.3 La revendication d'une autonomie professionnelle

La revendication d'une autonomie professionnelle semble finalement le principal moteur de la recherche de reconnaissance des infirmiers. La capacité de la profession à s'autoréguler semble acquise ; la revendication (surtout au Royaume-Uni et en Suède) porte aujourd'hui sur le rôle des infirmiers principalement dans le secteur communautaire et concernant la prescription.

⁶⁷ Il y a actuellement 120 cours de formation infirmière dispensés en Italie et qui concernent 3 500 étudiants par an.

3.4.3.1 L'autorégulation professionnelle

Depuis de nombreuses années, l'ICN (*International Council of Nurses*) plaide en faveur d'une séparation de la responsabilité gouvernementale et de la responsabilité professionnelle : « Une distinction est nécessaire entre l'autorisation légale de pratiquer, qui est de la responsabilité de la loi, et les standards de bonne pratique, qui sont de la responsabilité de la profession infirmière » (Karger, 1969). La profession est donc responsable de la préparation de ses propres codes d'éthique professionnelle au niveau international (l'ICN adopte un code infirmier en 1973) ou national.

- France : les fautes professionnelles sont jugées par une commission de discipline présidée par un magistrat de tribunal administratif et comprenant quatre assesseurs infirmiers.
- Royaume Uni : la faute professionnelle est jugée par une organisation professionnelle (le UKCC) qui se base sur le « *Code of Practice* ». Cette procédure peut conduire à une décision de radiation.
- Suède : il n'existe pas de code spécifique pour la profession infirmière, les infirmiers se réfèrent au code de déontologie médicale.

En France, cette volonté de valoriser la profession sous tend l'ensemble des mesures proposées par le Ministère pour les professionnels paramédicaux en 1999. L'accent est mis sur l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques par l'ANAES qui devraient permettre aux professionnels de garantir une meilleure qualité des soins et d'exercer leurs responsabilités collectives. Cela devrait se concrétiser dès la fin de 2001 par la mise en place d'un Office des Professions Paramédicales, salariales et libérales, comme le propose le rapport BROCAS (1998). Les conditions de création d'un tel office sont décrites dans le rapport NAUCHE (2000). Il devrait faciliter la gestion de la profession et inscrire plus largement la profession dans les réflexions sur la politique de santé publique. Enfin, l'office devra définir et mettre en œuvre des références de bonne pratique.

3.4.3.2 Une plus grande autonomie d'action

Cette question de l'autonomie des professionnels infirmiers par le développement des activités en rôle propre est incontestablement un sujet qui suscite beaucoup d'intérêt actuellement. Ce débat semble étroitement lié avec le développement des soins primaires. Il est principalement ici question du cas du Royaume-Uni en raison de son avance dans ce domaine.

Au Royaume-Uni, les infirmiers occupent deux places relativement nouvelles dans le domaine des soins primaires : les « *practice nurses* » et les « *nurse practitioners* ». Les premières sont généralement employées par des cabinets de médecins généralistes pour y fournir des soins infirmiers, les secondes peuvent travailler en cabinet, à l'hôpital ou dans un centre communautaire. Elles sont alors employées par des médecins généralistes ou les autorités sanitaires.

La fonction de *nurse practitioner* a été créée au Royaume-Uni afin de combler des insuffisances du système de soins primaires. Leurs connaissances et compétences supplémentaires (que ce soit par leur expérience ou leur formation) devraient leur permettre d'assumer des responsabilités étendues dans les domaines de l'évaluation de la santé, de l'organisation et de la réalisation de services au premier niveau du système de soins. Leur responsabilité couvrirait donc théoriquement les soins individuels et familiaux, le développement de programmes communautaires, le dépistage et l'éducation pour la santé. Dans la pratique cette fonction a du mal à trouver un véritable statut professionnel.

L'OMS soutient l'importance de la participation des professionnels infirmiers dans le planning, l'organisation et la gestion des soins, ainsi que le développement d'une réelle autonomie infirmière. Et même si dans les faits la plupart des infirmiers réalisent ces fonctions, le rapport souligne qu'elles ne sont pas (ou peu) reconnues et valorisées.

Dans le cadre de la réflexion sur l'exercice libéral des paramédicaux, le Ministère français de la Santé propose de renforcer la complémentarité des interventions médicales et paramédicales. Lorsque le médecin aura prescrit une intervention paramédicale, le professionnel paramédical sera chargé d'établir un bilan et un plan de soins, puis, à l'issue des soins, un compte-rendu de traitement (Ministère, 1999). Cela va dans le sens de la demande du principal syndicat des infirmières libérales (FNI) qui voudrait intégrer le plan de soins infirmiers dans leur rôle propre. Cependant, le projet d'un plan de soins infirmiers, tel qu'il est présenté en 2000, soulève de nombreuses réactions négatives sur le terrain.

Une autre évolution fait actuellement l'objet de discussions : la médicalisation de la profession, en particulier par l'établissement d'un droit de prescription. Le Royaume-Uni et la Suède ont déjà instauré une autorisation de prescription, en limitant cependant cette autorisation à des infirmiers ayant suivi une formation particulière et à certains médicaments. Bien que ces deux pays soient déjà en avance sur ce thème, ils continuent de revendiquer un élargissement du droit de prescription, particulièrement en faveur d'infirmiers spécialisés dans un domaine précis (oncologie, maladies chroniques, etc.) et mobilisant des ressources médicamenteuses bien déterminées. La France semble également prendre cette voie. Le décret de compétence des infirmiers les autorise déjà, en situation d'urgence et en l'absence du médecin, à accomplir les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin ou à diriger le patient vers la structure de soins la plus appropriée à son état. Un communiqué de presse du Ministère mentionne qu'une compétence de prescription de certains produits figurant sur une liste sera dévolue aux professionnels paramédicaux (ministère, 1999). La FNI propose en particulier un droit de renouvellement des prescriptions de matériel de soins, afin de disposer de matériel adéquat et de limiter les gaspillages.

Enfin, nous avons vu le bouleversement des pratiques impliqué par le transfert de certains soins de l'hôpital vers l'ambulatoire, et par l'anticipation des besoins liés au vieillissement de la population⁶⁸. En particulier, nous voulons insister sur le fait que cela a créé les conditions favorables au développement d'un esprit d'entreprise dans le secteur infirmier. Par ailleurs, cette évolution crée les conditions favorables du développement des aides soignants tant en nombre qu'en activité.

En Angleterre, les infirmiers peuvent créer des agences de travail intérimaire qui vont pouvoir suppléer au déficit des ressources infirmières à l'hôpital, mais qui peuvent également répondre aux besoins des cabinets de médecins généralistes. En Allemagne, les agences sont très différentes des agences développées au Royaume-Uni. Ce ne sont pas des agences de travail intérimaire, mais bien des agences de soins communautaires. Les infirmières travaillant dans ces agences ne vont jamais travailler à l'hôpital.

⁶⁸ En France, on estime que le nombre de personnes âgées dépendantes se situe entre 800 000 et 1 million (*Espace Social Européen, 1999*).

Conclusion

Conclusion

La comparaison internationale des données concernant les infirmiers est rendue difficile par les différentes méthodes de calcul, souvent non explicitées, appliquées dans les différents pays. Il est cependant possible d'identifier deux tendances communes principales.

Les mutations de la profession infirmière traduisent une volonté d'adaptation à l'évolution des systèmes de santé.

Les systèmes de santé se sont d'ores et déjà engagés dans une transformation profonde de leur fonctionnement en transférant une partie des soins de l'hôpital vers le secteur ambulatoire. Une autre évolution devra être prise en compte : les systèmes de santé européens vont devoir faire face dans les prochaines années au vieillissement de la population et à l'augmentation des situations de dépendance.

Dans ce contexte, le rôle des professionnels infirmiers se développe fortement dans le secteur du soin communautaire, principalement dans le secteur du soin à domicile.

La première constatation que nous pouvons faire est que cela s'accompagne du développement du secteur privé, sans que nous puissions établir un lien de causalité à partir des informations dont nous disposons.

La seconde constatation porte sur la profession elle-même qui tend à se complexifier en développant de nouvelles spécialisations, ainsi que de nouvelles compétences cliniques (principalement en ce qui concerne la prescription et le diagnostic), technologiques (informatisation) et de coordination.

Si la mutation de la profession infirmière est indéniablement portée par le contexte du système de soins, lui-même en pleine évolution, il faut également relever que les professionnels se mobilisent avec force pour valoriser leur profession.

Les mutations de la profession infirmière traduisent une volonté de reconnaissance de la profession.

Sur la base des pays étudiés, force est de constater que les pays qui nous semblent particulièrement dynamiques et innovants sont les pays qui se sont dotés d'un poste de directeur des affaires infirmières au sein du Ministère (Royaume-Uni, Suède).

Outre la création d'un poste institutionnel au niveau national — recommandée par l'OMS — plusieurs revendications s'inscrivent dans cette recherche de reconnaissance : l'autonomie vis-à-vis des professionnels médicaux, l'extension du champs de compétence ou le niveau salarial.

