

Deuxième partie

**Présentation des interventions des experts étrangers
à la journée d'étude du 16 juin 2005 :
Rôles des infirmières et coopération avec les médecins dans les
soins primaires à l'étranger - Quels enseignements pour la France ?**

Sommaire

Programme de la journée d'étude	105
1. Rôles actuels et à venir de l'infirmière en soins primaires «Grundpflege» et techniques «Behandlungspflege» au domicile du patient en Allemagne	107
1. Situation démographique des personnes âgées	107
2. L'organisation des soins au domicile en Allemagne	108
3. Répartition des soignants selon les différents secteurs	112
4. Journée quotidienne d'une infirmière au domicile des patients	114
5. L'évolution de la pratique de l'infirmière (tendances)	115
Les difficultés	115
Les progrès	115
Références	115
2. Le rôle des infirmières et le partage des responsabilités avec les médecins dans les soins primaires au Canada	117
Introduction	117
Deux contextes de pratique des soins primaires : les CLSC et les cabinets médicaux privés	117
La profession infirmière dans les soins primaires	118
Le travail des infirmières en soins primaires et le partage des responsabilités	121
Les pratiques en émergence	123
Conclusion	124
3. La collaboration interprofessionnelle en soins de première ligne : une expérience québécoise	127
Le programme UMF-Services courants	127
Le programme de formation interprofessionnelle aux soins collaboratifs	130
Conclusion	131
4. Rôles actuels et à venir de l'infirmière en soins primaires en Suède	133
Introduction	133
1. Les soins primaires étendus : quelles structures ?	134
2. Rôle de l'infirmière	136
3. Description des compétences des infirmières	136

4. Quelles sont les activités possibles pour les infirmières ?	136
5. Les enjeux pour l'avenir du système de santé suédois	137
6. Les enjeux futurs pour les infirmières	137
5. Le rôle des infirmières en soins primaires au Royaume-Uni	139
Introduction	139
1. Etat des lieux de la profession infirmière en soins primaires en Angleterre	139
1.1. Organisation du financement des soins primaires	139
1.2. Nombre, domaines d'exercices et titre des infirmières en soins primaires.....	142
1.3. Description du travail des infirmières, niveau d'études et expérience requis pour leur permettre de remplir leurs différents rôles	143
2. Les changements actuels pour les infirmières en soins primaires	148
2.1. La prescription infirmière	148
2.2. Les infirmières " matrones " dans la communauté et la prise en charge des cas de malades atteints de maladies chroniques nécessitant des soins de longue durée	149
Conclusion	151
6. La collaboration entre médecins et infirmières dans le Service National de Santé au Royaume-Uni : l'expérience de Foxhayes, Exeter, Devon	153
Introduction	153
1. La nature radicale des changements actuels dans la politique de santé au Royaume-Uni	153
2. Quelques particularités de la médecine générale anglaise	154
3. Des exemples de la façon dont les infirmières exercent leurs responsabilités élargies dans notre cabinet de médecine	155
Le Cabinet de Foxhayes	155
La prise en charge des patients asthmatiques	156
La prise en charge des patients diabétiques	156
Les Plans de Gestion Clinique	157
La consultation conjointe	158
Conclusion	158
7. La figure professionnelle de l'infirmier(ière) en Italie	159
Sommaire	159
Le statut de l'infirmier(ière)	159

La disparition progressive de la distinction entre infirmière générale et infirmière professionnelle	159
La profession infirmière en chiffres	161
La formation désormais réalisée à l'université	161
La formation continue	163
Le champ d'action de l'infirmier(ière)	163
L'organisation de la profession	166
Les formes de rétribution	167
La fonction de gestionnaire	168
Les figures de soutien	168
Principales associations infirmières italiennes	170

Programme de la journée d'étude

Matinée présidée par le **Professeur Yvon Berland**,
Président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé

- 9 h 30 - 9 h 45 • Introduction et problématique de la journée
Yvon Berland
Président de l'ONDPS
- 9 h 45 - 10 h 45 • Présentation des résultats de l'étude
Yann Bourgueil, Anna Marek, Julien Mousquès (IRDES)
- 11 h 00 - 13 h 00 Intervention des experts étrangers
- **Allemagne**
Rôles actuels et à venir de l'infirmière en soins primaires
Olivia Dibelius
Professeur de Sciences infirmières
Université protestante de management des professions du secteur de la santé
et du travail social (Berlin)
 - **Canada**
Rôles actuels et à venir de l'infirmière en soins primaires
Danielle D'Amour
Professeur agrégé de Sciences infirmières
Directrice du Centre FERASI, Chercheur au GRIS, Université de Montréal
 - **Canada**
La collaboration infirmière/médecin dans les soins primaires au Canada
André Bilodeau
Professeur agrégé de Médecine
Département de médecine familiale
Université de Laval
- 13 h 00 - 14 h 00 Buffet sur place

Après-midi présidée par **Dominique Polton**
Directrice de l'IRDES

14 h 00 - 16 h 00

- **Suède**

Rôles actuels et à venir de l'infirmière en soins primaires

Anette Richardson

Déléguée officielle de l'Association suédoise des professionnels de santé
Membre du Comité représentatif des infirmières de l'Union européenne

- **Royaume-Uni**

Rôles actuels et à venir de l'infirmière en soins primaires

Claire Goodman

Docteur en Sciences infirmières

Directrice de l'Unité de recherche en soins primaires infirmiers

Université College London Archway Campus

- **Royaume-Uni**

La collaboration infirmière/médecin dans les soins primaires au Royaume-Uni

Kieran Sweeney

Docteur en médecine générale

16 h 15 - 17 h 30

- **Table ronde avec les intervenants, animée par**

Dominique Polton

Directrice de l'IRDES

- **Conclusion**

Mireille ELBAUM

Directrice de la DREES

1. Rôles actuels et à venir de l'infirmière en soins primaires « *Grundpflege* » et techniques « *Behandlungspflege* » au domicile du patient en Allemagne

Dr. O. Dibelius
Professeur de Sciences infirmières
Université protestante de management des professions du secteur de la santé et du travail social

1. Situation démographique des personnes âgées

A l'heure actuelle, 2,9 millions de personnes en Allemagne (3,6 %) ont 80 ans, ou plus. D'ici vingt ans, ce nombre atteindra 5,1 millions (6,3 %). En 2050, 8 millions de personnes appartiendront à ce groupe, soit 11 % de la population totale. Les conséquences en seront plurielles, et toucheront des domaines aussi divers que, par exemple, l'architecture, la politique, l'éducation et le secteur de la santé.

Actuellement 2 millions d'Allemands ont besoin de soins. 1,4 million de personnes sont soignées à domicile : 987 000 personnes par des volontaires ou des membres de leur famille et 450 000 personnes par des professionnels. 640 000 per-

sonnes âgées sont soignées dans des maisons de retraite et de soins. A l'avenir, le nombre de personnes âgées nécessitant des soins augmentera comme dans tous les pays d'Europe pour les raisons suivantes :

- augmentation du nombre de personnes de plus de 85 ans ;
- augmentation de la multimorbidité et des maladies chroniques ;
- augmentation du nombre de personnes âgées vivant seules ;
- baisse de la disponibilité de la famille en cas de soins, due à l'activité professionnelle des femmes.

Tableau 1
Evolution et projection de la situation démographique des personnes âgées entre 1953 et 2050

Pourcentage de personnes âgées entre 1953-2050					
	1953	1971	2000	2020	2050
Plus de 60 ans	15,1 %	19,9 %	23,0 %	28,5 %	35,8 %
Plus de 80 ans	1,1 %	2,0 %	3,6 %	6,3 %	11,3 %
Plus de 90 ans	0,1 %	0,1 %	0,6 %	1,0 %	2,1 %
Espérance de vie en fonction du sexe*					
Hommes : 74,44 ans			Hommes à 80 ans : 6,91 ans		
Femmes : 80,57 ans			Femmes à 80 ans : 8,37 ans		

Source : BMFSFJ, 2002

Tableau 2
Répartition par âge des pensionnaires
en maisons de retraite et de soins
en Allemagne en 1999

	Hommes	Femmes
De 65 à 79 ans	1,2 %	1,4 %
De 80 ans et plus	5,3 %	13,2 %
Répartition des habitants des maisons de retraite en fonction du sexe		
Hommes : 21 %	Femmes : 79 %	

Source: BMFSFJ, 2002; Schneekloth & Müller, 1999 cité d'après Wahl & Heyl 2004

Tableau 4
Part des personnes âgées vivant seules
selon l'âge et le sexe en 2001

	Hommes	Femmes
De 60 à 64 ans	11,9 %	22,2 %
De 65 à 69 ans	11,9 %	32,3 %
De 70 à 74 ans	13,9 %	45,1 %
De 75 à 79 ans	18,6 %	60,7 %
Plus de 80 ans	32,7 %	71,5 %

Source: BMFSFJ, 2001

Tableau 3
Répartition du besoin de soins en fonction
de l'âge en Allemagne en 2001

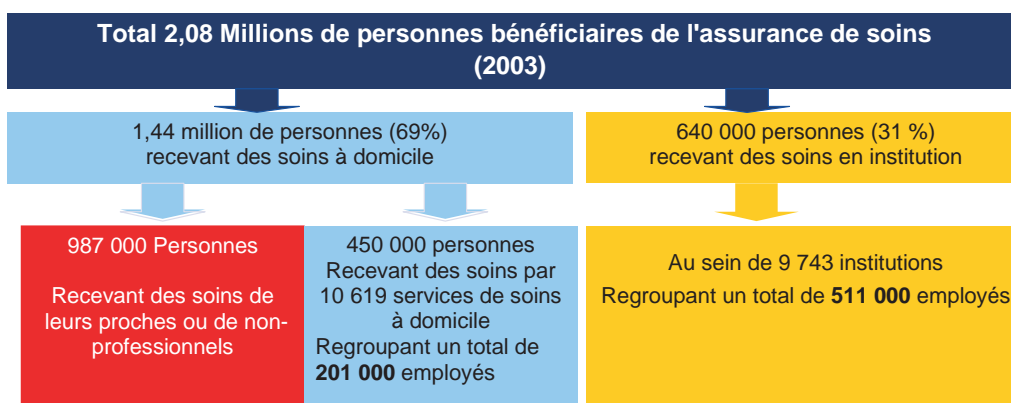
80 à 85 ans : 1/5 ont besoin de soins
85 à 90 ans : 1/3 ont besoin de soins
90 ans : 1/2 ont besoin de soins (64 % ont besoin de soins intensifs*)

* soins intensifs signifie les soins de nursing lourds
Source: BMFSFJ, 2001

2. L'organisation des soins au domicile en Allemagne

Depuis l'introduction de " l'assurance de soins " (de dépendance) en 1995, les soins au domicile sont privilégiés par rapport à ceux dispensés à l'hôpital. L'assurance-maladie prend en charge tous les traitements médicaux ainsi que les soins prescrits et délégués par le médecin. " L'assurance de soins " (de dépendance) rembourse seulement les soins de base (" *Grundpflege* ") qu'ils soient réalisés au domicile par des proches des professionnels ou en institution. Le graphique 1 présente la répartition des personnes bénéficiant de l'assurance de soins selon le lieu de soins et les acteurs délivrant les soins.

Graphique 1
Répartition des personnes bénéficiaires de l'assurance de soins/dépendance
selon le lieu de soins en Allemagne en 2003



Source : Michael Isfort, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP).

Il y a trois catégories principales de soins de base (léger, moyen, grave) qui sont attribuées non pas en fonction de la gravité de la maladie mais en fonction du besoin d'aide des patients au quotidien (activité quotidienne : respirer, bouger, dormir). Une quatrième catégorie plus exceptionnelle (*Härtefall*) existe pour les personnes qui présentent un besoin particulièrement important (par exemple lorsque 2 personnes doivent être présentes pour la plupart des soins). Un montant maximum est affecté à ces catégories. Comme le montre le tableau 5, ce montant varie selon que le soin est délivré par un proche à domicile, un professionnel à domicile, dans le cadre d'un hôpital de jour ou de nuit, ou une institution. Le patient et sa famille peu-

vent en effet choisir de bénéficier de soins professionnels à domicile ou de recevoir une somme d'argent finançant les soins quand un des membres de sa famille se sent capable de prodiguer les soins. Une combinaison entre le financement des soins professionnels et le financement direct de la personne est aussi possible.

Le tableau 6 présente la répartition des bénéficiaires de l'assurance de soins/dépendance par tranche d'âge et par lieu de résidence, les deux tiers des personnes bénéficiant de l'assurance dépendance étant soignées au domicile. Un tiers de ces personnes sont soignées par des équipes de soins infirmiers.

Tableau 5
Les catégories de soins (« Grundpflege »)
de l'assurance dépendance et leurs montants selon leurs destinataires

	Montants maximum pour les soins au domicile		Montants alloués pour des soins en structure de jour ou de nuit	Montants alloués pour des soins en institution
	Soins réalisés par des non-professionnels (proche, famille)	Soins réalisés par des professionnels (à la demande de la personne ou de ses proches)	(Montants alloués quand la personne doit recevoir des soins en structure de jour ou de nuit dans une structure ad hoc)	(Montants alloués quand la personne ne peut être qu'en institution)
Catégorie I Demande totale de soins supérieure à 90 minutes. Plus de 45 minutes pour des soins de base (Grundpflege)	205 €	384 €	384 €	1 023 €
Catégorie II Demande totale de soins supérieure à 180 minutes. Plus de 120 minutes pour des soins de base (Grundpflege)	410 €	921 €	921 €	1 279 €
Catégorie III Demande totale de soins supérieure à 300 minutes. Plus de 240 minutes pour des soins de base (Grundpflege)	665 €	1 432 €	1 432 €	1 432 €
Härtefall	Non existant	1 918 €		1 688 €
Montant pour aménager le logement	Jusqu'à 2 557 €	Le montant est alloué en fonction d'une analyse de la situation		
Congés rémunérés pour les soignants	Jusqu'à 1 432 € chaque année	(En cas de maladie du soignant et si le soignant souhaite prendre des vacances pour au moins 4 semaines) le montant n'est pas donné automatiquement.		

Source : Michael Isfort, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP)

Tableau 6
Bénéficiaires de l'assurance de soins/dépendance selon le niveau de prise en charge en 2004)

L'assurance de soins (Pflegeversicherung) : personnes bénéficiaires selon le niveau de couverture (en milliers et par âge) 31.12.2004													
Age	Personnes au domicile				Personnes en institution				Total				
	Catégorie de soins			Total	Catégorie de soins			Total	Catégorie de soins			Total	En %
	I	II	III		I	II	III		I	II	III		
Under 15	30 855	20 157	10 134	61 146	1 902	679	609	3 190	32 757	20 836	10 743	64 336	3,3
15 to under 20	9 909	8 296	5 971	24 176	2 274	333	449	3 056	12 183	8 629	6 420	27 232	1,4
20 bis unter 25	6 813	6 727	4 670	18 210	3 263	438	659	4 360	10 076	7 165	5 329	22 570	1,2
25 bis unter 30	5 468	5 972	3 441	14 881	3 646	451	605	4 702	9 114	6 423	4 046	19 583	1
30 bis unter 35	6 195	6 301	3 251	15 747	4 767	594	717	6 078	10 962	6 895	3 968	21 825	1,1
35 bis unter 40	8 945	8 382	3 736	21 063	7 109	917	1 111	9 137	16 054	9 299	4 847	30 200	1,6
40 bis unter 45	11 102	9 527	3 678	24 307	8 398	1 398	1 488	11 284	19 500	10 925	5 166	35 591	1,8
45 bis unter 50	12 170	8 937	3 151	24 258	7 502	1 709	1 592	10 803	19 672	10 646	4 743	35 061	1,8
50 bis unter 55	15 427	9 525	3 271	28 223	7 447	2 262	1 788	11 497	22 874	11 787	5 059	39 720	2,1
55 bis unter 60	18 549	10 932	3 376	32 857	6 760	2 794	2 003	11 557	25 309	13 726	5 379	44 414	2,3
60 bis unter 65	32 833	19 003	5 308	57 144	9 454	5 724	3 266	18 444	42 287	24 727	8 574	75 588	3,9
65 bis unter 70	54 263	31 594	7 874	93 731	13 110	10 719	5 542	29 371	67 373	42 313	13 416	123 102	6,4
70 bis unter 75	73 289	40 335	9 619	123 243	14 255	16 036	7 694	37 985	87 544	56 371	17 313	161 228	8,4
75 bis unter 80	113 711	56 732	12 882	183 325	24 410	31 081	14 493	69 984	138 121	87 813	27 375	253 309	13,2
80 bis unter 85	160 699	73 344	16 578	250 621	46 576	59 327	26 220	132 123	207 275	132 671	42 798	382 744	19,9
85 bis unter 90	96 658	48 451	10 644	155 753	37 095	48 600	20 553	106 248	133 753	97 051	31 197	262 001	13,6
90 und älter	89 254	62 417	16 455	168 126	47 359	75 864	35 850	159 073	136 613	138 281	52 305	327 199	17
Total	746 140	426 632	124 039	1 296 811	245 327	258 926	124 639	628 892	991 467	685 558	248 678	1 925 703	100
Total en %	38,7	22,2	6,4	67,3	12,7	13,4	6,5	32,7	51,5	35,6	12,9	100	

Source : Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

En pratique, le besoin d'aide n'est pas évalué par le médecin libéral mais par " le service médical de l'assurance de soins (MDK) " qui est une structure " neutre " (mais dépendante de l'assurance de soins). Une grande partie du diagnostic du MDK est faite par les infirmières qui travaillent dans cette structure et qui jouissent des mêmes droits que les médecins.

Les sommes indiquées dans le tableau 5 correspondent à des maximums. Le montant alloué à l'organisation qui délivre les soins au domicile doit être ventilé de manière précise entre les différents modules de soins tels que celui décrit

dans le tableau 7. S'il s'avère que les intervenants passent moins de temps que prévu et donc que le budget alloué *a priori* est trop élevé, l'organisation infirmière en reverse une partie à la caisse. S'il s'avère que le budget alloué ne permet pas de couvrir les soins, c'est au patient de payer la part complémentaire aux soignants.

La nomenclature, dont un exemple est présenté dans le tableau 7, décrit des actes qui sont valorisés en points. Le volume de points est déterminé en fonction du temps nécessaire. Un tarif du point est défini à l'échelon de chaque Land par les caisses du Land.

Tableau 7
Exemple d'un module de l'assurance de soins (de dépendance)

Module : Toilettes		
Contenu	Points	Prix
Petite toilette : habillage et déshabillage, toilette de certaines parties du corps, soins de la bouche et des dents, brossage des cheveux	200	8,24 €
Grande toilette : habillage et déshabillage, toilette/douche, rasage, soins de la bouche et des dents, brossage des cheveux	400	16,48 €
Première visite : anamnèse de soins, plan de soins, différentes propositions d'un contrat de soins	600	24,72 €
Soins de la peau		
Soins des cheveux (brosser, laver)		

Soins primaires en minutes					
Module I Soins de corps		Module II Manger		Module III Mobilisation	
Bains	20-25	Préparation	2-3	Habillage	8-10
Brossage	1-2	Aide lors de la prise du repas	15-20	Déshabillage	4-6
Rasage	5-10			Se lever	1-2
Soins des dents	5				

3. Répartition des soignants selon les différents secteurs

2003 : **9 700** (1999 : 8 900 ; en augmentation).

- Nombre de services de soins ambulatoires en 2003 : **10 600** (1999 : 10 800 ; en baisse).
- Nombre de maisons de retraite et de soins en

Le secteur hospitalier, qui est toujours l'employeur principal des infirmières offre cependant moins d'emplois ces dernières années, en raison de la politique de réduction du nombre de lits, comme le montre le graphique n° 2.

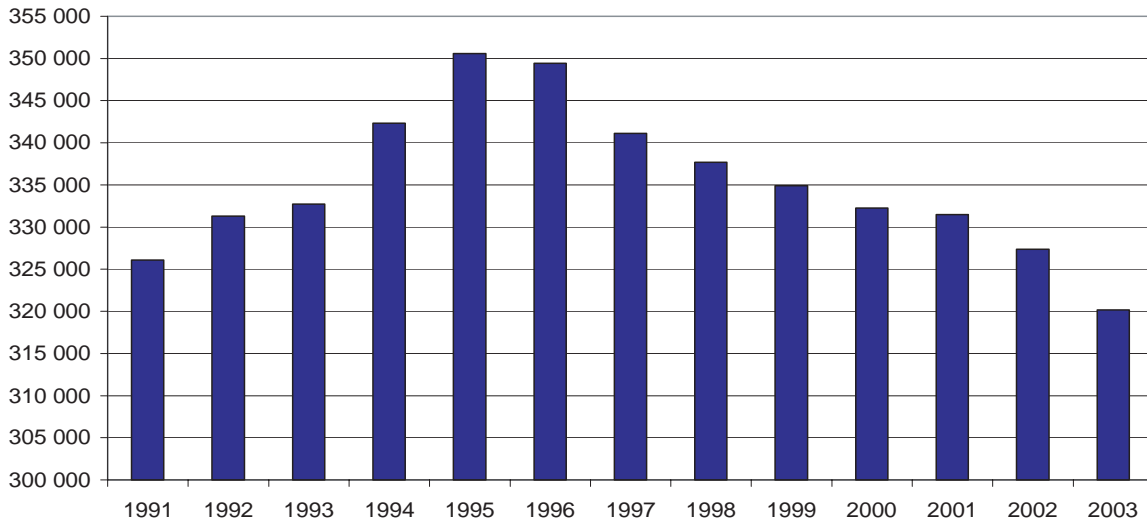
Tableau 8
Répartition des soignants selon les secteurs de soins

Profession	Services de soins à domicile	% de temps plein	Equivalent temps plein	Institutions	% de temps plein	Equivalent temps plein
Nombre total de personnes employées	200 897		134 514	510 857		388 749
Nombre total de personnes employées pour le soin	135 540			345 255		
Infirmières gériatriques (3 ans de formation)	31 757	40,9	24 457	110 208	61,7	95 219
Aide soignant infirmière gériatrique (une année de formation)	4 816	28,8	3 374	14 662	44,9	11 520
Infirmière généraliste (3 ans de formation équivalent IDE)	63 233	36,0	43 296	55 348	52,5	44 509
Aide soignant infirmier (une année de formation)	9 678	27,2	6 521	18 994	44,9	14 956
Infirmière puéricultrice (3 ans de formation)	5 360	34,5	3 701	3 587	47,1	2 822
Infirmière cadre – niveau master (4 ans de formation) (Nursing Studies at University or University of applied science)	557	66,6	467	1 397	68,9	1 204
Nombre total de soignants (infirmières et aides soignants infirmiers)	115 401		81 816	314 404		170 230

Graphique 2
Evolution de la force de travail infirmière en ETP dans les hôpitaux allemands de 1991 à 2003

© dip 2005

Vollzeitkräfte Pflegedienst Krankenhäuser



Source : Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1. Gesundheitswesen, 2003.

Le secteur des soins ambulatoires est en expansion pour les infirmières : les offres d'emploi s'y multiplient. En 1999, il y avait **184 000** employés et en 2003, ils étaient **201 000**. **Cette augmentation est à mettre en regard avec la baisse du nombre de services de soins ambulatoires, ce qui traduit un mouvement de concentration au sein des services ambulatoires.**

La proportion des infirmières auxiliaires ou des personnes sans formation a diminué ces dernières années dans les deux secteurs. Enfin depuis l'introduction de l'assurance de soins le rôle des infirmières gériatriques a pris de l'importance.

Il existe trois types d'infirmières diplômées :

- infirmières générales (équivalent IDE) ;
- infirmières gériatriques ;
- infirmières pédiatriques ;

Qualifications :

- infirmière diplômée : 3 ans ;
- infirmière gériatrique : 2 à 3 ans ;
- aide-soignante : 1 an.

Il y a de nombreuses **spécialités** mais elles ne sont pas très bien encadrées ou définies au niveau national.

Spécialités des infirmières en Allemagne
Anesthésie et soins intensifs
Soins psychiatriques
Infirmières de salles opératoires
Infirmières communautaires
Contrôle des maladies infectieuses (hygiène)
Infirmières de soins palliatifs
Infirmières en néphrologie et en dialyse rénale

Source : DBFK/Busse

Situation économique difficile des services ambulatoires

- 56 % financés par l'assurance de soins (de dépendance) ;
- 34 % financés par l'assurance maladie ;
- 10 % financent les patients.

Les patients acceptent difficilement de payer les soins eux-mêmes. Les services ambulatoires font beaucoup d'offres qui ne sont pas remboursées, par exemple la visite de conseil, obligatoire et non remboursée.

4. Journée quotidienne d'une infirmière au domicile des patients

Les services spécialisés disposent de plus de liberté pour pratiquer les soins individualisés, par exemple **pour les malades mentaux, les migrants, les soins palliatifs et les soins oncologiques**. Ces services sont financés par la caisse de maladie et non par la caisse de dépendance. Dans ce cas, les soins de nursing ("*Grundpflege*") et les soins techniques ("*Behandlungs-*

pflege") sont effectués par une seule et même personne qui doit avoir une spécialisation. Le soutien psychosocial fait partie intégrante des soins. Les actes professionnels suivants sont remboursés par la caisse d'assurance maladie : observation intensive, entretien des appareils de respiration, hygiène du poumon, soins de la canule trachéale, manipulation de la pompe d'injection, conseil et éducation des membres de la famille, soutien psychosocial.

Service sans spécialisation	
<ul style="list-style-type: none"> ● Les services privés accueillent environ 30 patients, les services communaux en accueillent 40 à 45 ; ● Les infirmières ayant une formation de trois ans sont responsables des soins délégués et prescrits par le médecin (soins techniques) ; ● Les infirmières gériatriques et les aides soignantes sont responsables des soins primaires (toilette, prévention d'escarre, mobilisation, conseil et soutien psychosocial) ; ● Chaque employé s'occupe de 12 à 13 patients dans un système de « primary nursing », 	
Infirmière diplômée	Infirmière gériatrique et aide soignante
Début : 5.30 → prise au bureau du service des clés des appartements et de la voiture. Discussion sur les tâches à accomplir et sur la route à prendre pour se rendre chez les patients.	
10 minutes par patient pour les soins délégués par le médecin : changement de pansement ; préparation des médicaments ; injection ; contrôle sanguin (diabète) ; contrôle de la tension ; documentation ; conseils aux membres de la famille ou aux nouveaux collègues.	20 – 25 minutes pour les soins primaires (« Grundpflege ») : grande ou petite toilette ; préparation du repas ; aide lors de la prise du repas ; mobilisation et soutien psycho-social
10 minutes pour la communication et l'échange.	Pas de temps prévu (hormis les soins) ni pour la communication ni pour l'échange ni pour des activités sociales.
C'est seulement entre deux visites que les soignants peuvent faire une pause – que la plupart d'entre eux ne font d'ailleurs pas.	
Fin de la journée de travail : 15.00 (l'équipe suivante travaille de 15h à 22h).	

5. L'évolution de la pratique de l'infirmière (tendances)

Les difficultés

- Décalage entre les soins délégués par le médecin (« *Behandlungspflege* ») et les soins primaires (« *Grundpflege* »), dû à la logique de « l'assurance de soins » (de dépendance) donc hiérarchisation des soins : dévalorisation des soins primaires par rapport aux soins techniques malgré le fait que les soins primaires effectués par des professionnels incluent une dimension de prévention, de conseil et de thérapie.
- Obligation par le système de module de l'assurance de se plier à un emploi du temps fixe, sans flexibilité, et inadapté aux besoins du patient.
- Peu de spécialisation dans les services pour les « nouveaux » groupes de patients ; nécessité de spécialisation pour les malades mentaux, les migrants ; besoin de spécialisation dans les soins palliatifs, soins oncologiques et au sein des hospices (problèmes de financement et de personnel spécialisé).
- Grande bureaucratization et précarité financière des services (MDK, l'assurance de dépendance et l'assurance-maladie sont des structures qui fonctionnent de façon parallèle).
- Réduction des possibilités de formation (de 2001 à 2003 : 10 000 emplois de formation ont été supprimés).

