

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SÉRIE
ÉTUDES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

**Soins primaires : vers une coopération
entre médecins et infirmières**

L'apport d'expériences européennes et canadiennes
Yann Bourgueil, Anna Marek, Julien Mousquès
(Irdes)

n° 57 – mars 2006

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

Remerciements

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

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

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

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

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

Sommaire

Synthèse générale	11
Introduction	19
Première partie	23
1. Place et rôle des infirmières dans les différents systèmes de soins	25
1.1. L'Allemagne, les Pays-Bas, l'Italie et le Canada : un faible exercice en commun entre médecins et infirmières dans le cadre des soins primaires	27
1.1.1. L'Allemagne : une place des soins primaires encore peu reconnue	27
1.1.2. Les Pays-Bas : une offre de soins primaires articulée autour de médecins généralistes, pivots du système de santé, avec une faible présence des infirmières	30
1.1.3. L'Italie : un système de gate-keeping dominé par des médecins libéraux en cabinets individuels	32
1.1.4. Le Québec et l'Ontario : un véritable rôle des infirmières en soins primaires, une collaboration médecins/infirmières inégalement développée	34
1.2. Le Royaume-Uni, la Suède et la Finlande : des soins primaires où prédominent les structures d'exercice en commun entre médecins et infirmières	36
1.2.1. Le Royaume-Uni : une place ancienne des infirmières dans les soins primaires mais une collaboration récente avec les médecins	36
1.2.2. La Suède et la Finlande : des centres de santé pluridisciplinaires où les infirmières sont en première ligne	39
2. Evolution du domaine de compétences des infirmières dans le secteur des soins primaires : entre diversification des services et transfert d'activités	43
2.1. Nouveaux rôles infirmiers : phénomène d'extension des services offerts par le système de soins primaires	45
2.1.1. Royaume-Uni : de nouveaux rôles pour les infirmières	45
2.1.2. Au Québec et en Ontario : de nouveaux contextes d'exercice pour les infirmières en soins primaires	50
2.1.3. L'introduction des centres d'activité médicale en Allemagne : une politique récente visant à favoriser le regroupement des professionnels	52
2.1.4. Des expériences-pilotes aux Pays-Bas sur le mode de la diversification des services	53
2.2. Le transfert d'activités : la réalisation par l'infirmière de tâches antérieurement réalisées par le médecin	57

2.2.1. Les infirmières en pratique avancée : le cas du Royaume-Uni et du Canada	57
2.2.2. La prescription infirmière au Royaume-Uni, en Suède et au Canada	63
2.3. La mesure de l'efficacité de la substitution en soins primaires entre médecins et infirmières : les conclusions principales de la littérature	67
3. Analyse des déterminants de la dynamique de la profession infirmière et de la coopération médecins/infirmières	71
3.1. Organisation générale du système de santé et la structuration des soins primaires : quelle influence ?	73
3.1.1. La démographie médicale constitue un facteur déclencheur du développement des nouvelles activités infirmières en soins primaires	73
3.1.2. Des politiques explicitement orientées vers le développement et le financement des soins primaires : un facteur clé du développement des rôles infirmiers	78
3.1.3. Le domicile : le territoire des infirmières dans de nombreux pays - Royaume-Uni, Allemagne, Pays-Bas, Québec... ..	80
3.2. Organisation de la profession infirmière : obstacles et leviers	81
3.2.1. La définition de la profession par la réglementation sur les compétences et la responsabilité : une étape dans un processus de constitution de la profession ?	81
3.2.2. La formation, la recherche et la représentation professionnelle	87
3.2.2.1. La formation et la recherche	87
3.2.2.2. La représentation professionnelle	92
Conclusion générale	95
Deuxième partie	99
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 ?	101
Sommaire	103
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
1. Introduction	133
2. Les soins primaires étendus : quelles structures ?	134
3. Rôle de l'infirmière	136
4. Description des compétences des infirmières	136
5. Quelles sont les activités possibles pour les infirmières ?	136
6. Les enjeux pour l'avenir du système de santé suédois	137
7. 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	139
1.3. Description du travail des infirmières, niveau d'études et expérience requise 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
Bibliographie	173

Annexes	181
Annexe 1 : Le décret de compétence 2002	183
Le décret de compétence 2002	185
Annexe 2 : La classification internationale de la pratique des soins infirmiers (ICNP®)	191
1. La classification internationale de la pratique des soins infirmiers (ICNP®) ..	193
2. Chapter 4 - The 7-axis model of ICNP® version 1	195
Annexe 3 : L'Ontario	201
1 - Liste des actes contrôlés et la liste des professions de santé soumises à réglementation telles que définies par le Health Professions Regulated Act en 1991	203
2. Liste des médicaments pouvant être prescrits par les " infirmières praticiennes " (<i>registered nurses in the extended class</i>) en Ontario	206
Annexe 4 : Le Québec	209
1. Exemple de concordance entre les conditions de réalisation des actes délégués selon la réglementation des années 80 et les conditions de réalisation des actes passés dans le domaine réservé depuis la loi de 2002 au Québec	211
2. Réglementation sur les actes médicaux pouvant être réalisés par des non médecins et notamment les infirmières praticiennes au Québec	214
Annexe 5 : L'Italie	219
1. Le mansonario : ancienne description des actes infirmiers	221
Annexe 6 : Le Royaume-Uni	227
1. Liste des conditions pour la prescription indépendante	229
2. Liste des médicaments autorisés à la prescription par les infirmières	232
3. The NHS Knowledge and Skills Framework.....	238
1. How is the NHS KSF structured?	238
Overview of the nhs knowledge and skills framework	240
Annexe 7 : L'Allemagne	247
1. Exemple de convention à l'échelon du Land entre les organismes assureurs et les organismes représentatifs des infirmières au domicile	249
Liste des personnes rencontrées	255

Synthèse générale

Tour d'horizon

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

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

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

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

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

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

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

Evolution

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

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

Diversification de l'activité infirmière

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

infirmiers peuvent alors se développer dans le cadre de systèmes de " triage ", de structures spécifiquement infirmières ou de structures plus globales dans le cadre de politiques visant à favoriser le regroupement des professionnels de santé, et notamment les médecins généralistes.

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

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

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

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

Cet objectif de diversification se traduit égale-

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

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

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

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

Aux Pays-Bas, différentes expériences-pilotes ont été mises en place sur le mode de la diversification des services. La question du " *skill mix* " fait en ce moment l'objet de vifs débats. L'interroga-

tion principale renvoie au choix à opérer entre transfert - délégué ou non - de tâches, ou diversification des services de soins. La majorité semble pour l'instant considérer cette dernière comme préférable.

Transfert d'activités du médecin vers l'infirmière

A côté des nouveaux rôles infirmiers favorisés par une diversification de l'offre de services en soins primaires, le transfert d'activités renvoie à la prise en charge par l'infirmière de tâches antérieurement réalisées par le médecin. Ce transfert peut être réalisé sous délégation, ou sans contrôle du médecin, celui qui réalise l'acte étant pleinement responsable. Les activités de " triage ", d'évaluation médico-sociale, de consultation avec prescription de médicaments en vente libre ne sont pas considérées comme des activités transférées dans la mesure où elles sont assimilées au rôle spécifiquement infirmier.

La possibilité de réaliser des tâches médicales, qui implique un recoupement avec le rôle du médecin, se retrouve sous le terme générique anglo-saxon de " pratique infirmière avancée " (*advanced nursing practice*). Celle-ci est ancienne et s'est développée principalement dans les pays anglo-saxons, en premier lieu au travers de programmes de formation spécifiques. La pratique infirmière avancée recouvre schématiquement deux cas de figure : celui de l'infirmière clinicienne spécialisée qui s'inscrit dans un modèle de développement spécifique des savoirs infirmiers (*clinical nurse*) et celui de l'infirmière praticienne (*nurse practitioner*) ou de l'infirmière de santé publique (*district nurse*) qui s'inscrit en substitution et/ou en complémentarité de la pratique médicale.

L'infirmière clinicienne spécialisée possède un niveau de formation master, assure des fonctions d'encadrement, de conduite de projets, d'analyse de situations complexes auprès de certains patients, de pilotage de démarches qualité et de formation. Le lieu d'exercice dominant est l'hôpital. Cette spécialisation ancienne, introduite dans les années soixante, correspond au développement de la formation et de la recherche infirmières et s'est inscrite dans un processus académique d'autonomisation de la profession. Le Québec et le Royaume-Uni ont particulièrement développé ce modèle.

L'infirmière praticienne (*nurse practitioner*) ou de santé publique s'adresse directement aux patients ou à certains groupes de patients. La pratique avancée porte alors sur un domaine

d'expertise et de soins médicaux. L'infirmière praticienne est formée au diagnostic de certaines situations, à la réalisation de certains actes diagnostiques ou de prescription dans un cadre limité ou dans des conditions d'exercice bien précisées. Elle travaille majoritairement dans les soins primaires au Royaume-Uni et en Ontario, et principalement à l'hôpital au Québec.

Il semble toutefois que le nombre d'infirmières en pratique avancée est relativement modeste dans les deux pays de l'étude - Royaume-Uni et Canada - qui ont quitté le stade expérimental de développement du métier d'infirmière praticienne. De plus les *nurse practitioners* éprouvent des difficultés à obtenir une véritable identité professionnelle : mis à part le cas de certaines provinces du Canada comme l'Ontario, qui a réglementé le cas de l'infirmière autorisée étendue (*registered nurse extended*), les titres d'infirmières praticiennes ne sont pas protégés, traduisant ainsi une faible reconnaissance institutionnelle de cette catégorie professionnelle qui semble, par ailleurs, susciter un intérêt croissant dans plusieurs autres pays (Finlande, Pays-Bas, Suède).

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

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

On peut schématiquement distinguer deux modalités principales de prescription infirmière. D'une part, la prescription indépendante, qui fait l'objet d'un transfert sans délégation. Elle est confiée à une catégorie spécifique d'infirmières aux compétences étendues et formées en ce sens (infirmière autorisée étendue en Ontario, infirmière praticienne au Québec et infirmière de santé publique au Royaume-Uni et en Suède) ; la formation est spécifique, et peut être ensuite intégrée dans le processus général de formation. D'autre part, la prescription individuelle sous

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

Déterminants

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

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

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

Organisation générale du système de santé

Le développement de nouveaux rôles infirmiers est très lié à la dynamique de la démographie médicale. Il apparaît ainsi que les pays qui ont une densité médicale modérée, comme le Canada (Ontario et Québec), le Royaume-Uni et la Suède, ont généralement développé des rôles nouveaux en soins infirmiers. A l'inverse, les pays à forte densité médicale, comme l'Italie et l'Allemagne, sont caractérisés par un développement limité de la profession infirmière.

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

Formées et diplômées à la fin des années soixante-dix, les *nurse practitioners* vont permettre de résoudre ponctuellement un déficit provisoire de médecins sans véritablement s'inscrire à court terme dans un processus de professionnalisation.

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

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

En second lieu, les politiques volontaristes explicitement orientées vers le développement et le financement des soins primaires constituent un facteur-clé du développement des rôles infirmiers. Ainsi, les infirmières peuvent investir des rôles nouveaux à condition que ces derniers soient valorisés et financés de façon spécifique. C'est le cas, par exemple, de la politique du renouveau des soins primaires au Canada, qui s'accompagne du financement adéquat des postes d'infirmières praticiennes au sein des centres locaux de soins communautaires ou des cabinets de groupes. C'est le cas également de projets expérimentaux aux Pays-Bas qui sont financés dans le cadre de réseaux de santé primaire, ou du *New GMS (General Medical Service)* au Royaume-Uni.