La reconnaissance d'une profession implique de bons rapports avec les autres professionnels de soins. Nous n'avons malheureusement pas trouvé d'étude sociologique traitant des rapports professionnels entre les infirmiers et les médecins. Dans le champ particulier de l'hôpital, l'existence d'un directeur infirmier renforce certainement la position des infirmiers vis-à-vis des professions médicales (Royaume-Uni, Allemagne). En France, le poste d'infirmière générale existe depuis 1975, mais il a fallu la force d'une loi (1991) pour imposer ce statut de directeur de soins infirmiers dans les hôpitaux. Il semble que la tension se situe aujourd'hui davantage vis-à-vis de l'administration que vis-à-vis des médecins. Les rapports entre les infirmiers et les aides-soignants sont très différents d'un pays à l'autre et semblent dépendre du degré de médicalisation de la compétence infirmière.

Concernant l'extension du champs de compétence, nous avons pu en donner quelques exemples : le droit de prescription en Suède et au Royaume-Uni, le rôle que peut occuper l'infirmière pour orienter les patients dans le système de soins primaires, le rôle étendu de l'infirmière concernant les soins à domicile — pouvant aller jusqu'à un rôle d'entrepreneur — etc.

Les revendications salariales peuvent également être interprétées comme un moyen de se positionner par rapport aux autres professions de santé, au même titre que la volonté de réformer les cursus de formation : d'une part en adoptant un modèle de formation académique de formation, par opposition à un modèle de type apprentissage ; d'autre part, en développant la recherche, par exemple en favorisant la soutenance de thèses de doctorat.

Ce travail permet de mettre en évidence certains points de mutation de la profession infirmière et des différences d'un pays à un autre. Certains débats qui sont évoqués nécessitent des recherches plus approfondies pour gagner en objectivité, en particulier le niveau de rémunération. Mais cette analyse a surtout montré que l'évolution des systèmes de soins conduit sur le terrain à un ré-agencement des rôles des différentes professions qui le constituent (qui fait quoi ?). Ce processus est sans doute loin d'être stabilisé et mériterait d'être étudié de manière très approfondie, car cela pourrait éclairer l'ensemble des autres points de discussion.

Bibliographie

Bibliographie

ANADI ; « Diagnostic infirmier. Définition et classification » Masson, Paris, 1998

Anell A. ; « Les réformes du système de santé en Suède » Technologie Santé, n°35, décembre 1998 : 11-17.

Barton TD., Thome R., Hoptroff M. ; « The Nurse Practitioner : redefining occupational boundaries ? » International Journal of Nursing Studies, 36 : 57-63 ; 1999.

Bond S., Beck S., Derrick S. ; « Training nurse practitioners for general practice » British Journal of General Practice, 49 : 531-535 ; 1999.

Broadbent J. ; « Practice nurses and the effects of the new general practitioner contract in the British NHS : the advent of a professional project ? » Soc Sci Med, 47(4) : 497-506 ; 1998.

Brocas A.M. et al. ; « Rapport sur l'exercice libéral des professions paramédicales » Rapport remis à Mr le Secrétaire d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale, le mercredi 09 décembre 1998.

Buchan J. ; « Further flexing ? NHS trusts and changing work patterns in nursing » London, Queen Margaret College/Royal College of Nursing , 1995.

Buchan J., Hancock C., Rafferty AM. ; « Health sector reform and trends in the United Kingdom hospital workforce » Medical Care, 35(10) OS143-OS150 ; 1997.

Buchan J., Seccombe I., Smith G. ; « Nurses work : an analysis of the UK nursing labour market ». Ashgate ; 1998a.

Buchan J, O'May F. ; « Nursing supply and demand : reviewing the evidence ». NT research, 3(3) : 167-178 ; 1998b.

Buchan J. ; « Carry on Nursing ? The implications of the ageing nursing workforce for employees and employers » Report for the RCN - Employment Brief 21/98 ; 1998 c.

Bundesanstalt für Arbeit . ; « Blätter zur Berufskunde Krankenschwester/Krankenpfleger ». 2 - II A 22.

CNAMTS ; « Le secteur libéral des professions de santé en 1997 » Carnets Statistiques n°102 ; 1999.

CNAMTS ; « Le secteur libéral des professions de santé en 1998 » Carnets statistiques 2000, n°103.

Crown J. ; « Review of Prescribing, supply and administration of medicines » Final Report, mars 1999.

Cullen C. ; « Nurse practitioner practice. Nurse practitioner UK » Disponible sur le site www.healthcentre.org.uk/np/whisnp.htm ; 1997.

Department of Health ; « Working for patients : education and training », working paper 10, HMSO ; 1989.

Department of Health ; Statistical Bulletin : NHS hospital and community health services non-medical staff in England, 1985-1995. DoH, London ; 1996.

Department of Health ; Statistical Bulletin : NHS hospital and community health services non-medical staff in England : 30 septembre 1996. DoH, London ; 1997.

Department of Health ; Statistical Bulletin 1998/15. DoH, London ; 1998.

Department of Health ; « Recruitment, retention and vacancies survey ». 1999a.

Department of Health ; « Regulating private and voluntary healthcare » *The Stationery Office Ltd* ;1999b.

Department of Health ; « Making a difference » ; 1999c.

Department of Health ; *Statistical Bulletin : NHS hospital and community health services non-medical staff in England : 30 septembre 1998. DoH, London* ; 1999d.

DREES ; « Les professions de santé par département au 1^{er} janvier 1998 » *Collection Etudes et Statistiques, n°15, décembre 1999. (1999a).*

DREES ; « Les professions de santé au 1^{er} janvier 1997 par département » *Documents Statistiques, n°323, janvier 1999. (1999b)*

DREES ; « Comptes nationaux de la santé 1996-1997-1998 » *Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. (1999c).*

DREES ; « Les infirmiers en activité : accroissement des effectifs à un rythme moins élevé dans les vingt prochaines années » *Etudes et résultats, n°12, mars 1999 (1999d).*

DREES ; « Le revenu libéral des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes de 1991 à 1997 » *Etudes et résultats, n°26, août 1999 (1999e).*

DREES ; « 330 000 aides-soignants en 1999 » *Etudes et Résultats, n°54, mars 2000 (2000a)*

DREES ; « Rapport sur les comptes de la santé 1999-Document de travail » *Collection Statistique, n°3, juin 2000 (2000b)*

DREES ; « Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 1999 » *Collection Etude et Statistique. La documentation Française (2000c)*

Doult B. ; « New figures reveal extent of decline in workforce » *Nursing standard, 18 aout 1999, vol 13, n°48, p.7.*

Eberlein F. ; « Vergütungen und Aufstiegsmöglichkeiten für Krankenpflegenpflegekräfte » *Die Schwester/Der Pflege, 38, Jahrg. 10/99 : 828-830. 1999.*

Fuzeau A. ; « Le diagnostic est au bout du fil » *Espace Social Européen du 21 au 27 avril 2000.*

Gerste B, Monka M. ; « Die Pflege-Personalregelung 1993-1995. Vom Pflegenotstands zum Leistungindikator für den stationären Bereich » *in Arnold M., Paffrath D ed. Krankenhaus-Report'96. Stuttgart ; 1996.*

Gorres S, Friesacher H. ; « Pflegewissenschaft in Deutschland - Gegenwartiger stand und entwicklungsperspektiven ». *Zeitschrift für geroncologie und geriatric, 1998, vol 31/3 : 157-169 ; 1998*

Grimonprez F. ; « La réforme du système de santé britannique : le nouveau NHS ». *Technologie Santé, n°35, déc 1998 : 18-26 ; 1998.*

Henderson V. ; « Basic principles of nursing care » *London, International Council of Nurses ; 1961*

Hicks C, Hennessy D. ; « A task-based approach to defining the rôle of the nurse practitioners » *Journal of Advances Nursing, 29(3) : 666-673 ; 1999.*

IMS ; « *Nurses' work and worth* » *Institute of Manpower Studies. Brighton IMS 1991.*

In Brief ; *Nursing Standard*, 18 nov 1998, vol 13, n°9, p.6.

Incomes Data Services ; « *Public sector labor market survey* » Incomes Data Services report n°725. London IDS 1996.

Karger S. ; « Principles of legislation for nursing education and practice » *Geneva. International Council of Nurses* ; 1969.

Kouchner B. ; « *discours du 1^{ère} salon infirmier* » mercredi 27 mai 1998, Paris, 1998.

Lader D. ; « *Qualified Nurses, Midwives and Health Visitors.* » Her Magesty's Stationery office, London ; 1995.

Laing, Buisson ; « *Care of Elderly people market survey* » ;1998.

Lattimer V. et al ; « Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out-of-hours primary care : randomised controlled trial » *British Medical Journal* 317 : 1054-1059 ; 1998.