Les progrès

- Formation des professionnels de soins et des sages-femmes à l'université (Niveau : BA, MA et thèse ; contenu des études : management, sciences infirmières, éducation).
- Élargissement des domaines de travail : management, prévention, conseil, bien-être (wellness), sciences et éducation dans le contexte des assurances, du MDK, des hôpitaux, des cabinets de conseil et des institutions de recherche.
- Progression énorme dans le secteur de la recherche (non seulement il y a des activités de recherche dans 50 universités, mais aussi dans 20 centres de recherche).

- Dans l'opinion publique et dans la sphère politique : prise de conscience de l'importance des professions de soins grâce au « conseil de soins » (« *Pflegerat* ») et aux organisations de professions.
- Davantage d'autonomie pour le soignant et pour le malade grâce à la nouvelle structure de « budget » de soins (le patient reçoit une somme d'argent qui est gérée par un « *case manager* » qui détermine individuellement de quels soins il a besoin).
- Nouvelles formes de coopération : davantage d'équipes multiprofessionnelles et de réseaux de travail entre soignants professionnels et bénévoles (nouvelle loi concernant « l'intégration des soins et des thérapies » qui prescrit un « mix de soins et de thérapies » adapté aux besoins du patient).

Scénario possible pour l'organisation de la profession

- Une chambre de type participative qui se différencie des chambres de professions établies, comme celles des médecins et des pharmaciens.

Références

BMFSFJ (Hrsg.) (2001). *Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Alter und Gesellschaft*. Bonn.

BMFSFJ (Hrsg.) (2002). *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. Berlin.

DBFK

Dip (2004). *Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.: Pflege-Thermometer 2004. Frühjahrsbefragung zur Personalsituation, zu Rahmenbedingungen und zum Leistungsspektrum der ambulanten Pflegedienste in Deutschland*, Köln: www.dip-home.de.

Wahl, H.-W. & Heyl, V. (2004). *Gerontologie - Einführung und Geschichte*. Stuttgart: Kohlhammer.

2. Le rôle des infirmières et le partage des responsabilités avec les médecins dans les soins primaires au Canada

Danielle D'Amour, inf. Ph.D,
Marcela Ferrada-Videla, inf. Ph.D (cand)

Introduction

Avant d'aborder la question qui nous intéresse, soit la coopération entre les médecins et les infirmières dans les soins primaires, nous aimerions planter le décor des soins primaires au Canada et au Québec.

Depuis plusieurs années, trois défis majeurs interpellent les acteurs du système de santé :

1. l'accès à un médecin de famille
2. le suivi des personnes souffrant de problèmes de santé complexes, par exemple de maladie chronique avec comorbidité
3. la prévention et la promotion de la santé visant l'acquisition d'habitudes de vie saines.

Le système de santé canadien souffre de problèmes d'accessibilité, de continuité des soins et de globalité de l'intervention. Il souffre aussi de son financement, les coûts du système absorbant une partie toujours plus importante du budget des gouvernements. Ces problèmes n'ont pas été et ne seront pas réglés par le développement de soins de haute technologie mais bien par un système de santé orienté vers des soins primaires. Pour pallier une partie de ces problèmes, les décideurs se sont orientés vers le développement des soins primaires qui accordent une importance réelle à la prévention et à la promotion de la santé, au développement d'une première ligne forte et à la relation de confiance de longue durée entre un professionnel de la santé et le client. Les soins primaires, c'est aussi un engagement à ce que les personnes qui nécessitent des soins reçoivent les soins les plus appropriés, par le fournisseur le plus approprié et à l'endroit le plus approprié. En fait, pour les décideurs canadiens, les soins primaires constituent aujourd'hui le pivot du système de santé.

Malgré une orientation ferme vers les soins primaires et plusieurs années d'expérience, les

systèmes de santé provinciaux cherchent toujours les meilleures stratégies pour parvenir à une réelle intégration des soins et des services. Les principaux obstacles selon la Commission Romanow (2002) demeurent l'importance prépondérante accordée aux soins hospitaliers et médicaux, la spécialisation et la protection accrue des professionnels, la fragmentation de la prestation des soins de santé, le pouvoir de décision restreint des patients et le rôle secondaire accordé à la prévention et à la promotion. Le Canada a investi dans de nombreuses réformes structurelles pour résoudre ces problèmes. Les structures seules s'avèrent cependant insuffisantes pour développer des pratiques cliniques intégrées entre les disciplines et entre les établissements. Une fois les structures mises en place et les orientations clairement établies, commence le vrai travail d'intégration clinique. La dynamique d'intégration s'appuie sur des relations d'interdépendance invitant à plus de collaboration et de coordination entre les professionnels et entre les organisations. La collaboration n'est pas une affaire simple dans un tel champ de pratique, plusieurs intérêts sont en jeu. Il faut donc investir du temps pour construire un contexte où les professionnels trouveront collectivement un intérêt à une pratique partagée, ce qui est aujourd'hui le grand défi des soins primaires.

Deux contextes de pratique des soins primaires : les CLSC et les cabinets médicaux privés

Le développement des soins primaires se fait selon différents modèles dans chaque province canadienne. Au Québec, les soins primaires sont dispensés principalement à partir de deux types d'organisation : d'une part, par les Centres locaux de services communautaires (CLSC) et d'autre part, par les médecins de ville dans des cabinets médicaux individuels ou de groupe. Les CLSC sont maintenant intégrés à des organisations plus larges, les Centres de santé et de services sociaux. Ils regroupent un large éventail de professionnels (médecins, infirmières, assis-

tantes sociales, ergothérapeutes, physiothérapeutes, nutritionnistes, aides familiales...) ayant pour mission de fournir les services de promotion et de prévention ainsi que des services curatifs et de réadaptation à une population d'un territoire géographique. Les CLSC offrent différents programmes, les principaux étant le programme des " Services généraux " et le programme de " Soutien à domicile ". Ces deux programmes ont une importance majeure pour la diminution de l'hospitalisation et la fréquentation des salles d'urgences. Les infirmières y jouent un rôle majeur.

Les cabinets médicaux privés sont présents sur tout le territoire québécois, les médecins y travaillent habituellement seuls ou avec d'autres médecins. Ils sont rémunérés à l'acte alors que les médecins de CLSC sont surtout rémunérés au salaire. Le problème majeur est la pénurie importante de médecins et principalement de médecins de famille. Pour pallier ce problème, le Québec a mis sur pied en 2002 un nouveau mode de fonctionnement pour la première ligne, soit les Groupes de médecine de famille (GMF). Il existe aujourd'hui 104 GMF accrédités (MSSS, 2005) où les médecins travaillent en collaboration avec les infirmières.

La profession infirmière dans les soins primaires

Pour continuer de planter le décor des soins primaires au Canada et au Québec, nous devons aborder la question de la présence des infirmières en milieu communautaire et en première ligne, leur formation et la réglementation de la pratique.

Présence des infirmières

Le Canada comptait en 2001, 231 500 infirmières dont 13 % travaillaient en milieu communautaire. Le Québec dénombrait, pour sa part en 2003, 6 600 infirmières en santé communautaire sur 55 000 infirmières pour un pourcentage de 12 %, ce qui correspond au pourcentage d'infirmières libérales en France soit environ 50 000 sur 450 000 infirmières. Au Canada, le système libéral de soins infirmiers existe très peu. Les infirmières de santé communautaire sont employées et rémunérées au salaire par l'État.

Formation des infirmières

Le tableau 1 présente les équivalences de la formation des infirmières canadiennes en lien avec le système d'éducation français.

Tableau 1
Équivalence des diplômes canadiens en sciences infirmières en regard du système d'éducation français

Système canadien	Système français
Diplôme d'études collégiales (Techniques infirmières)	Bac + 2*
Baccalauréat universitaire en Sciences infirmières (Licence)	Bac + 4 1/2
Maîtrise en Sciences infirmières (Master)	Bac + 6 1/2
Doctorat en Sciences infirmières (Ph.D.)	--

* Il semble que le diplôme en soins infirmiers en France équivaudrait à un Bac + 3 mais dans les faits est reconnu Bac +2.

Le tableau 2 expose le portrait de la formation des infirmières au Canada et au Québec ainsi que la formation des infirmières en santé communautaire au Québec. La formation universitaire des infirmières canadiennes continue de progresser : en 2001, 31 % de celles-ci détiennent un diplôme universitaire, alors qu'en 1997 ce pourcentage était de 26 %. Rappelons que toutes les provinces canadiennes, sauf le Québec, exigent la formation universitaire comme niveau d'accès à la profession.

De façon plus spécifique au Québec en 2003, 41,9 % des infirmières détiennent une formation universitaire, qu'il s'agisse d'un baccalauréat, d'une maîtrise ou d'un doctorat. Les données démontrent une constante progression de la formation universitaire. En effet, parmi les membres actuels, 7 % ont débuté dans la profession avec une formation universitaire en sciences infirmières; aujourd'hui 37 % d'entre eux possèdent une formation universitaire. Enfin, la proportion d'infirmières qui poursuivent leurs études est en progression constante depuis les trois dernières années : une infirmière sur cinq poursuit des études et ce taux atteint une sur quatre pour celles qui ont obtenu un diplôme entre 1998 et 2003.

Tableau 2
La formation des infirmières
au Canada et au Québec

Formation	Canada * 2001	Québec ** 2003	Québec CLSC 2003
Techniques infirmières	67,9 %	57,1 %	26,8 %
Licence universitaire***	31,0 %	37,5 %	67,4 %
Maîtrise et Doctorat	1,8 %	4,4 %	5,7 %

* Institut canadien d'information sur la santé (2001).

** Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2003).

*** La licence peut s'obtenir par un diplôme de base et aussi par l'accumulation de trois certificats.

En ce qui a trait à la formation des infirmières en santé communautaire, on observe une proportion très élevée d'infirmières qui détient une formation universitaire, soit 73,1 %. En effet, les soins primaires mobilisent de façon intensive le potentiel et les compétences cliniques des infirmières et, conséquemment, la formation exigée est une formation universitaire, exigence largement répandue au Canada et qui fait consensus auprès des différentes instances politiques, syndicales et professionnelles. Pour répondre aux exigences du terrain, les infirmières doivent maîtriser de nombreux concepts, des habiletés d'évaluation et d'intervention et un jugement clinique solide ; elles sont souvent placées dans un contexte de diversité culturelle qui complexifie la pratique.

Réglementation de la pratique

L'adoption de la Loi sur les infirmières et infirmiers en 1973 marque un développement important dans l'évolution de la pratique infirmière au Québec. En 2002, on a modernisé la loi sur le champ d'exercice infirmier à partir de nouvelles modalités juridiques inscrites dans le Code des professions et dans la Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ, 2001). La nouvelle loi identifie 14 activités réservées à la profession infirmière, soit à titre exclusif, soit partagées avec d'autres professions (tableau 3). Il s'agit d'une définition par fonctions plutôt que par actes ce qui donne plus de latitude. Par ces 14 activités réservées, on reconnaît le jugement clinique infirmier, les compétences élargies, l'autonomie professionnelle de même que la possibilité de développer des nouveaux rôles (OIIQ, 2003).

Tableau 3
Activités réservées à l'infirmière

Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec	
Article 36 : L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs (OIIQ, 2003).	
Activités réservées à l'infirmière	
<ol style="list-style-type: none">1. Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique ;2. Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier ;3. Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance ;4. Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique ;5. Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance ;6. Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance ;7. Déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent ;8. Appliquer des techniques invasives ;9. Contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal ;10. Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes ;11. Administrer et ajuster des médicaments et d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance ;12. Procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique ;13. Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament selon une ordonnance ;14. Décider de l'utilisation des mesures de contention.	(OIIQ, 2003)

La naissance de cette nouvelle loi n'aurait pas été possible sans l'engagement de l'État, sans l'implication des ordres professionnels et sans l'existence d'un climat de confiance et de respect mutuel entre les médecins et les infirmières.

La mise en oeuvre locale de la loi demande la création d'un climat de collaboration et passe par l'explicitation des responsabilités respectives. En effet, de nombreux chevauchements sont possibles entre les responsabilités de l'infirmière et du médecin. Ces chevauchements sont gérés par les ordonnances individuelles ou collectives (cadre légal), ou par des protocoles et des programmes de suivi établis de façon concertée entre les infirmières et les médecins. Les ordonnances ont pour objet les médicaments, les traitements médicaux, les examens et les soins (OIIQ, 2001; 2003).

L'ordonnance individuelle s'adresse à un client en particulier que le médecin doit avoir vu préalablement.

L'ordonnance collective, quant à elle, s'adresse à un groupe de professionnels et elle est exécutée par les professionnels désignés comme habilités à le faire. L'ordonnance collective permet d'exercer les activités réservées sans avoir à attendre d'ordonnance individuelle dans les conditions suivantes :

1. lorsqu'il s'agit de répondre à une situation d'urgence ou dite " de routine " ou des situations cliniques prédéterminées ;
2. le client n'a pas à être vu par un médecin ;
3. cette situation peut exiger une évaluation préalable de la condition de santé (activité pouvant être exercée par une infirmière) (OIIQ, 2003).

Le développement de protocoles de soins et de programmes de suivi n'est pas inclus dans le cadre légal mais s'avère nécessaire au travail interprofessionnel afin de rendre explicite le partage

des responsabilités. Ces protocoles et programmes se développent de plus en plus pour des clientèles complexes. Il en existe pour le suivi des patients souffrant de problèmes cardio-vasculaires, de diabète, de broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) et d'obésité, et des patients recevant l'anticoagulo-thérapie.

Encadrement professionnel

Tout comme la formation et la réglementation sont des pièces maîtresses du développement du travail en soins primaires, l'encadrement professionnel est aussi essentiel. La Loi sur les services de santé et les services sociaux (MSSS, 1991) a créé la fonction de Directrice de soins infirmiers (DSI). Le rôle de la DSI vise la surveillance et le contrôle de la qualité des soins infirmiers, le maintien et le développement des compétences infirmières et le travail d'équipe (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2002).

Le travail des infirmières en soins primaires et le partage des responsabilités

Le décor est maintenant planté pour décrire le travail des infirmières et, de ce fait, le partage des responsabilités avec les autres professionnels de la santé notamment les médecins. Il n'est pas aisé de décrire les responsabilités des infirmières dans les soins primaires parce qu'il existe à travers le Canada de nombreux contextes et structures de pratiques. Nous reprendrons l'exemple du Québec. Nous avons mentionné précédemment que les soins primaires sont dispensés dans les CLSC, dans les cabinets médicaux et dans les GMF depuis peu. Nous verrons le partage des responsabilités entre les médecins et les infirmières dans ces trois milieux de pratique.

Les soins primaires en CLSC sont centrés sur les interventions de promotion, de prévention, de soins curatifs et de réadaptation.

Ils sont divisés en programmes dont les principaux sont :

1. le programme Enfance-Jeunesse-Famille,
2. le programme de soutien à domicile pour les personnes en perte d'autonomie et leurs proches,
3. le programme aux adultes,
4. le programme de services généraux.

Les deux programmes qui demandent une plus grande collaboration entre les médecins et les infirmières sont le programme de soutien à domicile et celui des services généraux, ce dernier comprenant les services de la première ligne médicale. Nous présenterons de façon spécifique le partage des responsabilités entre les médecins et les infirmières dans ces deux programmes.

Le programme de soutien à domicile (SAD)

Le programme du SAD vise à maintenir le plus longtemps possible les personnes dans leur milieu de vie, à pallier les pertes d'autonomie situationnelles ainsi qu'à accompagner la personne en fin de vie. Ce programme couvre la clientèle requérant une intervention à domicile suite à une chirurgie ou à une hospitalisation, la clientèle en perte d'autonomie ou à profil gériatrique et celle en phase terminale. Les équipes de maintien à domicile sont constituées d'un nombre important de professionnels. Par exemple, pour un CLSC de taille moyenne (desservant une population de 55 000 individus), il y aura environ 12 infirmières de maintien à domicile, 4 médecins équivalent à 2 temps complets, 6 assistantes sociales, une ergothérapeute, une physiothérapeute et environ trente aides familiales. Les infirmières assurent des services de garde 24 heures par jour et 7 jours par semaine.

Le partage des responsabilités entre les médecins et les infirmières est primordial dans ce secteur d'activités du fait que la plupart des interventions s'adressent à une clientèle présentant divers problèmes de santé physique (ex : diabète, HTA, insuffisance cardiaque, BPCO, malnutrition chronique, troubles chroniques persistants de santé mentale etc.). Ils peuvent aussi présenter des problèmes sociaux (ex : abus, violence, insalubrité du milieu de vie). De plus, certains traitements donnés à domicile (ex : patients sous chimiothérapie, antibiothérapie, anticoagulothérapie ou oxygénothérapie) nécessitent une base de collaboration consolidée entre le médecin traitant et l'infirmière afin de prévenir la détérioration de l'état de santé physique et de la situation sociale des patients. En outre, le partage des responsabilités entre les médecins et les infirmières comprend la mise en œuvre des programmes de suivi systématique, d'enseignement et d'autogestion de la maladie (Régie régionale de la santé et des services sociaux, 2002) pour la clientèle présentant des problèmes de santé chroniques ainsi que le développement d'une approche d'intervention spécifique pour les patients en phase terminale à domicile. L'in-

firmière peut initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance (ex : cathétérisme vésical, exérèse d'agrafes), administrer des médicaments sous ordonnance (ex : anticancérigènes, antibiotiques intraveineux) et, de plus, ajuster des médicaments dans certaines situations spécifiques (ex : l'oxygénothérapie pour les patients BPCO, les analgésiques et narcotiques pour les patients en phase terminale).

Prenons un exemple spécifique, soit le suivi des clientèles BPCO, condition considérée prioritaire au Québec car c'est la clientèle qui visite le plus les salles d'urgence. Le suivi systématique des patients atteints de BPCO vise à éviter ou retarder l'hospitalisation, à diminuer la fréquentation des salles d'urgence et à améliorer leur qualité de vie (Agence de développement, 2004). L'infirmière joue le rôle d'intervenante pivot laquelle détermine l'admissibilité du client au programme, le niveau de priorité de la prise en charge et les professionnels concernés par le suivi. Les activités de l'infirmière consistent à évaluer la condition physique et mentale, à exercer la surveillance clinique et à effectuer le suivi infirmier. Ainsi, l'infirmière, à partir des besoins identifiés avec le client, rédige un plan de suivi qu'elle discute avec les membres de l'équipe interprofessionnelle. Ce plan détermine les objectifs d'apprentissage du client, les activités de suivi et d'enseignement, la fréquence des visites, la surveillance des médicaments, la réadaptation respiratoire et un programme spécifique d'arrêt du tabac ainsi que le soutien aux proches. Au début de la prise en charge, les visites seront plus fréquentes, et seront faites en alternance par l'infirmière et par le médecin.

Le programme Services généraux

Le programme des services généraux en CLSC, ou services de première ligne, répond aux besoins de santé d'une clientèle qui consulte pour des problèmes simples et ponctuels de santé, des urgences mineures et des infections ou pour un suivi de maladies chroniques ou toute autre condition qui demande un suivi médical à court ou long terme. Dans un CLSC de taille moyenne (population couverte d'environ 55 000 personnes), le programme des services généraux compte l'équivalent de trois médecins à temps complet, et environ l'équivalent de sept infirmières à temps complet. Les médecins reçoivent la clientèle sur rendez-vous alors que les infirmières reçoivent la clientèle avec ou sans rendez-vous. Le sans rendez-vous vise à faciliter l'accessibilité. La clientèle oscille autour de 2 000 patients/année pour les médecins et de 3 000 patients pour les infirmières.

Le partage des responsabilités entre médecins et infirmières se fait selon des ordonnances individuelles ou collectives et selon des protocoles. La mise en œuvre des ordonnances collectives et protocoles se négocie localement entre la direction des soins infirmiers et le conseil des médecins. Ce type d'ordonnances suscite certaines discussions compte tenu que l'infirmière pose un jugement clinique sur l'état de santé du client. À titre d'exemple, on peut citer les ordonnances collectives visant l'administration et l'ajustement des médicaments pour la contraception d'urgence, l'administration d'épinéphrine sous-cutanée en cas de choc anaphylactique, l'ajustement d'insuline ou la culture des plaies par écouvillonnage. De plus, l'infirmière des services courants administre des médicaments sous ordonnance individuelle (ex : substances anticancérigènes, antibiotiques intraveineux). En outre, l'infirmière peut, sans ordonnance ni individuelle ni collective, administrer l'ensemble des produits immunisants compris dans le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ). Elle peut aussi initier des mesures diagnostiques (ex : sérologie et vaccin pour l'hépatite, sérologie de varicelle ou rougeole).

Pour augmenter l'accessibilité, un autre service a été mis en place sous la responsabilité des infirmières des services généraux des CLSC. Il s'agit d'un service infirmier d'évaluation et d'orientation téléphonique, Info-santé, mis en place en 1995 dans tout le Québec. Ce service permet l'accès à une infirmière 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Elle donne des informations, des conseils et des références pour tout problème de santé ou des problèmes de nature sociale (MSSS, 1999). L'infirmière reçoit les appels téléphoniques et, à l'aide d'un arbre de décisions, répond aux questions du client ou le réfère à la ressource la plus appropriée.

Les Groupes de médecine de famille

Les GMF ont été créés en 2002 dans le but d'augmenter l'accessibilité aux médecins de famille d'une part et d'autre part, pour offrir un meilleur suivi à la clientèle qui souffre de maladies chroniques. Les GMF regroupent des médecins provenant de cabinets médicaux privés et de CLSC. Un GMF regroupe généralement de six à dix médecins qui travaillent avec deux infirmières. Ils embauchent des infirmières qui relèvent administrativement du CLSC et qui sont donc payées par l'État. Ces équipes sont responsables d'une clientèle d'environ 2 000 patients par médecin, fidélisés par une inscription.

Nous observons que le rôle des infirmières se développe selon deux approches.

Les médecins de cabinets médicaux, payés à l'acte, ont tendance à utiliser les infirmières de façon traditionnelle pour accélérer le rendez-vous des patients en confiant à celles-ci l'évaluation sommaire de la situation. Le client voit ensuite son médecin. Cette manière de procéder peut permettre une plus grande accessibilité car le médecin peut voir plus de patients. Par contre, le client reçoit un suivi standard comportant peu d'enseignement.

La deuxième approche, que l'on trouve au sein des GMF mais qui est plus répandue parmi les médecins de CLSC payés à l'heure ou à vacation, voit l'infirmière comme collaboratrice. L'infirmière suit une partie de la clientèle du médecin, clientèle identifiée en collaboration et priorisée en fonction de ses besoins de santé. Ainsi, plusieurs GMF ont identifié les clientèles suivantes comme devant faire l'objet d'un suivi par les infirmières : les personnes souffrant de diabète, d'hypertension, d'hypercholestérolémie et d'obésité et les personnes qui reçoivent de l'anticoagulation. Les médecins et les infirmières ont travaillé ensemble pour développer des protocoles de suivi de ces clientèles.

Le médecin qui reçoit un patient atteint d'une de ces conditions le réfère à l'infirmière qui le prend en charge. L'infirmière fait le suivi selon le protocole, c'est-à-dire qu'elle évalue la condition physique et mentale, exerce la surveillance en incluant les mesures diagnostiques et thérapeutiques nécessaires, effectue les traitements et ajuste les médicaments au besoin. Le plan thérapeutique infirmier vise principalement à ce que les patients prennent en charge leur santé et qu'ils soient en mesure de gérer eux-mêmes leur maladie. L'infirmière travaille beaucoup sur la motivation et *l'empowerment* du client. Par exemple, dans le cas des patients diabétiques qui souvent souffrent d'autres conditions associées telles que l'hypertension, l'infirmière évalue le patient, demande les examens diagnostiques nécessaires, reçoit les résultats, les interprète et réajuste la médication si nécessaire. L'infirmière discute avec le médecin du suivi du patient et le médecin pourra revoir son patient annuellement.

Après deux ans de fonctionnement, des entrevues de recherche menées dans certains GMF montrent que les infirmières dans ce type d'approche ont une clientèle d'environ deux cents patients, en plus d'autres interventions ponctuelles. Selon les médecins et les infirmières inter-

viewés, ces patients bénéficient d'un meilleur accès aux soins et d'un meilleur suivi.

Les pratiques en émergence

Au-delà des pratiques infirmières qui se sont développées de façon systématique dans les dernières années et dont nous avons parlé précédemment (suivi systématique des clientèles, Info-Santé, intervenant pivot, triage aux services généraux, intervention lourde à domicile, collaboratrice dans les groupes de médecine de famille), d'autres pratiques se profilent. Nous en abordons deux, soit **l'infirmière de pratique avancée** et **l'infirmière de proximité**.

En Amérique du Nord, deux types d'infirmières de pratique avancée existent : l'infirmière clinicienne spécialisée et l'infirmière praticienne. Pour porter le titre, elles doivent posséder un diplôme de maîtrise (master).

L'infirmière clinicienne spécialisée existe depuis longtemps en milieu hospitalier et sa présence s'étend de plus en plus aux soins primaires. Son rôle concerne surtout le développement, l'implantation de projets cliniques et l'encadrement des infirmières. C'est une experte des soins à laquelle les infirmières réfèrent pour améliorer leurs compétences. Elle travaille en interprofessionnalité pour développer, par exemple, des programmes de suivi systématique dans la communauté.

La fonction de l'infirmière praticienne diffère largement. Celle-ci travaille surtout avec la clientèle, sa formation avancée porte sur un domaine spécifique d'expertise de soins médicaux (néonatalogie, néphrologie, cardiologie). Les médecins lui délèguent certains actes médicaux comme la prescription (médicaments, examens diagnostiques, traitements médicaux..) et des actes techniques invasifs. Aux activités réservées s'ajoutent cinq activités qui peuvent être exercées dans le cadre d'une pratique infirmière avancée. Ces dispositions ont été développées conjointement par L'Ordre des médecins du Québec et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Tableau 4
Activités réservées à l'infirmière praticienne

Activités réservées à l'infirmière praticienne en spécialité
1. Prescrire des examens diagnostiques ;
2. Utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice ;
3. Prescrire des médicaments ou d'autres substances ;
4. Prescrire des traitements médicaux ;
5. Utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice (OIQ, 2003).

Les infirmières sont formées conjointement par les facultés de médecine et de sciences infirmières. Pour le moment, les infirmières praticiennes n'ont pas le droit d'intervenir en services primaires et n'interviennent donc qu'en milieu hospitalier, mais nous croyons qu'il pourrait y avoir un développement en services primaires. Il importe de spécifier que même les infirmières praticiennes visent d'abord à dispenser des soins infirmiers et que les dispositions de la loi sont là pour les rendre plus autonomes dans certaines situations de soins.