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

sionnel salarié du médecin réalise en général des actes délégués par le médecin, sous contrôle de ce dernier. Trois grandes modalités d'allocation de la ressource se distinguent dans les pays étudiés : l'infirmière indépendante salariée d'une autorité de santé (*nurse practitioner* ou *district nurse* au Royaume-Uni, en Suède, au Québec et en Ontario) ; l'infirmière indépendante salariée du médecin (*practice nurse* au Royaume-Uni, infirmières recrutées dans les cabinets de groupe dans le cadre de projets expérimentaux aux Pays-Bas, infirmières dans les *Family health networks* en Ontario) ; l'infirmière associée ou leader (Royaume-Uni).

En troisième lieu, dans la plupart des pays étudiés, hormis en Italie, les médecins interviennent très peu, voire pas du tout au domicile des patients. Traditionnellement, ce sont les infirmières responsables d'équipes qui vont au domicile des malades, soit pour délivrer des soins, soit pour évaluer la situation d'un patient. C'est aussi dans le cadre du suivi au domicile que le droit de prescription a été donné aux infirmières qualifiées au Royaume-Uni. L'augmentation considérable de la demande de soins à venir offre donc des perspectives quant au développement futur des rôles infirmiers au domicile et, en conséquence, de l'élargissement de leur champ de compétences, notamment en ce qui concerne la prescription.

Organisation de la profession infirmière

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

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

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

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

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

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

nouvelles infirmières aient des compétences plus étendues et développent de nouvelles activités, mais, toutefois, sans véritable reconnaissance salariale ou statutaire. En outre, elles exercent principalement à l'hôpital.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

sure de voir son champ de pratique autonome se développer.

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

Introduction

Introduction

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Première partie

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

Introduction

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les médecins libéraux conventionnés constituent les acteurs principaux du secteur ambulatoire

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

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

Tableau 1
Données de cadrage

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

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

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

^c Source : Destatis pour l'année 2002

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

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

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

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

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

Les assistantes médicales, auxiliaires privilégiées des médecins

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

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

Une densité élevée de médecins

Parmi les médecins actifs, 48 % travaillent en milieu hospitalier, 44 % dans le secteur ambulatoire, 3 % dans les services de santé publique, dans l'administration ou dans des organismes corporatistes et 5 % dans d'autres secteurs, comme dans l'industrie pharmaceutique. On dénombre 50,5 % de généralistes et 49,5 % de spécialistes (Kopesch, 2004) dans le secteur ambulatoire. Depuis les années quatre-vingt, le taux de médecins généralistes a augmenté de façon continue (35 % en 1980, puis 40 % en 1990).

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

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

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

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

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

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

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

Les infirmières en Allemagne : données de cadrage

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

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

1. Source : Eco-Santé OCDE 2004.

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

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

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

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

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

2. Source : Eco-Santé OCDE 2005.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Une autre caractéristique fondamentale de la médecine générale aux Pays-Bas réside dans le principe de la continuité des soins. Les médecins généralistes passent en effet des accords locaux entre eux, ainsi qu'avec des cabinets d'infirmières libérales afin d'organiser localement les gardes du soir et du week-end ainsi que le traitement des urgences. Cette obligation de continuité est imposée par la loi.

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

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

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

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

Les infirmières aux Pays-Bas : données de cadrage

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

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

5. Source : Dutch Hospital Institute, 2001.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les infirmières en Italie : données de cadrage

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Des expériences régionales de renforcement de soins de primaires

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les soins primaires en Ontario sont fournis dans un cadre relativement similaire à celui qui existe au Québec. La forme prédominante de délivrance s'appuie sur des médecins de famille rémunérés à l'acte qui exercent en cabinet individuel ou en groupe. Les *Community Health Centres* (CHC) sont les équivalents des CLSC au Québec. Une présentation détaillée des différents titres et contextes d'exercice infirmiers en soins primaires est présentée par madame d'Amour en section 2 (pages 115).

Les infirmières au Québec et en Ontario : données de cadrage

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le rôle pivot des groupes de soins primaires pluri-professionnels

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les infirmières au Royaume-Uni : données de cadrage

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Une présentation complète et détaillée des différents statuts et rôles infirmiers en soins primaires est présentée par madame Claire Goodman en section 2 (pages 137).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20. Eco-Santé OCDE 2004.

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

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

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

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

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

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

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

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

Les infirmières en Suède et en Finlande : données de cadrage

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusion du chapitre 1

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

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

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

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

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

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

Introduction

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Par ailleurs, depuis avril 2004, un nouveau contrat entre les médecins généralistes et le NHS a été mis en place, le *New GP contract*, dans l'objectif de créer un cadre plus cohérent d'exercice pour les médecins généralistes. Ce contrat rationalise un grand nombre d'éléments du contrat traditionnel et introduit une exigence essentielle de qualité des soins. Or, dans le cadre de ce nouveau contrat, le revenu des cabinets de médecins ne dépendra plus du nombre de médecins mais de la quantité de patients inscrits et des services fournis. Désormais, un médecin quittant le partenariat d'un cabinet pourra être remplacé par un autre médecin ou par deux infirmières. Dans certains cabinets, des médecins ont déjà invité les infirmières à rejoindre le partenariat. La présentation de l'expérience du Dr Sweenay en section 2 (page 151) illustre ce modèle d'organisation dans lequel un médecin et une infirmière sont partenaires et coresponsables dans la conduite d'un cabinet.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'expérience des walk-in centre dans le NHS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Un changement législatif concernant les professionnels de santé

La *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* est entrée en vigueur le 30 janvier 2003. Cette loi a un impact sur huit autres, dont celle des infirmières et des médecins, et modifie la façon de partager les activités cliniques entre onze professions de la santé. Nous aurons l'occasion de revenir plus en détails sur cette législation dans le point 2.2.1. (pages 57).

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

La loi encourage la souplesse et la collaboration et dispose que les infirmières ont des activités cliniques réservées (voir page 216). En effet, l'ancienne notion d'actes délégués en vertu des règlements introduisait de nombreuses conditions d'exercice différentes, telles l'ordonnance médicale, le suivi d'un protocole ou d'un procédé de soins, la surveillance sur place ou à distance, la surveillance immédiate, etc.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Une étude de cas auprès d'un GMF (Roy, 2004) d'une région du Québec a permis de définir la pratique infirmière selon les partenaires impliqués dans le projet (infirmières et médecins) et de mettre en relief les convergences et les divergences dans la vision de cette pratique. Les résultats de cette étude présentent la conceptualisation de la pratique infirmière à partir de deux axes principaux, qui contribuent à définir la nature de la pratique infirmière au sein du GMF : la pratique autonome, associée à la reconnaissance du potentiel infirmier et la pratique de collaboration interdisciplinaire. L'infirmière privilégie une approche axée sur la clientèle et le médecin privilégie une action centrée sur l'organisation des services. Dans la pratique infirmière axée sur la clientèle, l'intérêt se porte vers la personne soignée, son environnement et sa santé. L'approche centrée sur les services se préoccupe davantage de l'organisation du travail. Selon cette vision, les suivis systématiques et téléphoniques, l'appui aux médecins et la liaison sont du ressort de l'infirmière. Enfin, la confiance ressort comme l'élément fondamental qui permet l'instauration de la collaboration interdisciplinaire. La présentation du Dr Bilodeau en section 2 (page 125) témoigne de l'importance accordée à la formation initiale et continue comme condition du développement du travail en équipe. Ce témoignage illustre à quel point le développement du travail d'équipe requiert un changement de culture et de pratique aussi bien du côté infirmier que du côté médical, dont l'ancrage ne paraît réellement assuré qu'à partir de la formation initiale, qui est le moment de la constitution des identités professionnelles.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

de la famille) ;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le cas du centre de santé «Gezondheidscentrum Perspectief»

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les activités de "triage", d'évaluation médico-sociale, de consultation avec prescription de médicaments en vente libre ne sont pas considérées comme des activités transférées dans la mesure où elles sont assimilées au rôle spécifiquement infirmier. Elles font néanmoins l'objet d'une formation spécifique. Dans la plupart des pays, c'est la réalisation d'un processus diagnostique (avec un recueil d'anamnèse, un examen clinique et la réalisation d'explorations complémentaires) ou la prescription d'un traitement médicamenteux qui font l'objet de modifications réglementaires et, à ce titre, que nous considérons comme faisant l'objet d'un transfert du médecin vers l'infirmière.

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

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

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

Définitions

L'extension des compétences infirmières regroupées sous le terme générique de pratiques avancées (*advanced nursing practice*) est ancienne. Elle recouvre schématiquement deux cas de figure : celui de l'infirmière clinicienne spécialisée qui s'inscrit dans un modèle de développement spécifique des savoirs infirmiers (*clinical nurse*) et celui de l'infirmière praticienne (*nurse practitioner*) ou de l'infirmière de santé publique (*district nurse*) qui s'inscrit en substitution et/ou complémentarité de la pratique médicale (cf. section 2 texte de Danièle d'Amour).

L'infirmière clinicienne spécialisée possède un niveau de formation master, assure des fonctions d'encadrement, de conduite de projets, d'analyse de situations complexes auprès de certains patients, de pilotage de démarches qualité et de formation. Le lieu d'exercice dominant est l'hôpital. Cette spécialisation ancienne - elle a été introduite dans les années soixante - correspond au développement de la formation et de la recherche infirmières, et s'est inscrite dans un processus académique d'autonomisation de la profession. Le Québec a particulièrement développé ce modèle, que l'on retrouve aussi au Royaume-Uni.

L'infirmière praticienne ou de santé publique a quant à elle vocation à s'adresser directement aux patients ou à certains groupes de patients. La pratique avancée porte alors sur un domaine d'expertise et de soins médicaux. L'infirmière praticienne est formée au diagnostic de certaines situations, à la réalisation de certains actes

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

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

Le Conseil international des infirmières propose la définition suivante de l'infirmière en pratique avancée : " Une infirmière praticienne / en pratique avancée est une infirmière diplômée d'État (*registered nurse*) qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de leur métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Le niveau de base recommandé est celui de la maîtrise ou M1 du Master (bac + 4) ".

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

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

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

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

Les " *nurse practitioners* " au Royaume-Uni

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les outils élaborés permettent à chaque infirmière ou sage-femme employée dans ou hors du NHS de réaliser une évaluation des savoir-faire et des compétences mobilisées en pratique à son poste par le biais d'un outil de description de savoir-faire et de connaissances : le *Skills and Knowledge Framework*. Réalisé en interaction avec le responsable hiérarchique selon une procédure codifiée, l'évaluation de la personne est ensuite confrontée à une base de données nationale visant à valider ou non l'appartenance à un profil de poste donné. En cas de concordance de l'évaluation personnelle avec le profil moyen, la personne est requalifiée ou non à son poste. La qualification résultante est associée à une fourchette de salaire selon une table de correspondance négociée entre le *Royal College of Nursing* et le NHS (cf. annexe 6, page 240). Ce système, qui vise à valoriser les compétences mobilisées dans un poste de façon égale dans l'ensemble du Royaume-Uni, est destiné à remplacer à terme le système de rémunération en fonction des grades. Il permet aussi de s'affranchir des nombreux titres et qualifications en soins infirmiers qui existent au Royaume-Uni.