Lipley N. ; « Pay : time is running out » *Nursing standard*, 13(3) : 12-14 ; 1998.

Lucke M, Messner T, Lucke C. ; « Erfahrung in der umsetzung von Vorgaben nach dem Pflegeversicherungsgesetz-ambulante Rehabilitation, Hifsmittel und Pflegeeinmat » *Gesundheitswesen*, 1997 ; vol 59(3) : 16173.

Mangan P. ; « Drop in student numbers » *British Journal of Nursing*, 13 aout 1998, vol 7, n°15, p.876.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité ; « communiqué du 8 octobre 1998 » www.sante.gouv.fr

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité ; « communiqué du 1^{er} septembre 1999 » www.sante.gouv.fr

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité ; « communiqué du 22 janvier 1999 » www.sante.gouv.fr

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité ; « Circulaire DGS/DH/DAS n°99/84 » 11 février 1999. Www.sante.gouv.fr, 1999.

MSA - Observatoire Economique et Social (2000) ; « Infirmiers bilan annuel 1998 », Synthèse, janvier 2000 - 4 p.

Müller-Mundt G. ; « *Trends in hospital restructuring and impact on the workforce in Germany* » *Medical Care*, 35(10) : OS132-OS142 ; 1997.

NHS Executive South Thames ; « Evaluation of nurse practitioners pilot projects. Summary report ». *London, Touch Ross & Co* ; 1994.

NHS Executive Statistics Branch ; « NHS Hospital and Community Health Services Non-Medical Workforce Census ». *Août 1999.*

NHS ; « The NHS Plan. A plan for investment, a plan for reform » Juillet 2000. www.nhs.uk/nationalplan/

OMS ; « *Nursing in Europe. A ressource for better health* » Salvage J., Heijnen S. (eds). WHO regional Publications. European Series n°74.

Review Body ; for Nursing Staff, midwives, Health Visitors and professions allied to medicine (1995, 1997, 1998). « *Report on nursing staff, midwives and Health Visitors* ». London : Stationery Office.

Rivett G. ; « From cradle to grave. Fifty years of the NHS » King's Fund Publishing, 2nd édition ; 1998

Robinson G, Beaton S, White P (1993) ; « *Attitudes towards practice nurses - survey of a sample of general practitioners in england and wales* » British Journal of General Practice, 1993, 43(366) : 25-29.

Salvage J. ; « Nursing in action : strengthening nursing and midwifery in support of health for all » Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 1993. WHO regional Publications. European Séries n°48. 1993.

Secombe I, Patch A, Stock J. ; « *Workload ; pay and morale of Qualified Nurses in 1994* » IES Report 272. Brighton : Institut for Employment Studies ; 1994.

Secombe I, Smith G. ; « *In the balance : registred nurse supply and demand, 1996* ». IES Report 315. Brighton : Institut for Employment Studies ; 1996.

Secombe I, Smith G. ; « *Taking part : registred nurses and the labour market in 1997* ». IES Report 338. Brighton : Institut for Employment Studies ; 1997.

SESI ; « *Les services de soins à domicile en 1996. Enquête SSAD96* » Documents statistiques, n°302 avril 1996.

SESI ; « *La formation aux professions de la santé en 1997-1998* » Documents statistiques, octobre 1998, n°313 ; (1998a).

SESI ; « *Politiques familiales et redistribution* » Solidarité santé - études statistiques. La documentation française, n°2 et 3, avril septembre 1998. (1998b).

SESI ; « *Les médecins par spécialité au 1^{er} janvier 1998* » Documents Statistiques, n°318, novembre 1998. (1998 c).

SESI ; « *Les médecins par département au 1^{er} janvier 1998* » Documents Statistiques, n°305, mai 1998. (1998 d).

Vilain A, Niel X. ; « *Les infirmiers en activité : croissance des effectifs à un rythme moins élevé dans les vingt prochaines années* » DREES, Etudes et Résultats, n°12 mars 1999.

Annexes

Annexe 1 : Le guide d'entretien

1. Guide d'entretien - Nursing in Europe.

SECTION 1. THE PRESENT SITUATION .

1.1 Activity and formation

A - Identification

We've distinguished four classes of nursing

- ✧ certified nurses or first level nurses (basic formation)
- ✧ expert nurses (post basic formation)
- ✧ auxiliary or second level nurses
- ✧ midwives

1) Does this classification fit with the professional structure of nursing care in your country ?

.....

.....

2) Do you know any studies done in the nursing field in your country ? If so, could you give us precise references of recent papers or reports to results or articles ?

.....

.....

3) Do you have some recent national statistics on human resources (skill mix, age, gender, staffing by speciality...) ? How could we get it ?

.....

.....

B - Formation

1) What sort of establishments may receive an approval ? Several answers possible.

Basic formation		Post-basic formation	
School centre	Number	School centre	Number
<input type="checkbox"/> private nursing school,	<input type="checkbox"/> private nursing school
<input type="checkbox"/> public nursing school	<input type="checkbox"/> public nursing school
<input type="checkbox"/> university	<input type="checkbox"/> university
<input type="checkbox"/> others.....	<input type="checkbox"/> others.....

2) Who designs the education program ? Several answer possible

- Health Ministry
- Education Ministry
- Professional associations
- Others.....

Could we get the program ?

3) We would like to gather some information about basic formation.

First level nurse (basic formation)	Entry requirements	Number	Time frame
	1) Minimal age 2) Professional experient 3) Diploma	1) Numerous Clausus 2) Graduates per year	1) Duration 2) Number of hours (theoretical, training)
	1) 2) 3).....	1) 2)	1) 2)

- 4) Is there a legal obligation for nurses to follow an on-going formation ? yes no
 Is it validated by an examination ? yes no

How does it work (duration and periodicity) ?

.....

C - Specialised roles

- 1) Does the basic formation have a first degree of specialisation ? yes no

If so, in which branches ?

.....

2) Hereunder, we present different specialist qualifications. For each speciality, what are the modes of formation (Several answer possible) ?

Formation 1 : the specialisation is done during the basic nursing formation

Formation 2 : the specialisation is done during a post basic formation for certified nurses

Formation 3 : it is not a nursing formation

	Formation 1 (basic)	Formation 2 (post basic)	Formation 3 (not including in nursing)
Specialisation in a cross section of Life		duration	duration
Birth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Childhood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elderly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Specialised care nurse			
Anaesthesiological nurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intensive care nurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operating-room nurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Specialised disease nurse			
Mental health nurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oncology treatment nurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Community nurse ⁶⁹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁶⁹ District nursing, school nursing, occupational nursing, health visiting, family planning...

If the specialisation hereunder need a post-basic or an altogether different formation, could you precise some information ? We would like to have quantitative estimations but if you ignore it, you can answer by « Y » for yes, « N » for no or « ? » if you don't know.

	Entry requirements 1) Minimal age 2) Professional experient 3) Diploma	Number 1) Numerous Clausus 2) Graduates per year	Time frame 1) Duration 2) Number of hours
Midwife	1)..... 2)..... 3).....	1)..... 2).....	1)..... 2).....
Children nurses Paediatric nurse	1)..... 2)..... 3).....	1)..... 2).....	1)..... 2).....
Geriatric nurse	1)..... 2)..... 3).....	1)..... 2).....	1)..... 2).....
Anaesthesiological nurse	1)..... 2)..... 3).....	1)..... 2).....	1)..... 2).....
Intensive care nurse	1)..... 2)..... 3).....	1)..... 2).....	1)..... 2).....
Operating-room nurse	1)..... 2)..... 3).....	1)..... 2).....	1)..... 2).....
Mental health nurse	1)..... 2)..... 3).....	1)..... 2).....	1)..... 2).....
Oncology treatment nurse	1)..... 2)..... 3).....	1)..... 2).....	1)..... 2).....
Community nurse	1)..... 2)..... 3).....	1)..... 2).....	1)..... 2).....

4) In which other fields is it possible to specialise ?

.....
.....

C - Auxiliary or second level nurses

1) Does a specific category of professionals exist to second first level nurses ? yes no

If so :

Number ⇒

Duration of education ⇒

Specialised fields of care ⇒ no yes ⇒ Which specialisation is possible ?.....
.....

2) In what sort of structures may they work ?

- Hospital
- Home
- Others.....

3) In terms of functions or responsibilities, what are the differences between nurses and auxiliaries ?

.....
.....

4) May an auxiliary becomes a nurse ? yes no
Duration of education ?.....

5) May nurses transfer to auxiliaries the authority to undertake some cares ? no yes

- ⇒ oral
- ⇒ written

Examples of cares ?.....
.....

1.2. Role of the nurse (auxiliary nurses excluded)

A - Responsibility

The French law defines very precisely responsibility level of nurses. We distinguish three major level of responsibility or authority to undertake a care.

Level 1 : the personal responsibility : the nurse assumes the entire responsibility of the initiation and the realisation of the nursing care.

Level 2 : the prescribed authority : the nurse assumes the responsibility of the realisation but she needs a prescription from another health care professional.