Un autre type de pratique en émergence est l'infirmière de proximité, celle-ci faisant habituellement partie d'une équipe comprenant un médecin, un travailleur social et, dans certains cas, un organisateur communautaire. L'approche de réduction des méfaits et la stratégie de "outreach" sont à la base de l'intervention de l'infirmière de proximité et de l'équipe. Elle oeuvre dans le milieu des adolescents (écoles, maisons des jeunes, rue) ainsi qu'auprès des jeunes marginaux qui ne fréquentent pas le réseau traditionnel des services de santé (Ferrada-Videla et al., 2003). Cette clientèle présente des problèmes sociosanitaires complexes (ex : toxicomanie, itinérance, jeunes fumeurs, comportements sexuels à risque d'ITSS, risque de grossesse à l'adolescence, santé mentale, etc.). L'infirmière de proximité et le médecin se réfèrent mutuellement la clientèle et planifient ensemble le plan de traitement et de suivi. Pour sa part, l'infirmière peut initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage pour la clientèle adolescente et pour la clientèle à risque d'ITSS (ex : test de grossesse, counselling pré et post IVG, pilule du lendemain, contraception, VIH, hépatite) et assurer le suivi en collaboration avec le médecin.

Conclusion

L'orientation vers les soins primaires, les problèmes d'accessibilité aux services médicaux et la croissance incessante des coûts du système de santé ont amené les acteurs à promouvoir une façon différente de travailler. Les infirmières constituent des ressources largement mises à contribution. Nous disposons d'un certain nombre de données qui montrent des bénéfices pour les patients en matière de diminution de l'hospitalisation, de la qualité du suivi et même de la diminution du nombre de décès, notamment pour les patients ayant des problèmes cardiaques. Les médecins interviewés dans le cadre d'une recherche sur les GMF estiment qu'ils retirent des bénéfices du fait de travailler avec une collaboratrice de confiance qui assure un suivi et de l'enseignement à une partie de leur clientèle. Les infirmières bénéficient d'une plus grande autonomie, ce qui les rend plus motivées et satisfaites, car elles ont ainsi le sentiment que leurs compétences sont bien utilisées.

Références

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. (2004). *Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal*. Montréal.

Association des CLSC et des CHSLD du Québec. (2002). *Cadre de référence sur l'encadrement des soins infirmiers "Vers une harmonisation des fonctions RSI et DSI"*. Montréal.

Commission Clair. (2000). *Les solutions émergentes*. Rapport et recommandations. Québec : Gouvernement du Québec.

Commission Romanow. (2002). *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*. Commission sur l'avenir de santé au Canada : Gouvernement du Canada.

Ferrada-Videla, M., Laliberté-Alix, C., Comtois, F., Poussard, J., & Roy, Y. (2003). *Guide du développement professionnel en soins infirmiers selon le modèle McGill au CLSC du Plateau Mont-Royal*. Montréal.

Institut canadien d'information sur la santé. (2001). *Nombre et répartition des infirmières et infirmiers autorisés*, ICIS, Ottawa, Canada.

MSSS (1991). *Loi sur la santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, L.Q., Chapitre 42.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2001). *La vision contemporaine de l'exercice infirmier au Québec*. **Montréal : OIIQ.**

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2003). *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. **Montréal : OIIQ.**

OIIQ. (2003). *Évolution des effectifs de la profession infirmière au Québec : données au 31 mars 2003*. **Montréal : OIIQ.**

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. (2002). *Vers un réseau de services intégrés destinés aux personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)*. *Éléments essentiels de la mise en oeuvre*. Montréal.

3. La collaboration interprofessionnelle en soins de première ligne : une expérience québécoise

André Bilodeau, M.D., FCMF, M.A. (Educ)
Professeur agrégé
Département de médecine familiale
Faculté de médecine
Université de Laval

Lors du transfert en 1997 de l'Unité d'enseignement de la médecine familiale (UMF) d'un centre hospitalier vers un Centre local de services communautaires (CLSC), l'équipe des enseignants, médecins, infirmières et travailleuse sociale, avait redéfini le projet clinique et pédagogique de cette organisation. Il se trouvait ainsi créée une nouvelle réalité qui offrait des opportunités uniques. L'installation d'une organisation dédiée à la formation des futurs médecins de famille dans un établissement dédié aux services de proximité, sociaux et sanitaires, à une population définie de clients, orientait d'emblée le devenir de notre UMF dans le sens de l'insertion communautaire tout autant que de la collaboration interprofessionnelle. Au fil des dernières années, des expériences, des recherches, ainsi que l'élaboration d'un projet de formation multiprofessionnelle aux soins collaboratifs, nous ont permis de définir un cadre particulier de collaboration médecins/infirmières/intervenants sociaux adapté aux soins de première ligne.

Le programme UMF-Services courants

Le programme UMF-Services courants représente la porte d'entrée du CLSC. On y offre des services de première ligne en santé physique et en services psychosociaux, avec ou sans rendez-vous. L'équipe multiprofessionnelle est formée de quinze médecins enseignants, vingt-quatre médecins résidents, neuf infirmiers(ères), trois travailleuses sociales, une nutritionniste et un kinésologue. Ce programme comporte deux volets :

1. Les Services courants assurent les consultations "sans rendez-vous" à la clientèle de tout âge aux prises avec des problèmes ponctuels ou urgents de nature sociale ou médicale. En service social, il est aussi possible d'offrir des consultations "avec rendez-vous" à la clientèle présentant des difficultés d'ordre psychosocial. Les travailleuses sociales ac-

cueillent, évaluent et orientent les personnes vues en consultation. Après l'évaluation psychosociale, la clientèle est alors prise en charge, le cas échéant, par d'autres programmes du CLSC ou référée à d'autres ressources du milieu ou institutions du réseau.

2. L'Unité de médecine familiale poursuit deux missions principales : la première consiste à assurer à sa clientèle la continuité de soins et services sur les plans médical et psychosocial ; la deuxième consiste à offrir aux résidents en médecine familiale ainsi qu'aux stagiaires en sciences infirmières et en service social, un milieu d'enseignement répondant aux objectifs des programmes de l'Université Laval.

Dans ce milieu, le travail professionnel s'exerce sous trois modèles.

Premièrement, et c'est la situation la plus répandue, le travail de chacun est tout à fait autonome. Un même patient peut rencontrer médecin, infirmière et travailleur social, puisqu'il a accès à tous ces intervenants directement. Dans ce cas, chacun œuvre indépendamment puisque la personne les consulte souvent pour des problèmes qui sont tout aussi indépendants.

Deuxièmement, il peut y avoir un certain degré de collaboration, appelé " consultation ". Dans ce cadre, un des intervenants demande spécifiquement l'intervention d'un autre pour un besoin particulier ayant pris les soins de préciser la demande et l'objectif poursuivi.

Troisièmement, certains problèmes de santé, dans certaines conditions, pour des clients particuliers, exigent l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels pour arriver aux fins espérées.

Le développement d'une approche de collaboration interprofessionnelle s'est fondé sur une étude de besoins conduite au sein de l'équipe du programme. Vingt-quatre questionnaires ont été complétés. Les résultats sont les suivants :

1. Les principaux avantages du développement du travail interdisciplinaire en première ligne sont :

- prise en charge plus globale,
- meilleurs soins - Diminution du dédoublement,
- utilisation des compétences de chacun,
- rôle de chacun clairement identifié à partir de problématiques précises,
- complémentarité.

2. La collaboration interprofessionnelle est reconnue par les professionnels comme pouvant avoir un effet positif sur la qualité de vie au travail par une :

- reconnaissance accrue des compétences se manifestant par :
 - connaissance du rôle de chacun,
 - meilleure utilisation des différentes expertises,
 - plus grande confiance entre les professionnels,
 - source de valorisation ayant une incidence directe sur les soins et services dispensés ;
- consolidation des liens dans l'équipe par :
 - plus grand sentiment d'appartenance,
 - augmentation des échanges entre les professionnels ;
- diminution de l'isolement quand il faut :
 - intervenir dans les situations difficiles,
 - partager des responsabilités,
 - assurer la prise en charge.

Cependant, au fil des réflexions menant à l'implantation du travail en collaboration, il nous est rapidement apparu que le cadre généralement admis (souvent appelé "interdisciplinarité") convenait mal à notre réalité. Développé principale-

ment dans des services internes de gériatrie et de soins palliatifs et de réadaptation, le modèle dominant avait jusqu'alors été surtout appliqué dans des services externes de psychiatrie ou de médecine interne spécialisée (ex : soins aux asthmatiques, aux insuffisants cardiaques, aux insuffisants rénaux). Ces services avaient des caractéristiques communes : des clientèles "définies", un nombre fermé de places ou de lits et une durée de séjour dans le service souvent prescrite, presque toujours limitée. La collaboration entre les professionnels de la santé s'organisait principalement autour de plan personnalisé de soins déterminés en équipe lors de rencontres formelles des intervenants. Or notre réalité était toute autre.

L'équipe de médecine familiale prenait en charge une clientèle non présélectionnée, pour une longue durée, souvent des années, qui présentait au cours de leur histoire des besoins de soins diversifiés. Surtout, la continuité de l'offre de soins rendait presque impensable l'arrêt des activités pour tenir des réunions formelles où seraient préparés un nombre considérable de plans individualisés. Tout en maintenant les mêmes objectifs de coordination des interventions, il nous fallait développer un cadre plus adapté à notre réalité et plus conviviale, tant pour les professionnels que pour les patients eux-mêmes tel que proposé par les définitions de Réjean Hébert, de Maurice Payette et des professionnels de l'Institut universitaire de la gériatrie de Montréal⁴⁷.

47. LEBEL Paule, MASSÉ-THIBAUDEAU Ghislaine. *Programme de Formation à l'interdisciplinarité. Cahier de formation pour les formateurs.* Montréal : Institut universitaire de gériatrie de Montréal, 1999.

Il nous apparaissait plus intéressant de développer un modèle répondant directement aux caractéristiques de nos pratiques. Ainsi, le plan individualisé de soins a été remplacé par des protocoles spécifiques d'intervention déterminant préalablement les objectifs d'intervention, les rôles de chacun des intervenants et les modalités de coordination pour un ensemble de problèmes importants ou prévalents dans la population desservie. Ces protocoles devaient être développés par des équipes interprofessionnelles. Ils sont disponibles pour tous les patients nous consultant et n'importe quel intervenant peut y inscrire un client. Chaque patient peut donc, au fil des problèmes de santé qu'il présentera, entrer et sortir de ces " chemins de soins ".

Cependant, pour arriver à développer ces protocoles et à les réaliser dans les faits, il fallait mobiliser une équipe de professionnels très compétents, mais habitués au travail autonome.

Le choix de travailler avant tout sur des situations cliniques appelant d'une part la participation de plusieurs intervenants, mais, d'autre part, créant chez chacun un malaise ou un besoin d'aide de la part d'autres, a constitué la clé de voûte de notre projet de collaboration interprofessionnelle. Ainsi, plusieurs situations cliniques présentant ces caractéristiques ont été identifiées par les intervenants eux-mêmes. Ces situations avaient toutes la particularité de créer chez les intervenants la certitude d'exiger une intervention coordonnée pour améliorer de façon significative le service aux patients. Le tableau 1 présente la liste des diverses situations identifiées au fil des trois années de réalisation du projet.

Tableau 1
Problèmes de santé identifiés pour le développement de protocole d'intervention multiprofessionnelle

Problèmes de santé physique	Problèmes de santé mentale
Diabète*	Dépression
Hypertension artérielle*	Troubles anxieux
MPOC sévère et asthme	Troubles de l'adaptation
MCAS et insuffisance cardiaque*	Risque suicidaire*
Anticoagulothérapie	Toxicomanie
VIH et hépatites	Troubles psychosomatiques
Cancer du sein*	Troubles de personnalité limite
Soins palliatifs	Violence
Soins de plaies*	Résistance ou refus d'aide et de traitements
Grossesse problématique	
Suivi de grossesse et du nourrisson	

*Les sujets marqués d'un * ont été l'objet d'un protocole complet d'interventions multiprofessionnelles.*

La création des protocoles ne consistait cependant qu'en la première étape de la démarche. Le plus grand défi, au-delà de la négociation des objectifs de services, des rôles et des modalités de communications, consistait à la mise en œuvre de ces protocoles.

Le premier défi consiste à la diffusion de l'information concernant ces protocoles et à l'adhésion des professionnels qui n'ont pas été au cœur de leur rédaction. L'effort de diffusion ne peut jamais être considéré comme terminé. Bien entendu, l'arrivée constante de nouveaux professionnels oblige des activités répétitives d'information. Mais l'oubli volontaire ou non de l'existence des protocoles reste la principale justification des nombreux et réguliers rappels.

L'instabilité du personnel professionnel (médecins, infirmières et travailleurs sociaux) constitue un défi en soi. Non seulement elle exacerbe la question de l'information quant aux protocoles, mais pose le défi de la confiance. De fait, notre expérience, concordante à celle rapportée dans une vaste partie de la littérature, démontre à quel point la reconnaissance mutuelle de la compétence constitue la base du travail en collaboration. Or, cette reconnaissance n'est pas généralisable à un groupe professionnel, mais spécifique à un individu en particulier. Ainsi, peu importe le raffinement et l'à propos des éléments contenus dans un protocole, la décision du professionnel, initialement responsable

d'un patient de le référer aux autres membres de l'équipe, dépend principalement de la confiance qu'il a à leur égard. Cette confiance ne peut se prescrire ni être encadrée dans un document ; elle se développe progressivement au fil des contacts professionnels et se mérite plus qu'elle ne s'impose.

Malgré cela, nous avons noté que certaines situations cliniques particulièrement exigeantes pour les intervenants, imposent plus que d'autres le recours à l'équipe pour aider tant le professionnel que le patient. Ainsi en est-il de la situation du risque suicidaire qui, bien qu'elle ne se présente que rarement, constitue toujours une des situations appelant une intervention coordonnée. Le malaise qu'elle crée chez la plupart des professionnels suffit à dépasser les réticences qu'ils éprouvent à partager les informations et leurs responsabilités sur certains patients. Le protocole d'intervention pluridisciplinaire touchant ce sujet a été un des plus désirés et reste un de ceux auxquels les professionnels de la santé tiennent le plus.

Le programme de formation interprofessionnelle aux soins collaboratifs

Ces pratiques, bien qu'imparfaites, ont donné par la suite lieu à l'élaboration d'un stage de formation interprofessionnelle aux soins collaboratifs. Soutenue par une subvention gouvernementale, une étude réalisée en 2001-2002 dans notre milieu avec la collaboration des différents partenaires de l'Université Laval, soit le Département de médecine familiale, l'École de service social et la Faculté des sciences infirmières, a permis de confirmer le bien-fondé d'implanter un modèle de formation à la collaboration dans le cadre des soins et services de première ligne à l'intention des résidents(es) en médecine familiale, des étudiants(es) en sciences infirmières et en service social. Le but du projet était de former des professionnels capables d'intervenir avec compétence et autonomie dans leur champ de pratique respectif et ce, dans un mode de collaboration avec les professionnels des autres disciplines.

En février 2003, un comité de pilotage formé d'un médecin, de deux infirmières et d'une travailleuse sociale, responsable du projet d'implantation, a travaillé à la concrétisation du projet visant à offrir un milieu d'apprentissage de l'interdisciplinarité en contexte de première ligne. À cette fin, le programme de formation à l'interdisciplinarité développé à l'Institut universitaire de gériatrie de

Montréal par Paule Lebel et Ghislaine Massé-Thibaudeau a été adapté à la réalité des soins et services de première ligne du Programme UMF-Services courants du CLSC-CHSLD. Dès septembre 2003, a débuté le stage interdisciplinaire destiné aux résidents en médecine familiale, aux étudiants de 2ème cycle en service social et en sciences infirmières.

En septembre 2003, le programme de formation à l'interdisciplinarité en soins et services de première ligne destiné aux résidents en médecine familiale et aux étudiants de 2ème cycle en service social et en sciences infirmières débute et est intégré aux objectifs d'apprentissage de chacune des disciplines. C'est le comité de pilotage qui a travaillé à sa mise en œuvre. Il a été validé auprès des trois programmes universitaires et présenté aux étudiants de chaque discipline.

Les objectifs du programme ont été tirés des travaux effectués lors de la révision du Programme de médecine familiale de l'Université Laval et adoptés par le programme de sciences infirmières et de service social.

À la fin du stage, les étudiants doivent avoir atteint les compétences intermédiaires et terminales suivantes :

1. utiliser l'approche interdisciplinaire dans la résolution de problèmes de santé physique ou mentale :
 - décrire la philosophie de l'approche interdisciplinaire ainsi que ses modalités de fonctionnement pour résoudre des problèmes nécessitant une approche globale, ciblés particulièrement pour les clientèles vulnérables ou présentant des problématiques complexes ;
 - préciser le rôle, les champs d'intervention et d'expertise des professionnels du secteur de la santé et des relations humaines impliqués au programme ;
 - connaître les ressources disponibles de la communauté ;
 - juger de la pertinence d'avoir recours à l'interdisciplinarité dans l'intérêt de l'utilisateur ;
 - utiliser les procédures de référence et de consultation judicieusement tout en s'assurant de l'accord de l'utilisateur quant aux objectifs de l'intervention et au choix de la ressource ;

- partager les décisions dans le processus de résolution des problèmes.
2. Développer les habiletés nécessaires au bon fonctionnement en interdisciplinarité :
- décrire les modalités de fonctionnement efficace du travail en équipe ;
 - démontrer une ouverture face au travail interdisciplinaire ;
 - transmettre clairement l'information pertinente ;
 - acquérir les compétences permettant de développer une communication de qualité, efficace et respectueuse ;
 - participer activement au travail interdisciplinaire dans un esprit de concertation en respectant les différents points de vue ;
 - tenir compte des différents langages disciplinaires dans le partage de l'information en vue de favoriser une compréhension commune ;
 - savoir utiliser les outils de communication permettant la résolution de problèmes et la gestion des conflits.
3. Assumer ses responsabilités professionnelles en intégrant les considérations éthiques, déontologiques et juridiques dans le cadre du travail interdisciplinaire :
- assumer ses responsabilités selon son rôle professionnel et faire équipe avec les différentes disciplines ou ressources ;
 - coordonner les interventions professionnelles liées à son rôle professionnel ;
 - définir en quoi la responsabilité professionnelle en terme éthique est favorable à l'interdisciplinarité et en quoi la responsabilité professionnelle en terme déontologique et juridique peut être un obstacle à l'approche interdisciplinaire.

Les stagiaires et résidents reçoivent une formation purement liée à leur discipline telle qu'ils auraient dans tout autre contexte de stage. Cette partie constitue d'ailleurs l'essentiel du contenu de leur stage. S'ajoute à cette formation dite disciplinaire, une série d'activités spécifiques portant sur le travail en collaboration. Il s'agit es-

sentiellement de sept ateliers d'une heure trente portant sur les sujets suivants :

- les concepts généraux de l'interdisciplinarité et de la collaboration ;
- la communication entre professionnels ;
- le rôle des professionnels membres de l'équipe ;
- le travail en équipe et la dynamique des petits groupes ;
- la gestion des problèmes et des conflits ;
- le plan d'intervention interdisciplinaire ;
- les modalités d'amélioration du fonctionnement en équipe.

Les stagiaires sont également appelés à participer hebdomadairement à des discussions interdisciplinaires de cas où sont exposées les perceptions et compréhensions de chacun à propos d'un patient réel auprès duquel interviennent au moins deux d'entre eux. Ces discussions permettent de mettre en œuvre les concepts discutés en atelier et de clarifier progressivement le niveau d'interaction, de communication et de confiance que nécessite le travail en collaboration.

Conclusion

En général, notre expérience a démontré que le travail en collaboration entre professionnels de la santé permet une action beaucoup mieux coordonnée, plus efficace et plus satisfaisante pour les professionnels engagés. Cependant, cette approche exige certaines conditions la favorisant telle qu'une organisation du travail des professionnels permettant de dégager du temps pour les discussions et le travail en équipe, le soutien des directions à promouvoir et à valoriser effectivement la collaboration et la présence d'un " champion " au sein de l'équipe qui veille au développement de cette approche dans le quotidien et stimule les professionnels dans ce sens.

4. Rôles actuels et à venir de l'infirmière en soins primaires en Suède

Anette Richardson

Déléguée officielle de l'Association suédoise des professions de santé (Vardförbundet)
Membre du comité représentatif des infirmières de l'Union européenne

Anette Richardson, pharmacienne, infirmière et titulaire d'un master travaille depuis trois ans comme conseiller à l'Association suédoise des professions de santé, qui regroupe les sages-femmes, les infirmières et les techniciens de laboratoires. Elle a eu auparavant une longue expérience de manager dans le département médical d'un hôpital ainsi qu'à l'Agence nationale pour l'enseignement supérieur.

Je vous propose une brève présentation de ce qu'une infirmière diplômée d'Etat (= *registered nurse*) peut réaliser durant une journée de travail dans le secteur que nous qualifions de "soins primaires étendus". Auparavant, une distinction était faite entre soins primaires, soins hospitaliers, soins gériatriques, etc., qui renvoyaient à différentes organisations de soins ou professions de santé. De nos jours, la plupart des comités - qui prennent en charge le financement et l'organisation du système de santé - parlent de "soins primaires étendus". Cette notion focalise davantage sur le patient, sur l'individu que sur les organisations et les professions.

En effet, certaines mutations de la société rendent nécessaire l'évolution des professionnels, même si des transformations sont déjà intervenues depuis quelques années. Le grand défi à venir est le développement de chaque groupe professionnel en fonction des besoins spécifiques de la population, ce qui pose la question de la délimitation des frontières des groupes professionnels.

Introduction

La population de la Suède en 2002 est de 8,9 millions d'habitants. L'espérance de vie moyenne en 2002 est de 82 ans pour les femmes et de 77,4 ans pour les hommes, chiffres qui augmentent un peu chaque année. Dans le même temps, les taux de mortalité des enfants et des jeunes sont parmi les plus bas du monde.

En Suède, on observe généralement dans la société un changement dans la manière dont les gens perçoivent les représentants de l'autorité. Auparavant, le médecin faisant l'objet d'une confiance absolue mais aujourd'hui, les gens cherchent à s'informer (par le biais d'Internet surtout) avant de lui rendre visite. Ils veulent être respectés. Cette évolution ne concerne pas uniquement les médecins, mais tous les professionnels de santé. Ces changements se traduisent dans la législation suédoise (qui concerne à la fois les professionnels de santé, les organisations de soins et les patients) dans le but de mieux répondre aux attentes des habitants. La relation entre les professionnels de santé et les patients est amenée à évoluer dans le sens d'un plus grand partage de l'information.

Un défi important pour le système de santé suédois concerne les ressources disponibles. Tous les soins de santé sont financés par l'impôt. Nous vivons plus longtemps et en meilleure santé, mais les dernières années de vie nécessitent davantage de soins, notamment pour les patients devant faire face à des maladies multiples.

J'ai coutume de dire qu'en Suède nous restons dans le domaine de l'enfance jusqu'à l'âge de trente ans et qu'après nous voulons partir en retraite, de préférence à cinquante-cinq ans ! Ce n'est pas un bon modèle pour financer les taxes. Nous avons bien entendu, comme partout ailleurs en Europe, des discussions sur la question de la nécessité de travailler plus longtemps et sur les conditions de travail en général.

Depuis le début du XXe siècle, les infirmières bénéficient d'un statut professionnel défini dans la loi. Depuis 1977, elles sont formées à l'université ; elles obtiennent depuis 1993 l'équivalent d'une licence. La formation des infirmières dure trois ans. Celles-ci ont ensuite la possibilité de se spécialiser dans différents domaines comme l'anesthésie, les soins intensifs, la pédiatrie, la gériatrie, la chirurgie, l'oncologie, la psychiatrie, et la santé publique. La spécialisation dure un an à un an et demi et conduit à l'obtention d'un master. Chaque université a son propre département de sciences infirmières qui coopère avec d'autres départements comme celui de médecine, de psychologie, etc. Tous les cours sont dispensés à l'université avec également la possibilité d'obtenir un master. A titre d'information, il y a aujourd'hui en Suède trente-quatre professeurs en sciences infirmières et environ 550 infirmières qui ont obtenu un diplôme de niveau doctorat. La croissance a été extrêmement rapide puisqu'il y a vingt-cinq ans, on dénombrait seulement un poste de professeur en sciences infirmières, et peu de personnes ayant atteint le niveau du doctorat.

La régulation de tous les professionnels de santé est organisée par la même loi. On dénombre aujourd'hui dix-sept différents groupes profes-

sionnels qui disposent du même organisme de régulation.

1. Les soins primaires étendus : quelles structures ?

La notion traditionnelle de soins primaires évolue en Suède. Le modèle initial de soins primaires, représenté par la figure 1, dont l'acteur principal était le médecin généraliste, fait aujourd'hui place au concept de soins primaires étendus. Les soins primaires étendus rassemblent plusieurs professionnels qui ont à travailler ensemble au sein d'un réseau pour le patient, là où il se trouve, et est représenté par la figure 2. La plus grande partie des soins délivrés, y compris certains soins spécialisés, ne l'est plus à l'hôpital mais en majorité au domicile du patient. De fait, seule une petite proportion des patients requiert des soins hautement spécialisés qui ne peuvent être délivrés que dans des structures limitées en raison de leur coût (figure 3). Les soins primaires étendus peuvent concerner un nombre important d'acteurs et de structures en Suède (tableau 1). La Suède est divisée en 21 comtés et environ 290 municipalités. L'offre de services de " base " est très variable d'une région à l'autre.

Figure 1
Soins de santé " courant "



Figure 2
Soins primaires étendus



Figure 3

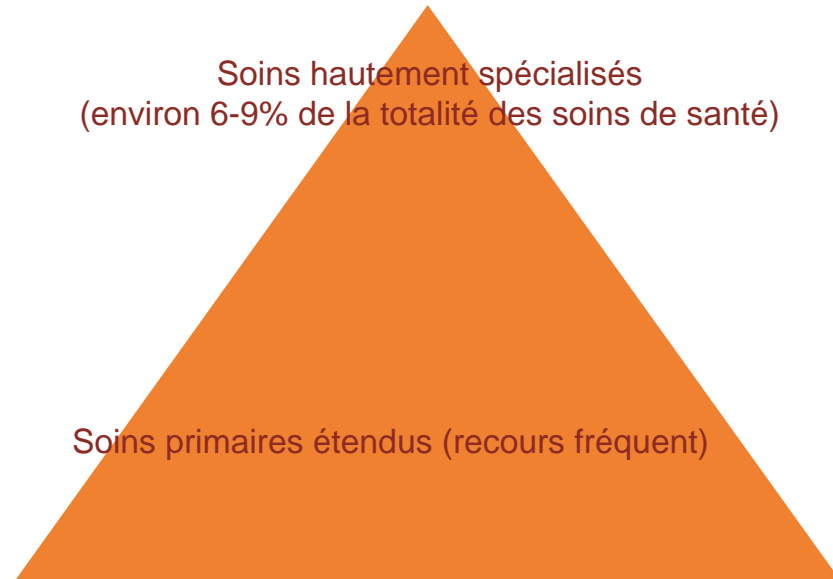


Tableau 1
Les soins primaires étendus.
Quelle structure ?

- Centres de santé (comtés)
- Soins à domicile (comtés ou municipalité)
- Unités/centres psychiatriques
- Santé scolaire (municipalité)
- Maisons de soins (municipalités)
- Hôpitaux (comtés)
- Transport sanitaire (comtés ou municipalités)
- Soins de maternité

2. Rôle de l'infirmière

Les infirmières ont leurs propres domaines de responsabilités.

Les infirmières spécialisées ont des responsabilités plus étendues. La définition des tâches des infirmières est développée dans les programmes de formation définis dans la loi qui régule l'enseignement supérieur. Ce texte décrit ce qu'une infirmière doit être capable de réaliser à l'issue de sa formation.