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

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

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

Quatre catégories d'infirmières sont ainsi décrites au travers des fourchettes de salaires 5, 6, 7 et 8 selon un ordre correspondant au niveau de compétences exigées (voire annexe 6, page 248) :

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

Les infirmières praticiennes au Canada

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

39. Voir liste des actes en détail en annexe.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tableau 3
Extension des prescriptions infirmières

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

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

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

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

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

La prescription indépendante de l'infirmière en Suède

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La prescription infirmière au Canada

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

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

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

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

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

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

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

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

La prescription individuelle autonome limitée pour les futures infirmières praticiennes

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

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

La prescription infirmière indépendante sous condition en Ontario

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

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

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

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

La liste qui compte environ 70 médicaments à prescrire en situation de renouvellement est étendue entre autres aux diurétiques, antiulcéreux, certains oestroprogestatifs et antihypertenseurs (voir en annexe 3, page 208).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusion du chapitre 2

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Introduction

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

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

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

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

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

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

Il apparaît que les pays qui ont une densité médicale modérée (cf. tableau 1 page 28) comme l'Ontario, le Québec, le Royaume-Uni et la Suède ont généralement développé des rôles nouveaux en soins infirmiers. A l'inverse, les pays à forte densité médicale, comme l'Italie et l'Allemagne, sont caractérisés par un développement limité de la profession infirmière.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Une question non résolue : comment rémunérer les nurses practitioners ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Comme nous l'avons suggéré précédemment, le Royaume-Uni ne connaît pas de division entre la profession infirmière et le métier d'assistant du médecin, mais à y regarder de plus près, il semble que cette distinction s'opère au sein même de la profession infirmière. En effet, la distinction entre la *practice nurse* qui travaille au cabinet du médecin et l'infirmière de district (cf. Claire Godman section 2, page 137) semble faire écho à la distinction assistant du médecin/infirmière praticienne qui s'ébauche aux Pays-Bas, mais dans un système où la profession infirmière englobe à la fois la fonction d'assistant du médecin et celle de praticienne autonome. Les *practice nurses* qui sont des infirmières diplômées (*registered nurses*) travaillent souvent à temps partiel, en soutien au médecin. Le fait qu'elles soient rémunérées par le médecin et que leurs salaires soient désormais inscrits dans le cadre contractuel général du *General Medical Service* traduit la reconnaissance d'une fonction venant en soutien du médecin généraliste et placée sous son autorité. Le succès de cette forme d'emploi auprès des jeunes infirmières est d'ailleurs déploré par certains représentants de la profession infirmière qui y voient une perte d'autonomie de la profession.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'infirmière indépendante salariée d'une autorité de santé

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

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

L'infirmière indépendante salariée du médecin

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

L'infirmière associée ou leader

Le troisième mode d'emploi est le partenariat ou l'association. Dans ce cas, le médecin et l'infirmière sont associés dans le cabinet et peuvent salarier d'autres professionnels. Ce modèle existe au Royaume-Uni mais est très peu développé. La présentation du Docteur Sweeney qui est présentée en section 2 (page 151) illustre ce cas. Les PMS (*Personal Medical Service*) au Royaume-Uni ont permis l'expérimentation de plusieurs cabinets gérés par des infirmières, au sein desquels les médecins généralistes consultent à temps partiel et sous contrat de salariat.

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

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

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

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

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

Dans la plupart des pays étudiés, hormis en Italie, les médecins interviennent très peu, voire pas du tout au domicile des patients. Traditionnellement, ce sont les infirmières responsables d'équipes qui vont au domicile des malades, soit pour délivrer des soins, soit pour évaluer la situa-

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

C'est aussi dans le cadre du suivi au domicile que le droit de prescription a été donné aux infirmières qualifiées au Royaume-Uni.

L'exemple de l'Allemagne, développé par le Professeur Dibelius en section 2 (page 105) illustre l'impact des évolutions démographiques et épidémiologiques sur le développement des organisations de soins et le développement des rôles infirmiers. La création d'une assurance sociale pour la dépendance a été l'occasion de la création de la spécialité d'infirmière gériatrique. Les infirmières, qui étaient jusqu'alors très peu présentes dans le secteur ambulatoire, ont investi ce champ. Elles travaillent au sein d'organisations privées lucratives ou non, comprenant essentiellement des infirmières. L'encadrement est assuré par des infirmières générales. Les infirmières ont donc développé leurs prestations au domicile des patients où les médecins interviennent traditionnellement peu. L'autonomie des infirmières est limitée aux soins de nursing dont elles assurent l'évaluation sous contrôle des organismes financeurs. Leur intervention est tarifée selon des grilles élaborées sur des temps de réalisation de soins qui proposent des forfaits. Ces grilles et le montant des forfaits varient selon les Länders. Les interventions qui relèvent d'une prescription médicale posent problème car si elles sont souvent prescrites par téléphone après appel du médecin par l'infirmière, leur remboursement par les caisses d'assurance maladie nécessite une prescription plus formalisée. La difficulté à obtenir ces prescriptions écrites de la part des médecins peut poser des problèmes de trésorerie aux organisations de soins infirmiers. La question de l'articulation des soins de dépendance - en quelque sorte prescrits par les infirmières avec les autorités délivrant les ressources - et des soins techniques - prescrits par les médecins - pose problème en Allemagne où les deux sources de financement sont bien distinctes. L'autonomie des infirmières dans leur rôle au domicile reste donc limitée.

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

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

3.2. Organisation de la profession infirmière : obstacles et leviers

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

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

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

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

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

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

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

La classification internationale des actes infirmiers

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

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

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

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

liser cette classification pour la réalisation de notre étude.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les compétences des infirmières au travers de textes réglementaires en Allemagne ont également été définies par la réglementation sur les soins de dépendance. L'introduction de cette assurance en 1994 a considérablement soutenu le développement des soins infirmiers, en créant d'une part, la profession d'infirmière gériatrique et en offrant, d'autre part, la possibilité de son développement en ambulatoire de façon autonome, une nomenclature tarifaire spécifique ayant été élaborée pour rémunérer les soins délivrés à domicile dans le cadre de la dépendance (cf. présentation d'Olivia Dibelius en section 2, page 105).

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

Trois catégories d'actes sont distinguées et sont assez proches de ce qui est réalisé par les infirmières en situation de soins au domicile (annexe 7 page 251) :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2.2. La formation, la recherche et la représentation professionnelle

3.2.2.1. La formation et la recherche

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

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

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

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

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

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

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

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

Tableau 4 (suite 1)

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

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

Tableau 4 (suite 2)

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

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

3.2.2.2. *La représentation professionnelle*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusion du chapitre 3

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

élaboré justement à partir de l'analyse des professions dans les pays anglo-saxons. Néanmoins, il nous paraît raisonnable de soutenir la thèse que plus un groupe professionnel est doté d'une autonomie de formation, de recherche et de régulation, plus il est en mesure de voir son champ de pratique autonome se développer.

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

Conclusion générale

Conclusion générale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le développement des rôles infirmiers est étroitement lié à la politique de développement des soins primaires. Les soins primaires en France ont principalement fait l'objet de politiques décentralisées et sectorielles comme la Protection Maternelle et Infantile ou l'organisation des soins délivrés aux personnes âgées. Les lois de santé publique et de réforme de l'assurance maladie adoptées en 2004 expriment la volonté de réorganiser les soins de santé afin de faire face aux défis démographiques, économiques et sanitaires des années à venir. C'est donc dans le cadre d'une politique de santé globale qu'un projet cohérent d'organisation des soins primaires en France doit aborder, dans ses différentes dimensions financière, réglementaires et de formation, les nouvelles formes d'organisation et de collaboration des professionnels de santé de soins primaires.

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 du 16 juin 2005	109
Allemagne	
Rôles actuels et à venir de l'infirmière en soins primaires «Grundpflege» et techniques «Behandlungspflege» au domicile du patient	111
Canada	
Le rôle des infirmières et le partage des responsabilités avec les médecins dans les soins primaires au canada	121
Quebec	
La collaboration interprofessionnelle en soins de première ligne : une expérience québécoise	131
Suède	
Rôles actuels et à venir de l'infirmière en soins primaires	137
Royaume-Uni	
Le rôle des infirmières en soins primaires au Royaume-Uni	143
La collaboration entre médecins et infirmières dans le Service National de Santé au Royaume-Uni : l'expérience de Foxhayes, Exeter, Devon	157
Italie	
La figure professionnelle de l'infirmier(ière) en Italie	163

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

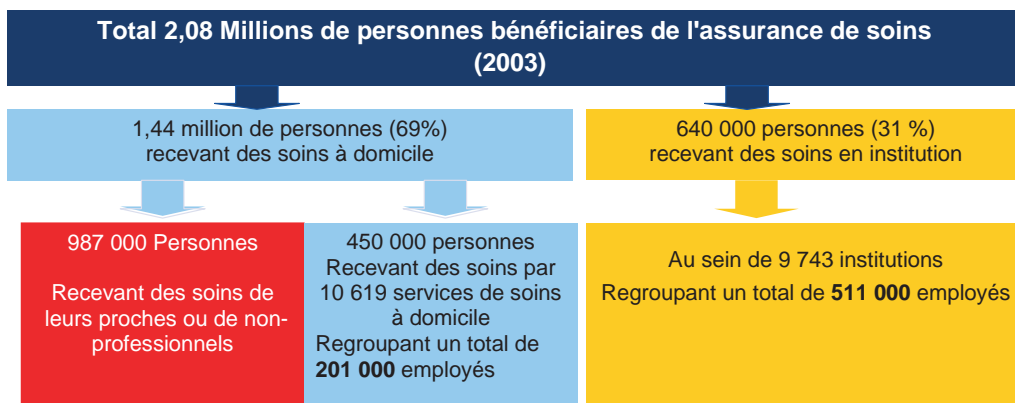
80 à 85 ans : 1/5 ont besoin de soins
85 à 90 ans : 1/3 ont besoin de soins
90 ans : 1/2 ont besoin de soins (64 % ont besoin de soins intensifs*)

* 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				En %
	Catégorie de soins			Total	Catégorie de soins			Total	Catégorie de soins			Total	
	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.

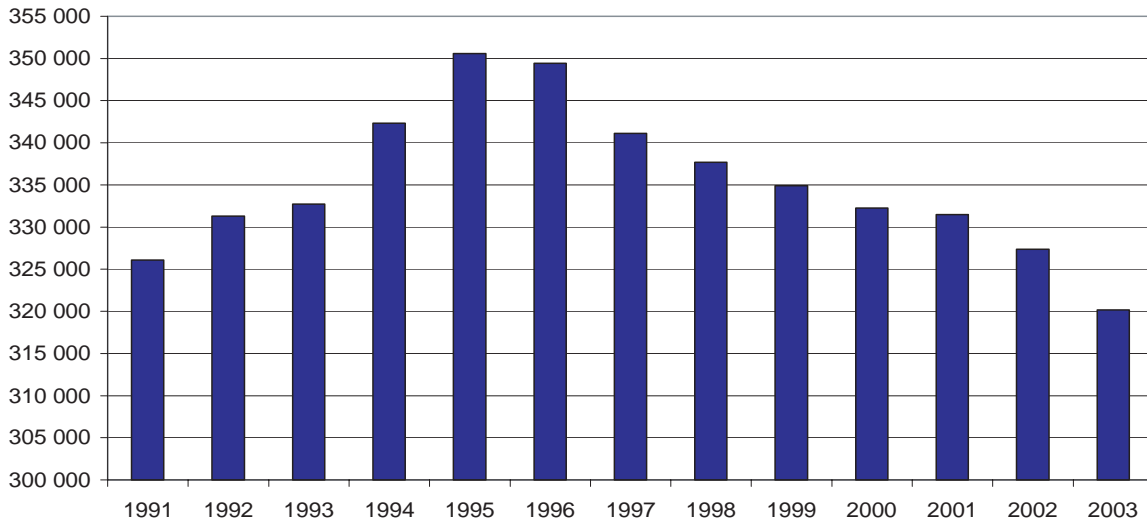
Tableau 8
Répartition des soignants selon les secteurs de soins

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 bureaucratisation 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 équivaldrait 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 *	Québec **	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.	<i>(OIIQ, 2003)</i>

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.