Level 3 : the delegated authority : the nurse realises the care under a delegation authority from another health care professional.

1) Does such a classification exist in your country ? If so, could you describe it ?

.....

Is it a legal classification an informal classification ?

2) Is nurses allowed to do a diagnosis ? yes no

Does an accepted classification of « nursing diagnostic » exist ? yes no

If so, is it used ? yes no

3) May nurses prescribe ? yes no

acts, if so does a list exist ? yes no

medications, if so does a list exist ? yes no

If such lists exist, could we set copies ?

4) We would like to have an idea of the degree of nurses' autonomy. Could you tell us for some acts hereunder :

Who is allowed to perform the care ? Several answers possible

What is the level of responsibility ?

Act	Persons able to do the act	Level of responsibility		
		Personal responsibility	Prescription	Delegation
Intravenous	<input type="checkbox"/> specialised nurse <input type="checkbox"/> general nurse <input type="checkbox"/> auxiliary nurse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Personal care (hygiene)	<input type="checkbox"/> specialised nurse <input type="checkbox"/> general nurse <input type="checkbox"/> auxiliary nurse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sterile pre-operative cleansing	<input type="checkbox"/> specialised nurse <input type="checkbox"/> general nurse <input type="checkbox"/> auxiliary nurse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Blood transfusion	<input type="checkbox"/> specialised nurse <input type="checkbox"/> general nurse <input type="checkbox"/> auxiliary nurse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Surgical wound dressing change (ex :amputation)	<input type="checkbox"/> specialised nurse <input type="checkbox"/> general nurse <input type="checkbox"/> auxiliary nurse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Minor wound dressing change	<input type="checkbox"/> specialised nurse <input type="checkbox"/> general nurse <input type="checkbox"/> auxiliary nurse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Venous blood sampling	<input type="checkbox"/> specialised nurse <input type="checkbox"/> general nurse <input type="checkbox"/> auxiliary nurse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Blood pressure measure	<input type="checkbox"/> specialised nurse <input type="checkbox"/> general nurse <input type="checkbox"/> auxiliary nurse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Temperature measure	<input type="checkbox"/> specialised nurse <input type="checkbox"/> general nurse <input type="checkbox"/> auxiliary nurse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

B - Quality assurance

1) Does a nursing ethic broad distinct from the medical ethic broad exist ? yes no

Does exist an ethic code distinct from a medical ethic code exist ? yes no

Do standards for nursing practice exist ? yes no

Are they local national international ?

2) Is a specific broad allowed to evaluate nursing practices or to judge professional faults :

for self-employed nurses yes no

which one ?.....

for salaried nurses yes no

which one ?.....

Is it allowed to take sanctions ? yes no

1.3. Organisation

A -Leadership

How many nurses associations exist ?.....

Is there a chief nurse in the government ? yes no

B - Professional carrier

1) Does a hierarchy of nurse exist ? yes no

Could you describe it ?

.....
.....

2) Which criteria are used for a promotion ? examination seniority other

3) Is it possible for a nurse to make the following carrier moves :

from one sector to another

from hospital to outpatient care ;

between private sector and public sector ;

in the field of care,

from general care nursing to specialised care nursing ;

from nursing care to another non medical care (ex : kinesiatics)

from nursing care to medical care ;

to an administrative occupation,

care supervision or organisation ;

administration (direction of care structures at a local or national level).

4) Does the system encourage and help this carrier moves ?

yes

no

C - Working condition

Professional status	Number or percentage ?
Self-employed <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Salaried <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Mix <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	

1) The legal duration of work is :

weekly

annual

Duration.....

Duration.....

Is part-time work customary ?

.....
.....

2) Are statistics available about staffing per employer and/or by speciality ?

.....
.....

3) In what structure may a nurse work ?

	Numbers
Self-employed nurse working alone <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Self-employed nurse within outpatient medical care centre <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Self-employed nurse working in community centre ex : school, occupational care centre, enterprises... <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
Salaried nurse in outpatient medical care centre <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Salaried nurse in hospital - public <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
- private <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no
Salaried nurse working in community centre <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
Others possibilities	

4) What is the percentage of nurses working in the field of home care ?

.....

What is the percentage of home care expenditures in the amount of total health expenditures ?

.....

D - Remuneration

1) *Self-employed nurse*

fee for service

per capita payment

others :

.....

Is the activity of Self-employed nurses limited ?

number of acts

global budget

What about the trends in income of self-employed nurses ?

.....

.....

2) Does a national wage schedule for salaried nurses exist ?

yes

no

If so, could we obtain a copy?

What about the trends in wage of salaried nurses ?

.....

.....

3) Is there a fee schedule for nursing care ?

yes

no

How is this fee schedule designed ?

.....

.....

Do some procedure require a prior authorisation by health insurance ?

yes

no

4) We would like to compare the price (Euro) of few isolated nursing care.

	France	England	Sweden	Italy	Germany
Venous blood sampling	3,7731				
Intravenous	5,0308				
Intramuscular	2,5154				
Installing gastric sound	7,5462				
Installing intravenous perfusion	7,5462				
Changing permanent urinary	5,0308				
Complex dressing (needing asepsis condition)	10,0616				
Normal dressing	5,0308				
Personal home care (30')	7,5462				

SECTION 2. FUTUR TRENDS.

Do you anticipate :

Changes in the control of nurses and medical demography ? yes no

Could you detail ?

.....
.....
.....

A reform of nursing formation ? yes no

Could you detail ?.....

.....
.....
.....

Changes in the role and responsibilities of nurses ? yes no

Why do you think so ?.....

.....
.....
.....

2) Could you give more details about the way nurses' role might change ?

right to prescribe (granted or increase) ? yes no

Increased role in the coordination of care yes no

Increase of the personal responsibility ? yes no

Others.....
.....
.....
.....

3) Do you anticipate major changes in the sharing of responsibilities between the different professionals ? yes no

Is the creation of a « nurse practitioner » level in consideration (intermediary level between first level nurse and doctor). yes no

Is the distribution of tasks going to change between nurses and auxiliary nurses ? yes no

Others.....

4) Will new nursing specialities be created (or planned) ? yes no

Specialities related to the development of home care ? yes no

Which ones ?.....

Specialities related to the development of new technologies ? yes no

Which ones ?.....

Others :.....

.....

5) Will nurses obtain more leadership roles at the local level (for example at the hospital direction) ? yes no

Will the nurses obtain more leadership roles at the national level ? yes no

In the future, do you think that nurses will have to use more computers ? yes no

Is it a computer course available during the basic formation ? yes no

Is it a computer course available during the post-basic formation ? yes no

7) Do nurses have specific demands? yes no

Which ones ?.....

.....

.....

.....

.....

.....

Annexe 2: Liste des personnes rencontrées

Personnes rencontrées en Suède

1 - Association Suédoise des Professionnels de Santé :

Mrs Hassani Marie-Louise
The Swedish Association of Health Professionals
Vardförbundet
Adolf Frederiks Krykogata 11,
Box 3260
103 65 Stockholm
E-mail

Marie-Louise.Hassani@vardforbundet.se

Mrs Malm Jansson Kristina
The Swedish Association of Health Professionals
Vardförbundet
Adolf Frederiks Krykogata 11
Box 3260
103 65 Stockholm

Suède

2 - Délégation régionale de l'Office Nationale de Santé et du Bien-être (National Board of Health and Welfare).

Dan Andersson
Medical director
Socialstyrelsen
Box 423
S-701 48 Örebro
E-mail : Dan.Andersson@sos.se

3 - Université de Mälardalens – Ecole d'infirmières de Västerås.

Mrs Margareta Burell
Mälardalen University
P.O.Box 883
S-721 23 Västerås
e-mail : elsvig.eilert-petersson@mdh.se

Mrs Eilert-Pettersson
Mälardalen University
P.O.Box 883
S-721 23 Västerås
e-mail : margareta.burell@mdh.se

Personnes rencontrées en Angleterre

1 - Syndicat : Unison

Karen Jennings Unison
1, Mabledon Place
London WC1H 9AJ
Angleterre

e-mail : k.jennings@unison.co.uk

2 - Ministère de la Santé : Department of Health

Mrs Jenny Kay
Room 531
NHS Executive
Richmond House
79 Whitehall
London SW1 A2NS

3 - Syndicat : Royal College of Nursing.

Mrs Caroline Hyde-Price
Royal College of Nursing
20 Cavendish Square
London W1M 0AB
e-mail : caroline.hyde-price@rcn.org.uk

Mrs Susan Williams
Royal College of Nursing
20 Cavendish Square
London W1M 0AB
e-mail : susan.williams @rcn.org.uk

Annexe 3: Données OCDE

Les infirmiers de niveau 1 ont un minimum de trois années de formation structurée. Les infirmiers de niveau 2 ont suivi une formation structurée d'une durée d'un ou deux ans. La formation structurée à la profession d'infirmier varie beaucoup d'un pays à l'autre, comme le montrent les nomenclatures utilisées dans les pays Membres.