Il est difficile de dire exactement ce que ces tâches recouvrent. L'activité des infirmières dépend en effet des différents contextes de travail en soins primaires. Elle n'est pas limitée par l'activité des autres professionnels de santé, mais plutôt par les besoins des patients et la façon dont les différents professionnels de santé travaillent ensemble.

Les devoirs et les responsabilités d'une infirmière sont donc très différents et dépendent des patients, du contexte d'exercice et des compétences réelles des infirmières : je peux, en effet, en tant que professionnelle, avoir une compétence formelle mais pas de vraie compétence. Cela est d'ailleurs valable pour tous les professionnels de santé, lesquels doivent prendre eux-mêmes la responsabilité de ce qu'ils peuvent faire ou ne pas faire, et toujours privilégier le meilleur pour les patients. C'est la même loi pour tous !

3. Description des compétences des infirmières

Les principaux secteurs d'exercice des infirmières sont la pratique et la théorie infirmière, la recherche, l'éducation et le management des soins infirmiers. Le contenu de la pratique des infirmières dépend du contexte de travail.

4. Quelles sont les activités possibles pour les infirmières ?

Réaliser un bilan de santé du patient (une infirmière peut, comme tous les autres professionnels de santé, faire un diagnostic dans les domaines pour lesquels elle se sent responsable et a reçu une formation adéquate) ; faire une évaluation des besoins, de la maladie du patient ; assurer une prise en charge en cas d'accident.

Les patients décrivent en effet différents problèmes ou besoins. De ce fait, il est important que les professionnels coopèrent et respectent les différentes compétences de chacun. Par exemple, un patient diabétique peut avoir besoin d'une adaptation de sa dose d'insuline et en même temps d'un dégagement d'un bouchon de cire dans les oreilles et de la surveillance de sa tension artérielle ; il peut aussi avoir des problèmes d'insomnie, d'anxiété, de douleur, avoir besoin d'une aide pour arrêter de fumer et être traité pour des problèmes de surpoids...

En résumé, les différentes activités des infirmières-médecins sont les suivantes :

- Prescrire des médicaments : ce champ est précisément régulé en Suède.
- Suivre l'administration des médicaments, des traitements.
- Information, conseil et éducation du patient.
- Promotion de la santé et prévention des maladies : problèmes de poids, tabac, meilleure hygiène de vie, etc.
- Sécurité et assurance-qualité (définis par la loi) en coopération avec d'autres professionnels de santé.
- Contribuer à un meilleur environnement de soins pour le patient.
- Recherche et développement : chaque infirmière doit continuer à se former tout au long de sa pratique.
- Fonction de manager .

5. Les enjeux pour l'avenir du système de santé suédois

Aujourd'hui, le système de santé est très cloisonné. On observe des défauts de coordination entre les organisations, les autorités de santé et les différents offreurs de soins. Les patients sont souvent dans l'obligation de pallier ces dysfonctionnements : il est nécessaire d'être en bonne santé pour être malade !

Il faut changer de perspective et ne pas se concentrer exclusivement sur les besoins des groupes professionnels et des organisations, notamment en ce qui concerne les infirmières. Cela peut se traduire par le lieu dans lequel les infirmières ont la possibilité d'exercer. Par exemple, on dénombre aujourd'hui environ trois cents infirmières de soins primaires qui travaillent en milieu ouvert dans les pharmacies pour informer et conseiller les clients. Autres exemples : les sages-femmes qui travaillent dans le secteur des soins aux personnes âgées et les informent sur leur sexualité, ou encore le libre accès aux produits de santé qui rend indispensable le fait que des professionnels de santé conseillent les personnes dans différents lieux.

Le système de santé doit être fiable, c'est-à-dire que l'individu doit se sentir confiant, en sécurité et être assuré que l'offre de soins puisse être accessible. Les compétences de chaque professionnel de santé doivent se combiner dans un système hautement intégré qui comprend le premier contact avec le patient, le diagnostic et le traitement, et les soins de réhabilitation. En prenant en compte les ressources disponibles, il s'agit de faire en sorte que des soins de qualité optimale puissent être assurés à chaque occasion. Cela signifie que les professionnels de santé se doivent de respecter les compétences des uns et des autres et travailler en équipe afin d'appréhender dans son ensemble la situation de chaque patient : nous ne disposons pas de différents professionnels de santé parce que nous avons besoin d'une hiérarchie, mais simplement parce que le patient en a besoin !

Nos ressources sont limitées : c'est la raison pour laquelle il est particulièrement important qu'elles soient utilisées de manière efficiente.

La population doit bénéficier, dans la mesure du possible, d'un égal accès aux soins. Les autorités responsables dans le domaine de la santé doivent être publiques et financées sur la base d'un principe de solidarité. En revanche, des acteurs à la fois publics et privés peuvent être en

mesure de fournir des soins. Il s'ensuit que les infirmières peuvent être employées par la région, la communauté et par des structures privées d'offre de soins.

6. Les enjeux futurs pour les infirmières

D'autres professionnels font leur entrée dans le système de santé : c'est un nouveau défi pour la profession infirmière qui doit développer davantage son savoir spécifique. La possibilité est également donnée aux infirmières de pratiquer dans d'autres contextes d'exercice.

Nous devons être en accord avec le patient et sa famille avant de chercher à atteindre la bonne observance d'un traitement.

Nous devons développer la recherche pour renforcer la part clinique dans le système de santé, et notamment en soins infirmiers. Les 550 docteurs en sciences infirmières travaillent à l'Université pour la majorité mais l'on constate une tendance à ce que certains exercent également dans des structures de soins. La Suède a trente-quatre professeurs qui exercent également comme infirmières.

Le développement des techniques fait qu'il y a beaucoup de vieux traitements qui disparaissent, et le développement de la technique de biologie moléculaire engendre une simplification des traitements. Les patients peuvent de plus en plus agir par Internet ou par le biais de tests qu'ils s'administrent eux-mêmes : c'est un challenge pour les professionnels eux-mêmes.

Au lieu de traiter les maladies, nous devons davantage travailler à promouvoir la santé. Il faut développer la formation clinique dans la formation des infirmières. De nouveaux problèmes de santé apparaissent et encouragent le développement de nouveaux savoirs infirmiers.

5. Le rôle des infirmières en soins primaires au Royaume-Uni

Claire Goodman
Professeur de recherche de soins en santé
Centre for Research in Primary and Community Care
University of Hertfordshire Hatfield

Vari Drennan PhD RN HV
Primary Care Nursing Research Unit
University College London
Royaume Uni
Paris, Juin 2005
Le rôle des infirmières en soins primaires au Royaume Uni

Plan de la présentation

Introduction

1 - Etat des lieux de la profession infirmière en soins primaires en Angleterre

- 1.1. Organisation du financement des soins primaires
- 1.2. Nombre, domaines d'exercice et titre des infirmières en soins primaires.
- 1.3. Description du travail des infirmières, niveau d'études et expérience requise pour leur permettre de remplir leurs différents rôles.

2 - Les changements actuels pour les infirmières en soins primaires.

- 2.1. La prescription infirmière
- 2.2. Les infirmières " matrones " dans la communauté et la prise en charge des cas de malades atteints de maladies chroniques nécessitant des soins de longue durée.

Introduction

Dans tous les pays, le travail infirmier et médical sont interdépendants. Historiquement et dans son organisation, il y a toujours eu un partenariat inégal avec une profession qui délègue et supervise le travail de l'autre. **Au Royaume-Uni, ce qui relève du " travail infirmier " et ce qui relève du " travail médical " en soins primaires**

résulte d'une négociation qui est souvent spécifique dans un contexte de temps et d'espace donnés. Le vaste système de santé, financé et organisé par l'Etat, a contribué à ce que le rôle des infirmières se développe indépendamment de celui des médecins. Ceci reste particulièrement vrai en soins primaires. Les objectifs de ce texte et de celui du Dr Kieran Sweeney, sont d'explicitier :

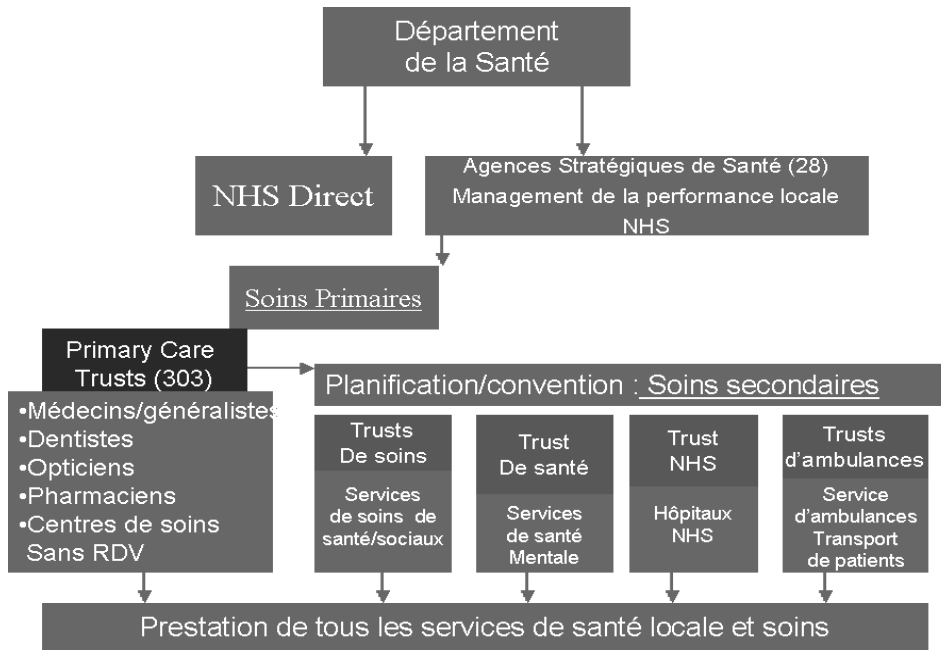
- la complexité et la variété des soins infirmiers dans le contexte de soins primaires au Royaume-Uni ;
- comment les différents rôles des infirmières s'exercent avec et à coté des médecins ;
- l'impact sur les soins donnés aux malades et la santé publique en général.

1. Etat des lieux de la profession infirmière en soins primaires en Angleterre

1.1. Organisation du financement des soins primaires

Le graphique 1 montre la structure organisationnelle du Système National de Santé (NHS). Il est important de garder à l'esprit que le Royaume-Uni est un pays qui a décentralisé les soins de santé aux quatre pays qui le constituent : le Pays de Galles, l'Ecosse, l'Angleterre et l'Irlande du Nord. Ainsi, bien que leurs systèmes soient très similaires, ce texte ne traite que de l'expérience anglaise.

Graphique 1



Le Département de la Santé définit le programme politique. Puis, dans une logique de déconcentration, le budget et le financement des soins primaires vont directement aux " *Primary Care Trusts* " (à gauche sur le graphique).

Il y a 303 *Primary Care Trusts* (PCTs) autonomes en Angleterre qui sont, selon leur situation géographique, responsables de 75 000 à 250 000 individus. Les PCTs sont considérés comme étant au centre du NHS et reçoivent 75 % de son budget. Ils sont responsables pour les soins de santé, et de par leur partenariat avec les gouvernements locaux, des besoins sociaux de leur population locale. Ils y parviennent de trois façons :

- En fournissant des prestations de santé à la communauté, tels que les soins primaires infirmières, la physiothérapie, les soins de pédicure et d'orthophonie. Ces soins peuvent être fournis à domicile chez les patients, dans un centre de santé ou parfois dans un petit hôpital local.
- En payant pour des prestations du NHS fournies par des prestataires indépendants. Ce sont les médecins généralistes, les opticiens et les dentistes qui travaillent dans leurs propres cabinets (chirurgies, dentaires, pharmacies et opticiens).
- En commandant et achetant des prestations spécialisées de santé pour leur population

auprès des hôpitaux généraux, des organismes de santé mentale et autres fournisseurs commerciaux de soins de santé.

De plus, chaque PCT doit s'assurer qu'il y a suffisamment de services pour la population dans son secteur et que ces services sont accessibles à tous et respectent une certaine norme. Les PCTs doivent être gérés de façon performante et sont évalués chaque année pour vérifier qu'ils remplissent les cibles nationales conventionnelles et certaines normes de qualité. Chaque conseil d'administration est composé de représentants professionnels, de non-professionnels et de managers du service de santé.

Pour bien comprendre les soins primaires en Angleterre, il est **très** important de comprendre que **la majorité des médecins généralistes ont un statut de contractuel indépendant** dans le NHS. Chaque cabinet de médecine générale passe une convention avec le NHS pour la fourniture d'une liste spécifique de prestations de soins primaires et est payé pour les services fournis. **Par contre, une infirmière peut, soit être employée par le PCT local, par exemple comme infirmière de secteur (*district nurse*)/ infirmière à domicile, soit être employé directement par le généraliste en tant qu'infirmière de cabinet (*practice nurse*).** Ceci a eu un effet direct sur le développement des soins primaires infirmières.

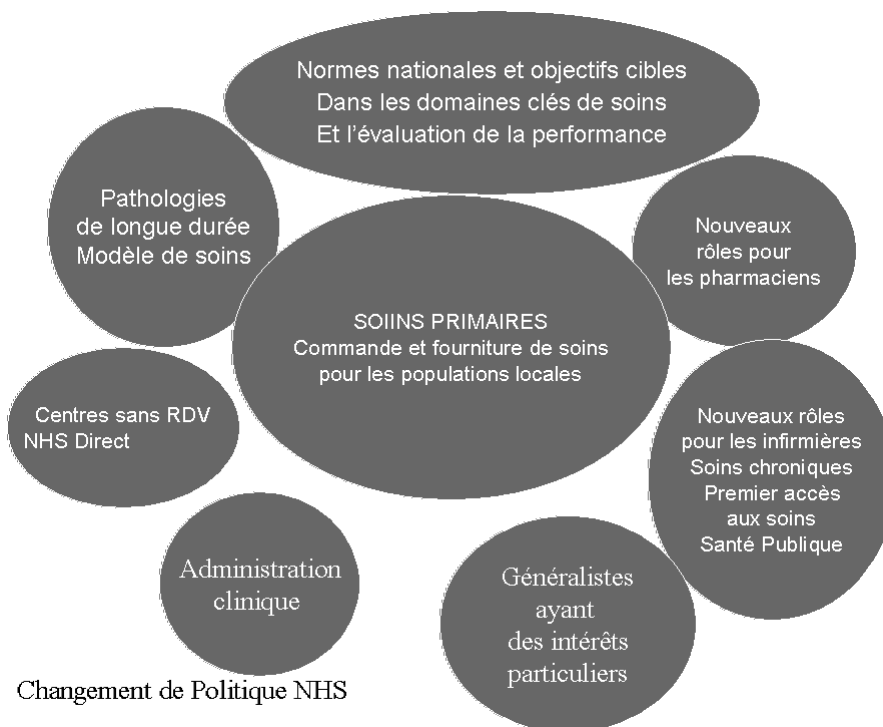
Le graphique 2 donne une idée du contexte ac-

tuel des soins primaires et de l'étendue des changements qui ont eu lieu au cours des cinq dernières années. Dans le système de santé, le changement est devenu la règle. Un grand nombre d'observateurs de la politique de santé et les médecins eux-mêmes se demandent si nous pouvons supporter davantage de changements radicaux. Mais le gouvernement travailliste de Tony Blair n'est pas fatigué. Ainsi, on peut prévoir que les soins primaires prennent de plus en plus de place et deviennent le point focal des besoins et de la fourniture des services de santé.

Le NHS définit des objectifs et des standards partagés de soins, centrés sur des secteurs particuliers de la population, notamment les enfants et les personnes âgées, et certaines maladies comme les maladies coronariennes, les maladies mentales et les pathologies neurologiques. Par le passé, les soins primaires n'ont pas offert les mêmes garanties de qualité dans tous les secteurs géographiques et dans tous les contextes. **Ces politiques mettent le patient au cen-**

tre du processus et définissent la qualité de soins qu'il doit recevoir au lieu de dire quel professionnel doit les fournir. Il y a un effort conscient pour réduire l'importance et le pouvoir de services définis par des logiques professionnelles. L'approche gouvernementale est devenue le moteur pour la création de nouveaux rôles pour les médecins et les infirmières. Par exemple, les objectifs pour améliorer l'accès aux soins de santé ont donné naissance à un service national téléphonique connu sous le nom de " NHS Direct ", dirigé par les infirmières. Ce service est disponible à tous et propose des conseils ou du soutien aux malades, pour le prix d'une communication téléphonique locale. Il y a aussi des centres de santé sans rendez-vous, avec comme seul personnel des infirmières qui reçoivent des patients ayant des maladies et des traumatismes mineurs. Auparavant, ces deux domaines de soins étaient assurés par des médecins ; dorénavant, les mêmes soins sont fournis par des infirmières selon un protocole agréé.

Graphique 2



1.2. Nombre, domaine d'exercice et titres des infirmières en soins primaires

Les infirmières et les sages-femmes en soins primaires travaillent dans trois domaines principaux :

- la santé publique ;
- la prise en charge des maladies chroniques ;
- le premier accès aux soins (comme cela a été évoqué ci-dessus).

Les vieilles barrières qui définissaient exactement ce que les infirmières pouvaient et ne pou-

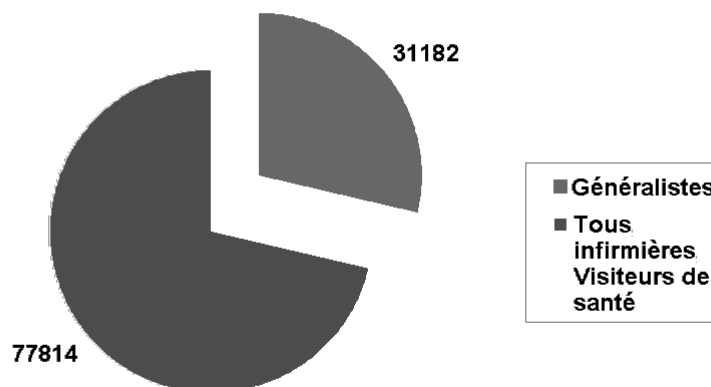
vaient pas faire sont en train de tomber. Le tableau 1, qui reprend les objectifs affichés par le Chief Nursing Officer (équivalent d'un directeur d'administration central en France) au sein de l'administration du NHS, montre plus clairement les rôles joués par les infirmières dans le cadre de ces changements de politique.

Les infirmières en soins primaires ont toujours effectué un grand nombre de ces tâches mais d'autres, comme la demande d'exams diagnostiques et la prescription des médicaments et autres traitements, constituent des changements plus récents.

Tableau 1
Chief Nursing Officer : 10 rôles clés pour le personnel infirmier en 2002

Demander des examens diagnostiques i.e. histologie et radios	Prescrire des médicaments et traitements
Adresser en consultation et recevoir les patients adressés	Effectuer les procédures de réanimation
Admettre et faire sortir les patients ayant des pathologies spécifiques en utilisant des protocoles agréés	Prendre en charge la petite chirurgie et procédures de médecine ambulatoire
Gérer une clientèle de patients	Trier les patients en utilisant les technologies informatiques les plus récentes
Faire fonctionner les consultations i.e. dermatologie	Prendre la première place dans l'organisation et le fonctionnement

Graphique 3
Proportion de médecins et d'infirmières en soins primaires
Main-d'œuvre des généralistes et infirmières en soins primaires en Angleterre



Source: General and Personal Medical Services Statistics 2002
<http://www.doh.gov.uk/public/gpcensus2002.htm>

Department of Health Statistical Bulletin "NHS hospital and community health services non-medical staff in england 1992-2002" <http://www.doh.gov.uk/public/nonmedicalcensus2002.htm>

Les chiffres de ce graphique incluent ceux qui travaillent à temps plein et ceux qui travaillent à temps partiel.

Tableau 2
Titres et rôles joués par les infirmières en soins primaires

L'étendue des types d'infirmières qui travaillent en soins primaires
- Infirmières de secteur
- Visiteurs de santé
- Infirmières de cabinet (practice nurse)
- Infirmières diplômés d'état
- Infirmières cliniques spécialisées
- i.e. diabète, respiratoire, stroma, soins palliatifs
- Infirmières consultantes
- Infirmières praticiennes
- Premier accès aux soins : Consultations sans RDV et NHS Direct

Les infirmières ne constituent pas un groupe homogène de professionnels. Ceci est particulièrement vrai dans l'expertise des soins primaires, où les connaissances et les responsabilités varient énormément au sein et entre les différents groupes d'infirmières.

Formation et qualifications

Les infirmières qui travaillent en soins primaires ont une longue tradition de formation spécialisée après l'obtention du diplôme d'Etat. Toute leur formation des infirmières a lieu à l'université. L'augmentation de la diversité au sein même du groupe professionnel des infirmières modifie les modalités de définition des qualifications. On cherche de plus en plus à s'assurer que les infirmières possèdent toutes les connaissances et expertises requises pour bien accomplir le travail qu'elles ont réellement à faire plutôt que de multiplier les formations spécifiques dans des disciplines précises. Une leçon que nous sommes en train de **réapprendre** au Royaume-Uni au fur et à mesure que nous employons de plus en plus d'infirmières dans les soins primaires, qui n'ont pas été spécifiquement formées pour cette discipline, est qu'il persiste un besoin continu pour des cours de perfectionnement et de soutien de la part des enseignants pour les aider à devenir des infirmières indépendantes, autonomes et efficaces dans les domaines sociaux et de la santé.

Le Cadre Connaissance Expertise ("*Knowledge Skills Framework*"), auquel nous faisons allusion ici, est un système en cours d'introduction au sein du NHS ; ce système a pour but de définir, pour chaque poste de travail, le minimum de

connaissances et expertises requises pour pouvoir accomplir un travail en toute sécurité et, par la suite, les connaissances et expertises requises pour être très performant. Sa finalité est :

- de guider le développement de tous les individus ;
- de proposer un cadre juste et objectif pour l'évaluation et le développement de tout le personnel ;
- d'établir les bases d'une progression de la rémunération au cours de la carrière professionnelle.

1.3. Description du travail des infirmières, niveau d'études et expérience requise pour leur permettre de remplir leurs différents rôles

L'infirmière de secteur ou l'infirmière de soins à domicile (District Nurse)

Elle travaille principalement avec les personnes âgées. La plupart de leur travail se déroule :

- au domicile même des patients,
- dans des maisons de retraite pour personnes âgées,
- dans un contexte clinique.

Les infirmières de secteur travaillent au sein de petites équipes de professionnels ayant un cer-

tain éventail d'expertise. L'équipe est composée d'un dirigeant, qui est un spécialiste qualifié dans les soins infirmières de secteur, d'une ou deux infirmières diplômées d'Etat et d'un assistant en soins. Les infirmières de secteur sont employées par les *Primary Care Trusts* et non pas par les médecins généralistes malgré le fait qu'elles travaillent souvent avec un ou plusieurs groupes de médecins généralistes. L'essentiel de leur travail consiste en soins physiques directs, par exemple pour plaies ou traumatismes simples, soins palliatifs, soins pour patients diabétiques et un rôle de coordination entre les services sociaux et d'autres prestataires de services, dans le but d'assurer une continuité de soins pour les malades et les autres personnes qui s'occupent d'eux. A travers le pays, il existe une grande variation dans la fourniture de ces prestations, certaines zones ayant une couverture 24 heures sur 24 tandis que d'autres ferment à 17 ou 19 heures.

Les infirmières de secteur acceptent de prendre **directement** en charge les patients adressés par :

- les hôpitaux, lorsque les patients sont sur le point de sortir,
- les médecins généralistes,
- les habitants du quartier et membres de la famille qui sont particulièrement inquiets au sujet de quelqu'un,
- d'autres infirmières,
- les assistantes sociales et autres thérapeutes.

Les infirmières de secteur évaluent et mettent en route des plans de soins et, quand nécessaire, transfèrent les patients à d'autres services. **Tout cela se passe sans l'intervention d'un médecin généraliste malgré le fait que ces infirmières travaillent souvent avec ce dernier quand ils fournissent leurs soins. Les infirmières peuvent partager le même lieu de travail que les généralistes, ou bien travailler dans un centre de soins séparé.** Les infirmières de secteur travaillent en étroite collaboration avec d'autres équipes d'infirmières spécialisées et offrent des soins ponctuels à certains groupes de patients qui habitent dans la communauté. Par exemple, des équipes d'infirmières peuvent offrir un soutien intensif allant jusqu'à deux semaines pour éviter qu'un malade vulnérable soit hospitalisé ou permettre une sortie anticipée avec retour

à la maison pour un patient qui commence à récupérer.

Les infirmières de secteur ont une longue histoire, et beaucoup de recherches dans les années cinquante se sont intéressées à leur travail, leurs modes d'organisation et la plus value apportée par des équipes ayant une expertise mixte. En Angleterre, un dirigeant d'équipe d'infirmières de secteur, qui est responsable pour un personnel qualifié ayant des expertises mixtes, doit normalement avoir un diplôme dans la spécialité d'infirmier de secteur (*district nurse*).

La visiteuse de santé (Health Visitor)

Elle est une infirmière en santé publique qui a suivi une formation supplémentaire après son diplôme d'Etat. Ces visiteuses travaillent avec les infirmières diplômées d'Etat et les infirmières de crèche et, tout comme les infirmières de secteur, sont employées par le *Primary Care Trust* et non pas par un généraliste. Elles travaillent souvent en association avec un groupe spécifique de généralistes et rendent visite aux familles dans la clientèle de ce cabinet médical ; leur lieu de travail peut être dans le même local ou bien dans un autre centre de santé. Malgré le fait que l'essentiel de leur travail est concentré sur la population générale, elles travaillent le plus souvent avec des familles qui ont des enfants de moins de 5 ans. La loi prévoit que toute naissance doit être signalée au service des visiteurs de santé.

Elles donnent des conseils pour l'amélioration de la santé en direction d'une personne ou pour un groupe de patients. Parmi ces interventions, on trouve l'encouragement à l'allaitement, le soutien aux femmes ayant une dépression post-natale et l'enseignement de techniques parentales. Les visiteuses de santé sont souvent en première ligne pour promouvoir l'arrêt du tabac, la prévention du cancer et la vaccination. Elles jouent un rôle important dans la protection de l'enfance et travaillent en étroite collaboration avec les services sociaux dans ce domaine.

Tout comme les infirmières de secteur, elles reçoivent des patients adressés par les mêmes services et d'autres professionnels, évaluent et mettent en route des traitements sans l'intervention d'un généraliste. Traditionnellement, les visiteuses de santé reçoivent une formation et une préparation formelles depuis presque aussi longtemps que les infirmières de secteur ; néanmoins, les visiteuses de santé n'ont pas toujours été tenues d'obtenir un diplôme d'infirmier. Par le passé, les visiteuses de santé n'étaient pas uniquement infirmières. Leur formation a été

spécialisée en 1993, avec une formation dans la santé communautaire et un diplôme spécifique après l'obtention du diplôme d'Etat. Aujourd'hui, il faut détenir des compétences spécifiques pour être admis dans la troisième partie (santé publique) du registre NMC (*Nurse and Midwifery Council*).

Les infirmières de cabinet (Practice nurses)

Elles sont employées par les médecins généralistes, ce qui signifie qu'elles ne sont pas intégrées dans les mêmes structures d'emploi et de gestion que les autres infirmières qui travaillent dans la communauté. De ce fait, elles ne s'occupent que des patients qui font partie de la clientèle du cabinet. La quasi-totalité des patients qu'elles reçoivent leur sont adressés par les médecins généralistes.