1. 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.

2. 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

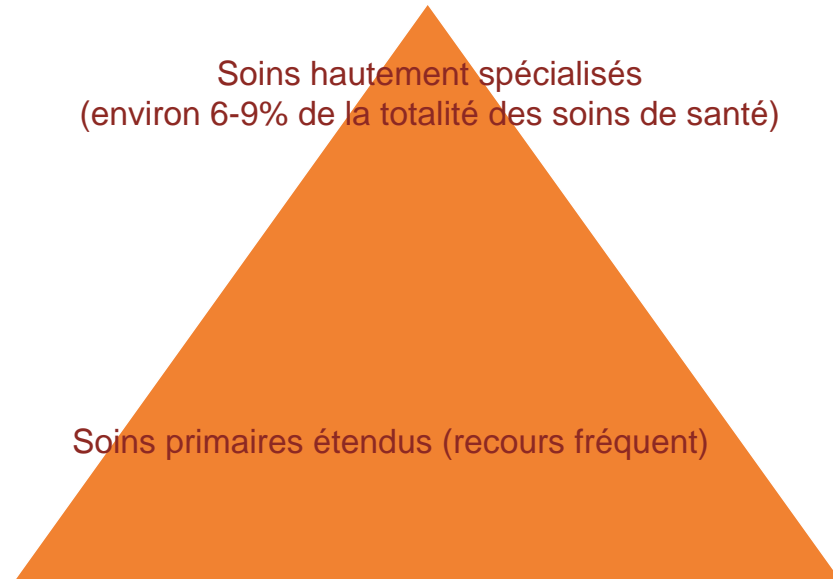


Tableau 1
Les soins primaires étendus.
Quelle structure ?

- 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

3. 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 !

4. 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.

5. 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 .

6. 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.

7. 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 :

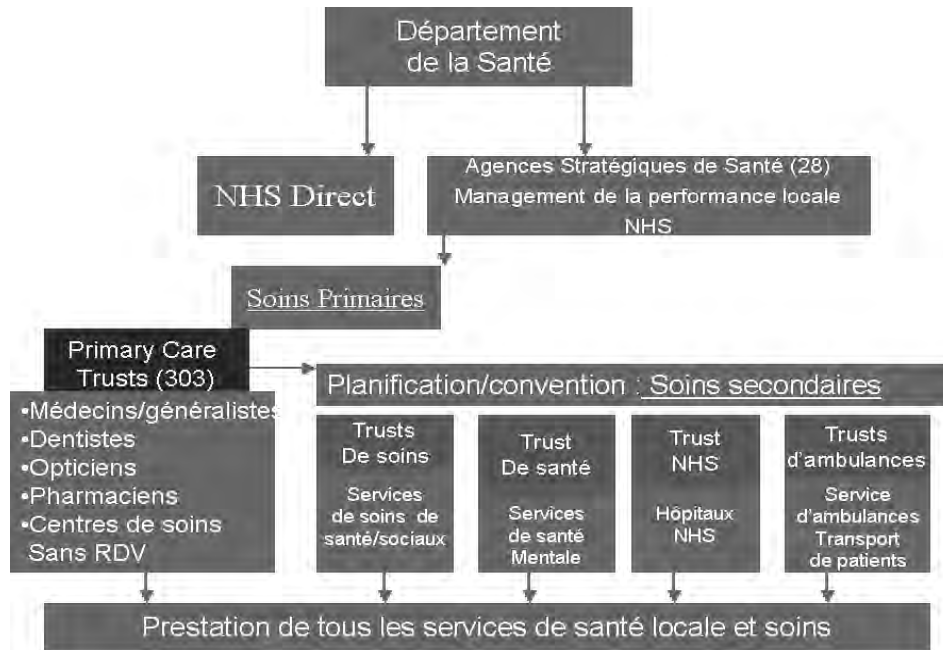
- la complexité et la variété des soins infirmiers dans le contexte de soins primaires au Royaume-Uni ;
- comment les différents rôles des infirmières s'exercent avec et à coté des médecins ;
- l'impact sur les soins donnés aux malades et la santé publique en général.

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.

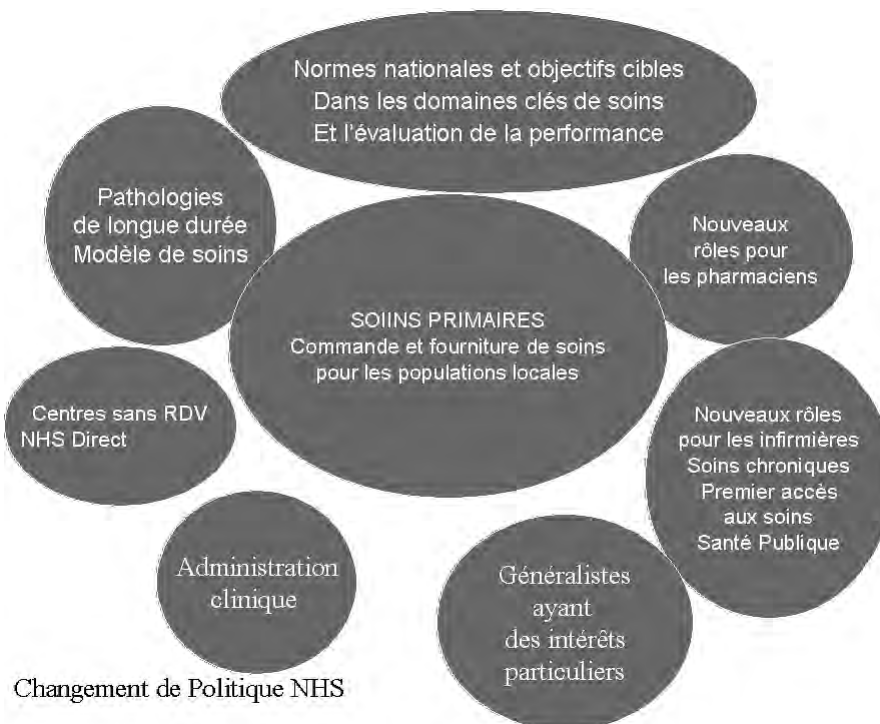
Le graphique 2 donne une idée du contexte ac-

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.

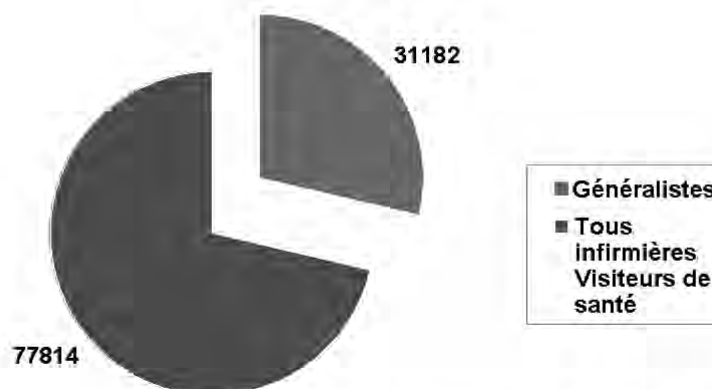
Les infirmières en soins primaires ont toujours effectué un grand nombre de ces tâches mais d'autres, comme la demande d'examens diagnostiques et la prescription des médicaments et autres traitements, constituent des changements plus récents.

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.

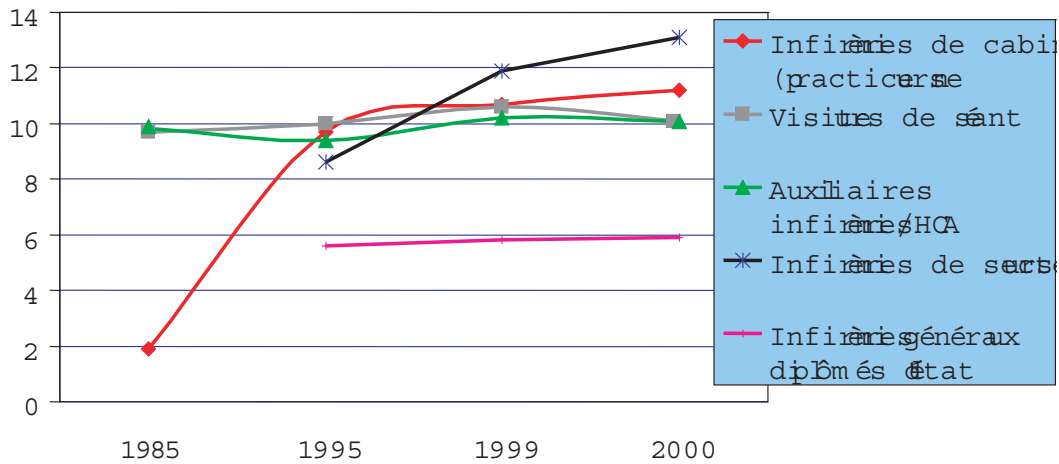
Quand il y a un problème clinique, ce sont souvent les infirmières qui apportent la solution !

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

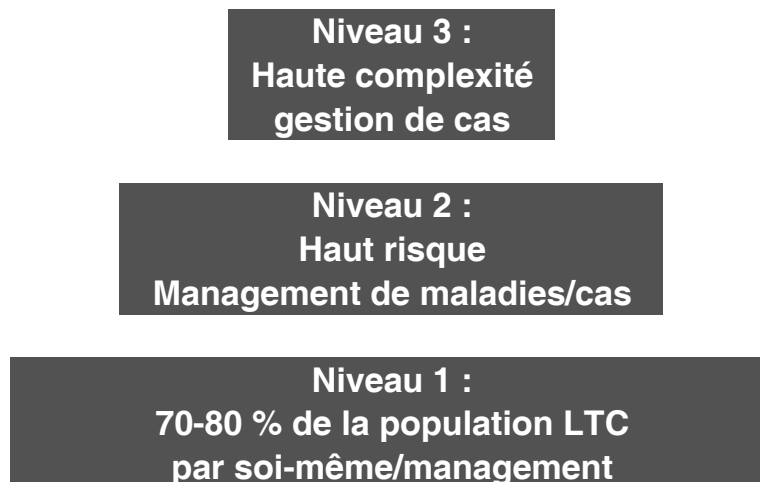
sociaux et de santé complexes.

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).