Les estimations disponibles sont généralement cohérentes d'une année à l'autre mais pas nécessairement comparables d'un pays à l'autre. Dans certains pays, les données sont recueillies à intervalles réguliers et donnent lieu à une moyenne annuelle ; dans d'autres pays, les données sont compilées une fois par an.

Pays	Nbre ou ETP	Inclut les prestataires			Praticiens retraités	Indépendant(e)	Inclus les professionnels			Méthode d'estimation
		infirmiers (aussi hôpital)	industrie, recherche administration	habilités à exercer			internes	étrangers	travail à l'étranger	
Allemagne	ETP (1)	oui	non	non	non	oui	résident	oui	non	31/12
Autriche	nombre	en hôpital seulement	non	non	non	non	résident	oui	non	31/12
Espagne	nombre			oui	oui	oui	résident	oui	oui	annuel
Finlande	nombre			oui	non	oui		non	non	31/12
France	nombre-ETP	oui	oui	non	non	oui	non	oui (U.E.)	non	1/1
Grèce	nombre	oui	non	oui	non	non	résident	non	non	annuel
Irlande	nombre	oui	oui	oui	non	oui		oui	oui	31/12
Italie	nombre	oui	non	non	non	non	internes	oui	non	annuel
Pays-Bas	nombre									
Portugal	nombre				non	non		oui	non	31/12
Suède	nombre	oui	oui		non	oui		oui	non	

Source : Eco-Santé OCDE 99, OCDE, Paris, 1999

Allemagne

Les données sont exprimées en équivalents plein temps; pour les infirmiers (ères) libéraux (ales), on prend pour hypothèse qu'un équivalent plein temps (ETPS) = une personne.

Prend en compte les infirmières travaillant en milieu hospitalier et dans des institutions de réhabilitation.

Autriche

Les infirmiers libéraux ne sont pas inclus.

Seuls les infirmiers dispensant des soins dans un hôpital sont comptabilisés.

Les données regroupent les infirmières DE (3 années d'études) et les auxiliaires infirmières (1 année d'études).

Belgique

Les infirmiers des "maisons de repos et de soins" (MRS) ne sont pas inclus.

Espagne

Data are for nurses entitled to practise who are registered with the different Colleges of nurses.

Finlande

Le personnel infirmier de deuxième niveau n'est pas pris en compte. Sont pris en compte : les infirmiers (ères) diplômées, sages-femmes diplômées, infirmiers (ères) diplômés de la santé publique.

Grèce

Inclus : infirmiers d'hôpital et infirmiers auxiliaires.

Irlande

Inclus le secteur public et le secteur privé.

Les chiffres correspondent à toutes les personnes inscrites au registre de l'An Bord Altranais (Comité des infirmiers). Ils peuvent inclure quelques infirmiers non-actifs. Ils comprennent aussi les catégories suivantes :

- Infirmiers employés dans l'exercice de cette profession dans les entreprises ou dans des organismes publics,
- Infirmiers employés dans les hôpitaux publics et privés,
- Infirmiers étrangers inscrits en Irlande et infirmiers irlandais vivant/travaillant à l'étranger.

Ces chiffres comprennent les personnes en formation initiale et en formation continue.

Inclus : infirmiers auxiliaires.

Italie

Les chiffres correspondent aux infirmiers employés dans les établissements de santé publics et privés. On distingue les catégories de chef infirmier, infirmier de niveau supérieur et infirmier générique.

Pays-Bas

L'OCDE ne possède des données que pour les infirmiers travaillant dans les établissements hospitaliers (et ces données ne sont peut-être que partielles).

Portugal

Les chiffres correspondent au nombre d'infirmiers travaillant dans les établissements prestataires de soins de santé publics et privés (hôpitaux et centres de santé). Les données sont surévaluées parce qu'un infirmier qui travaille dans un établissement public et dans un établissement privé est compté deux fois.

La catégorie des "infirmiers auxiliaires" n'existe pas.

Royaume-Uni

Grande Bretagne uniquement. Les ratios par rapport à l'emploi total en santé sont dès lors sous-estimés.

Suède

Les chiffres sont des estimations à partir du registre des infirmiers diplômés et du recensement démographique de 1990. Pour obtenir le nombre d'infirmiers actifs, on multiplie le nombre d'infirmiers diplômés de l'année considérée par le facteur 72,7% qui, en 1990, était le quotient entre le nombre d'infirmiers dénombrés dans le recensement démographique et le nombre publié dans le registre des infirmiers diplômés. Cette série est de très mauvaise qualité.

Comprend les infirmiers d'hôpital mais non les infirmiers auxiliaires.

Annexe 4:
La formation : quelques précisions

1. La formation en France

1.1 La formation d'infirmier de soins généraux

Les études préparant au diplôme d'Etat d'infirmier de soins généraux (il donne l'accès au titre d'I.D.E., Infirmier Diplômé d'Etat) sont accessibles aux élèves à partir de l'âge de 17 ans (au plus tard le 31 décembre de l'année des épreuves de sélection), disposant d'un niveau baccalauréat ou équivalent ou, justifiant d'une expérience professionnelle particulière, après une procédure de présélection. Des épreuves d'admissibilité puis d'admission s'ensuivent.

La formation dure 38 mois (soit un peu plus de trois ans) au sein d'un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) agréé par le Ministère de la Santé. Elle comprend 2 240 heures de cours théoriques et 2 275 heures de stages pratiques en milieu professionnel.

La formation théorique comprend des modules globaux (soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections respiratoires, traumatologiques, psychiatriques...) et des modules transversaux (hygiène, anatomie, soins infirmiers...).

D'une durée de 3 à 6 semaines, les stages sont effectués sur la base de 35 heures par semaine. Ils se déroulent dans des services de médecine, chirurgie, maternité, psychiatrie, pédiatrie, gériatrie...

L'acquisition des connaissances, tant théoriques que pratiques, est évaluée à différentes étapes de la formation par des contrôles réalisés conjointement par un enseignant et un soignant du lieu de stage. A la fin du cursus, l'élève infirmier réalise un Travail Ecrit de Fin d'Etudes, (communément appelé "mémoire") sur un thème en rapport avec la profession infirmière et choisi par l'étudiant et l'équipe pédagogique. Celui-ci doit être argumenté à l'oral devant un jury de professionnels.

La formation n'est pas rémunérée *a priori*, mais l'étudiant peut bénéficier d'aides financières diverses dépendant de sa condition :

- bourse d'études du Ministère de la Santé attribuée par la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) ;
- allocation d'études accordée par l'établissement formateur en contrepartie d'un engagement de servir dans celui-ci après l'obtention du diplôme d'Etat ;
- maintien du traitement au titre de la promotion professionnelle hospitalière pour les agents de la fonction publique hospitalière ;
- maintien du salaire au titre de la formation professionnelle ;
- rémunération de formation professionnelle accordée par le conseil régional du lieu de l'institut de formation en soins infirmiers.

En ce qui concerne le secteur hospitalier public, les infirmiers peuvent y accéder au niveau du premier grade du corps des infirmiers classé en catégorie B, par concours sur titres, sous des conditions de diplôme, d'autorisation d'exercer et d'âge (45 ans au plus). Ils ont la possibilité de passer du grade des infirmiers de classe normale à celle des infirmiers de classe supérieure. S'ouvrent aussi des possibilités d'évolution de carrière vers des fonctions de Cadres (3èmes grade du corps infirmier) dans les services de soins (surveillant de service) ou dans les instituts de formation (cadre enseignant). Cette évolution se fait actuellement sous certaines conditions d'ancienneté dans la profession, conjuguées à une formation complémentaire dans une école de cadres. Le passage au corps des surveillants-chefs (soignants ou enseignants) exige des conditions supplémentaires d'exercice professionnel et de formation.

1.2 Points de repères des autres formations aux soins infirmiers et de nursing

Les infirmiers ont également des possibilités d'évolution vers une spécialisation (puériculture, infirmier de bloc opératoire ou infirmier anesthésiste). Cette évolution se fait actuellement par une formation complémentaire dans une école à laquelle on accède selon différentes modalités possibles, à la condition d'avoir obtenu préalablement son DE d'infirmier de soins généraux à laquelle s'ajoutent des conditions d'expérience professionnelle et/ou des épreuves d'admission. Les diplômes obtenus procurent le titre de puéricultrice diplômée d'état (PDE) en 12 mois, d'infirmier de bloc opératoire diplômé d'état (IBODE) en 9 mois ou celui d'infirmier anesthésiste diplômé d'état (IADE) en 24 mois. Quelle que soit la formation, des aides financières variables mais du même type sont possibles.