Les infirmières de cabinet (*practice nurse*) travaillent dans les cabinets des généralistes et fournissent des soins directs aux patients qui sont suivis dans le cabinet, par exemple des soins pour plaies et autres traumatismes légers, des frottis cervicaux, des vaccinations. Elles animent leurs propres consultations avec leur propre clientèle en utilisant des protocoles et recommandations de pratiques agréés. Dans ce contexte, elles peuvent fournir des prestations de planning familial et animer des consultations pour la prise en charge du diabète et de l'asthme.

L'extension et le développement du travail d'infirmière de cabinet a été une réaction et une réponse directe aux changements dans les attentes et demandes du travail du médecin généraliste. Par conséquent, leur formation et leur développement ont été beaucoup plus morcelés que ceux des infirmières de secteur et les visiteuses de santé, au gré de la volonté de leur employeur généraliste.

Plusieurs études dans les années quatre-vingt-dix ont souligné l'aspect aléatoire de la formation des infirmières de cabinet (*practice nurse*) et l'absence d'incitation financière pour encourager les généralistes à demander qu'elles suivent une formation formelle autre que pour des tâches ou pathologies routinières spécifiques. Cette question commence tout juste à être traitée par le gouvernement central au fur et à mesure qu'il s'investit d'avantage dans le développement du travail des infirmières de cabinet (*practice nurse*) et des équipes ayant une expertise mixte.

Les changements récents dans les contrats avec

les médecins généralistes ont permis aux infirmières de cabinet d'entrer en partenariat avec les généralistes. Le texte du Dr Sweeney détaille cette forme d'organisation. Le groupe des infirmières de cabinet est celui qui a connu la croissance la plus forte, et leurs activités professionnelles sont celles qui ont été déléguées le plus par les médecins généralistes. Elles interviennent comme assistantes en soins de santé.

Une diversification des activités est apparue pour des services jusqu'alors non offerts en soins primaires telles que la petite chirurgie, les activités de prévention en santé ou de soutien aux personnes atteintes de maladies chroniques. Dans certains cabinets, les infirmières de cabinet "trient" les patients et prennent en charge ceux qui ont des pathologies peu compliquées. Ainsi, elles libèrent le médecin généraliste pour qu'il puisse s'occuper de cas médicaux plus complexes.

Les médecins généralistes emploient largement les infirmières dans leurs cabinets dans la mesure où elles leur permettent de gagner du temps, d'élargir la gamme des services offerts, d'améliorer l'accès aux soins et d'atteindre leurs objectifs tels que fixés dans leur contrat avec le *Primary Care Trust*. Etant donné que les généralistes sont des contractuels indépendants, les modalités précises d'emploi des infirmières de cabinet (*practice nurses*) sont très variables. Le groupe des infirmières de cabinet (*practice nurses*) présente de ce fait une diversité considérable dans la complexité des tâches qu'elles effectuent, de leurs responsabilités et de l'autonomie professionnelle dont elles disposent.

Les infirmières praticiennes (Nurses Practitioners)

Les infirmières praticiennes reçoivent des patients qui ont des problèmes indifférenciés et non diagnostiqués et peuvent les évaluer et les traiter. Habituellement, elles ont suivi une formation d'expertise étendue après leur diplôme et peuvent effectuer un examen clinique, et sont formées à envisager un diagnostic différentiel.

Il y a un chevauchement entre le travail des infirmières de cabinet (*practice nurses*) dans un cabinet médical et celui des **infirmières praticiennes** (*nurse practitioners*), un rôle qui est aussi souvent exercé dans un cabinet médical même si les infirmières praticiennes peuvent travailler dans d'autres contextes. En Angleterre, elles sont souvent employées pour servir des populations particulières comme les sans-abri ou

dans des contextes difficiles, comme les quartiers défavorisés des grandes villes qui ont des difficultés pour embaucher et retenir un médecin généraliste.

Dans certains programmes récents, des infirmières praticiennes ont été embauchées par les *Primary Care Trusts* (PCTs) et fournissent des prestations médicales identiques à celles d'un cabinet classique de médecine générale ; elles encadrent les médecins généralistes salariés qui travaillent pour le PCT. Ces formes d'organisations s'appellent PMS ou services médicaux personnels pour les différencier des GMS ou des services médicaux généraux offerts par le médecin généraliste en tant que contractuel indépendant.

Certaines recherches ont comparé le travail des médecins généralistes avec le travail des infirmières de cabinet (*practice nurses*) et le travail de ces généralistes avec le travail des infirmières praticiennes. Elles ont trouvé que les trois groupes fournissent des soins équivalents mais que ces soins ne sont pas forcément moins chers malgré un taux de satisfaction élevé de la part des patients, qui, quand ils peuvent choisir, préfèrent être vus par un médecin.

En plus de ces différents types d'infirmières qui travaillent en soins primaires, il faut ajouter les **infirmières diplômés d'Etat** (*registered nurses*) qui n'ont pas suivi de formation supplémentaire en soins primaires mais qui peuvent avoir suivi une formation supplémentaire dans leur propre spécialité.

Les infirmières diplômées d'état

Les infirmières diplômées d'état sont employées par les PCT pour fournir un certain nombre de prestations et sont susceptibles de travailler avec les infirmières en soins primaires, en s'intégrant à leur équipe de soutien pour offrir leurs services d'infirmier clinique spécialisé. Elles sont souvent attachées à une équipe hospitalière mais s'occupent plutôt de patients qui habitent dans la communauté. Elles font alors partie d'une équipe pluridisciplinaire qui peut être spécialisée en santé mentale ou en soins palliatifs. La formation et l'étendue de leur travail ne sont pas développées ici.

Les infirmières consultantes (Nurse consultant)

Elles constituent un nouveau développement intéressant. Par exemple dans le *Primary Care Trust* où je travaille, il y en a neuf. Ces infirmières

consultantes jouent un rôle de chef ou de dirigeant clinique (et non pas de cadre gestionnaire) pour les infirmières dans leur spécialité et sont sur le devant la scène en tant qu'experts dans les aspects cliniques, éducatifs et de recherche. Ces postes ont été introduits en réponse au manque de perspective de carrières chez des cliniciens très compétents qui avaient atteint le "plafond" et ne pouvaient plus progresser si ils ne voulaient pas devenir des cadres ou des enseignants à temps complet. Dans notre *Primary Care Trust*, nous avons des infirmières consultantes qui travaillent dans les domaines de soins palliatifs, les enfants, la santé sexuelle, la santé publique, la dermatologie, la viabilité des tissus, le premier accès aux soins et les maladies chroniques. Ces infirmières peuvent gagner jusqu'à £ 55.000 par an.

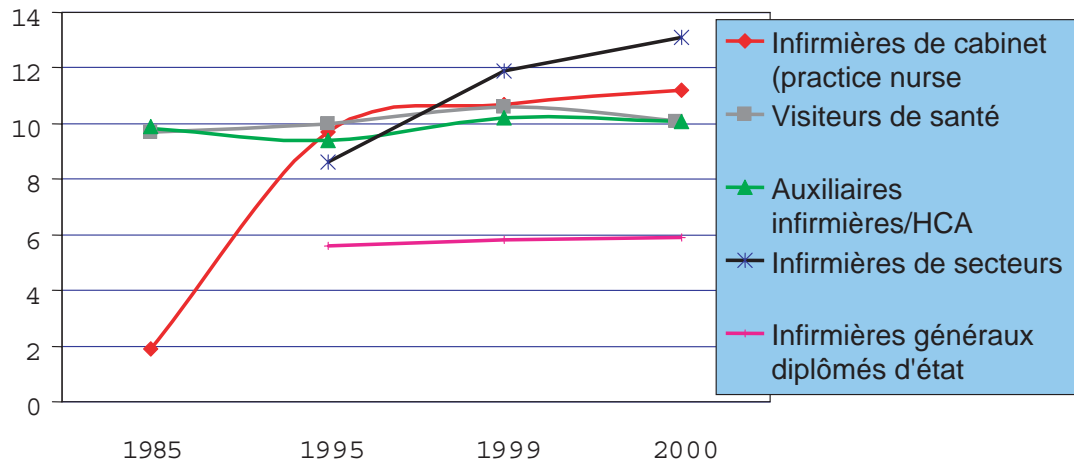
Quand il y a un problème clinique, ce sont souvent les infirmières qui apportent la solution !

La répartition et la proportion des infirmières en soins primaires en Angleterre

Le secteur des soins primaires regroupe 17 % de toutes les infirmières, sages-femmes et visiteurs de santé employés par le NHS (2002). Elles représentent 49 651 (équivalent temps complet) d'infirmières et visiteurs de santé. Les infirmières de cabinet (*practice nurses*) et les équipes de groupes d'infirmières dans la communauté sont en augmentation ces dix dernières années. Les infirmières diplômées d'Etat forment le plus grand groupe avec 17 100 personnes.

Malgré le fait qu'il existe des infirmières reconnues en soins primaires, comme les infirmières de secteur et les visiteurs de santé, ce sont les infirmières diplômées d'Etat et les infirmières de cabinet (*practice nurses*) qui constituent le groupe le plus important. Ces infirmières n'ont pas automatiquement reçu de formation spécialisée en soins primaires. Cela est dû au fait que les besoins du NHS pour les médecins généralistes et pour les *Primary Care Trusts* sont en train de changer. Il a été plus facile, plus rapide et moins cher d'embaucher des infirmières pour travailler avec les praticiens spécialisés en place et leur créer de nouveaux rôles ou d'embaucher des infirmières de cabinet (*practice nurses*) pour accomplir le travail que les médecins faisaient auparavant.

Graphique 4
Changements dans la main-d'œuvre anglaise en soins primaires
(milliers équivalents temps plein)



Ce qui était le noyau de la main-d'œuvre infirmière, à savoir les infirmières de secteur et les visiteurs de santé, n'ont pas augmenté malgré une concentration grandissante des soins de santé dans les soins primaires. Ce sont plutôt le nombre d'infirmières de cabinet (practice nurses) et d'infirmières qualifiées de premier niveau qui ont augmenté de façon exponentielle au cours des dix dernières années.

Le tableau 3 montre qu'en soins primaires en particulier, et par rapport au monde infirmier en général, la main-d'œuvre est confrontée au phénomène de vieillissement, surtout dans les spécialités traditionnelles d'infirmières de secteur et de visiteuses de santé. Dans les dix années à venir, l'organisation des soins primaires infirmiers sera probablement très différente de ce qui existe aujourd'hui.

Tableau 3
Comparaison de la répartition des âges de groupes
sélectionnés d'infirmières en 2002

	Moins de 30 ans	Entre 31-44 ans	Plus de 45 ans
Total main-d'œuvre infirmières, sages-femmes et visiteurs de santé NHS Angleterre	14 %	54 %	30 %
Soins aigus aux personnes âgées et total infirmières diplômées d'état	19 %	55 %	24 %
Visiteurs de santé	2 %	46 %	52 %
Infirmières de secteur	4 %	49 %	47 %
Infirmières diplômées d'état employées dans services de soins primaires	6 %	56 %	38 %

Tableau 4
Ecarts maximum de densité infirmières
selon les zones géographiques (zones PCT)

Infirmières de cabinet	1,8 à 3,4 par 10.000
Infirmières diplômés d'état	2.4 à 5.0 par 10.000
Infirmières de secteur	0.9 à 5.7 par 10.000
Visiteurs de santé	1.4 à 2.6 par 10.000

Le tableau 4 montre à quel point la répartition de la main-d'œuvre en soins infirmiers en densité varie selon les zones géographiques. Ceci est probablement dû aux habitudes et pratiques locales ainsi qu'à l'histoire au sein des organisations de soins primaires et de médecine générale. Peu de données suggèrent que ces différences de densité sont en lien avec des différences dans les besoins de la population ou en lien avec les inégalités de santé.

Dans cette dernière partie de ma présentation, je vais brièvement vous décrire deux domaines innovants où le travail infirmier en soins primaires coïncide avec le travail médical et remplace ce dernier en soins primaires.

2. Les changements actuels pour les infirmières en soins primaires

2.1. La prescription infirmière

La prescription infirmière indépendante

Au cours des dix dernières années, après le lancement de projet pilote en 1994 pour la prescription infirmière, un certain nombre d'infirmières travaillant en soins primaires ont pu faire des diagnostics et prescrire des médicaments indépendamment d'une surveillance médicale, mais pour une gamme limitée de médicaments et de traitements.

A l'origine, en 1998, le formulaire pour infirmières était très limité. Seules les infirmières de Secteur et les Visiteurs de Santé étaient agréées en tant que prescripteurs indépendants. La gamme des produits a été rapidement étendue afin de résoudre les difficultés rencontrées pour obtenir les produits nécessaires pour soigner les plaies et traumatismes simples. Dans leur pratique journalière, les infirmières étaient contraintes de demander au patient de voir leur médecin généraliste pour obtenir une prescription avant de commencer le traitement.

Ce principe a été étendu en 2001, pour reconnaître de plus en plus que les infirmières qui ont reçu une formation correcte peuvent prescrire à partir d'un formulaire qui leur donne le droit de faire les diagnostics et prescrire les soins appropriés. Les infirmières agréées comme prescripteurs indépendants, au terme d'une formation longue et spécifique, peuvent prescrire à partir du formulaire étendu pour Infirmières Prescriptrices. Ce formulaire inclut 180 médicaments réservés à la prescription qui sont utilisés pour traiter les pathologies dans quatre domaines thérapeutiques :

- les maladies courantes,
- les plaies et traumatismes simples,
- la promotion de la santé,
- les soins palliatifs.

La liste complète est en fin de texte.

Le NHS a annoncé la suppression de la liste limitative pour début 2006. Dorénavant, les infirmières autorisées à prescrire pourront prescrire l'ensemble des médicaments prescrits par les médecins à l'exception des stupéfiants (équivalent tableau C en France).

La prescription de groupe et la prescription supplémentaire

Il existe également deux autres façons permettant aux infirmières en soins primaires et dans d'autres contextes cliniques de prescrire des médicaments quand les patients ont **déjà** été vus cliniquement par un médecin ou dentiste.

- Les Consignes pour Groupes de Patients ("*Patient Group Directions* ") : ce sont des consignes écrites pour la fourniture ou l'administration de médicaments à un groupe de patients qui n'ont peut-être pas été identifiés avant traitement mais qui maintiennent un contact régulier avec l'infirmier et qui sont suivis par un prescripteur indépendant (médecin, dentiste ou infirmière formée). Ce cas est réservé aux situations qui présentent un avantage pour la prise en charge du patient (par exemple, dans une situation clinique) et l'absence du moindre risque pour sa sécurité.
- Les prescripteurs supplémentaires sont en cours de formation pour la prescription de certains médicaments dans le cadre des Plans de Gestion Clinique ("*Clinical Manage-*

ment Plans "). Ces plans ont été introduits dans le but explicite d'alléger le travail des médecins et d'améliorer l'accès aux médicaments. Ils permettent aux infirmières (et aux pharmaciens, physiothérapeutes, pédicures et radiologues) qui sont le clinicien référent d'un patient atteint d'une maladie de longue durée, de revoir et modifier leurs médicaments en même temps qu'ils fournissent leurs autres soins. **Ils sont basés sur une convention passée entre le médecin, l'infirmier et le patient.**

Il existe peu d'évaluations sur l'impact de la prescription infirmière en soins primaires, la prise en charge des patients, les coûts et le temps et les modes de travail que cela implique pour les médecins et les infirmières. Des études descriptives ont souligné certaines difficultés dans l'instauration et la montée en charge de la prescription infirmière en soins primaires.

Néanmoins, il est clair que le droit de prescrire va devenir de plus en plus important au fur et à mesure que les infirmières en soins primaires prennent une place déterminante dans la prise en charge d'individus ayant des besoins de soins

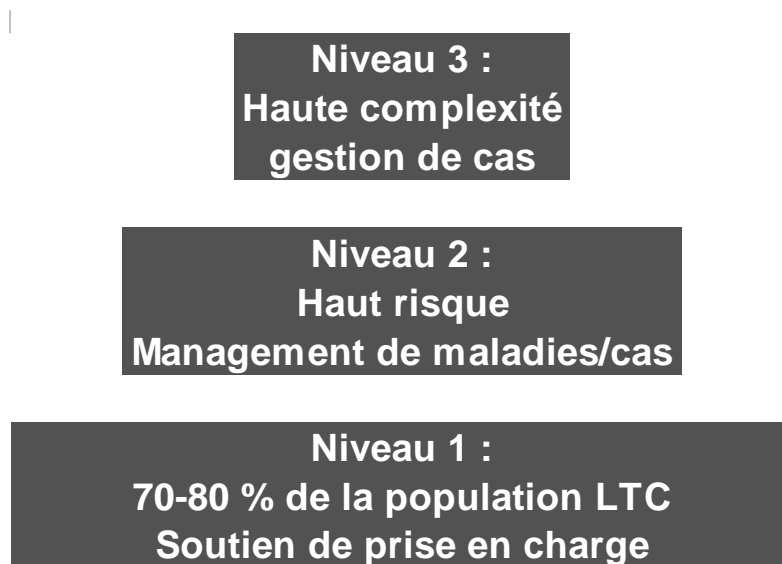
sociaux et de santé complexes.

Les infirmières sont de plus en plus perçues comme étant l'acteur clé dans le soutien au quotidien, la coordination des différents services et la gestion clinique des individus ayant une affection de longue durée. Leur travail est devenu crucial pour éviter que les patients n'aient un recours excessif aux soins d'urgence parce que leurs besoins n'ont pas été suffisamment pris en charge dans la communauté.

2.2. Les infirmières " matrones " dans la communauté et la prise en charge des cas de malades atteints de maladies chroniques nécessitant des soins de longue durée

Les soins primaires ont vu l'apparition d'un nouveau rôle pour les infirmières, le rôle de " matrone de la communauté " ; Elles sont appelées à prendre en charge les soins et le suivi des individus les plus vulnérables et les plus susceptibles d'avoir besoin d'une hospitalisation imprévue. Ce nouveau rôle a été influencé par le travail effectué par les *Health Maintenance Organizations* (HMO) aux Etats-Unis.

Graphique 5
Matrones de la communauté et prise en charge des maladies chroniques



Ce schéma, extrait du livre blanc de la politique anglaise de santé sur les affections de longue durée, montre les différents niveaux dans les besoins de santé d'individus atteints d'une maladie chronique et les différents niveaux de soutien dont ils auront probablement besoin. Ce modèle conceptuel est directement emprunté à un *Manage care* américain, le *Kaiser Permanente*. Malgré le fait que les gens peuvent rarement être répartis dans des couches aussi distinctes de besoin, ce modèle aide à définir comment les services infirmiers en soins primaires peuvent être organisés et permettre de prendre en charge les individus atteints d'une affection de longue durée. Les visiteurs de santé, les infirmières de cabinet (*practice nurses*) et les infirmières cliniciennes sont ceux qui prennent le plus en charge la promotion de la santé et le soutien des malades au moment du diagnostic, et dans la gestion de leur maladie. Les infirmières de secteur, les infirmières diplômées d'Etat, les infirmières cliniques spécialisées et les matrones dans la communauté sont plus susceptibles de prendre en charge les patients ayant des besoins de santé plus complexes, et ceux qui pourraient bénéficier de soins directs.

Niveau 3 : Gestion de cas - individus qui utilisent beaucoup de soins secondaires non planifiés : **matrone de la communauté** pour anticiper, coordonner et articuler soins de santé et soins sociaux.

Niveau 2 : Management de soins spécifiques pour une maladie donnée - individus qui ont un besoin complexe, unique et simple ou conditions multiples : équipes pluridisciplinaires et protocoles et trajectoires (*pathways*) spécifiques pour chaque maladie.

Niveau 1 : Soutien de prise en charge par soi-même - aider les individus et ceux qui s'occupent d'eux à développer les connaissances, l'expertise et la confiance à prendre en charge eux-mêmes leur pathologie et leurs propre personne de façon efficace.

Le nouveau rôle de matrone dans la communauté a été créé pour travailler au niveau 3 ; ce rôle est celui qui se chevauche le plus avec le travail des médecins généralistes et des infirmières de secteur.

Dans ce modèle d'organisation, le médecin gère une clientèle d'individus avec de multiples problèmes qui ont été adressés, car vulnérables ou à haut risque, et qui sont susceptibles de bénéficier le plus d'avoir un référent. **L'infirmier ou la**

matrone de la communauté assume la responsabilité globale de la planification, de la coordination et de la fourniture des soins, ainsi que du suivi continu, de l'évaluation de la qualité et de l'évolution de ces soins. Il est prévu que ces infirmières clés gèrent une clientèle d'environ 80 personnes. Des évaluations provisoires suggèrent que ces infirmières peuvent améliorer la qualité des soins, peut-être réduire le nombre d'hospitalisations non planifiées et promouvoir une meilleure utilisation des services en évitant leur duplication inutile. Mais nous ne sommes qu'au début et ne connaissons pas l'impact de ces nouveaux rôles sur les services existants et les conséquences à long terme pour les malades et leurs familles.

Il n'y a pas de doute que les changements qui s'opèrent en soins primaires et ceux qui vont venir sont stimulants et de plus en plus centrés sur le patient. La notion traditionnelle de ce qu'un médecin ou une infirmière doit faire ou ne doit pas faire dans son travail est en train de bouger. Il reste, bien entendu, beaucoup d'inquiétudes.

Si les généralistes deviennent de plus en plus spécialisés dans leur travail et ne prennent plus en charge que les cas compliqués, vont-ils perdre la relation singulière qu'ils ont traditionnellement eue avec leurs patients et leurs familles et en même temps, le sens de la continuité de soins ?

De même, est-ce que l'utilisation continue des infirmières pour solutionner certains problèmes particuliers des services de santé ne va pas induire une fragmentation des soins et une duplication inutile entre les différents groupes d'infirmières ?

Aussi, et c'est peut-être le plus important, on peut se demander si tout cela n'est pas fondé sur une supposition sous-jacente que le travail actuel des infirmières est une chose simple ? Est-ce la raison pour laquelle on croit qu'elles peuvent absorber tant d'autres activités et tâches qui ont un lien avec leur travail de soins, mais qui peuvent les éloigner de soins dispensés directement aux malades ?

La recherche au Royaume-Uni et aux Etats-Unis a démontré que les infirmières qualifiées ont de meilleurs résultats en mortalité, morbidité et qualité de la vie des patients quand elles fournissent des soins directement aux malades, que lorsqu'elles supervisent une main-d'œuvre plus ou moins non qualifiée.

Conclusion

L'organisation des infirmières est directement liée au financement des soins primaires. Notre système, qui est financé par l'Etat, implique qu'il est possible de développer des nouveaux rôles pour les infirmières, leur permettant de travailler côte-à-côte avec les médecins et fournir des soins qui ne sont pas forcément prescrits et contrôlés par ces derniers.

Les infirmières qui possèdent une large gamme d'expertise et de connaissances travaillent avec et indépendamment des médecins généralistes. Néanmoins, il est clair qu'une partie importante de la croissance dans le travail infirmier en soins primaires se trouve en médecine générale. Les infirmières y assument des activités déléguées par les médecins mais peuvent aussi travailler dans le cadre de protocoles pour les aider à prendre en charge leurs patients.

Le plus grand changement et la plus forte croissance se trouvent dans les rôles non traditionnels d'infirmières en soins primaires.

Il existe des domaines nets de substitution et de délégation entre médecins et infirmières, mais la majorité du travail reste spécifique pour les infirmières et dirigée par elles.

Les preuves indiquant un moindre coût sont limitées.

Le principal enseignement de l'expérience anglaise est qu'un simple diplôme d'infirmier ne suffit pas pour travailler en soins primaires. La recherche professionnelle publiée dans la littérature, et notre propre recherche récente sur le terrain, ont montré maintes fois que les infirmières qui travaillent en soins primaires ont besoin, pour être autonomes, pour se diriger seules et rester efficaces, de plus de connaissances et d'expertise que la simple connaissance spécialisée des maladies ou un ensemble de techniques.

Elles peuvent acquérir cette expertise de plusieurs façons :

- par l'expérience,
- grâce à une formation agréée dans un cadre universitaire,
- par l'intermédiaire d'un soutien et d'un apprentissage structurés appropriés, aidées par un mentor.

Nous ne savons toujours pas quel résultat clinique peut être atteint par quel type d'infirmière dans quel rôle ! Vous allez être surpris d'apprendre que nous avons un besoin très important de recherches sophistiquées sur le travail des infirmières en soins primaires. Recherche qui va au-delà d'une comparaison entre le résultat pour le patient et l'organisation des soins par rapport aux médecins. Il nous faut développer davantage de recherche qui peut nous aider à comprendre comment le contexte des soins, le niveau de formation et l'autonomie des infirmières peuvent avoir un effet sur le devenir des patients. Nous cherchons tous à fournir les meilleurs soins de santé avec les ressources limitées dont nous disposons. Le travail infirmier restera une partie importante de la solution.

6. La collaboration entre médecins et infirmières dans le Service National de Santé au Royaume-Uni : l'expérience de Foxhayes, Exeter, Devon

Dr Kieran Sweeney
Omnipraticien

Directeur, Peninsula Research Management, Exeter Primary Care Trust
Professeur de médecine clinique, Faculté de Médecine de Peninsula
Paris, Juin 2005

Introduction

Dans la continuité de ce que vous a exposé Madame Goodman, je vais vous présenter la façon dont les médecins et les infirmières collaborent dans notre pratique quotidienne dans l'Exeter, qui se trouve dans le Devon, au sud-ouest de l'Angleterre. Le plan suit les trois points suivants.

1. La nature radicale des changements actuels dans la politique de santé au Royaume-Uni ;
2. Quelques détails concernant les particularités de la médecine générale anglaise ;
3. Des exemples sur la façon dont les infirmières exercent leurs responsabilités élargies dans notre cabinet de médecine.

1. La nature radicale des changements actuels dans la politique de santé au Royaume-Uni

Nous vivons dans un contexte de changements sans précédent dans le Service National de Santé (NHS). Notre politique de santé traverse une période de radicalisation, qui s'accompagne d'une augmentation substantielle des crédits affectés au service de santé dans le but de rejoindre le niveau d'investissement de nos partenaires dans les autres pays de la communauté européenne.

Les changements qui s'effectuent à présent dans notre NHS sont de nature politique. Certains observateurs qualifient ces changements " d'administration perturbatrice " de la part du NHS qui considère qu'il est politiquement acceptable d'encourager l'évaluation des pratiques de travail, les frontières professionnelles et la réimplantation des services. L'enjeu de cette remise en cause du NHS est une redistribution du pou-

voir en son sein. Le NHS est considéré comme un système historiquement hiérarchique avec les médecins au sommet. Un grand nombre d'observateurs considèrent que l'idée centrale derrière les changements politiques de l'actuel gouvernement est de distribuer différemment le pouvoir et l'influence dans notre NHS.

L'essentiel de la politique de santé se trouve dans les dix points présentés par l'agence de modernisation du département de la santé.

1. Développer la chirurgie ambulatoire
2. Améliorer l'accès aux services clés de diagnostic
3. Gérer l'admission du patient
4. Gérer la sortie du patient
5. Eviter le suivi inutile
6. L'approche " paquet de soins "
7. Une approche systématique dans le traitement des maladies à long terme
8. Améliorer l'accès du patient
9. Repérer et éliminer les embouteillages
10. Redessiner les chemins d'accès efficaces

Ce sont notamment dix nouvelles façons d'offrir des services que l'on veut développer dans les organismes de soins primaires. Nous pensons que si tous ces changements étaient systématiquement appliqués, le vécu de millions de patients se trouverait transformé ; on assisterait à une amélioration significative de la qualité des soins et on épargnerait des centaines et des milliers d'heures de temps d'examen clinique, de rendez-vous et de journées d'hospitalisation. Dans cette liste, les changements numérotés de

6 à 10 peuvent être immédiatement appliqués aux soins primaires.