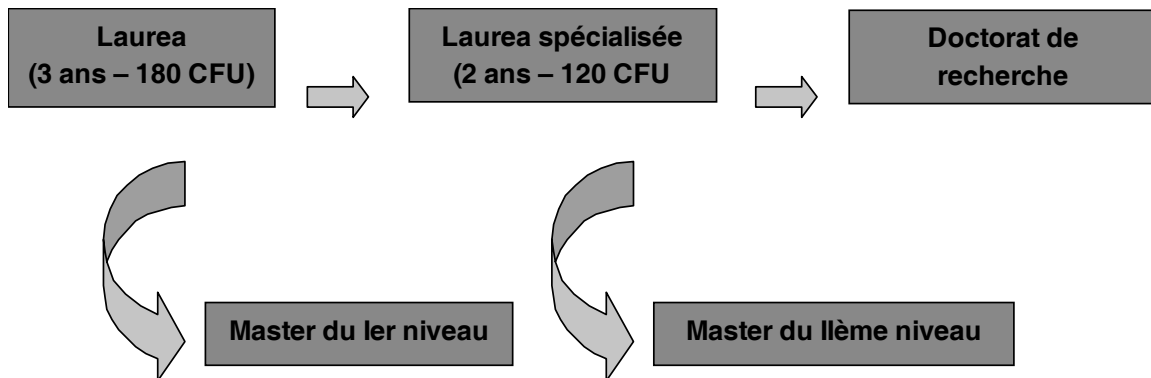
Enfin, la quatrième et dernière phase, a mis en place (toujours par le biais du décret du 2 avril 2001) les catégories de cursus de la *laurea* spécialisée (en deux ans) pour les professions de santé infirmières. La *laurea* spécialisée se donne comme objectif de fournir à l'étudiant un niveau de formation 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.
 - 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.
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.
3. L'infirmier(ière) :
 - 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 ;
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 ;
 - g) 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

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

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

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.

Annexes

Annexe 1 :
Le décret de compétence 2002

Le décret de compétence 2002

Décret de compétence no 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier en France J.O. Numéro 40 du 16 Février 2002 page 3040 -

NOR : MESP0220026D

Art. 1er. - L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

Art. 2. - Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1. De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;
2. De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;
3. De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;
4. De contribuer à la mise en oeuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales

contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

5. De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

Art. 3. - Relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

Dans ce cadre, l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions de l'article 5 ci-après. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

Art. 4. - Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article 3.

Art. 5. - Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assu-

rer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
- Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
- Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
- Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ; vérification de leur prise ; surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
- Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article 6 ci-après, et changement de sonde d'alimentation gastrique ;
- Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
- Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire de changement de sondes vésicales ;
- Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
- Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
- Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
- Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
- Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
- Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;
- Ventilation manuelle instrumentale par masque ;
- Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
- Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
- Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
- Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;
- Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux visés à l'article 6 ci-après ;
- Prévention et soins d'escarres ;
- Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
- Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
- Toilette périnéale ;
- Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;
- Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
- Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
- Irrigation de l'oeil et instillation de collyres ;
- Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;
- Surveillance de scarifications, injections et perfusions visées aux articles 6 et 8 ci-après ;
- Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;
- Pose de timbres tuberculiques et lecture ;
- Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;
- Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;
- Surveillance des cathéters, sondes et drains ;
- Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article 9, et pratique d'examen non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;
- Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;
- Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :
 - a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en

ions hydrogène (pH) ;

b) Sang : glycémie, acétonémie ;

- Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;
- Aide et soutien psychologique ;
- Observation et surveillance des troubles du comportement ;
- Dans le domaine de la santé mentale, l'infirmier accomplit en outre les actes ou soins suivants :
 - a) Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;
 - b) Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ;
 - c) Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;
 - d) Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier et le patient.

Art. 6. - Outre les actes et activités visés aux articles 11 et 12, l'infirmier est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

- Scarifications, injections et perfusions autres que celles visées au deuxième alinéa de l'article 8 ci-après, instillations et pulvérisations ;
- Scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiques ;
- Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroténienne ;
- Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;
- Injections, et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :
 - a) De produits autres que ceux visés au deuxième alinéa de l'article 8 ci-après ;
 - b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article 10 ci-après.

Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;

- Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article 5 ci-dessus ;
- Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;
- Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;
- Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;
- Ablation du matériel de réparation cutanée ;
- Pose de bandages de contention ;
- Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ; renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;
- Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;
- Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article 9 ci-après ;
- Instillation intra-urétrale ; injection vaginale ;
- Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;
- Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ; soins et surveillance d'une plastie ;
- Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;
- Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;
- Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;
- Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;
- Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;
- Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;

- Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;
- Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électro-encéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article 9 ci-après ;
- Mesure de la pression veineuse centrale ;
- Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;
- Pose d'une sonde à oxygène ; installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;
- Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique ;
- Saignées ;
- Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;
- Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;
- Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;
- Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;
- Recueil aseptique des urines ;
- Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;
- Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;
- Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapique ;
- Mise en oeuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier et le patient, et des protocoles d'isolement.

Art. 7. - L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

Art. 8. - L'infirmier est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :

- Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ;
- Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ;
- Préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle ;
- Ablation de cathéters centraux et intrathécaux ;
- Application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical ;
- Pose de dispositifs d'immobilisation ;
- Utilisation d'un défibrillateur manuel ;
- Soins et surveillance des personnes, en postopératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article 10 ci-après ;
- Techniques de régulation thermique y compris en milieu psychiatrique ;
- Cures de sevrage et de sommeil.

Art. 9. - L'infirmier participe à la mise en oeuvre par le médecin des techniques suivantes :

- Première injection d'une série d'allergènes ;
- Premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention ;
- Enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs ;
- Prise et recueil de pression hémodynamique faisant appel à des techniques à caractère vulnérant autres que celles visées à l'article 6 ci-dessus ;
- Actions mises en oeuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale ;
- Explorations fonctionnelles comportant des épreuves pharmacodynamiques, d'effort, de stimulation ou des tests de provocation ;

- Pose de systèmes d'immobilisation après réduction ;
- Activités, en équipe pluridisciplinaire, de transplantation d'organes et de greffe de tissus ;

Transports sanitaires :

- a) Transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
- b) Transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;

Sismothérapie et insulinothérapie à visée psychiatrique.

Art. 10. - L'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :

1. Anesthésie générale ;
2. Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;
3. Réanimation peropératoire.

Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole.

En salle de surveillance postinterventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux deuxième, troisième et quatrième alinéas et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques.

Les transports sanitaires visés à l'article 9 du présent décret sont réalisés en priorité par l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

L'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

Art. 11. - Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice et l'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme :

1. Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie ;
2. Surveillance du régime alimentaire du nourrisson ;
3. Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps ;
4. Soins du nouveau-né en réanimation ;
5. Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie.

Art. 12. - Les activités suivantes sont exercées en priorité par l'infirmier titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire et l'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme :

1. Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire ;
2. Elaboration et mise en oeuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés ;
3. Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ;
4. Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés ;
5. Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables visant à la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire et en secteurs associés.

En per-opératoire, il exerce les activités de circulant, d'instrumentiste et d'aide opératoire en présence de l'opérateur.

Il est habilité à exercer dans tous les secteurs où sont pratiqués des actes invasifs à visée diagnostique, thérapeutique, ou diagnostique et thérapeutique dans les secteurs de stérilisation du matériel médico-chirurgical et dans les services d'hygiène hospitalière.

Art. 13. - En l'absence d'un médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

En cas d'urgence et en dehors de la mise en oeuvre du protocole, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

Art. 14. - Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :

- Formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ;
- Encadrement des stagiaires en formation ;
- Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ;
- Dépistage, prévention et éducation en matière

d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité ;

- Dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives ;
- Education à la sexualité ;
- Participation à des actions de santé publique ;
- Recherche dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire.

Il participe également à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire, ainsi qu'à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes.

Art. 15. - Le décret no 81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier et le décret no 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier sont abrogés.

Art. 16. - La ministre de l'emploi et de la solidarité et le ministre délégué à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 11 février 2002.

Lionel Jospin
Par le Premier ministre :

La ministre de l'emploi et de la solidarité, Elisabeth Guigou

Le ministre délégué à la santé, Bernard Kouchner

Annexe 2 :
**La classification internationale de la pratique
des soins infirmiers (ICNP®)**

1. La classification internationale de la pratique des soins infirmiers (ICNP®)

Conseil International des Infirmières
NOTICE D'INFORMATION
AVRIL 2000

1. *Qu'est-ce que la ICNP®?*

La ICNP® (Classification internationale de la pratique des soins infirmiers) permet aux infirmières de disposer d'une terminologie structurée et définie, d'une classification de la pratique des soins infirmiers et d'un cadre à l'intérieur duquel des terminologies et des classifications existantes peuvent être mises en commun afin de pouvoir comparer les données relatives aux soins infirmiers.

2. *Quels sont les éléments que comportent la ICNP®?*

Les trois principaux éléments de la ICNP® sont :

1. Les Phénomènes dans la pratique des soins infirmiers (les diagnostics infirmiers)
2. Les Actions en soins infirmiers (les interventions infirmières)
3. Les Résultats de la pratique des soins infirmiers

3. *Pourquoi est-il important de disposer de la ICNP®?*

Les objectifs de la ICNP® tels qu'ils sont exposés dans une proposition initiale du Conseil International des Infirmières (CII, 1991) continuent d'orienter la ICNP® Programme, le programme concernant la ICNP®, et démontrent son importance :

- Établir un langage commun pour décrire la pratique des soins infirmiers de manière à améliorer la communication entre les infirmières elles-mêmes et les infirmières et l'extérieur.
- Décrire les soins infirmiers prodigués aux individus, aux familles et aux communautés dans des cadres variés, et cela dans différents types d'établissements.
- Rendre possible la comparaison entre les données relatives aux soins infirmiers prodigués à des personnes différentes, dans différents cadres et zones géographiques, et à des époques et moments différents.

- Prévoir des tendances, ou en donner l'exemple, en ce qui concerne les traitements ou les soins infirmiers prodigués et l'attribution des ressources aux patients selon leurs besoins définis lors des diagnostics infirmiers.

- Stimuler la recherche dans le domaine des soins infirmiers grâce à l'accès à des données disponibles dans des systèmes d'information sur les soins infirmiers et des systèmes d'information sur la santé. Fournir des données relatives à la pratique des soins infirmiers de manière à influencer les politiques de la santé lors de leur élaboration.

4. *Si jusqu'à présent j'utilisais un autre système de classification des soins infirmiers, est-ce que je dois changer?*

Non. La ICNP® procure un cadre à l'intérieur duquel peuvent être insérées et unifiées des terminologies infirmières existantes et provenant de sources différentes, afin de rendre possible la comparaison entre des données sur les soins infirmiers, recueillies en utilisant d'autres terminologies et classification infirmières reconnues.

5. *Est-ce que la ICNP® limite la pratique multidisciplinaire?*

Non. Tout comme l'ICD, la mise au point de la ICNP® est un projet à long terme qui permettra de disposer d'une terminologie structurée et d'une classification qui pourra être utilisée pour décrire et organiser les données relatives aux soins infirmiers. A leur tour, ces données pourront être insérées dans des systèmes d'information multidisciplinaires sur la santé.

6. *Comment puis-je participer?*

Avec la ICNP® Programme il est plus facile pour des individus et des groupes de participer aux mises au point en cours et mises à jour de la ICNP®. Les chercheurs et les organisations sont encouragés à collaborer de façon étroite avec le CII par le biais de leurs Associations nationales d'infirmières. Merci de contacter la directrice de la ICNP® Programme (ICNP® Programme Director) pour de plus amples renseignements.

7. Quels sont les objectifs de la ICNP® Programme nouvellement établi?

Depuis l'année 2000, le CII a un programme défini concernant la ICNP®, la ICNP® Programme, dont les objectifs sont les suivants :

- Constamment mettre à jour la ICNP® de manière à ce que cette classification reflète les pratiques des soins infirmiers.
- S'assurer de la compatibilité de la ICNP® avec les connaissances actuelles dans les domaines des soins infirmiers, de la classification et de l'informatique, et avec les autres progrès récents dans les soins de santé.
- Coordonner la dissémination au niveau international de la ICNP® et des activités en rapport avec sa mise au point.

Les éléments clés de la ICNP® Programme comprennent :

- La Communication et le Marketingo
- La Recherche et le Développement
- La Coordination et la Gestion du Programme

De nouvelles politiques, de nouveaux produits et procédés sont établis pour apporter soutien à la ICNP® Programme.