A l'autre bout de l'échelle, les études préparant au diplôme professionnel d'aide-soignant (DPAS) ou à celui d'auxiliaire de puériculture (DPAP) sont accessibles aux élèves à partir de l'âge de 17 ans également (au plus tard le 31 décembre de l'année des épreuves de sélection) mais disposant du diplôme national du brevet des collèges (BEPC) ou d'un CAP Petite Enfance ou équivalent du secteur sanitaire et social, soit justifiant d'une expérience professionnelle particulière. Des épreuves d'admissibilité puis d'admission sont également prévues.

La formation dure 12 mois au sein d'une école agréée par le Ministère de la Santé. Des aides financières sont possibles, bourse d'étude ou maintien du salaire dans le cadre de la promotion professionnelle ou de la formation professionnelle.

1.3 Depuis la rentrée 1992, le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique a été supprimé

Les nouvelles modalités de délivrance du Diplôme d'Etat Infirmier (DEI) aux infirmiers titulaires du diplôme de secteur psychiatrique (supprimé depuis la rentrée 1992) sont fixées par le décret du 29 décembre 1999 (décret relatif à l'application de l'article L.474-2 du Code de la Santé publique).

Il prévoit la création d'une commission régionale chargée d'examiner, pour chaque candidat, compte tenu de sa formation initiale et de son cursus professionnel, le contenu de la formation complémentaire nécessaire préalablement à l'obtention du Diplôme d'Etat Infirmier.

Le DEI est délivré par le préfet de région, sur proposition de cette commission dont la composition offre toutes garanties d'impartialité, et qui comprend bien des représentants des infirmiers psychiatriques.

En 1998, un groupe de travail, composé des différents représentants des infirmiers psychiatriques, a été mis en place. Il est chargé de deux missions : surveiller les conditions de délivrance du Diplôme d'Etat Infirmier aux infirmiers psychiatriques et réfléchir à la possibilité de créer une spécialisation en psychiatrie. Il doit également réfléchir à la meilleure façon d'organiser l'adaptation à l'emploi lorsqu'un professionnel passe des soins généraux à la psychiatrie et inversement.

2. Les spécialités au Royaume-Uni

- Accidents et urgences/traumatologie
- Aide psycho-sociale
- Alimentation (trouble du comportement)
- Anesthésie
- Brûlures et chirurgie plastique
- Cancérologie
- Cardiologie
- Cardio-thoracique (médecine-)
- Chirurgie (services de-)
- Continence
- Déontologie
- Dermatologie
- Diabétiques (soins aux-)
- Douleur (traitement de la -)
- Drogés et alcooliques
- Enseignement et évaluation (des élèves infirmiers)
- Féminines (maladies-)
- Gastro-entérologie
- Génétique
- Génito-urinaire (maladies-)
- Gestion
- Gynécologie
- Hématologie
- Infections (lutte contre les-)
- Médecine du travail
- Néphrologie
- Neurologie
- Nouveaux-nés (soins aux-)
- Obstétrique (sages-femmes)
- Ophtalmologie
- Orthopédie
- ORL
- Pédiatrie
- Plaies (traitement des-)
- Planning familial
- Psychiatrie/santé mentale
- Radiologie et radiothérapie
- Recherche
- Rééducation
- Respiration (troubles de la-)
- Rhumatologie
- Sein (maladies du-)
- Sexuels (troubles-)
- SIDA et VIH
- Soins aux handicapés mentaux
- Soins aux personnes âgées
- Soins aux stomatisés
- Soins extra-hospitaliers
- Soins infirmiers médicaux
- Soins intensifs
- Soins palliatifs
- Soutien psychologique après un décès
- Thérapies complémentaires
- Transplantations
- Urologie

3. La formation en Suède

Concernant le contenu de l'enseignement, différentes instances sont consultées : le Ministère de la Santé, le Ministère de l'Education, l'Agence Nationale pour l'Enseignement Supérieur, les organisations professionnelles. Toutefois, sur la base des textes de l'Union Européenne, le programme est déterminé par l'école en collaboration avec les autorités du comté et de la municipalité, qui sont les principaux employeurs des étudiants à leur sortie.

3.1. La formation initiale

Les conditions d'admission à la formation initiale sont très proches de la France : 3 ans de secondaire supérieur (lycée) après 9 ans de scolarisation primaire et secondaire. Par conséquent, l'âge minimum pour intégrer une formation infirmière est d'environ 19 ans.

1. *La formation des infirmiers.* Un diplôme infirmier (licence de sciences en soins infirmiers) valide un cursus de trois ans (120 semaines) Cette qualification est reconnue par la Direction Nationale de la Santé et des Affaires Sociales (SOS). A noter que la formation de radiologie débouche sur une licence de sciences en soins infirmiers dans le domaine du diagnostic radiologique.
2. *La formation des infirmiers spécialisés.* Les infirmiers certifiés ont accès à 9 spécialités : santé publique, salle d'opération, puériculture, psychiatrie, ophtalmologie et orthopédie, traitement du cancer, anesthésie, soins infirmiers et soins intensifs. En accord avec les directives européennes, ces spécialisations nécessitent entre un an et un an et demi de formation, plus un an de pratique.
3. *La formation de sages-femmes.* Un infirmier certifié et enregistré peut entamer une spécialisation de sage-femme. Le cursus dure un an et demi et débouche sur une qualification reconnue et enregistrée.
4. *La recherche.* Les infirmiers et les sages-femmes peuvent, si ils le souhaitent, suivre un enseignement supérieur sur les programmes de recherche qui comprend un cursus d'au minimum 4 ans. Selon I. HEYMAN, qui a consacré sa thèse de doctorat aux recherches en soins infirmiers, entre 1974 et 1991, environ 65 thèses ont été recensées. Depuis, selon l'Université de Malarden, 200 thèses de doctorat en soins infirmiers auraient été soutenues ; un peu plus de 0,2 % des 90 000 infirmiers exerçant ont un doctorat.

3.2. La formation continue

Le développement de la formation professionnelle (ou continue) est un des aspects essentiels du travail d'infirmier ou de sage-femme.

Cette formation supplémentaire permet d'obtenir le poste d'infirmier-expert (*expert nurse*). Il existe différents types de cours de formation continue : assurance qualité, théories infirmières, management, direction, anatomie, physiologie, pharmacologie...

3.3. Le contenu de la formation

En théorie, la moitié du temps de formation doit être consacrée à des études pratiques et à des stages.

Tableau n° 15
Le contenu de la formation en Suède

Module	Année 1	Année 2	Année 3
Soins infirmiers (théorie et pratique)	20 semaines	20 semaines	20 semaines
La profession infirmière en pratique		5 semaines	10 semaines
Management infirmier et gestion des organisations			5 semaines
Sciences comportementales appliquées aux soins infirmiers	5 semaines	5 semaines	
Sciences sociales appliquées aux soins infirmiers	5 semaines		
Sciences naturelles/médecine, appliquées aux soins infirmiers	10 semaines	10 semaines	
Options			5 semaines

4. La formation en Allemagne

Tableau n° 16
Contenu de la formation infirmière en Allemagne

Cours (théorie et pratique)		Pratique	
Thème	Heures	Thème	Heures
Orientation professionnelle, jurisprudence et civisme	120	Médecine générale et spécialisée (gériatrie et pathologie)	900
Hygiène et microbiologie médicale	120	Chirurgie générale et spécialisée	750
Biologie, anatomie et physiologie	120	Gynécologie ou urologie, soins de suites de couches et néonataux	350
Physique et chimie spécialisée	40	Psychiatrie, pédiatrie, soins communautaires...	400
Pharmacologie	60	Cours optionnels	600
Pathologie générale et spécifique (soins de prévention, diagnostic, thérapie et épidémiologie)	360	Total	3 000
Principes et bases de psychologie, sociologie, éducation	100		
Soins de nursing	480		
Principes de bases de réhabilitation	20		
Introduction à l'organisation hospitalière et à la documentation	30		
Langage et littérature	20		
Aide primaire	30		
Cours optionnels	100		
Total	1 600		

Trois types de formations complémentaires sont possibles après les trois années de formation initiale. Certaines d'entre elles exigent un minimum d'expérience professionnelle.

a) Spécialités cliniques :

- le soin intensif, nécessite deux années d'expérience préalable, la formation dure 2 ans ;
- le soin psychiatrique ;
- le soin oncologique ;
- le soin communautaire ,
- l'hygiène : plusieurs années d'expérience sont exigées, formation de 2 ans ;
- la salle d'opération : nécessite deux années d'expérience, la formation dure 2 ans ;
- l'anesthésie : nécessite deux années d'expérience, la formation dure 2 ans ;
- la dialyse ;
- le soin en ambulatoire ;
- le soin de réadaptation.

b) Spécialités de management :

- surveillante « *stationpflege* ». Nécessite une expérience professionnelle de plusieurs années. La formation dure de 3 à 5 mois ;
- surveillante « *oberpfleger* ». Nécessite plusieurs années d'expérience en tant que « *stationpflege* ». La formation dure un an.

c) Spécialisation dans l'enseignement :

- Nécessite 3 ans d'expérience professionnelle et 6 mois en tant qu'assistant de cours. La formation dure 2 années.