La conséquence sur le terrain, par exemple pour les soins primaires et les communautés locales, est la relocalisation de soins secondaires vers les soins primaires de ces communautés locales. Ceci concerne les soins de dermatologie, de cardiologie, et en particulier l'échographie dans le bilan de l'insuffisance cardiaque, et la gynécologie, par exemple l'hystérocopie et la biopsie endométriale. Dans notre cabinet, nous avons récemment décidé, avec notre organisme de soins primaires (*Primary Care Team*), d'offrir ce que l'on appelle les "soins intermédiaires aux patients diabétiques". Ceci signifie que dans certains contextes cliniques de diabète - par exemple le remplacement des antidiabétiques oraux par l'insuline ou un meilleur contrôle pour un diabète de type 2 - les patients nous sont adressés et seront suivis par notre cabinet. Ce service est sous la responsabilité d'une infirmière spécialisée dans le diabète qui peut, en cas de besoin, obtenir l'avis d'un clinicien qualifié dans cette pathologie. Notre infirmière spécialiste dans le diabète a dirigé une unité de diabétologie à l'hôpital local pendant vingt ans et travaille actuellement avec les spécialistes du diabète pour définir ce nouveau parcours qui offrirait le meilleur des soins primaires et secondaires pour les patients diabétiques à Exeter.

2. Quelques particularités de la médecine générale anglaise

Les omnipraticiens au Royaume-Uni ont un statut de contractuel indépendant. Cela signifie qu'ils ne sont pas rémunérés directement par le NHS et ne sont pas employés par notre organisation de soins primaires (Exeter Primary Care Trust) - ils exercent indépendamment dans le cadre du NHS avec qui ils ont passé un contrat pour fournir des services de soins primaires à notre cabinet.

Quand un cabinet de médecine générale est établi au Royaume-Uni, il peut bénéficier de trois sources différentes de revenu :

- * une somme globale ;
- * des services revalorisés ;
- * un cadre de qualité et résultats.

*Somme globale

Ceci correspond à la somme d'argent reçue par les omnipraticiens au titre de contrats signés antérieurement en rapport avec le nombre de patients qui leur a été attribué et avec une gamme de services à leur fournir (comme par exemple les soins anténataux, la petite chirurgie). La formule qui sert à transférer cette ancienne somme aux nouvelles conventions s'appelle la formule Carr-Hill.

*Prestations revalorisées

Les médecins généralistes peuvent recevoir des revenus supplémentaires quand ils fournissent des prestations habituelles de meilleure qualité, ou des services qui sont normalement fournis par une structure hospitalière. Il existe des prestations revalorisées directes (négociées localement), telles que les vaccinations anti-grippales, des systèmes d'information sur la qualité, et des prestations revalorisées et négociée au niveau national, telles que les prestations spécialisées de santé mentale ou de toxicomanie. Ceci signifie qu'un cabinet comme le nôtre peut accepter de fournir une prestation revalorisée (et plus loin je vais décrire la prestation revalorisée pour le diabète dans notre cabinet), et facturer cette prestation de telle sorte qu'il offre un meilleur service aux patients, que le rapport coût/bénéfice soit favorable pour le cabinet, ce qui permet au cabinet d'embaucher davantage de personnel clinique.

*Cadre de qualité et résultats

Le but du cadre de qualité et résultats est la réduction de la mortalité, de la morbidité et l'amélioration de la satisfaction du malade. Il comprend des normes dans dix domaines cliniques (asthme, diabète, hypertension, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, épilepsie, cancer, hypothyroïdie, maladies coronariennes, broncho-pneumopathies chroniques obstructives, santé mentale) qui sont fondées sur des données cliniques solides et qui ont été agréées en concertation avec les principaux organismes qui développent les soins de santé au Royaume-Uni. Dans le nouveau contrat, un cabinet "marque des points" quand il respecte les normes dans quelques-uns ou dans tous les domaines cliniques. Le résultat peut se traduire en revenus additionnels substantiels pour l'entreprise étant donné qu'actuellement, chaque "point" vaut 75 £ et que le score maximal pour un seul cabinet est 1,050.

En résumé, un médecin et une infirmière peuvent dorénavant coopérer en tant qu'associés dans une entreprise de soins primaires et recevoir des revenus de cet organisme calqués sur le nombre de malades qui s'inscrivent, leur taux de réussite dans toutes les normes ciblées dans le cadre qualité et résultats, et dans les services revalorisés qu'ils fournissent au *Primary Care Trust*.

Dans notre cabinet, mon associée, Gillian Champion, qui est infirmière, n'est pas employée par le *Exeter Primary Care Trust* ; elle exerce, tout comme moi, en tant que contractuelle indépendante. Ceci a des conséquences non seulement pour son exercice professionnel mais aussi pour sa comptabilité vis-à-vis des impôts : elle n'est pas salariée mais professionnelle indépendante. Gillian a reçu une formation d'infirmière en soins secondaires, a travaillé environ cinq années dans diverses unités hospitalières médicales et chirurgicales et a ensuite suivi une formation d'infirmière en soins primaires avant d'exercer cette spécialité pendant une quinzaine d'années. Elle a ensuite suivi une formation supplémentaire pour acquérir une expertise dans la prise en charge de l'asthme.

Avant de créer notre cabinet, nous avons présenté notre projet professionnel à notre organisme de soins primaires et proposé une série de coûts pour la fourniture de nos soins.

Nous avons calculé un budget pour :

- * les médicaments que nous allons prescrire,
- * les charges, l'enlèvement des déchets et ordures et pour les instruments médicaux,
- * les salaires des cliniciens employés,
- * les salaires administratifs (trois administrateurs à temps partiel),
- * les rémunérations fixes pour les associées (KS et GC) pour nous protéger aux débuts de l'entreprise,
- * en plus, nous avons estimé les bénéfices qu'une telle entreprise peut générer à terme avec une population potentielle de 3 000 à 4 000 personnes.

Ceci veut dire que nous avons maintenant un budget pour notre cabinet. Si nous commençons par trop dépenser, par exemple en engageant des médecins ou infirmières remplaçants, les

fonds disponibles pour poursuivre le développement du cabinet vont s'amenuiser et éventuellement réduire les quelques bénéfices destinés à être réinvestis dans l'entreprise. Si nous dépensons moins que prévu dans notre budget médicaments, nous pourrions utiliser une partie de ces économies, non pas pour nos bénéfices personnels, mais pour réinvestir dans l'entreprise - par exemple, pour éventuellement employer un pharmacien dans le but de nous conseiller sur nos prescriptions pour les personnes âgées.

3. Des exemples de la façon dont les infirmières exercent leurs responsabilités élargies dans notre cabinet de médecine

Le Cabinet de Foxhayes

Regardons maintenant en détails le fonctionnement de notre cabinet. Le cabinet est ouvert cinq jours par semaine de 8 heures à 18 heures. Nous n'assurons pas les urgences après 18 heures et ne recevons pas de patients le week-end. Les actes chirurgicaux (petite chirurgie) en pratique générale ont lieu le matin et l'après midi. Les consultations sont programmées toutes les quinze minutes sauf en ce qui concerne un petit nombre de rendez-vous d'urgences supplémentaires à la fin de chaque matinée et tard l'après midi, pour lesquelles nous prévoyons dix minutes. Les rendez-vous avec les médecins et les infirmières ont la même durée.

Les principales responsabilités de l'infirmière associée à notre cabinet sont les suivantes.

Elle passe la grande majorité de son temps à effectuer un travail clinique direct (3,5 jours par semaine). Elle consacre une journée entière par semaine à la gestion du cabinet pour assurer le bon fonctionnement quotidien et pour vérifier que nous atteignons les cibles dans le cadre de qualité et évolution clinique. Elle joue aussi un rôle d'infirmière exécutive dans le conseil d'administration du *Primary Care Trust* 0,5 jour par semaine

De plus, elle analyse nos prescriptions et discute avec moi de la stratégie générale du cabinet. A la suite de nos réunions de stratégie, nous pouvons par exemple être amenés à nous réunir avec les écoles locales pour développer un certain nombre d'initiatives de santé publique ensemble, ou bien se réunir avec la police locale pour discuter des moyens possibles pour améliorer la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales. Enfin, Gillian s'est aussi impliquée dans l'enseignement et développe son expertise pour devenir prescripteur supplémentaire (un terme que je vais expliquer plus loin).

Tableau 1
Motif des consultations infirmières au cabinet Foxhayes pour le mois de mai 2005

Vaccination	27
Frottis cervicaux	18
Nouveau patient	16
Dermatologie	13
Asthme	10
Spirométrie	7
Bilan gynécologique	6
Dépression	5
Prise en charge du diabète	2
Otites	2
Contraception	3
Traitement des verrues virales	6
Conseil pour voyages à l'étranger	7
Expliquer ECG	1
Hypertension	1
Problèmes urinaires	2
Vaccination	27
Frottis cervicaux	18
Chirurgies conjointes avec le médecin, amélioration de l'expertise en prescription	
Enseigner les étudiants en médecine, des infirmiers récemment diplômés et infirmiers spécialisés	

Le tableau ci-dessus montre un audit des consultations du mois dernier par nos infirmières dans notre cabinet et illustre l'étendue des problèmes qu'elles ont rencontrés. Elle montre le vaste éventail de l'expertise clinique. Il faut savoir que notre clinique ne fonctionne que depuis six mois et que nous avons déjà 1 200 patients inscrits. Il est probable que Gillian sera de plus en plus occupée par la prise en charge des maladies chroniques, en particulier l'hypertension et les maladies ischémiques coronariennes.

La prise en charge des patients asthmatiques

Dans le cabinet, le service d'asthme est dirigé par Gillian, l'associée infirmière. Elle a reçu une formation très poussée de praticienne infirmière

pour l'asthme et a obtenu le droit de prescrire des médicaments inscrits dans le formulaire étendu des infirmières. Ces droits étendus de prescription incluraient l'initiation et la modification des traitements pour patients atteints d'asthme.

En pratique, le cabinet tient un registre de patients souffrant d'asthme, les infirmières réalisent la confirmation du diagnostic par spirométrie ou *peak flow*, évaluent la consommation de tabac et conseils pour arrêter de fumer, réalisent des revues de la documentation. Nous surveillons le pourcentage des patients asthmatiques vaccinés contre la grippe.

La prise en charge des patients diabétiques

Le service de diabétologie dans notre cabinet est dirigé par une infirmière spécialisée qui a travaillé vingt ans dans un hôpital local comme infirmière-chef en consultations externes en diabétologie. Dans notre exercice à Foxhayes, cette infirmière repère périodiquement le nombre de patients diabétiques et saisit dans le système informatique les tests et examens de laboratoire pertinents qui ont été demandés par tous les membres de notre équipe depuis les six derniers mois. Le tableau ci-dessous montre les renseignements et tests standards pour diabétiques qui sont inclus dans le cadre qualité-évolution clinique auquel nous adhérons.

Tableau 2
Contenu type de la prestation revalorisée en diabétologie

Tenue d'un registre d'individus dans lequel le diagnostic est confirmé
Index masse corporelle
Utilisation du tabac et conseils pour arrêter de fumer
Hémoglobine glyquée, cholestérol et créatinine
Fond d'œil et examen vasculaire
Pression artérielle avec indication de bon contrôle
Microalbuminurie
Vaccination anti-grippale

L'infirmière chef a la responsabilité de veiller à ce que l'on atteigne toutes les cibles de notre cadre qualité et résultats pour nos patients diabétiques et de corriger les oublis ou insuffisances repérés. Ceci peut se traduire par exemple en donnant

rendez-vous à un patient pour voir le médecin ou pour assister à l'une de nos consultations spécialisées ou même en programmant une visite dans une de nos maisons de retraite pour effectuer des examens de base chez les personnes âgées qui y habitent. Le tableau 3 montre la série d'examens de cholestérol qui a été demandée par notre infirmière dans une de nos maisons de retraite pour personnes âgées et mentalement fragiles. Elle s'est arrangée pour que ces tests soient effectués. Ensuite, elle a directement reçu les résultats et me les a envoyés pour que l'on puisse envisager ensemble des modifications de traitement nécessaires.

Tableau 3
Bilan réalisé à la maison de retraite

Nom	Pression Artérielle	Taux de cholestérol	Fumeur
JF	128/82	5.9	Non
LH	100/64	4.8	Non
CS	152/100	4.8	Non
LS	98/48	En attente	Oui
OT	131/64	6.5	Oui
PQ	126/64	refusé	Arrêt
JP	116/73	3.7	Arrêt
EP	128/94	3.6	Non
JS	115/68	5	Non

Les Plans de Gestion Clinique

Un des moyens utilisés pour accroître la collaboration entre le travail des médecins et des infirmières consiste à offrir la possibilité aux infirmières praticiennes de prescrire des médicaments à partir d'une liste supplémentaire, ou de prescrire indépendamment. Or, il faut faire la distinction entre une infirmière prescriptrice indépendante et une infirmière prescriptrice supplémentaire. Une infirmière prescriptrice indépendante a le droit de prescrire tous les médicaments disponibles dans le commerce, à la fois ceux qui se trouvent dans les pharmacies et ceux qui sont prévus dans le NHS ; en plus, elle peut prescrire les médicaments figurant sur une liste d'environ 180 médicaments réservés à la prescription médicale dans le traitement d'une liste spécifique de maladies.

En revanche, les infirmières prescriptrices supplémentaires ont le droit de prescrire une plus grande étendue de médicaments qui sont utilisés dans un grand nombre de maladies au titre d'un plan de gestion clinique. Ce plan est établi en accord avec le patient lors d'une consultation avec un prescripteur indépendant qui doit obligatoirement être un médecin ou un dentiste.

Voici ci-dessous un exemple d'un plan de gestion clinique chez un malade hypertendu.

Patient : DS, male, 62 ans, asthme connu
 Prescripteur indépendant : KS
 Prescripteur supplémentaire : GC
 Cibles : Réduire PA < 140/90
 Réduire facteurs de risque cardiovasculaire
 Eviter effets indésirables aux médicaments
 Recommandations : Société Anglaise d'Hypertension
 Fréquence de suivi : avec GC selon besoin en fonction de la réponse au traitement conjointement avec KS et GC tous les ans (au moins)
 Effets indésirables aux médicaments : signalé par le système des cartes jaunes
 Set de données : comme prévu dans le cadre qualité et évolution clinique

Ce plan de gestion repose sur une médecine basée sur niveau de preuve et reflète les recommandations qui sont déjà largement utilisées dans la médecine générale et dans notre structure de soins primaires. Le prescripteur indépendant, en l'occurrence moi-même, et le prescripteur supplémentaire, dans ce cas mon associée infirmière Gillian Champion, sont nominativement identifiés. Dans le plan, nous indiquons clairement qui peut prescrire quels médicaments. Ces indications sont incluses dans notre protocole d'exercice, qui constitue une simple modification des recommandations de la Société Anglaise d'Hypertension, diffusées par un organisme de soins primaires. Nous avons indiqué la nature de ces recommandations ou les protocoles pour le plan de gestion clinique et ensuite indiqué les critères utilisés pour décider si le patient doit revoir le médecin : manque de réponse au traitement, besoin d'un médicament qui ne figure pas sur la liste dans le formulaire agréé. Les cas sont revus et réévalués tous les six mois ou plus tôt si la réponse clinique est instable. Comme indiqué, tous les cas doivent être revus au moins une fois par an. La partie finale précise les effets indésirables des médicaments et la procédure pour les documenter.

En résumé, quand j'identifie un nouveau patient avec hypertension artérielle, je demande le bilan

initial qui inclut une ECG et des examens de laboratoire, je commence son traitement et demande au patient de fixer un rendez-vous avec l'infirmière praticienne pour suivre le traitement durant le cours de cette première année. Ensuite, l'infirmière voit le patient. Si ce dernier n'est pas stabilisé par une monothérapie, par exemple, la bendrofluazide, l'infirmière peut commencer, au titre de ce plan de gestion clinique, un médicament de deuxième intention, par exemple, un bêta-bloquant, en commençant par des petites doses et en augmentant progressivement. En cas de réponse appropriée, l'infirmière demandera des examens de contrôle environ trois mois plus tard et continuera de suivre le patient pendant une année au maximum. A ce moment, nous nous rencontrerons pour effectuer un audit de tous les patients avec cette pathologie. Cet audit peut prendre la forme d'un simple exercice sur papier ou bien d'une véritable revue clinique conjointe.

La consultation conjointe

Un des aspects les plus importants de l'extension du rôle d'une infirmière vers la consultation indépendante et la prescription à partir du formulaire des infirmières est de bien connaître sa manière personnelle de consulter- et bien entendu, pour l'infirmière, de bien connaître la manière personnelle de consulter du médecin. Ainsi, une partie du processus de collaboration consiste à effectuer ensemble des interventions de petite chirurgie lors de mes consultations de routine. En contrepartie, j'assiste à ses consultations externes pour asthmatiques ou à une autre consultation externe ouverte aux patients qui ont été triés par notre équipe d'accueil.

La mise en place de ce type de travail conjoint dans un exercice clinique comme le nôtre n'a pas été sans problème. Il a fallu négocier avec le laboratoire local pour que les résultats des prises de sang et autres examens demandés par l'infirmière lui soient envoyés électroniquement directement. Nous sommes en phase de négociation avec les physiothérapeutes (kinésithérapeutes) locaux pour voir s'ils accepteront les patients envoyés directement par nos infirmières, par le biais d'un protocole commun. Dans l'avenir, nous envisageons de discuter avec nos radiologues pour obtenir un accord et un protocole similaires.

Toutes ces mesures renforcent le niveau de notre travail stratégique au sein de notre unité de soins primaires. Il y a encore vingt ans - ou même dix ans - les cliniciens passaient la grande majorité de leur temps en contact direct, en face-

à-face, avec leurs patients. On passait peu de temps à évaluer la qualité de la médecine proposée aux malades. Une nouvelle collaboration entre médecins et infirmières se développe et implique que l'on doive consacrer davantage de temps à réfléchir sur nos procédés cliniques et sur l'évaluation des nos pratiques.

Dans notre pratique, ceci se traduit par une réunion au moins mensuelle avec mon associée infirmière devant l'ordinateur pour regarder nos indicateurs de qualité et de résultats, ou pour regarder un éventuel audit que nous aurions envoyé d'autres cliniciens dans notre cabinet, par exemple l'audit sur le cholestérol présenté dans le tableau 3. Notre objectif est double. Le premier est d'assurer que les soins que nous offrons aux patients correspondent bien aux exigences du cadre de qualité et de résultats pour nous permettre de maximiser nos points et de ce fait, nos revenus. Deuxièmement, un regard sur nos pratiques. Nous nous posons la question : " Comment soignons-nous l'asthme dans notre cabinet " ou " Comment soignons-nous le diabète dans notre cabinet ? ". Si vous avez du diabète et que vous vous inscrivez chez nous dans le cabinet Foxhayes, comment serez-vous pris en charge ? Est-ce que l'on revoit les patients trop souvent ou pas assez souvent ? Après une consultation clinique, le patient doit-il revenir plus tard faire faire une prise de sang ou pouvons-nous offrir une prise en charge plus efficace ?

Conclusion

Le message que je veux faire passer est qu'il y a actuellement un changement radical dans la politique de santé au Royaume-Uni. L'actuel gouvernement a décidé de changer la façon dont les services de santé sont proposés aux patients et d'augmenter leurs choix en ce qui concerne la nature et l'endroit où les services sont dispensés. De ce fait, il est en train de redessiner les frontières professionnelles, de redéfinir les responsabilités professionnelles et de modifier et déplacer les services proposés pour obtenir un meilleur résultat en termes de coût/bénéfice, d'être plus efficace cliniquement et d'offrir des soins mieux adaptés aux besoins des malades. J'espère que j'ai réussi à vous montrer comment cette politique fonctionne en essayant de faire évoluer notre pratique, en utilisant des éléments à la fois stratégiques et cliniques issus de notre partenariat entre infirmières et médecins.

7. La figure professionnelle de l'infirmier(ière) en Italie

Marta Barbieri

Chercheur au Cergas et formateur à la SDA de l'Université Bocconi⁴⁸

Sommaire

1. Le statut de l'infirmier(ière)
2. La profession infirmière(ière) en chiffres
3. La formation de base et la formation spécialisée désormais réalisée à l'université
4. La formation continue
5. Le champ d'action
6. L'organisation de la profession
7. Les formes de rétribution
8. La fonction de gestionnaire
9. Les figures de soutien

Dans son état actuel, la profession d'infirmier(ière) connaît en Italie de profonds changements et des innovations. La période actuelle est une période de transition qui offre des opportunités de croissance et de développement, même si les difficultés ne manquent pas. Nous assistons aujourd'hui en particulier à de profondes modifications qui concernent les cadres professionnels, contractuels et de formation.

À la suite de cette présentation, nous ferons la synthèse de la situation actuelle de la profession et des principales étapes historiques qui l'ont précédée.

Le statut de l'infirmier(ière)

L'art. 1 du décret ministériel n° 739 de 1994 établit que " *l'infirmier(ière)* est un professionnel de santé qui, titulaire du diplôme universitaire d'aptitude et inscrit sur une liste professionnelle, est responsable de l'assistance infirmière générale en matière de prévention, de soins, de traitements palliatifs et de réhabilitation de nature technique, relationnelle et éducative ". Ce décret définit le " profil " de l'infirmier(ière) et, donc, la profession.

Concernant la profession d'infirmier(ière), la législation prévoit des *niveaux contractuels* (catégories) qui, en principe, devraient être l'expression de niveaux de compétence différenciés auxquels correspondent des rémunérations différentes. L'expression " en principe " est de rigueur, puisqu'aucune étude approfondie des compétences et des niveaux correspondants, attribués jusqu'à aujourd'hui en fonction des critères d'organisation établis par chaque établissement sur la base des directives du contrat national déclinées dans les contrats d'intégration décentralisés, n'a encore été menée à terme.

La norme prévoit en outre le profil de *l'infirmier(ière) puériculteur* qui représente une profession distincte, avec un statut qui lui est propre par rapport à celui de l'infirmier(ière) (comme du reste la sage-femme).

La disparition progressive de la distinction entre infirmière générale et infirmière professionnelle

Historiquement, deux grands groupes de profils professionnels étaient envisagés. Le premier groupe rassemble les profils infirmier(ière)s avec un statut autonome, comme le profil de l'assistance sanitaire et de la sage-femme ou les profils d'infirmier(ière)s généralistes, d'infirmier(ière)s en psychiatrie et des puéricultrices qui se diffé-

48. Le Cergas est le centre de recherche en gestion de la santé, la SDA Bocconi est l'école de formation continue de l'Université Bocconi de Milan, Italie.

rencient de la première dans la mesure où elles exercent " l'art auxiliaire des professions de santé ". Le deuxième groupe est composé des infirmières professionnelles qui, avant l'accord de Strasbourg, fréquentaient les cours de spécialisation (par exemple pour les infirmières qui assistent le médecin pendant les interventions chirurgicales).

L'existence des différents profils constitue une sorte de " différenciation horizontale " de la profession qui se distingue d'une " différenciation verticale " prévoyant diverses activités et/ou responsabilités liées à différentes positions.

Il est donc prévu, en Italie, une différenciation horizontale (entre *infirmier(ière)*, *infirmier(ière) puériculteur* et *sage-femme*), et verticale entre *infirmier(ière) professionnel* et *infirmier(ière) généraliste* (cette dernière profession étant définie comme un art auxiliaire). Cette dernière distinction mérite quelques mises au point. Le D.P.R. (décret du président de la République) n° 225 de 1974 en vue de réviser les attributions (nées dans les années 1940) établissait que les activités/tâches contenues dans celui-ci et les aptitudes requises devaient renvoyer à une typologie spécifique de figure professionnelle dénommée *infirmier(ière) professionnel* (en vertu de l'art. 1). Mais de l'avis du législateur, il était essentiel de continuer à assurer au patient la satisfaction des besoins habituels essentiels que ne pouvait plus remplir l'*infirmier(ière) professionnel* et qu'il fallait confier à une figure différente, c'est-à-dire *l'infirmier(ière) généraliste* (dont les tâches étaient définies à l'art. 6⁴⁹ du décret lui-même). La cohabitation de ces deux figures (à qui on avait attribué un *statut* juridique différent) a tout de suite suscité des questions et des controverses liées à la ressemblance et la similarité des prestations qui ont engendré des doutes sur la diversité réelle et l'opportunité des deux profils. Toutefois, la loi 243 qui procède à la suppression de la formation des généralistes et à l'introduction de la possibilité de leur reconversion en infirmier(ière)s professionnels date de 1980 (" reconversion extraordinaire des infirmier(ière)s généralistes "50)

Cette mesure précisait que par extraordinaire et pour une durée n'excédant pas cinq années à

compter de la date d'entrée en vigueur [...], les régions veillaient à la reconversion professionnelle des personnes en possession du diplôme d'aptitude d'infirmier(ière) généraliste et d'infirmier(ière) en psychiatrie [...], en les admettant au cours d'infirmier(ière)s professionnel(le)s. Le personnel qui a saisi cette opportunité de formation a vu se transformer les fonctions respectives d'infirmier(ière) généraliste et d'infirmier(ière) psychiatrique en infirmier(ière) professionnel(le), de manière automatique et sans qu'il ait besoin de passer aucun concours.

La loi n° 42 de 1999 de réforme des professions sanitaires a finalement introduit le profil de l'infirmier(ière) (éliminant le terme de professionnel) et, abrogeant les articles 1 à 5 du D.P.R. 225 (les attributions), gardé telles quelles les dispositions de l'art. 6, c'est-à-dire les attributions de l'infirmier(ière) généraliste et, par conséquent, sa fonction.

Il est donc possible d'affirmer qu'il existe aujourd'hui de fait une distinction entre infirmier(ière) et infirmier(ière) généraliste, mais qu'elle est destinée à disparaître à court terme (et, avec elle, toutes les questions qu'elle a engendrées dans le temps), dans la mesure où le groupe professionnel des infirmier(ière)s généralistes n'a plus été alimenté concrètement depuis les années quatre-vingt et que les dernières personnes en possession de cette qualification devraient quitter le marché du travail dans peu de temps. Par conséquent, l'unique différenciation (horizontale) que nous rencontrerons est celle qui existe entre infirmier(ière) et infirmier(ière) puériculteur. Assurément, le profil de l'infirmier(ière) prévoit (comme c'était le cas d'ailleurs avant l'accord de Strasbourg) la possibilité de se spécialiser dans certains secteurs (santé publique, santé mentale et psychiatrique, gériatrie, pédiatrie et service d'urgences). Néanmoins, cela ne crée pas de nouvelles figures professionnelles, mais des " experts " qui font toujours partie de la catégorie d'infirmier(ière) dont les compétences élargies devraient être reconnues par les niveaux contractuels.

49. L'art. 6 attribue à l'infirmier généraliste deux niveaux d'attribution : a) une activité "coadjuvante" par rapport à celle de l'infirmier professionnel ; b) une catégorie d'attributions qu'il peut remplir "directement" "sur prescription du médecin".

50. Par souci d'exhaustivité, précisons que le statut de l'infirmier psychiatrique est mis sur le même plan que celui de l'infirmier généraliste.