8. Quelles sont les autres informations concernant la ICNP®?

Le CII a publié une version bêta de la ICNP® en 1999. La Version Bêta de la ICNP® est disponible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.icn.ch/icnpupdate.htm> et dans un document sur papier qui peut être commandé dans notre librairie en ligne dont l'adresse est : <http://www.icn.ch/bookshop.htm>. Vous pouvez aussi contacter le CII à l'adresse suivante : 3 place Jean Marteau, CH 1201 Genève, Suisse. Tel : + 41 22 908-0100 ; Fax : +41 22 908-0101 Le CII réserve tous droits d'auteurs pour la ICNP®. L'autorisation de traduire, publier, reproduire et distribuer la ICNP® est accordée au cas par cas. Si vous êtes intéressé et souhaitez vous servir de la ICNP® dans le cadre de la recherche ou de la pratique des soins infirmiers, merci de bien vouloir contacter le CII pour obtenir un Accord de traduction ou un Accord d'utilisation. La Politique sur la traduction, publication, reproduction et distribution de la ICNP® est dis-

ponible à l'adresse suivante : <http://www.icn.ch/ICNPpolicy.htm>

Pour de plus amples renseignements contacter:

Amy Coenen, ICNP® Programme Director
University of Wisconsin - Milwaukee
College of Nursing
P.O. Box 413
Milwaukee, WI 53201-0413
USA
Email: coenena@uwm.edu
Fax: 414 229 6474

2. CHAPTER 4 - THE 7-AXIS MODEL OF ICNP® VERSION 1

The need for an ICNP® is motivated by a number of factors including: 1) the increased use of computer-based information systems in clinical settings; 2) the move toward an electronic health record; and 3) the emphasis on and need for technology to support evidence-based practice. Clinical information systems must capture nursing practice variables while bringing together decision support and improvements in workflow that lead to improved health care outcomes. Nurses must participate in technological development, including the development of terminology standards, such as the ICNP®.

The information revolution is redefining health care. The shape and form of globalization in health is open to challenge. Nursing can be, and should be, researching, discussing, and advocating ways to take advantage of potential opportunities. With increased globalization, nurses must come together at the international level to meet our communication and data needs. The ICNP® emphasises the need for a unifying approach to promote integration and harmonisation of multiple nursing terminologies across countries and languages.

A Unified Nursing Language System

The primary motivation for a unified nursing language system is to be able to communicate and compare nursing data across settings, countries and languages. This data can be used to support clinical decision-making, evaluate nursing care and patient outcomes, develop health policy, and generate knowledge through research.

One concern is that we have multiple nursing terminologies and, thus, nursing still lacks the ability to compare data across settings using different terminologies. It is not surprising that there are many different structured nursing vocabularies in use across the world, as nursing is a large domain, which contains many specialties and subspecialties. A vocabulary must meet local need to be of use in nursing practice. ICN recognised the need for an international standard that would facilitate harmonisation across settings and cultural groups, allowing for local adaptation and use. ICN also acknowledged the need to bring together nursing practice data from across the world and to incorporate this data into its nursing information. The unifying framework to support this is ICNP®.

The ICNP® is described as a unified nursing language system. The ICNP® must be able to harmonise and make some sense of the many different terminology needs of nurses globally. As noted in Chapter 2, ICNP® Version 1 needs to be able:

- To represent existing vocabularies using ICNP®;
- To continue to support a multi-axial representation;
- To facilitate the development of local vocabularies that are derived from ICNP®; and
- To identify similarities and differences between these different representations in order to compare and combine data from different sources.

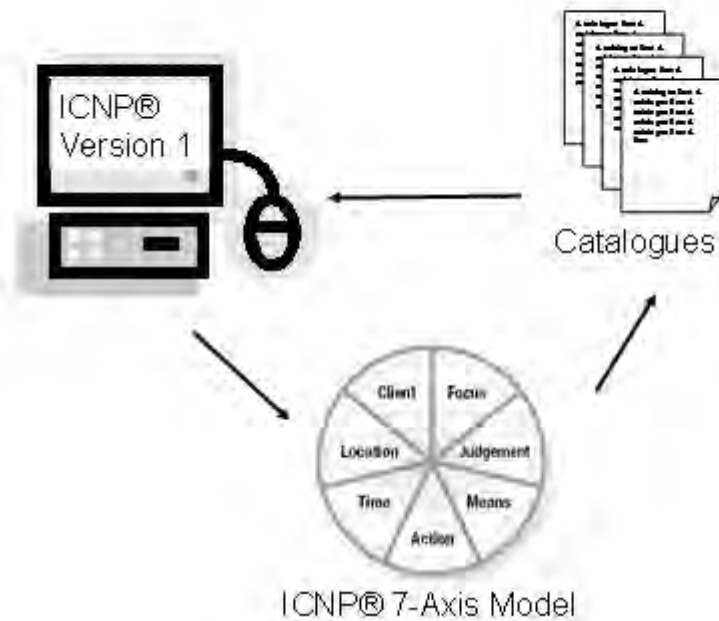
These needs could not all be achieved using the previous Beta 2 structure and the largely manual processes around it. The ICNP® Version 1 was created not as a vocabulary itself, but as a resource that can accommodate existing vocabularies, that can be used to develop new vocabularies, and that can identify any relationships between them.

Using the 7-Axis Model

A review of previous users of ICNP® identified that nurses used: 1) the ICNP® directly in information systems; 2) the ICNP® as a resource for developing new local vocabularies; and 3) existing vocabularies other than ICNP® and then mapped to ICNP®.

The ICNP® 7-Axis Model is intended to facilitate nurses' continued use of ICNP® (see Figure 4). The 7-Axis Model provides navigational hierarchies for easier use. This new axial representation has been derived from the larger resource, ICNP® Version 1, and can be used to develop ICNP® Catalogues.

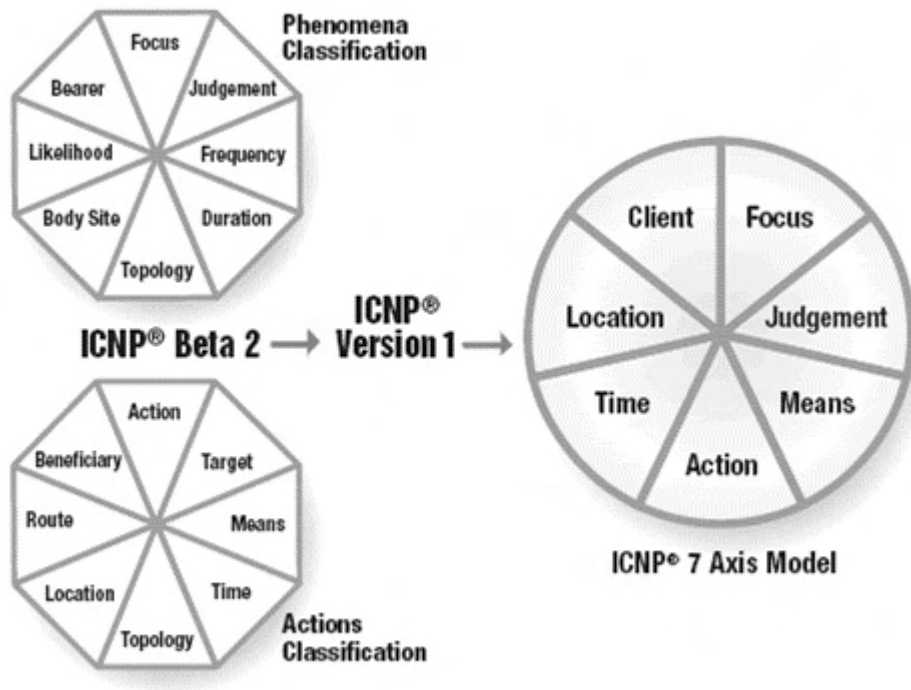
Figure 4: ICNP® Version 1, 7-Axis Model, and Catalogues



Catalogues are defined as sets of commonly used statements (nursing diagnoses, interventions and outcomes) for specific areas of nursing. The new 7-Axis Model will facilitate the process of catalogue development, making it a more distributed effort, by providing the catalogue developers with a means of easily pulling out and representing the meaning behind individual catalogue terms for feedback to the ICNP® Programme and eventual incorporation into Version 1. As a unified nursing language system and a compositional terminology, the ICNP® will also facilitate cross-mapping of local terms and existing terminologies.

The Beta 2 version was made up of two classification structures: 1) the nursing phenomena classification; and 2) the nursing actions classification. Each Beta classification structure was comprised of eight different axes (or 16 total axes). In contrast, the new streamlined model has just one classification structure, which is comprised of just seven axes (see Figure 5). The advantages of the new structure are that it greatly simplifies the representation, and it resolves to a large extent the redundancy and ambiguity that were inherent in the Beta 2 version.

Figure 5: From ICNP® Beta 2 to the ICNP® 7-Axis Model



The definitions of each of the seven axes in this ICNP® Version 1 representation are:

- **Focus:** The area of attention that is relevant to nursing (e.g., pain, homelessness, elimination, life expectancy, knowledge).
- **Judgement:** Clinical opinion or determination related to the focus of nursing practice (e.g., decreasing level, risk, enhanced, interrupted, abnormal).
- **Means:** A manner or method of accomplishing an intervention (e.g., bandage, bladder-training technique, nutritionist service).
- **Action:** An intentional process applied to or performed by a client (e.g., educating, changing, administering, monitoring).
- **Time:** The point, period, instance, interval or duration of an occurrence (e.g., admission, child birth, chronic).
- **Location:** Anatomical and spatial orientation of a diagnosis or intervention (e.g., posterior, abdomen, school, community health centre).
- **Client:** Subject to which a diagnosis refers and who is the recipient of an intervention

(e.g., newborn, caregiver, family, community).

Guidelines for Composing ICNP® Statements

Similar to the ICNP® Beta 2 Version, the ICNP® Version 1 is used to represent:

- Nursing Diagnoses (client status, problems, needs, strengths);
- Nursing Interventions (or nursing actions); and
- Nursing Outcomes.

The 7-Axis Model is intended to facilitate the composition of these statements (diagnoses, interventions and outcomes). These statements can be organised into meaningful sets for nursing practice and for ICNP® Catalogues. The guidelines for creating ICNP® statements were developed using the International Organization for Standardization standard: Integration of a Reference Terminology Model for Nursing (ISO 18104, 2003).

Composing Nursing Diagnoses and Nursing Outcomes (See Figures 6a & 6b)

Using the ICNP® 7-Axis Model to create nursing diagnoses and nursing outcome statements, the following guidelines are recommended:

1. Must include a term from the **Focus Axis**.
2. Must include a term from the **Judgement Axis**.
3. May include additional terms as needed from Focus, Judgement or other axes.

Composing Nursing Interventions (See Figures 6a & 6b)

Using the ICNP® 7-Axis model to create nursing intervention statements, the following guidelines are recommended:

1. Must include a term from the Action Axis.
 2. Must include at least one Target term.
- A Target term can be a term from any axis except the Judgement Axis.
3. May include additional terms as needed from Action or any other axis.

Examples of composing nursing diagnoses, interventions and outcomes are displayed in Figures 6a & 6b. The figures provide terms from various axes that would be combined across a row to construct a statement.

The ICNP® Programme encourages further evaluation and testing of these guidelines for composing diagnosis, outcome, and intervention statements. It is through testing and use of the ICNP® that improvements can continue to occur.