Annexe 5 : Grille des salaires

1. Echelle des salaires des infirmiers diplômés d'Etat dans le secteur public français

Echelon	Indice brut de référence	Ancienneté moyenne	Rémunération nette
<i>Corps des Infirmiers diplômés d'état</i>			
- Premier grade : Infirmier DE de classe normale			
8 ^{ème}	558		12 955 F
7 ^{ème}	519	4 ans	
6 ^{ème}	480	4 ans	
5 ^{ème}	443	4 ans	
4 ^{ème}	407	3 ans	
3 ^{ème}	372	3 ans	
2 ^{ème}	346	2 ans	début de carrière 9 330 F (2)
1 ^{er}	322	1 an	
Total 21 ans (réel 20 ans)			
- Deuxième grade : Infirmier DE de classe supérieure			
5 ^{ème}	593		13 670 F
4 ^{ème}	565	4 ans	
3 ^{ème}	530	3 ans	
2 ^{ème}	499	3 ans	11 810 F
1 ^{er}	471	3 ans	
Total 13 ans			
- Troisième grade : Surveillant des services médicaux			
7 ^{ème}	638		fin de carrière:
6 ^{ème}	595	3 ans	14 945 F
5 ^{ème}	557	3 ans	
4 ^{ème}	522	3 ans	
3 ^{ème}	485	2 ans	
2 ^{ème}	455	2 ans	
1 ^{er}	422	1 an	10 670 F
Total 14 ans			
<i>Corps des surveillants-chefs des services médicaux</i>			
7 ^{ème}	660		fin de carrière:
6 ^{ème}	615	2 ans et demi	15 600 F
5 ^{ème}	575	2 ans et demi	
4 ^{ème}	540	2 ans	
3 ^{ème}	505	2 ans	
2 ^{ème}	470	2 ans	11 900 F
1 ^{er}	440	2 ans	
Total 13 ans			

Source : <http://www.sante.gouv.fr/hm/pointsur/metiers/infirm.htm>

(1) Bénéfice d'une bonification d'un an qui permet d'accéder directement au deuxième échelon.

2. Grille des salaires au Royaume-Uni

NURSES, MIDWIVES AND HEALTH VISITORS															
From—	1 April 1999														
Grade	£ annual	£ hourly													
Pre-registration students (tradition)	8470	4.33													
	8950	4.58													
	9820	5.02													
Pupil Nurse	8470	4.33													
	8950	4.58													
A															
under 18	7955	4.07													
18 and over	8705	4.45													
	9020	4.61													
	9335	4.77													
	9650	4.94													
	9975	5.10													
	10310	5.27													
	10650	5.45													
B															
	10310	5.27													
	10650	5.45													
	10995	5.62													
	11360	5.81													
	11735	6.00													
C															
	11735	6.00													
	12135	6.21													
	12555	6.42													
	13005	6.65													
	13460	6.88													
	13915	7.12													
D															
	14400	7.36													
	14895	7.62													
	15395	7.87													
	15905	8.13													
			E	15395	7.87										
				15905	8.13										
				16465	8.42										
				17075	8.73										
				17830	9.12										
			F	17075	8.73										
				17830	9.12										
				18590	9.51										
				19365	9.90										
				20145	10.30										
				20925	10.70										
			Discretionary points	21315	10.90										
				21710	11.10										
				22105	11.31										
			G	20145	10.30										
				20925	10.70										
				21710	11.10										
				22505	11.51										
				23300	11.92										
			Discretionary points	23705	12.12										
				24110	12.33										
				24515	12.54										
			H	22505	11.51										
				23300	11.92										
				24110	12.33										
				24920	12.75										
				25735	13.16										
			Discretionary points	26150	13.37										
				26570	13.59										
				26990	13.80										
			I	24920	12.75										
				25735	13.16										
				26570	13.59										
				27405	14.02										
				28240	14.44										
			Discretionary points	28645	14.65										
				29065	14.87										
				29485	15.08										
						Day nursery assistant under 19									
						7955 4.07									
						19 and over									
						8705 4.45									
						9020 4.61									
						9335 4.77									
						9650 4.94									
						9975 5.10									
						10310 5.27									
						10650 5.45									
						Staff nursery nurse NNEB (SNNEB (if in Scotland))									
						9895 5.06									
						10175 5.20									
						10465 5.35									
						10755 5.50									
						11045 5.65									
						11335 5.79									
						PRE-REGISTRATION STUDENTS (DIPLOMA)									
						Nursing students bursary rates (annually)									
						<table border="1"><thead><tr><th></th><th>London</th><th>Elsewhere</th></tr></thead><tbody><tr><td>Under age 26 at start of course</td><td>5374</td><td>4572</td></tr><tr><td>Over 26 at start of course</td><td>5944</td><td>5148</td></tr></tbody></table>		London	Elsewhere	Under age 26 at start of course	5374	4572	Over 26 at start of course	5944	5148
	London	Elsewhere													
Under age 26 at start of course	5374	4572													
Over 26 at start of course	5944	5148													
						LONDON ALLOWANCE (Not payable to staff in the senior nurse/senior midwife structure)									
						Inner London									
						i) Staff in grades A & B, and other staff not covered by (ii) — £1850 a year plus 5% of salary up to a maximum of £750.									
						ii) Clinical and educational staff in all grades above B, whether or not included in the clinical grading structure—£2,205 a year plus 5% of salary up to a maximum of £750.									
						Outer London									
						£1,570 a year plus 5% of salary up to maximum of £750.									
						Fringe zone									
						£285 a year plus 2.5% of salary up to a maximum of £375.									
						Extra territorial management and contiguous units									
						£627 a year plus the percentage of salary or maximum appropriate to the health district in which the unit is situated.									

3. Grille des salaires en Allemagne

BAT-West									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Kr. XIII	4.775,92	4.977,76	5.179,62	5.336,61	5.493,58	5.650,60	5.807,59	5.964,59	6.121,58
Kr. XII	4.413,96	4.601,94	4.789,89	4.936,08	5.082,29	5.228,48	5.374,66	5.520,87	5.667,09
Kr. XI	4.094,59	4.275,01	4.455,40	4.595,74	4.736,04	4.876,36	5.016,66	5.156,99	5.297,32
Kr. X	3.789,17	3.956,53	4.123,91	4.254,08	4.384,26	4.514,42	4.644,60	4.774,75	4.904,93
Kr. IX	3.508,83	3.663,60	3.818,40	3.938,79	4.059,17	4.179,58	4.299,99	4.420,37	4.540,76
Kr. VIII	3.248,32	3.391,72	3.535,13	3.646,70	3.758,25	3.869,80	3.981,34	4.092,88	4.204,41
Kr. VII	3.010,18	3.142,67	3.275,13	3.378,17	3.481,20	3.584,24	3.687,27	3.790,30	3.893,33
Kr. VI	2.795,24	2.916,65	3.038,05	3.132,47	3.226,90	3.321,31	3.415,73	3.510,14	3.604,61
Kr. Va	2.663,50	2.777,01	2.890,51	2.978,79	3.067,06	3.155,35	3.243,63	3.331,91	3.420,16
Kr. V	2.573,07	2.680,46	2.787,85	2.871,37	2.954,90	3.038,41	3.121,92	3.205,45	3.288,98
Kr. IV	2.409,58	2.505,03	2.600,49	2.674,73	2.748,97	2.823,22	2.897,46	2.971,70	3.045,92
Kr. III	2.257,94	2.339,04	2.420,16	2.483,25	2.546,34	2.609,43	2.672,51	2.735,59	2.798,67
Kr. II	2.115,78	2.186,87	2.257,97	2.313,27	2.368,55	2.423,85	2.479,14	2.534,44	2.589,74
Kr. I	1.985,48	2.048,76	2.112,02	2.161,22	2.210,43	2.259,64	2.308,83	2.358,04	2.407,24