La profession infirmière en chiffres

En 2003, il y avait 331 699 inscrits sur la liste professionnelle (site IPASVI, dernier accès déc. 2004). Certaines données officielles du ministère de la Santé⁵¹, en gardant toujours 2003 comme référence, évoquent 262 807 personnes travaillant pour le Service national de Santé (SSN) et de 27 222 personnes employées dans les structures hospitalières assimilées aux structures publiques pour un total de 290 090 professionnels. Le déséquilibre entre les deux chiffres est dû en majorité à la présence des infirmier(ière)s travaillant dans les structures privées ou en tant qu'infirmier(ière)s libéraux. La profession est en outre caractérisée par la prédominance de la composante féminine, 75 % des professionnels de santé salariés du Système national de Santé sont des femmes.

Concernant le rapport infirmier(ière)s-médecins, *Éco-santé OCDE 2004* relève 5,4 infirmier(ière)s pour 1000 habitants et 4,4 médecins (en France, on compte 7,2 infirmier(ière)s et 3,3 médecins).

La formation désormais réalisée à l'université

Il est nécessaire d'être titulaire de la *Laurea in Scienze Infermieristiche* (diplôme universitaire en sciences infirmières) pour pouvoir accéder à la profession. Le cursus d'une durée de trois ans remplace le diplôme universitaire précédent. La formation est délivrée par les universités qui ont la faculté d'introduire dans leur règlement didactique jusqu'à un tiers de variations par rapport au programme établi par la loi (les programmes, disciplines et horaires, étaient auparavant fixés de manière précise au niveau central). Le programme (règlement didactique) est fixé par décret du ministère de l'Instruction, des Universités et de la Recherche (MIUR) en accord avec le ministère de la Santé⁵². Le système actuel de formation est le résultat de la succession de réformes concernant la formation universitaire en général et infirmière en particulier, qui se sont alignées au fil des années sur les critères européens. L'évolution du système peut être divisée en quatre phases principales.

La première phase débute avec la ratification

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

52. Les délégations professionnelles (commissions), émanation de la Fédération, participent à la définition des programmes.

des critères européens avalisés par l'accord de Strasbourg du 25 octobre 1967. La loi n° 795 de 1973 établit à l'annexe 1 que :

- pour pouvoir accéder au parcours de formation, il est nécessaire d'avoir un niveau intellectuel et culturel correspondant à la dixième année d'enseignement général ;
- le nombre minimum d'heures s'élève à 4 600 et au moins la moitié de ce temps doit être consacrée à la pratique hospitalière.

Ces mesures ont fait que la durée du cursus de formation est passée de 2 à 3 ans et que la condition d'accès au cursus est de posséder *le diplôme d'enseignement du second degré* plus deux années de formation supérieure. La dispense des cours (et la délivrance des diplômes) était alors du ressort des écoles d'infirmières dont l'autorisation de fonctionnement relevait des régions.

La seconde phase a lieu en 1992 - 1993 grâce aux décrets législatifs n°s 502 et 517 modelés sur la réforme plus large de l'université, mise en œuvre par la loi n° 314 de 1990. Les principales innovations introduites peuvent se résumer ainsi :

- institution du *diplôme universitaire* avec mise en place systématique des pôles universitaires et suppression des écoles régionales⁵³ ;
- obligation de posséder un *diplôme d'école secondaire supérieure du second degré* (durée 5 ans) pour accéder aux cours correspondants ;
- siège de la formation non seulement en milieu hospitalier, mais également auprès des autres structures du SSN et des institutions privées agréées (dont les conditions d'admissibilité doivent être formulées en décrets appropriés par les ministères de la Santé et de l'Université) ;
- rôle des régions appelées à signer les protocoles d'accord appropriés avec les universités afin de mettre en place les cursus de diplôme.

La troisième phase est lancée par le décret ministériel n° 509 de 1999 qui, en touchant aux principes régissant la formation universitaire, décide à l'art. 3 que les universités délivrent les ti-

53. Ce choix a induit une réduction significative du nombre d'écoles.

tres de *Laurea* (L) et *laurea spécialisée* (LS). Le décret ministériel du 2 avril 2001 définit par la suite les quatre catégories de diplômes pour les professions de santé.

Le cursus du diplôme de *laurea* en sciences infirmières dure généralement trois ans et prévoit la délivrance de 180 CFU (crédits de formation universitaires - ECTS).

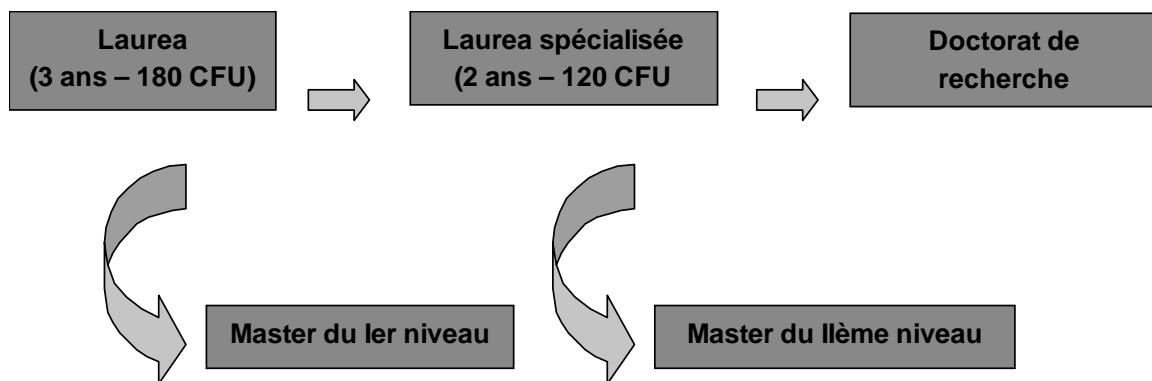
Enfin, la quatrième et dernière phase, a mis en place (toujours par le biais du décret du 2 avril 2001) les catégories de cursus de la *laurea* spécialisée (en deux ans) pour les professions de santé infirmières. La *laurea* spécialisée se donne comme objectif de fournir à l'étudiant un niveau de formation avancé, a une durée de deux ans et prévoit la délivrance de 120 CFU. Chaque université peut élaborer ses propres cursus comportant la partie clinique, de gestion ou didactique, mais pouvant en même temps également développer ou privilégier davantage l'un de

ces secteurs. Le doctorat de recherche est prévu à la fin du cursus d'études.

Parallèlement à la *laurea* et à la *laurea* spécialisée, l'offre universitaire inclut la poursuite du master de premier et de second niveau. Les deux cursus prévoient la délivrance de 60 CFU, les premiers peuvent être fréquentés à la suite de la *laurea* et les seconds à la suite de l'obtention de la *laurea* spécialisée. Les masters forment des experts ; ils s'adressent donc à ceux qui veulent se perfectionner. Les contenus des masters peuvent se référer à ce qui est prévu par le profil professionnel en termes d'urgences, de psychiatrie, de gériatrie, de santé publique et de pédiatrie. En outre, des cours de gestion portant sur le rôle de coordinateur ont été institués.

Sur l'illustration 1 figure une synthèse du cursus universitaire actuel de formation de base et de formation spécialisée de l'infirmier(ière).

Figure 1



Précisons que les places disponibles pour la laurea sont définies en valeur absolue et pour chaque institut par le MIUR, par décret ministériel annuel (à titre d'exemple, 12 936 places ont été établies pour l'année universitaire 2004-2005). Pour chaque université, les prévisions sont confirmées si elles coïncident en substance avec les exigences régionales ou sont inférieures à elles, mais sont réduites de manière proportionnelle à la moitié de la différence entre l'offre de formation et la délimitation des besoins régionaux. Les places en laurea spécialisée sont également contingentées.

Tant que la formation n'avait pas été adoptée en milieu universitaire, la formation spécialisée était assurée par les *Scuole dirette ai fini speciali* (écoles de formations professionnelles spécialisées) où il était possible d'obtenir des diplômes post-baccalauréat afin d'exercer des fonctions et des professions pour lesquels le diplôme de laurea n'était pas nécessaire, mais une formation culturelle et professionnelle dans le milieu universitaire requise (D.P.R. n° 162 du 10 mars 1982, *Réorganisation des écoles de formations professionnelles spécialisées, des écoles de spécialisation et des cours de perfectionnement*). Parmi les différents titres délivrés par les écoles, rappelons celui d'infirmier(ière) cadre.

La formation continue

En Italie, comme dans de nombreux pays, a été lancé le *programma di Educazione Continua in Medicina* (E.C.M.), le programme d'éducation continue en médecine. Il comprend l'ensemble organisé et contrôlé de toutes les activités de formation théoriques et pratiques, promues par tout organisme qui le souhaite (qu'il s'agisse d'une société scientifique ou d'une société professionnelle, d'une entreprise hospitalière ou d'une structure spécifiquement vouée à la formation dans le domaine de la santé, etc.) dans le but de maintenir élevé le professionnalisme des professionnels de santé et en cohérence avec l'évolution contemporaine.

Chaque professionnel de santé est appelé à veiller en toute autonomie à sa propre formation. L'E.C.M. a pour objectif l'évaluation des différentes étapes de formation de manière à ce que tout infirmier(ière) puisse être assurée de leur qualité et de leur utilité afin de préserver son professionnalisme. En outre, l'E.C.M. sert à rappeler à chaque professionnel son obligation d'assurer un nombre approprié d'activités de formation continue et de reconversion professionnelle.

La participation à des formations accréditées par l'E.C.M. confère un nombre déterminé de crédits de formation calculés sur la base d'une série d'indicateurs définis à cet effet par une commission spéciale. Le crédit est reconnu en fonction soit de la qualité de l'activité de formation, soit du temps consacré à celle-ci.

Les crédits pour les cinq premières années ont été fixés à un total de 150, avec obligation progressive d'obtention de 10 crédits pour la première année à 50 pour la cinquième année (10-20-30-40-50). À ce régime, les 150 crédits devront être atteints en trois ans. Le nombre des crédits à obtenir chaque année et sur cinq ans est le même pour toutes les catégories. Une même formation qui s'adresse à plusieurs catégories peut se voir attribuer un nombre de crédits différents pour chaque catégorie intéressée.

Jusqu'à présent, l'organisme affecté à la surveillance de l'acquisition de crédits pour les professionnels ainsi que les éventuelles sanctions en cas de non-accomplissement n'a pas encore été instauré.

Le champ d'action de l'infirmier(ière)

L'un des virages fondamentaux dans la profession d'infirmier(ière) a été marqué par la loi n° 42 de 1999 (dispositions en matière de professions de santé) qui abroge les *attributions*. Ces dernières, promulguées vingt-cinq ans auparavant par le D.P.R. n° 225 de 1974, comportaient la rédaction d'une liste rigide et précise des tâches que l'infirmier(ière) était pour ainsi dire autorisée à effectuer. Il est évident qu'une telle approche prescriptive de la profession en dégradait l'essence même, basée sur le binôme autonomie - responsabilité des individus.

Un chapitre d'histoire se ferme donc pour la profession infirmière et un autre s'ouvre. Le champ d'activité et de responsabilité est désormais délimité par les contenus du *profil professionnel*, par les *règlements didactiques* du cursus de diplôme universitaire et de formation spécialisée ainsi que par le *code de déontologie*.

Dans le détail, le profil professionnel a été introduit par le décret ministériel n° 739 de 1994, tandis que le code de déontologie est un document émanant du comité central de la Fédération IPASVI datant de mai 1999 (qui intègre le *Patto infermiere - cittadino*, le pacte infirmier(ière) - citoyen de 1996).

Décret ministériel 739/94 : le nouveau profil

Article 1

1. La figure professionnelle de l'infirmier(ière) se caractérise par le profil suivant : l'infirmier(ière) est un professionnel de santé qui, en possession du diplôme universitaire d'aptitude et de l'inscription sur la liste professionnelle, est responsable de l'assistance infirmière générale.
 - a) participe à l'identification des besoins de santé de la personne et de la collectivité ;
 - b) identifie les besoins d'assistance infirmière de la personne et de la collectivité et formule les objectifs correspondants ;
 - c) planifie, gère et évalue l'intervention d'assistance infirmière ;
 - d) garantit l'application correcte des prescriptions de diagnostics et de thérapies ;
 - e) agit soit individuellement soit en collaboration avec les autres professionnels sociaux et de santé ;
2. L'assistance infirmière de prévention, de soins, de traitements palliatifs et de réhabilitation est de nature technique, relationnelle et éducative. Ses principales fonctions sont la prévention des maladies, l'assistance des malades et des handicapés de tout âge ainsi que l'éducation à la santé.
 - f) a recours si nécessaire pour l'accomplissement de ses fonctions à l'aide du personnel de soutien ;
 - g) accomplit son activité professionnelle dans des structures de santé publiques ou privées, sur le territoire et dans l'assistance à domicile, en qualité d'infirmier(ière) salarié ou libéral.
3. L'infirmier(ière) :
 - a) santé publique : infirmier(ière) de santé publique ;
 - b) pédiatrie : infirmier(ière) en pédiatrie ;
 - c) santé mentale et psychiatrique : infirmier(ière) psychiatrique ;
 - d) gériatrie : infirmier(ière) en gériatrie ;
 - e) urgences : infirmier(ière) des urgences.
4. L'infirmier(ière) contribue à la formation du personnel de soutien et concourt directement à la formation continue concernant son profil professionnel ainsi qu'à la recherche.
5. La formation infirmière spécialisée pour la pratique spécialisée vise à fournir aux infirmier(ière)s généralistes des connaissances cliniques avancées et des capacités leur permettant d'offrir des prestations infirmières spécifiques dans les secteurs suivants :
 - a) santé publique : infirmier(ière) de santé publique ;
 - b) pédiatrie : infirmier(ière) en pédiatrie ;
 - c) santé mentale et psychiatrique : infirmier(ière) psychiatrique ;
 - d) gériatrie : infirmier(ière) en gériatrie ;
 - e) urgences : infirmier(ière) des urgences.

Le code de déontologie (mai 1999)

....

Article 3. Règles générales

- 3.1. L'infirmier(ière) met ses connaissances à jour grâce à la formation permanente, la réflexion critique sur l'expérience et la recherche afin d'améliorer ses compétences.
L'infirmier(ière) fonde ses actes sur des connaissances validées et mises à jour de manière à garantir à la personne les soins et l'aide les plus efficaces
L'infirmier(ière) participe à la formation professionnelle, promeut et active la recherche, veille à la diffusion des résultats afin d'améliorer l'assistance infirmière.
- 3.2. L'infirmier(ière) assume des responsabilités en fonction du niveau de compétence obtenu et recourt si nécessaire à l'intervention et au conseil des experts. Il reconnaît que l'intégration est la meilleure possibilité de faire face aux problèmes de la personne assistée. Il reconnaît en outre l'importance qu'il y a à prodiguer des conseils, en mettant ses connaissances et ses aptitudes à disposition de la communauté professionnelle.
- 3.3. L'infirmier(ière) reconnaît les limites de ses connaissances et de ses compétences et décline toute responsabilité lorsqu'il juge ne pas pouvoir agir en toute sécurité. Il a le droit et le devoir de réclamer une formation et/ou une surveillance en vue de pratiques nouvelles ou pour lesquelles il n'a aucune expérience. Il s'abstient de recourir à des expérimentations, sans guide, qui pourraient constituer un risque pour la personne.
- 3.4. L'infirmier(ière) s'engage à analyser les problèmes éthiques survenant pendant les activités quotidiennes et consulte, si nécessaire, le personnel professionnel et institutionnel, contribuant ainsi au devenir constant de la réflexion éthique.
- 3.5. Ses actes professionnels ne doivent pas être conditionnés par des pressions ou des intérêts personnels venant des personnes assistées, d'autres agents, d'entreprises, d'associations et d'organismes. En cas de conflits, les intérêts de la personne assistée l'emportent.
L'infirmier(ière) ne peut faire usage de mandats politiques ou publics afin d'obtenir des avantages pour lui-même et les autres.
L'infirmier(ière) peut accomplir des formes de volontariat selon des modalités conformes aux normes en vigueur : Il (elle) est libre de porter gratuitement assistance, à condition que cela se produise de manière occasionnelle.
- 3.6. Dans les situations d'urgence, l'infirmier(ière) est tenu(e) de porter secours et de s'engager rapidement afin d'assurer l'assistance nécessaire. En cas de catastrophe, il se met à disposition de l'autorité compétente.

Article 4. Rapports avec la personne assistée

- 4.1. À travers l'éducation, l'infirmier(ière) favorise les modes de vie sains et la diffusion d'une culture de la santé. À cet effet, il anime et entretient le réseau de relations entre services et agents.
- 4.2. L'infirmier(ière) écoute, informe, implique la personne et évalue avec elle les besoins d'assistance, afin d'expliquer également le niveau d'aide garanti et de permettre à la personne assistée d'exprimer ses choix.
- 4.3. En respectant les indications données par la personne assistée, l'infirmier(ière) lui facilite les rapports avec la communauté et les personnes importantes pour elle, qu'elle implique dans le programme de soins.
- 4.4. L'infirmier(ière) a le devoir d'être informé sur le projet de diagnostic et de thérapie, en raison de l'influence qu'a celui-ci sur le programme d'assistance et sur la relation à la personne.
- 4.5. En aidant et soutenant la personne dans ses choix thérapeutiques, l'infirmier(ière) garantit les informations concernant le programme d'assistance et adapte le niveau de communication à la capacité du patient à comprendre. Il met tout en œuvre pour que la personne dispose d'informations complètes et pas uniquement cliniques et reconnaît son droit à choisir de ne pas être informée.
- 4.6. L'infirmier(ière) assure et préserve la confidentialité des informations concernant la personne. Dans la collecte, la gestion et la transmission des données, il se limite à ce qui relève de l'assistance.
- 4.7. L'infirmier(ière) garantit également la continuité de l'aide à travers la gestion efficace des instruments de formation.
- 4.8. L'infirmier(ière) respecte le secret professionnel non seulement par obligation juridique, mais également par conviction intime et en réponse concrète à la confiance que lui accorde la personne assistée.
- 4.9. L'infirmier(ière) favorise dans chaque contexte d'aide les meilleures conditions possibles de sécurité psychique et physique de la personne assistée et de ses proches.
- 4.10. L'infirmier(ière) met tout en œuvre pour que le recours à la contention physique et pharmacologique soit un événement extraordinaire et motivé, et non une méthode habituelle de soins. On considère la contention comme un choix que l'on peut partager lorsque l'intérêt de la personne se dessine, mais inacceptable lorsqu'elle est une réponse implicite aux nécessités institutionnelles.
- 4.11. L'infirmier(ière) met tout en œuvre pour que l'opinion du mineur quant aux choix thérapeutiques soit prise en considération, selon son âge et son degré de maturité.

- 4.12. L'infirmier(ière) s'engage à favoriser la protection des personnes se trouvant dans un état qui limite son développement et son expression, lorsque la famille et le contexte ne sont pas adaptés à ses besoins.
- 4.13. L'infirmier(ière) qui détecte des mauvais traitements ou des privations aux dépens de la personne doit user de tous les moyens pour la protéger et alerter si nécessaire l'autorité compétente.
- 4.14. L'infirmier(ière) s'emploie à soulager les symptômes, en particulier ceux qui sont prévisibles. Il s'engage à recourir à l'utilisation de placebo uniquement pour les cas jugés avec soin et sur indication médicale spécifique.
- 4.15. L'infirmier(ière) assiste la personne, quel que soit son état clinique et jusqu'au terme de sa vie, en reconnaissant l'importance qu'a le confort environnemental, physique, psychologique, relationnel et spirituel. L'infirmier(ière) garde le droit de poser des limites aux abus de diagnostic et de thérapie non cohérents avec la conception de la qualité de vie de la personne assistée.
- 4.16. L'infirmier(ière) soutient les parents de la personne assistée, en particulier au moment du décès et dans le travail de deuil.
- 4.17. L'infirmier(ière) ne participe pas aux traitements visant à provoquer la mort de la personne assistée, à moins que la demande ne vienne de celle-ci, de ses parents ou d'autres personnes.
- 4.18. L'infirmière considère le don de sang, de tissus et d'organes comme une expression de solidarité. Il met en tout en œuvre pour fournir information et soutien aux personnes impli-

quées dans le don et la réception d'organes.

.....

Article 6. Rapports avec les institutions

- 6.1. L'infirmier(ière) contribue, aux différents niveaux de responsabilité, à orienter les politiques et le développement du système de santé afin de garantir le respect des droits des personnes assistées, l'utilisation équitable des ressources et la valorisation du rôle professionnel.
- 6.2. L'infirmier(ière) compense les carences de la structure par un comportement inspiré par un esprit de coopération, dans l'intérêt des citoyens et de l'institution. L'infirmier(ière) a le devoir de s'opposer à toute compensation lorsqu'il n'y a aucun caractère d'exception ou que sa fonction professionnelle prioritaire se voit compromise.
- 6.3. Aux différents niveaux de responsabilité, l'infirmier(ière) confronté(e) à des carences ou à des dysfonctionnements de service, veille à les signaler et à recréer, lorsque c'est possible, une situation plus favorable.
- 6.4. L'infirmier(ière) rapporte à la personne compétente et à l'autorité professionnelle toute circonstance susceptible de porter atteinte à l'assistance infirmière ou à la qualité des soins, en veillant plus particulièrement aux effets sur la personne.
- 6.5. L'infirmier(ière) a le droit et le devoir de signaler au collègue les situations où subsistent des cas ou encore persistent des conditions limitant la qualité des soins ou la dignité de l'exercice professionnel.

L'organisation de la profession⁵⁴

La Fédération des collèges Ipasvi est l'organisme représentant les infirmier(ière)s italien(ne)s au plan national. Elle coordonne les collèges de province qui comptent parmi leurs devoirs institutionnels celui de dresser les listes des infirmier(ière)s professionnels.

Les collèges de province sont des organismes de droit public non commerciaux, instaurés et réglementés par les lois prévues à cet effet (Dlcp [décret législatif du chef provisoire de l'État] 233/46 et D.P.R. 221/50). La norme attribue aux conseils un objectif externe et un objectif interne. Le premier consiste dans la protection du citoyen/utilisateur qui a le droit, sanctionné par la Constitution, de recevoir des prestations de santé de

la part d'un personnel qualifié, détenteur d'un titre d'aptitude, exempt de démêlés importants avec la justice, etc. Le second objectif cible les infirmier(ière)s inscrit(e)s sur la liste professionnelle que le Conseil est tenu de protéger dans l'exercice de leur profession, en exerçant un pouvoir réglementaire, s'opposant aux abus, surveillant le respect du code de déontologie, exerçant un pouvoir sur les tarifs, favorisant l'enrichissement culturel des inscrits, assurant l'information et, enfin, offrant des services de soutien pour un exercice correct de la profession. En Italie, les collèges sont au nombre de 100 : les premiers se sont formés en 1954 (loi du 29 octobre 1954, n° 1049).

Toute l'activité est subventionnée par les cotisations des inscrits que chaque collège établit par rapport aux frais de gestion du siège, au programme d'initiatives (cours, information, revue, conseils légaux, etc.) et à la cotisation payable à

54. Les informations citées ont été téléchargées sur le site www.ipasvi.it, dernier accès décembre 2004.

la Fédération en vue de financer les initiatives centrales.

L'organe de gouvernance du collège est le conseil de direction renouvelable tous les trois ans à l'issue de la consultation électorale de tous les inscrits. Les composantes du conseil varient de 5 pour les collèges ayant au moins 100 inscrits à 15 pour ceux qui dépassent les 1 500 adhérents. En Italie, on compte plus de 1 500 infirmier(ière)s élus dans les organes de représentation de la profession. Chaque conseil répartit en son sein les charges de président, de vice-président, de secrétaire et de trésorier. Le président représente le collège de la province et est membre de droit du conseil national.

Il existe en Italie diverses associations d'infirmières dont certaines ont une orientation plus scientifique et d'autres plus gestionnaire. L'annexe I énumère les noms des associations telles qu'elles figurent sur le site de l'IPASVI.

Les formes de rétribution

Le rapport de travail des infirmier(ière)s opérant dans un cadre public est régi par un contrat national.

Il définit un système de classification du personnel de santé organisé en 4 catégories A, B, C et D. Chaque employé rentre dans la catégorie correspondante du système en fonction de son profil d'appartenance. Au sein de la même catégorie, les profils peuvent être situés à des niveaux économiques différents définis comme "super".

Le contrat prévoit des parcours de carrière interne verticale (passage d'une catégorie à la catégorie supérieure) et une progression horizontale en termes de salaire au sein de la même catégorie.

Le contrat fixe en outre une indemnité reconnue aux postes d'organisation requérant le développement de fonctions qui supportent directement un degré élevé de responsabilité et de professionnalisme. La rétribution du poste doit être liée aux postes de travail effectivement couverts par les agents. Les postes d'organisation peuvent concerner l'accomplissement de :

- fonctions de direction (de services, départements, bureaux, unités d'organisation particulièrement complexes),
- activités aux contenus hautement spécialisés (telles que les activités d'équipe et/ou d'étude, de recherche, d'inspections de surveillance et de contrôle, de coordination des

activités didactiques),

- activités aux contenus hautement professionnels (tels que les processus d'assistance).

En résumé, depuis le 1er novembre 1998, la structure de rétribution des employés des entreprises et des organismes est déterminée par :

- a) un traitement initial composé du salaire de la grille initiale et de la part commune de l'ancienne indemnité de qualification professionnelle ;
- b) une indemnité complémentaire spéciale ;
- c) une prime individuelle d'ancienneté ;
- d) une échelle de salaire supérieure ;
- e) une indemnité professionnelle spécifique ;
- f) un traitement lié aux conditions de salaire et aux indemnités s'y rapportant ;
- g) des contreparties liées à la productivité collective et à l'amélioration des services et des primes récompensant la qualité de la prestation individuelle ;
- h) des contreparties pour les heures supplémentaires ;
- i) des indemnités de fonctionnement (poste d'organisation).

En moyenne, le salaire toutes charges comprises d'un infirmier(ière) professionnel représente 25 000 à 26 000 euros par an⁵⁵.

Des types de contrats différents sont prévus pour les agents travaillant dans le secteur privé de la santé.

55. Jusqu'à présent, d'un point de vue pratique, un infirmier professionnel est classé en catégorie D à sa première expérience professionnelle dans le secteur public et gagne un salaire mensuel net de 1 100 euros environ. Avec quelques nuits, l'indemnité des gardes et celle du service, le montant peut augmenter. Il peut en outre être arrondi par la prime de productivité ou une indemnité de fonction.

La Fédération a dressé une nomenclature tarifaire par prestations pour les infirmier(ière)s libéraux(ales). Le coût horaire de l'infirmier(ière) a été fixé à 30 % de plus par rapport au coût d'un salarié. Précisons que la profession libérale infirmière a été reconnue par l'introduction de son profil.

La fonction de gestionnaire

Au sein des entreprises de santé, l'activité d'assistance est soutenue par une fonction spécifique de gestion qui s'organise en général sur trois niveaux :

- unité opérationnelle (coordinateur infirmier(ière) - anciennement *capo sala*, chef de salle) ;
- département (coordinateur de département) ;
- entreprise (cadre infirmier(ière)).

Dans le passé, il était nécessaire, pour pouvoir exercer le rôle de coordinateur (chef de salle), de posséder le *certificato di abilitazione alle funzioni direttive dell'assistenza infermieristica* - AFD -, le certificat d'aptitude aux fonctions de direction d'assistance infirmière, d'une durée annuelle, institué par le décret ministériel de 1982. Aujourd'hui, le décret ministériel a été abrogé par le D.P.R. n° 220 de 2001 et le *certificat d'aptitude* ne constitue plus un prérequis pour accéder à des fonctions de coordination. Le coordinateur est soumis à l'institution contractuelle du mandat à durée déterminée et le critère de nomination spécifié fait référence à une expérience professionnelle d'au moins trois ans.