Figure 6a: Examples of Composing Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes using the ICNP® 7-Axis Model

7Axes Nursing Process	ACTION	CLIENT	FOCUS	JUDGEMENT	LOCATION	MEANS	TIME
Nursing Diagnosis			Medication Non-adherence	Risk	Home		
Nursing Interventions	Explaining	Individual			Home	Medication Regime	
	Teaching		Side Effect				
	Monitoring		Medication Adherence		Home	Pill Box	
Nursing Outcomes			Medication Adherence	Actual	Home		

Figure 6b: Examples of Composing Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes using the ICNP® 7-Axis Model

7Axes Nursing Process	ACTION	CLIENT	FOCUS	JUDGEMENT	LOCATION	MEANS	TIME
Nursing Diagnosis		Individual	Constipation	Actual			
Nursing Interventions	Identifying	Individual	Elimination Pattern				
	Assessing		Pain		Abdominal		
	Teaching		Dietary Need			Dietary Regime	
	Educating		Side effect of medication (Laxative)				
	Administering					Enema	
Nursing Outcomes			Constipation	Decreased			

Other Health Care Terminologies and Classifications

The ICNP® focuses on the breadth and depth of concepts which are core and essential to the practice of nursing. Additional concepts addressing the intersections of nursing with other disciplines and specialties may be desired. The user of the ICNP® may wish to refer to other classifications/terminologies that address these additional concepts. Examples may include the following: 1) International Classification of Diseases (World Health Organization) for medical diseases; 2) the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association) for mental diseases; or 3) the Logical Observation Identifiers Names and Codes for lab test orders.

Ongoing Development of ICNP®

To conclude, the goal in moving to Version 1 was to provide a sustainable foundation for ICNP®. The new version will be more easily maintained, implemented and improved. Of course, ICNP® is not complete; it is dynamic. Nurses around the world share many assumptions, beliefs and concerns about improving the health of their patients, families and communities. The ICNP® can provide nurses a shared language, to communicate and examine their practice and advance health care outcomes globally.

**Annexe 3 :
L'Ontario**

1 - Liste des actes contrôlés et la liste des professions de santé soumises à réglementation telles que définies par le Health Professions Regulated Act en 1991

Health Professions

The Regulated Health Professions Act, 1991 Ontario applies to the following 23 professions, governed by 21 Colleges

Audiology / Speech-Language	College of Audiologists & Speech-Language
Pathology	Pathologists of Ontario
Chiroprody / Podiatry	College of Chiroprodists of Ontario
Chiropractors	College of Chiropractors of Ontario
Dental Hygiene	College of Dental Hygienists of Ontario
Dental Technology	College of Dental Technologist
Dentistry	Royal College of Dental Surgeons of Ontario
Denturism	College of Denturists
Dietetics	College of Dietitians of Ontario
Massage Therapy	College of Massage Therapists
Medical Laboratory technology	College of Medical Laboratory Technologists of Ontario
Medical Radiation Technology	College of Medical Radiation Technologists
Medicine	College of Physicians & Surgeons of Ontario
Midwifery	College of Midwives of Ontario
Nursing	College of Nurses of Ontario
Occupational Therapy	College of Occupational therapists of Ontario
Opticianry	College of Opticians of Ontario
Optometry	College of Optometrists of Ontario
Pharmacy	Ontario College of Pharmacists
Physiotherapy	College of Physiotherapists of Ontario
Podiatry	<i>see Chiroprody</i>
Psychology	College of Psychologists of Ontario
Respiratory Therapy	College of Respiratory Therapists of Ontario
Speech-Language Pathology	<i>see Audiology</i>

Controlled Acts under the R.H.P.A.

a «controlled act» is any one of the following done with respect to an individual:

1. Communicating to the individual or his or her personal representative a diagnosis identifying a disease or disorder as the cause of symptoms of the individual in circumstances in which it is reasonably foreseeable that the individual or his or her personal representative will rely on the diagnosis.
2. Performing a procedure on tissue below the dermis, below the surface of a mucous membrane, in or below the surface of the cornea, or in or below the surfaces of the teeth, including the scaling of teeth.
3. Setting or casting a fracture of a bone or a dislocation of a joint.
4. Moving the joints of the spine beyond the individual's usual physiological range of motion using a fast, low amplitude thrust.
5. Administering a substance by injection or inhalation.
6. Putting an instrument, hand or finger.
 - i. beyond the external ear canal,
 - ii. beyond the point in the nasal passages where they normally narrow,
 - iii. beyond the larynx,
 - iv. beyond the opening of the urethra,
 - v. beyond the labia majora,
 - vi. beyond the anal verge, or
 - vii. into an artificial opening into the body
7. Applying or ordering the application of a form of energy prescribed by the regulations under this Act.
8. Prescribing, dispensing, selling or compounding a drug as defined in subsection 117 (1) of the Drug and Pharmacies Regulation Act, or supervising the part of a pharmacy where such drugs are kept.
9. Prescribing or dispensing, for vision or eye problems, subnormal vision devices, contact lenses or eye glasses other than simple magnifiers.
10. Prescribing a hearing aid for a hearing impaired person.
11. Fitting or dispensing a dental prosthesis, orthodontic or periodontal appliance or a device used inside the mouth to protect teeth from abnormal functioning.
12. Managing labour or conducting the delivery of a baby.
13. Allergy challenge testing of a kind in which a positive result of the test is a significant allergic response.

Summary Chart of Controlled Acts as Identified in the Individual Professional Acts

Controlled Act Health Professions Act	1. Diagnosis	2. Procedure on tissue	3. Set a fracture	4. Moving joints	5. Injection/Inhalation	6. Insert instrument	7. Form of energy	8. Pharmacy	9. Vision Care	10. Hearing Care	11. Dental Care	12. Manage Labour	13. Allergy testing
Audiology & Speech Pathology										all			
Chiropody (Podiatry)		●			●			●					
Chiropractic	●			all		●							
Dental Hygiene		●									●		
Dental Technology													
Dentistry	●	●	●		all		all	●			all		
Denturism											●		
Dietetics													
Massage Therapy													
Medical Laboratory Technology		●											
Medical Radiation Technology		●			all	●							
Medicine	all	●	all	all	all	all	all	●	all	all		all	all
Midwifery		●			●	●		●				●	
Nursing	NP	●			all	all	NP	NP					
Occupational Therapy													
Opticianry										●			
Optometry	●						●		all				
Pharmacy								●					
Physiotherapy				all		●							
Psychology	●												
Respiratory Therapy		●			all	●							

Notes:

- all – indicates that the controlled act is authorized in entirety (may have conditions attached)
- – indicates that the controlled act is authorized in part or in modified form

2. Liste des médicaments pouvant être prescrits par les " infirmières praticiennes " (registered nurses in the extended class) en Ontario

Source : College des pharmaciens de l'Ontario
<http://www.ocpinfo.com/client/ocp/OCPhome.nsf/web/Prescribing+by+Nurse+Practitioners?OpenDocument>

RN(EC) Current drug List (2004-09-11) - Nursing Regulation 275
Drugs that may be prescribed by Registered Nurses in the Extended Class
(Amended August, 2004)

Schedule 2

Diphtheria and tetanus toxoids (DT)
Diphtheria and tetanus toxoids and pertussis vaccine (DPT)
Diphtheria and tetanus toxoids and polio vaccine (DT - polio)
Diphtheria and tetanus toxoids and pertussis and polio vaccines (DPT - polio)
Diphtheria and tetanus toxoids and pertussis and haemophilus b vaccines (DPT - Hib)
Diphtheria and tetanus toxoids and pertussis, polio and haemophilus b vaccines (DPT - polio + Hib)
Haemophilus b vaccine (Hib)
Hepatitis A vaccine (inactivated)
Hepatitis B immune globulin
Hepatitis B vaccine
Inactivated polio vaccine
Influenza vaccine
Measles, mumps and rubella vaccine (MMR)
Measles vaccine
Meningococcal vaccine
Mumps vaccine
Pertussis vaccine
Pneumococcal vaccine
Rh (D) immune globulin
Rubella vaccine
Tetanus toxoid
Tetanus and diphtheria toxoids (Td)
Tetanus and diphtheria toxoids and polio vaccine (Td - polio)
Tetanus Immune Globulin
Varicella virus vaccine

Schedule 3

When circumstances are set out for a drug in Schedule 3, an RN(EC) shall only prescribe the drug in those circumstances. Until now, routes and/or purposes are the two circumstances identified for certain drugs. The August 2004 amendments to Schedule 3 also include the condition "for renewal only" when prescribing certain drugs.

An RN(EC) who prescribes a drug that is authorized "for renewal only" is accountable for all of the following:

- Knowing that the drug has been prescribed for the client on an ongoing basis for a period of time;
- Knowing that the client's ongoing response to the drug is predictable, typical, and well-established;
- Determining that the client's condition has not destabilized or deteriorated and that the established drug regimen remains appropriate for the client;
- Writing the prescription as previously prescribed by the physician without changes to dose, route, frequency;
- Consulting with a physician to discuss any question or concern regarding continued use of the drug as originally prescribed.

Acarbose - for renewal only

Acetic acid/benzethonium chloride/hydrocortisone compound

Acyclovir (oral)

Acyclovir (topical preparation)

Alendronate sodium - for renewal only

Amantadine hydrochloride

Amlodipine besylate - for renewal only

Amoxicillin

Amoxicillin and clavulanate

Aqueous procaine penicillin G - for the purpose of treating sexually transmitted diseases

Atenolol - for renewal only

Azithromycin
Beclomethasone dipropionate (inhalation) - for renewal only
Benzathine penicillin G - for the purpose of treating sexually transmitted diseases
Benzoyl peroxide
Betamethasone sodium phosphate and gentamicin sulfate otic solution
Betamethasone valerate
Budesonide - for renewal only
Cefixime - for the purpose of treating sexually transmitted diseases
Cefprozil
Ceftriaxone sodium - for the purpose of treating sexually transmitted diseases
Cefuroxime axetil (oral)
Celecoxib - for renewal only
Cephalexin
Ciprofloxacin HC (otic)
Ciprofloxacin HCl
Clarithromycin (oral)
Clindamycin (oral)
Clindamycin (topical preparation)
Clindamycin phosphate (vaginal cream)
Cloxacillin (oral preparation)
Collagenase
Condylline
Conjugated Estrogens
Conjugated Estrogens and medroxyprogesterone acetate
Cyanocobalamin (Vitamin B12)
Desogesterol and ethinyl estradiol
Dextrose 50 per cent (injectable preparation) - in an emergency
Diazepam (injectable preparation) - in an emergency
Diclofenac sodium and misoprostol
Dienestrol
Diltiazem - for renewal only
Diphenhydramine hydrochloride (injectable preparation) - in an emergency
Doxycycline hyclate
Doxylamine succinate and pyridoxine hydrochloride
Econazole
Enalapril maleate - for renewal only
Epinephrine
Epinephrine hydrochloride (injectable preparation) - in an emergency
Erythromycin and benzoyl peroxide
Erythromycin and tretinoin
Erythromycin base
Erythromycin estolate
Erythromycin ethylsuccinate
Erythromycin ethylsuccinate/sulfisoxazole acetyl
Erythromycin stearate
Erythromycin with ethyl alcohol lotion
Estradiol-17 beta (micronized)
Estradiol-17 beta (Silastic ring)
Estradiol-17 beta (transdermal)
Estradiol-17 beta hemihydrate
Estradiol-17 beta norethindrone acetate
Estrone (cone or cream)
Estropipate (piperazine estrone sulfate)
Ethinyl estradiol and cyproterone acetate
Ethinyl estradiol and ethynodiol diacetate
Ethinyl estradiol and levonorgestrel
Ethinyl estradiol and norethindrone
Ethinyl estradiol and norethindrone acetate
Ethinyl estradiol and norgestimate
Ethinyl estradiol and norgestrel
Etidronate disodium/ calcium carbonate - for renewal only
Famciclovir
Fluconazole (oral) - for renewal only
Flumethasone pivalate/clioquinol compound
Flunisolide
Fluocinolone acetonide
Fluticasone propionate (inhalation) - for renewal only
Fluticasone propionate (nasal)
Folic acid
Formoterol fumarate dihydrate -for renewal only
Framycetin sulphate
Framycetin sulphate/gramicidin/dexamethasone compound otic solution
Furosemide - for renewal only
Fusidic acid (topical preparation)
Gentamicin sulphate (otic, ophthalmic and topical)
Gliclazide - for renewal only
Glyburide -for renewal only
Haloperidol - for chronic nausea in palliation
Hydrochlorothiazide - for renewal only
Hydrocortisone-17-valerate
Hydrocortisone (topical preparation)
Hydroxyzine hydrochloride (oral preparation)
Ibuprofen
Imiquimod
Ipratropium bromide - for renewal only
Ipratropium bromide/salbutamol sulfate - for renewal only
Ipratropium bromide (inhaler or nebulizer solution) - in an emergency
Ketoconazole (topical)
Ketoprofen
Levocabastine HCl
Levonorgestrel
Levonorgestrel releasing intrauterine system
Levothyroxine sodium - for renewal only
Lidocaine hydrochloride 1 per cent and 2 per cent, with or without epinephrine (local anaesthetic)
Lorazepam (injectable preparation and oral) - in an emergency (Oral route is new)
Mebendazole