Grille de salaire pour la région ouest

	Stufe 1 célibat	Stufe 2 marié	Stufe 3 marié, un enfant
Kr. XIII	1013,31	1204,93	1367,29
Kr. VII bis Kr. XII	900,56	1092,18	1254,54
Kr. I bis Kr. VI	848,28	1030,82	1193,19
pour chaque enfant supplémentaire : DM 162,36			

indemnité de résidence - région ouest

Kr. I u. Kr. II	163,08
Kr. III bis Kr. VI	192,61
Kr. VII bis Kr. XIII	205,46

indemnité individuelle - région ouest

BAT-Ost									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Kr. XIII	4.131,17	4.305,76	4.480,37	4.616,17	4.751,95	4.887,77	5.023,57	5.159,37	5.295,17
Kr. XII	3.818,08	3.980,68	4.143,25	4.269,71	4.396,18	4.522,64	4.649,08	4.775,55	4.902,03
Kr. XI	3.541,82	3.697,88	3.853,92	3.975,32	4.096,67	4.218,05	4.339,41	4.460,80	4.582,18
Kr. X	3.277,63	3.422,40	3.567,18	3.679,78	3.792,38	3.904,97	4.017,58	4.130,16	4.242,76
Kr. IX	3.035,14	3.169,01	3.302,92	3.407,05	3.511,18	3.615,34	3.719,49	3.823,62	3.927,76
Kr. VIII	2.809,80	2.933,84	3.057,89	3.154,40	3.250,89	3.347,38	3.443,86	3.540,34	3.636,81
Kr. VII	2.603,81	2.718,41	2.832,99	2.922,12	3.011,24	3.100,37	3.189,49	3.278,61	3.367,73
Kr. VI	2.417,88	2.522,90	2.627,91	2.709,59	2.791,27	2.872,93	2.954,61	3.036,27	3.117,99
Kr. Va	2.303,93	2.402,11	2.500,29	2.576,65	2.653,01	2.729,38	2.805,74	2.882,10	2.958,44
Kr. V	2.225,71	2.318,60	2.411,49	2.483,74	2.555,99	2.628,22	2.700,46	2.772,71	2.844,97
Kr. IV	2.084,29	2.166,85	2.249,42	2.313,64	2.377,86	2.442,09	2.506,30	2.570,52	2.634,72
Kr. III	1.953,12	2.023,27	2.093,44	2.148,01	2.202,58	2.257,16	2.311,72	2.366,29	2.420,85
Kr. II	1.830,15	1.891,64	1.953,14	2.000,98	2.048,80	2.096,63	2.144,46	2.192,29	2.240,13
Kr. I	1.717,44	1.772,18	1.826,90	1.869,46	1.912,02	1.954,59	1.997,14	2.039,70	2.082,26

Grille de salaire pour la région est

	Stufe 1 célibat	Stufe 2 marié	Stufe 3 marié, un enfant
Kr. XIII	876,51	1042,26	1182,71
Kr. VII bis Kr. XII	778,98	944,74	1085,18
Kr. I bis Kr. VI	733,76	891,66	1032,11
pour chaque enfant supplémentaire : DM 140			

indemnité de résidence - région est

Kr. I u. Kr. II	141,06
Kr. III bis Kr. VI	166,61
Kr. VII bis Kr. XIII	177,72

indemnité individuelle - région est

Annexe 6 : Calcul des parités de pouvoir d'achat

1. Explications méthodologiques sur le calcul des parités de pouvoir d'achat PIB (Ecu)

L'Office Statistique des Communautés Européennes (Eurostat) calcule depuis 1991, des parités de pouvoir d'achat (PPA) annuelles pour les pays de la CE ainsi que pour l'Autriche, la Suisse et la Suède. La Finlande a été associée à ces calculs annuels en 1992.

Les séries chronologiques de PPA publiées sont ici basées sur les résultats obtenus pour les pays de l'OCDE pour les années de référence 1990 et 1993 - ainsi que les résultats des calculs annuels effectués par Eurostat pour 1991 et 1992.

Les PPA 1990 du PIB pour les 25 pays de l'OCDE ont été extrapolées jusqu'en 1970 en utilisant les taux d'inflation de chaque pays rapportés à celui des Etats-Unis. Les variations des PPA dépendant directement des taux d'inflation relatifs des différents pays, cette méthode permet d'obtenir des estimations fiables pour les autres années autres que l'année de base à condition qu'elles ne soient pas trop éloignées de cette année de base.

Les PPA annuelles calculées par Eurostat pour les pays de la CE et les pays associés ont été utilisées pour 1991 et 1992. Pour les autres pays de l'OCDE, la méthode décrite ci-dessus a été utilisée pour estimer des PPA pour 1991 sur la base des PPA de 1990 et pour estimer des PPA pour 1992 sur la base de celles de 1993. Ces deux ensembles de PPA calculées et extrapolées pour 1991 et 1992 ont ensuite été raccordés en utilisant le total CE de façon à obtenir des PPA cohérentes pour tous les pays de l'OCDE.

Table des sigles

Table des sigles

ADS : Roof Organisation of Denominational Nurses (Allemagne)

AFP : Agence France Presse (France)

AIS : Acte Infirmier de Soins (France)

AMI : Acte Médical Infirmier (France)

ANADI : Association Nord Américaine du Diagnostic Infirmier

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (France)

AP-HP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (France)

BEPC : Brevet d'Etude de Premier Cycle (France)

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle (France)

CDD : Contrat à Durée Déterminée (France)

CEE : Communauté Economique Européenne (EEC en anglais)

CHU : Centre Hospitalier Universitaire (France)

CMT : Consommation Médicale Totale (France)

CNAM-TS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (France)

CNI : Convention Nationale des Infirmiers (France)

DAG : Union for the employees (Allemagne)

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (France)

DBFK : Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Allemagne)

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (France)

DGS : Direction Générale de la Santé (France)

DH : Direction des Hôpitaux (France)

DoH : Department of Health (Royaume-Uni)

DOM : Département d'Outre Mer (France)

DPAP : Diplôme Professionnel d'Aide-Soignants (France)

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques - anciennement le SESI (France)

ENB : National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting (Royaume-Uni)

ETP : Equivalent Temps Plein

FNI : Fédération Nationale des Infirmiers libéraux (France)

GBE : Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Allemagne)

GP : General Practitioner (Royaume-Uni)

HAD : Hospitalisation A Domicile (France)

HMO : Health Maintenance Organisation (Etats-Unis)

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplôme d'Etat (France)

IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplôme d'Etat (France)

ICN : International Council of Nursing

IDE : Infirmier Diplôme d'Etat (France)

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers (France)

INSEE : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques (France)

IPASVI : Infermieri Professionali Assistenti Sanitari Vigilatri d'Infanzia (Italie)

ISP : Infirmier de Secteur Psychiatrique (France)

NBHW : National Board of Health and Welfare (Suède)

NHS : National Health Service (Royaume-Uni)

NP : Nurse Practitioner (Royaume-Uni)

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique (OECD en anglais)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM : Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (France)

ÖTV : Union for the Public Services (Allemagne)

PIB : Produit Intérieur Brut

PPA : Parité de Pouvoir d'Achat

PSD : Prestation Sociale Dépendance (France)

PSI : Projet de Soins infirmiers (France)

RCN : Royal College of Nursing (Royaume-Uni)

RDA : République Démocratique d'Allemagne

RFA : République Fédérale d'Allemagne

SESI : service des Statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information (voir DREES)

SIAD : service de Soins Infirmiers A Domicile (France)

SK : Couronne suédoise

SOS : Direction Nationale de la Santé et des Affaires Sociales (Suède)

UKCC : United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (Royaume-Uni)

VF : Vardförbundet (Suède)

Liste des tableaux et graphiques

Liste des tableaux

Tableau n° 1	
Effectifs par situation professionnelle au 1 ^{er} janvier 1998 (France métropolitaine).....	22
Tableau n° 2	
Personnel des services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (SIAD, effectif 1996) ...	32
Tableau n° 3	
Evolution des professionnels paramédicaux infirmiers enregistrés au UKCC Royaume-Uni, 1991-1996	34
Tableau n° 4	
Professionnels paramédicaux infirmiers NHS (hôpital et services de soins communautaires) Angleterre, septembre 1998	35
Tableau n° 5	
Effectifs infirmiers en équivalent temps plein par secteur (1995)	37
Tableau n° 6	
Evolution de l'emploi paramédical infirmier dans le secteur privé Angleterre (hospitalier et à domicile)	37
Tableau n° 7	
La rémunération des élèves infirmiers au Royaume-Uni.....	42
Tableau n° 8	
Salaires moyens des infirmiers par catégorie professionnelle en Suède	55
Tableau n° 9	
Emploi infirmier salarié en Allemagne.....	63
Tableau n° 10	
Structure de la profession en Allemagne	64
Tableau n° 11	
Démographie infirmière (nombre / densité pour 1000 hbs)	78
Tableau n° 12	
Moyenne de la durée de séjour en soins aigus Comparaison internationale.....	82
Tableau n° 13	
Evolution du taux de rotation des lits de soins aigus. Comparaison internationale	82
Tableau n° 14	
Evolution de l'effectif infirmier moyen par lit de soins aigus Comparaison France/Allemagne	83
Tableau n° 15	
Le contenu de la formation en Suède	140
Tableau n° 16	
Contenu de la formation infirmière en Allemagne.....	141

Liste des graphiques

Graphique n° 1 Le poids des professionnels de soins infirmiers et de nursing dans le système français en 1998 (métropole).....	20
Graphique n° 2 Répartition des effectifs infirmiers par âge et sexe en Suède	52
Graphique n° 3 Répartition des effectifs infirmiers en Suède par employeur	52
Graphique n° 4 Salaire moyen par âge et par sexe des professions infirmières en Suède	55

Achévé d'imprimer le 23 octobre 2000
ELECTROGELOZ, 58, rue de Rochechouart
75009 PARIS
Dépôt légal : Octobre 2000