Pour devenir cadre, il est nécessaire de posséder la laurea spécialisée, même si durant cette période de transition (lancement des *lauree*), les critères appliqués sont la détention du titre de cadre acquis dans une école de formation professionnelle spécialisée ou le titre d'aptitude aux fonctions de direction (AFD), en plus de cinq années d'expérience et d'un cours de gestion d'une durée de deux ans.

Précisons que toute entreprise *a la faculté* (et non l'obligation) d'attribuer la fonction de " cadre " selon sa propre structure d'organisation et son effectif réglementaire.

Les figures de soutien

L'infirmier(ière) est aidé dans son activité par l'*Operatore socio sanitario* (OSS), l'aide-soignant. Cette figure et sa réglementation didactique sont le fruit d'un accord entre l'État et les Régions. L'aide-soignant est l'agent qui, suite au *certificat de qualification* obtenu à l'issue d'une formation professionnelle spécifique, exécute une activité qui vise à :

- a) satisfaire les besoins premiers de la personne, dans le cadre de ses zones de compétence, dans un contexte social et de santé ;
- b) favoriser le bien-être et l'autonomie du patient.

L'aide-soignant accomplit son activité aussi bien dans le secteur social que dans le secteur de santé, dans des services de type social et d'assistance, résidentiels et semi-résidentiels, en milieu hospitalier et au domicile du patient.

L'opérateur assiste également directement le patient en ce qui concerne les activités de collaboration avec l'infirmier(ière).

La formation de l'aide-soignant relève de la compétence des régions et des provinces autonomes qui pourvoient à l'organisation des cours et des activités didactiques. En se fondant sur leurs besoins établis annuellement, les régions autorisent les établissements de santé locales, les hôpitaux et les institutions publiques et privées répondant aux conditions minimums spécifiées par le ministère de la Santé et le département des Affaires sociales dans les lignes directrices rédigées à cet effet, à dispenser des cours de formation.

Les cours de formation pour aide-soignant ont une durée annuelle d'un an équivalent à un nombre d'heures d'un minimum de 1 000.

Pour accéder aux cours de formation, il faut être en possession du diplôme de scolarisation obligatoire, et avoir dix-huit ans révolus à la date d'inscription au cours.

L'aide-soignant vient remplacer la figure de l'*Operatore Tecnico dell'Assistenza* (OTA), l'agent technique d'assistance. En substance, l'aide-soignant est la figure de reconversion de l'agent technique d'assistance, dont les tâches, notamment les tâches directes, sur le patient, étaient plus limitées. Il était en effet appelé à ef-

fectuer les activités d'accueil relatives à l'hospitalisation, dont l'assistance aux personnes hospitalisées pour leur hygiène personnelle, le transport du matériel, le nettoyage et l'entretien des instruments et équipements.

Pour soutenir les activités de santé, il existe également les *auxiliaires* qui effectuent de simples activités manuelles requérant une aptitude normale quant à la qualification professionnelle détenue, telle que, par exemple, l'utilisation de machines et d'installations spécifiques, le net-

toyage et le rangement des environnements intérieurs et extérieurs et toutes les opérations inhérentes au transport de matériels utilisés, dans le cadre des secteurs ou services d'attribution, et, enfin, les opérations élémentaires et les opérations d'aide demandées, nécessaires au fonctionnement de l'unité opérationnelle. L'auxiliaire accompagne et déplace les personnes hospitalisées selon les typologies d'assistance et conformément aux protocoles d'organisation des unités opérationnelles intéressées.

Principales associations infirmières italiennes

ACOS : Associazione Cattolica Operatori Sanitari (Association catholique des professionnels de la santé)

ADII- ONLUS : Associazione degli infermieri internisti (Association des infirmier(ière)s de médecine internistes)

ADIRS : Associazione Dirigenti infermieri ricerca e sviluppo (Association des cadres infirmier(ière)s de recherche et développement) - Région Sicile

AEIOT - AIOT : Associazione Europea Infermieri d'Ortopedia e traumatologia (Association européenne d'infirmier(ière)s en orthopédie et traumatologie)

Associazione Italiana Infermieri d'Ortopedia e traumatologia (Association italienne d'infirmier(ière)s en orthopédie et traumatologie)

AIAO : Associazione Infermieri Assistenza Oncologica (Association des infirmier(ière)s d'assistance en oncologie)

AICO : Associazione Italiana Infermieri di Camera Operatoria (Association italienne des infirmier(ière)s de salle d'opération)

AICR : Associazione Italiana Infermieri di Chirurgia e Riabilitazione (Association italienne des infirmier(ière)s en chirurgie et réhabilitation)

AIEOP : Associazione Italiana di Onco-ematologia Pediatrica (Association italienne d'onco-hématologie pédiatrique)

AIIA : Associazione Italiana Infermieri di Anestesia (Association italienne d'infirmier(ière)s anesthésistes)

AIIO : Associazione Italiana Infermieri di Oncologia (Association italienne d'infirmier(ière)s en oncologie)

AIMI : Associazione Infermieri Malattie Infettive (Association des infirmier(ière)s spécialisés dans les maladies infectieuses)

AINS : Associazione Italiana Nursing Sociale (Association italienne d'infirmier(ière)s à vocation sociale)

AIOS : Associazione Italiana Operatori Sanitari addetti alla Sterilizzazione (Association italienne des professionnels de santé chargés de stérilisation)

AIOSS : Associazione Italiana Operatori Sanitari Stomaterapia (Association italienne des professionnels de santé en stomathérapie)

AISACE : Associazione Infermieri Specializzati in Area Critica ed Emergenza (Association des infirmier(ière)s spécialisées dans les services d'urgence)

AISLEC : Associazione Infermieristica per lo Studio delle Lesioni Cutanee (Association infirmière pour l'étude des lésions cutanées)

AIURO : Associazione Infermieri Urologia Ospedaliera (Association des infirmier(ière)s en urologie hospitalière)

ANI : Associazione Nazionale Infermieri (Association nationale des infirmier(ière)s)

ANIARTI : Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica (Association nationale des infirmier(ière)s des services d'urgence)

ANIML : Associazione Nazionale Infermieri Medicina Lavoro (Association nationale des infirmier(ière)s de la médecine du travail)

ANIN : Associazione Nazionale Infermieri Neuroscienze (Association nationale des infirmier(ière)s en neuroscience)

ANINPE : Associazione nazionale infermieristica di Nutrizione parenterale ed enterale (Association infirmière nationale de nutrition parentérale et entérale)

ANIPIO : Associazione Nazionale Infermieri Prevenzione Infezioni Ospedaliere (Association nationale des infirmier(ière)s en prévention des infections hospitalières)

ANOTE : Associazione Nazionale Operatori Tecniche Endoscopiche (Association nationale des professionnels des techniques endoscopiques)

AOSTED : Associazione Operatori Sanitari Tecniche Dialitiche (Association des professionnels de santé spécialisés dans les techniques de dialyse)

ASNAS : Associazione Nazionale Assistenti Sanitari (Association nationale des auxiliaires de santé)

CID : Comitato Infermieri Dirigenti e Docenti (Comité des infirmier(ière)s cadres et enseignants)

CNAI : Consociazione Nazionale Associazioni Infermieri (Association nationale des associations d'infirmier(ière)s)

CNAS : Comitato Nazionale Assistenti Sanitari (Comité national des auxiliaires de santé)

CNC : Coordinamento Nazionale Caposala (Coordination nationale des chefs de salle)

EANAC ITALIA : European Association of Nurses in Aids Care

EDTNA-ERCA : Filiale italiana de l'European Dialysis Transplant Nurses Association - European Renal Care Association

EUR IDEA 90 : Associazione Infermieri Dirigenti Europei Associati (Association des infirmier(ière)s cadres européens associés)

FIROS : Federazione Italiana religiose Operatori Ospedalieri (Fédération italienne des religieuses agents hospitaliers)

GITIC : Gruppo Italiano Infermieri di Cardiologia (Groupe italien des infirmier(ière)s en cardiologie)

GRG : Gruppo Ricerca Geriatrica (Groupe de recherche en gériatrie)

I.E.2000 : Infermieri Europa 2000 (Infirmier(ière)s Europe 2000)

IT-URO : Associazione Infermieri Italiani di Urologia (Association des infirmier(ière)s italiens en urologie)

NOE - NURSING OF EMERGENCY : Infermieri dell'emergenza (Infirmier(ière)s des urgences)

OSDI : Operatori Sanitari Diabetologi Italiani (Professionnels de santé italiens en diabétologie)

SISIP : Società Italiana Scientifica Infermieri Professionali (Société italienne scientifique des infirmier(ière)s professionnels)

UNILP : Unione Nazionale Infermieri Liberi Professionisti (Union nationale des infirmier(ière)s libéraux)

Bibliographie

Bibliographie infirmières

Etudes comparées

Boerma W. (2003). *Profiles of General Practice in Europe, an international study of variation in the tasks of general practitioners*, NIVEL

Bourgueil Y., Durr U., de Pouvourville G., Rocamora-Houard S. (Mars 2002), *La régulation des professions de santé - études monographiques : Allemagne, Royaume-Uni, Québec, Belgique, Etats-Unis*, DREES, 242 pages.

Buchan J., Calman L. (24-feb 2005), *Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce : Nurses in Advanced Roles*. OECD Health Working Papers.

Busse R., Jakubowski E. (1998). *Les systèmes de santé dans l'UE : une étude comparative, Document de travail*, Parlement européen, Direction Générale IV-Etudes.

Chambaretaud S., Lequet-Slama D. (Janvier 2003). Les systèmes de santé danois, suédois et finlandais, décentralisation, réformes et accès aux soins, DREES, *Etudes et résultats*, n°214.

Com-Ruelle L., Midy F., Ulmann P. (Octobre 2000). *La profession infirmière en mutation, Eléments de réflexion à partir d'exemples européens*, CREDES.

Eurostat. (2002). *Statistiques en santé : chiffres clés sur la santé 2002*, Communautés européennes.

Lankshear A., Shekdon T., Maynard A. & Smith K. (July 2005). *Nursing Challenges : are changes in the nursing role and skill mix improving patient care ?* Health Policy Matters. Issue 10.

Henke K.-D., Schreyögg J. (Août 2004). *Vers des systèmes de soins de santé viables, Stratégies actuelles des régimes d'assurance maladie en Allemagne, en France, au Japon et aux Pays-Bas*, Université technique de Berlin.

Laurant M., Reeves D., Hermens R., Braspenning J., Grol R., Sibbald B. (2005). *Substitution of doctors by nurses in primary care (Review) - The Cochrane collaboration*.

Mable A., Marriott J. (Août 2000). *Possibilités et potentiel, Examen de la documentation internationale sur les réformes et les modèles en matière de soins de santé primaires*, Direction

générale de la politique de la santé et des communications, Santé Canada.

Midy F. (Février 2003). Efficacité et efficacité du partage des compétences dans le secteur des soins primaires, *Revue de la littérature 1970-2002*, CREDES.

Midy F. (Mars 2003). Efficacité et efficacité de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières, *Revue de la littérature 1970-2002*, Question d'Economie de la Santé, n° 65.

Sergison M., Sibbald B., Rose S. (1997). *Skill mix in primary care - a bibliography*, www.npcr-dc.man.ac.uk.

Référence générales

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. (2002). *Démographie des acteurs des soins primaires*, Actes du séminaire du 15 octobre 2002.

Dubar C., Tripier P. (1998). *Sociologie des professions*, ouvrage, éditions Armand Colin, Paris.

Freidson E. (1984). *La profession médicale, traduction française*, ouvrage, Payot Paris.

Allemagne

Bas-Theron F., Flamant P. (Mai 2002). *Le système de santé et d'assurance maladie en Allemagne, Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire*, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales.

Busse R., Weinbrenner S. (Septembre 2004). *The German Case Study*, Observatory Project on Human Resources for Health.

Busse R. (2000). *Health care systems in transition, Germany*, European Observatory on Health Care systems.

Descamps U., Weill G. (Février 2004). *Monographie du système de santé en Allemagne*, Direction régionale du service médical Alsace-Moselle.

Hassenteufel P. (2003). *Agenda 2010, tournant pour l'assurance maladie en RFA, Regards sur l'économie allemande - Bulletin économique du CIRAC*, n° 63.

Hassenteufel P. (Mai 2003). *Vers une double réforme du système de santé ?*, Chronique internationale de l'IRES, n° 82.

Kopetsch T. (Janvier-Mars 2004). La profession médicale en Allemagne : tendances passées, situation actuelle, et perspectives à venir, *Cahiers de sociologie et de démographie médicale*, 44ème année, n°1.

Van den Bussche H. (Avril-juin 2004). Le système de santé en Allemagne et en France, *Cahiers de sociologie et de démographie médicale*, 44ème année, n° 2.

Sites internet

Site de la Bundesärztekammer : www.bundesaerztekammer.de

Site de la KBV : www.kbv.de

Office fédéral des statistiques : www.destatis.de

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V <http://www.dip-home.de/>

Canada

Abelson J., Hutchison B., Lavis J. (Mai-juin 2001), *Primary care in Canada : so much innovation, so little change*, Health Affairs, volume 20, n°3.

Angus J., Bourgeault I.-L. (1998/1999). *Medical Dominance, gender and the State: The Nurse Parctitioner Initiative in Ontario*. Health and Canadian Society.

Association des Infirmières et Infirmiers du Canada. (2005). *La réglementation et le nombre d'infirmières et d'infirmiers praticiens au Canada*. Institut canadien d'information sur la santé. 2005.

Beardwood B. (July 1999). *The loosening of Professional Boundaries and Restructuring : The Implications for Nursing and Medicien in Ontario*, Canad. Law and Policy, vol.21, n° 3.

Beaulieu M.-D., Contandriopoulos A.-P., Denis J. L., Haggerty J., Lamarche P A., Pineault R. (Novembre 2003). *Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*, Fondation

canadienne de la recherche sur les services de santé.

Bourgeault I.-L., Lindsay S. (September 2004). *Who's minding the gate ? Comparing the primary health care division of labour in Canada & the U.S.* Paper presented at the Interim Conference of the International Sociology Association Research Committee 52 on the professions, Versailles, France.

Brunelle Y. (Mai 2003). *La réponse spécifique d'un système particulier : les groupes de médecine de famille*, Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Clair M. (2000). *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Les solutions émergentes - rapport et recommandations*, Ministère de la santé et des Services sociaux, Québec, 410 p.

Contandriopoulos A.-P., Diene C.-P., Fournier M.-A., Trottier L.-H., (Juillet 2003). *Les soins de santé primaires au Québec*, GRIS, 143 pages.

D'Amour D., Sicotte C.I., Levy R. (Septembre 1999). *L'action collective au sein d'équipes inter-professionnelles dans les services de santé*. Sciences Sociales et Santé, Vol. 17, n° 3.

Hugues Tuohy C. (2004). Health care reform strategies in cross-national context, Implications for primary care in Ontario, in Dorland J., Shortt S. E. D., Wilson R., *Implementing primary care reform, barriers and facilitators*, School of Policy studies, pp. 73-96.

Hutchison B. (2004). *Primary health care renewal in Canada, Are we nearly there ?*, in Dorland J., Shortt S. E. D., Wilson R., *Implementing primary care reform, barriers and facilitators*, School of Policy studies, pp. 111-128.

Institut canadien d'information sur la santé. (2003). *Health care in Canada*.

Kirby M. J. L., Le Breton M. (Mai 2003). *Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada : le temps d'agir*, Rapport du comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

Maioni A. (2004). *From Cinderella to Belle of the Ball, The politics of primary care reform in Canada*, in Dorland J., Shortt S. E. D., Wilson R., Implementing primary care reform, barriers and facilitators, School of Policy studies, pp.97-109.

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS). (Août 2002). *Groupe de médecine de famille*, document de synthèse, 18 pages.

O'Farrel B., Ford-Gilboe M., Wong C. (Sep/oct. 2000). *Evaluation of an Advanced Health Assessment Course for Acute Care Nurse Practitioners*, CJNL, Vol. 13, n°3.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (Avril 2003). Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des Professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé.

Romanow C. R., Roy J. (Novembre 2002). *Guidé par nos valeurs, L'avenir des soins de santé au Canada*, Rapport final, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Roy D., Sylvain H. (Septembre-octobre 2004) «*La pratique infirmière en GMF et son contexte d'interdisciplinarité*», Perspective infirmière, vol. 2, n° 1.

Santé, société et solidarité. (2002). *L'avenir des systèmes de santé en question : France et Québec*, Revue de l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité. n° 1.

Savard I., Rodrigue J. (Février 2003). *L'évolution de la carrière des médecins omnipraticiens*, Le Médecin du Québec, volume 38, n° 2 .

Sidani S., Irvine D., Dicenso A. (Sep/ct. 2000). *Implementation of the primary care nurse Practitioner Role in Ontario*, CJNL, Vol. 13, n°3.

Sidani S., Irvine D., et al. (Sep/ct. 2000). *Practice Patterns Of Acute Care Nurse Practitioners*. CJNL, Vol. 13, n°3.

Way D., Jones L., Baskerville B., Busing N. (2001). *Primary care services provided by nurse practitioners and family physicians in shared practice*. CMAJ ; 165 (9): 1210-4.

Sites internet :

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : www.msss.gouv.qc.ca

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé : www.gris.umontreal.ca

Italie

Donatini A., Rico A., D'Ambrosio M.G., Lo Scalzo A., Orzella L., Cicchetti A., Profili S. (2001). *Health care system in transition. Italy*,. *European Observatory of Health Care System*. Editée par Rico A. et Cetani T. <http://www.euro.who.int/document/e73096.pdf>

Fattore G., State., (2000). *Regions and politics in the Italian healthcare system*, Eurohealth, vol. 6 (3), pp 32-33.

Fattore G. (2001). *A new Italian Government : radical changes for the Italian NHS ?* Euro Observer, vol. 3 (2).

Jommi C. et Fattore G. (2003). *Regionalization and drugscost-sharing in the Italian NHS*, Euro Observer, vol. 5 (3).

Mallet J.-O., Chaperon J. (Octobre-décembre 1993). L'expérience italienne : d'un système sanitaire national à des formes différenciées de prise en charge, *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 33 (4), pp. 361-378.

Mallet J.-O., Gayral-Taminsh M. (Novembre 2004). *Italie. Les syndicats dans le débat public sur le système de santé*. Chronique internationale de l'IRES, n° 91, pp. 123-133.

Finlande

Association Médicale Finlandaise, *Les soins de santé et la profession médicale en Finlande*.

Association Médicale Finlandaise, *Physicians 2004*.

Järvelin J. (2002). *Health care systems in transition, Finland*, European Observatory on health care systems.

Ministère des affaires sociales et de la santé. (2002). *Memorandum of the National Project on Safeguarding the Future of Health Care Services*.

Ministère des affaires sociales et de la santé. (1999). *La santé publique en Finlande*, brochure. Picard M. (2004). *Aménagement du territoire et établissements de santé*, Annexe 2 : Rapport de mission en Finlande, Avis et rapports du Conseil économique et social.

STAKES (National Research and Development Centre for Welfare and Health). (2003). *Statistical Yearbook on Social Welfare and Health Care*.

Site internet :

Ministère des affaires sociales et de la santé : www.vn.fi

Pays-Bas

Boerma W., Fleming D. M. (1998). *The role of general practice in primary health care*, World Health Organization.

Busse R., Dosljak., Hermans H., Exter den A. (2004). *Health care systems in transition, Netherlands*, European Observatory on health care systems.

Chevrier-Fatome C. (Mai 2002). *Le système de santé et d'assurance maladie aux Pays-Bas*, Rapport n°2002 070, Inspection générale des affaires sociales.

Hingstman L., Kenens R. J. (Novembre 2003)., Cijfers uit de registratie van huisartsen, NIVEL.

Hombergh (Van Den) P. (1998). Assessing and improving management in general practice, WOK, Nijmegen.

Jones R, Schellevis F and Westert G. (2004). The changing face of primary care: the second dutch national survey. *Family Practice* 2004; 21: 597-598.

Mable A. L., Marriott J. (Août 2000). *Possibilités et potentiel, Examen de la documentation internationale sur les réformes et les modèles en matière de soins de santé primaires*, Rapport préparé pour la Direction générale de la politique de la santé et des communications, Canada.

Laurant Miranda G. H., Rosella PMG Hermens et al. (6 April 2004). Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners : randomised controlled trial. *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38041.493519.EE.

Sixma H. (1997). *New land, new town, new health care system, Primary Care based health care planning in a modern, industrialized society : a case-study evaluating the health care demonstration project in the new Dutch Town of Almere*. NIVEL.

Offenbeek. M.A.G. van and Leverment Y. (2004). *Processes of professional identity construction in the British and Dutch Health Care Sector: The Case of the Nurse Practitioners*, Conference proceedings Business, Economics, Marketing & Management. Athens : ATINER.

Offenbeek, M.A.G. van and Ten Hoeve Y. (May 2003). The first generation of nurse practitioners in the Netherlands: Role development, professional identification and job satisfaction, paper presented at the EHMA conference, Caltanissetta, Sicily, June 2003). This paper has been submitted to a special issue of *Health Policy*.

Royaume-Uni

Anderson E. (May 7 2002). *NHS walk-in-centres and the expanding role of primary care nurses*. *Nursing times* , volume 98, n° 19.

Armstrong D., Branson R. (2004). General practitioners' perceptions of sharing workload in group practices : qualitative study, *BMJ*, 329 : 381.

Bertelsmann Stiftung. (Novembre 2004). *International Reform Monitor, Social Policy, Labour Market policy and Industrial Relations, today's survey, The United Kingdom*.

Bojke C., Bower P., Campbell S., Sibbald B. (2003). *Team structure, team climate and the quality of care in primary care : an observational study*, *Qual Saf Health Care* ;12 :273-279.

Bojke C., Gravelle H., Wilkin D. (Février 2001). *Is bigger better for primary care groups and trusts ?*, NPCRDC.

Burns C., Campbell S. M., Gelb Safran D., Hann M., Hacker J., Mead N., Oliver D., Thapar A., Roland M. O. (Octobre 2001). Identifying predictors of high quality care in English general practice : observational study, *BMJ*, volume 323.

Department of Health. (2004). *A responsive and high-quality local NHS*, The primary care progress report.

Drennan V., Andrews S., Sidhu R. (2004). *Flexible entry to primary care nursing project*, (Commissioned and funded by the Department of Health).

European Observatory on health care systems. (1999). *Health care systems in transition*, United Kingdom.

Feroni I., Kober A. (Septembre 1995). *L'autonomie des infirmières : une comparaison France Grande Bretagne*. Sciences Sociales et santé. Vol. 13, n° 3.

Goodman C., Ross F., Mackenzie A. & Vernon S. (2003). A portrait of district nursing: its contribution to primary health care. *Journal Of Interprofessional Care*, Vol. 17, n° 1.

Horrocks S., Anderson E., Salisbury C. (6 April 2002). *Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors* BMJ vol.324.

Hutchinson B. (2000). *The place of walk-in-clinics in healthcare systems*. BMJ;321:7266, 909-910.

Latter S. and Courtenay M. (2004). Effectiveness of nurse prescribing : a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13 (1), pp. 26-32.

National Council for the Professional Development for Nursing and Midwifery of Ireland. (June 2005). *Review of Nurses and Midwives in the Prescribing and Administration of Medicinal Products*, Final Report.

National Evaluation of First Wave Personal Medical Services Pilots. (July 2002). RCGP summary paper 2002/08.

Pope C., Chalder M., Moore L. & Salisbury C. (2005). *What do other local providers think of NHS walk-in-centres ?* Results of a postal survey. *Public Health* 119, 39-44.

Roland M., Sheaff R., Sibbald B. (2004). *Primary care reform in the United Kingdom, in Dorland J., Shortt S. E. D., Wilson R., Implementing primary care reform, barriers and facilitators*, School of Policy studies, pp.39-48.

Royal College of Nursing. (2004/2005). *Past trends, future imperfect ? A review of the UK nursing labour market*. Publication code 002 760.

Salisbury C. et al. (2002). *What is the role of walk-in-centers in the NHS ?* BMJ;324:7334, 399-402.

Salisbury C. (August 2003). Do NHS walk-in-centres in England provide a model of integrated care ? *International Journal of Integrated Care* - vol.3, - ISSN 1568-4156 - <http://www.ijic.org/>

Spitzer W.O., Sackett D.L., Sibley J.C., et al. (1974). The Burlington Randomized Trial of the Nurse Practitioner. *N Engl J Med*; 290:251-256

The nursing and Midwifery Council.(December 2004). *Statistical analysis of the register - 1 April 2003 to March 2004*.

Suède

Eckerlund I., Håkansson S., *How to compare health systems : some reflections from a Swedish perspective*, National Board of Health and Welfare.

Federation of Swedish county councils. (Juillet 2002). *Swedish Health care in the 1990s, trends 1992-2000*.

Hjortsberg C., Ghatnekar O. (2001). *European Observatory on health care systems*, Health care systems in transition, Sweden.

Ministry of Health Ministry of Health and Social Affairs. (2001). *Challenges to the health care of the future*.

National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen). (2003). *Health Care Status report*.

National Board of Health and Welfare. (2002). *Yearbook of Health and Medical Care*.

Socialstyrelsen. (Juin 2004). *Nationell handlingsplan för hälso och sjukvården*, Årsrapport 2004.

Socialstyrelsen (2004). *Primärvårdens tillgänglighet, prioriteringar och kvalitet*.

Socialstyrelsen. (2003). *Verksamhetstillsyn i primärvården i norra sjukvårdsregionen*.

Swedish association of local authorities and the federation of Swedish county councils. (Avril 2004). *Swedish health care in transition, Resources and results with international comparisons*.

Swedish association of local authorities and the federation of Swedish county councils. (Mai 2003). *Care coordination between health care and social services Experiences from Sweden, 2000-2002*.

Törnkvist L., Gardulf A., Strender L.-E. (2000)., *Patients' Satisfaction with the Care given by District Nurses at Home and at Primary Health Care Centres*. *Scand J Caring Sc.*

Wilhelmsson S., Ek A.-C., Akerlind I. (2001). *Opinions about district nurses prescribing*. Nordic College of Caring Sciences, Scand J Caring Sc.

Wilhelmsson S., Foldevi M. (2003). Exploring views on Swedish district nurses' prescribing - a focus group study in primary health care. *Journal of Clinical Nursing* ; 12: 643-650.

Sites internet :

The official gateway to Sweden : www.sweden.se

The Swedish association of local authorities / federation of Swedish county councils www.lf.se

National Board of Health and Welfare : www.sos.se

France

Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. (Janvier-mars 2005). *Revue française des Affaires sociales* , n° 1, 59ème année.

Observatoire National de la Démographie des Professions de santé. *Rapport 2004*.

Bessière S., Breuil-Genier P. et Darriné S. (Novembre 2004). La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections, *Série Etudes et Résultats* - Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale. Ministère de la Santé et de la protection sociale
Drees

Bessière S., Breuil-Genier P. et Darriné S. (Novembre 2004). La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national. *Série Etudes et Résultats*. . Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale. Ministère de la Santé et de la protection sociale
Drees

Schweyer F-X. (Septembre 1996). La profession de sage-femme : autonomie au travail et corporatisme protectionniste, *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 14, n° 3.