Medroxyprogesterone acetate (injectable preparation and oral) (Oral route is new)
Mefenamic acid
Meloxicam - for renewal only
Mestranol and norethindrone
Metformin hydrochloride - for renewal only
Metronidazole (oral and topical preparations)
Minocycline hydrochloride
Misoprostol
Mometasone furoate monohydrate
Mupirocin
Naproxen
Nicotine patch
Nifedipine - for renewal only
Nitrofurantoin
Nitroglycerin SL or spray - in an emergency
Norethindrone
Norethindrone acetate/ethinyl estradiol
Nystatin (oral)
Oseltamavir phosphate
Penicillin V
Phenazopyridine HCl
Pivampicillin
Podophyllum resin
PPD-B (Mantoux)
Progesterone
Raloxifene HCL - for renewal only
Ramipril - for renewal only
Ranitidine HCL (oral)
Risedronate sodium hemi-pentahydrate - for renewal only
Rofecoxib - for renewal only
Salbutamol (inhaler or nebulizer solution) - in an emergency or for renewal (for renewal is new)
Salmeterol xinafoate -for renewal only
Salmeterol xinafoate/fluticasone propionate - for renewal only
Silver sulfadiazine
Sodium cromoglycate (ophthalmic and nasal preparations)
Sulfacetamide sodium
Terbinafine (topical preparation)
Terbutaline sulfate - for renewal only
Terconazole
Tetracycline hydrochloride (oral preparation)
Tretinoin (topical)
Triamcinolone acetonide
Trichloroacetic acid 50-80% , Bichloroacetic acid 50-80%
Trimethoprim
Trimethoprim and sulfamethoxazole (oral preparation)
Valacyclovir hydrachloride
Zanamivir

**Annexe 4 :
Le Québec**

1. Exemple de concordance entre les conditions de réalisation des actes délégués selon la réglementation des années 80 et les conditions de réalisation des actes passés dans le domaine réservé depuis la loi de 2002 au Québec

INFIRMIERES ET INFIRMIERS

Les concordances entre les actes visés par l'article 31 de la Loi médicale et les activités réservées dans le cadre de la Loi 90

ACTE DELEGUE EN VERTU DU REGLEMENT		CONDITIONS D'EXERCICE DES ACTES DELEGUES (REGLEMENT)	CONDITIONS D'EXERCICE DES ACTIVITES RESERVEES (LOI 90)	COMMENTAIRES
ANNEXE A	<i>Loi sur les infirmières et les infirmiers (L.R.Q., chapitre I-8)</i>			
A-1.01 Changer le tube de gastronomie	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Appliquer des techniques invasives (article 36 al. 2 par .8). ➤ Effectuer et ajuster les traitements médicaux selon une ordonnance (article 36 al. 2 par .6). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ordonnance médicale ➤ Selon le protocole 	➤ Ordonnance ¹	➤ La seule condition d'exercice exigée est l'ordonnance
A-1.02 Enlever les tubes à Cystostomie	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Appliquer des techniques invasives (article 36 al. 2 par .8). ➤ Effectuer et ajuster les traitements médicaux selon une ordonnance (article 36 al. 2 par .6). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ordonnance médicale ➤ Selon le protocole 	➤ Ordonnance	➤ La seule condition d'exercice exigée est l'ordonnance
A-1.02 Faire un lavage vésical avec ou sans médication	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Appliquer des techniques invasives (article 36 al. 2 par .8). ➤ Administrer ou ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font d'une ordonnance (article 36 al. 2 par .6). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ordonnance médicale 	➤ Ordonnance	➤ La seule condition d'exercice exigée est l'ordonnance

¹ La loi définit l'ordonnance comme suit : "... le terme "ordonnance" signifie une prescription donnée à un professionnel par un médecin, par un dentiste ou par un autre professionnel habilité par la loi, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à dispenser à une personne ou à un groupe de personnes, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles. L'ordonnance peut être individuelle ou collective." (Code des professions, article 39.3)

INFIRMIERES ET INFIRMIERS

Les concordances entre les actes visés par l'article 31 de la Loi médicale et les activités réservées dans le cadre de la Loi 90

ACTE DELEGUE EN VERTU DU REGLEMENT	ACTIVITE RESERVE EN VERTU DE LA LOI 90	CONDITIONS D'EXERCICE DES ACTES DELEGUES (REGLEMENT)	CONDITIONS D'EXERCICE DES ACTIVITES RESERVEES (LOI 90)	COMMENTAIRES
A-1.04 Injecter du sérum physiologique dans la trachée d'un trachétomisé pour fluidifier les sécrétions bronchiques	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance (article 36 al. 2 par. 11). ➤ Appliquer des techniques invasives (article 36 al. 2 par. 8). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Selon le protocole 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ordonnance 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La seule condition d'exercice exigée est l'ordonnance
A-1.05 Faire l'irrigation de l'oeil	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance (article 36 al. 2 par. 11). ➤ Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance (article 36, al. 2, par. 3). ➤ Effectuer et ajuster des traitements médicaux selon une ordonnance (article 36, al. 2, par. 6). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Selon le protocole 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ordonnance 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La seule condition d'exercice exigée est l'ordonnance
A-1.06 Administrer des vaccins ou sérums	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prodéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique (article 36, al. 2, par 12). ➤ Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font d'une ordonnance (article 36 al. 2 par .11). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pour les vaccins indiqués de a à aa, le protocole doit contenir les explications à fournir aux bénéficiaires concernant particulièrement les réactions possibles et la conduite à tenir advenant une réaction 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ En application de la Loi sur la santé publique ➤ Ordonnance 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cette activité peut se dérouler en application de la Loi sur la santé publique ou selon une ordonnance

INFIRMIERES ET INFIRMIERS

Les concordances entre les actes visés par l'article 31 de la Loi médicale et les activités réservées dans le cadre de la Loi 90

ACTE DELEGUE EN VERTU DU REGLEMENT	ACTIVITE RESERVE EN VERTU DE LA LOI 90	CONDITIONS D'EXERCICE DES ACTES DELEGUES (REGLEMENT)	CONDITIONS D'EXERCICE DES ACTIVITES RESERVEES (LOI 90)	COMMENTAIRES
A-1.11 Installer un tube gastrique	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Effectuer et ajuster des traitements médicaux selon une ordonnance (article 36, al. 2, par. 6). ➤ Appliquer des techniques invasives (article 36 al. 2 par. 8). ➤ Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance (article 36, al. 2, par. 3). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ordonnance médicale ➤ Surveillance à distance 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ordonnance 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La seule condition d'exercice exigée est l'ordonnance
A-1.12 Faire un E.C.G. durant ou immédiatement après l'effort	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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 (article 36 al. 2 par. 2). ➤ Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs selon une ordonnance (article 36 al. 2 par. 5). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ordonnance médicale ➤ Surveillance à distance ➤ Selon le protocole 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ordonnance 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ L'application des capteurs est maintenant dérèglementée. Seule la surveillance durant ou après un E.C.G. est réservé ➤ Il n'y a pas de condition d'exercice associée à la surveillance ➤ Une condition d'exercice est exigée pour faire ce test, soit l'ordonnance Surveillance à distance
A-1.13 Faire un lavage d'oreilles	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Appliquer des techniques invasives (article 36 al. 2 par. 8). ➤ Effectuer et ajuster des traitements médicaux selon une ordonnance (article 36, al. 2, par. 6). ➤ Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance (article 36, al. 2, par. 3). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Selon le protocole 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ordonnance 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La seule condition d'exercice exigée est l'ordonnance

2. Réglementation sur les actes médicaux pouvant être réalisés par des non médecins et notamment les infirmières praticiennes au Québec

© Editeur officiel du Québec, 2005

Partie 2 GAZETTE OFFICIELLE DU QUÉBEC, 9 novembre 2005, 137^e année, n° 45

6367

Règlements et autres actes

Gouvernement du Québec

Décret 996-2005, 26 octobre 2005

Loi médicale
(L.R.Q., c. M-9)

Code des professions
(L.R.Q., c. C-26)

Médecins

— Activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins

CONCERNANT le Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins

ATTENDU QUE, en vertu du paragraphe b du premier alinéa de l'article 19 de la Loi médicale (L.R.Q., c. M-9), le Bureau du Collège des médecins du Québec doit, par règlement, déterminer parmi les activités visées au deuxième alinéa de l'article 31 de cette loi celles qui, suivant certaines conditions prescrites, peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins ;

ATTENDU QUE, conformément à l'article 94.1 du Code des professions (L.R.Q., c. C-26), le Bureau d'un ordre professionnel peut, dans un règlement qu'il est habilité à prendre en vertu de ce code ou de la loi constituant l'ordre professionnel, rendre obligatoire une norme élaborée par un gouvernement ou par un organisme et prévoir que le renvoi qu'il fait à une telle norme comprend toute modification ultérieure qui y est apportée ;

ATTENDU QUE, aux termes de l'article 95 du Code des professions, sous réserve des articles 95.1 et 95.2 de ce code, tout règlement adopté par le Bureau d'un ordre professionnel en vertu du code ou d'une loi constituant un ordre professionnel est transmis à l'Office des professions du Québec pour examen et soumis, avec la recommandation de l'Office, au gouvernement qui peut l'approuver avec ou sans modification ;

ATTENDU QUE conformément à cette disposition, le gouvernement a approuvé, par le décret numéro 769-2004 du 10 août 2004, le Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins ;

ATTENDU QUE, l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (L.R.Q., c. I-8) édicte que l'infirmière et l'infirmier peuvent, lorsqu'ils y sont habilités par règlements pris en application du paragraphe f de l'article 14 de cette loi et du paragraphe b du premier alinéa de l'article 19 de la Loi médicale, exercer une ou plusieurs des activités suivantes, visées au deuxième alinéa de l'article 31 de la Loi médicale :

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

ATTENDU QU'il y a lieu de remplacer le Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins pour permettre à l'infirmière et à l'infirmier d'exercer des activités visées au deuxième alinéa de l'article 31 de la Loi médicale ;

ATTENDU QUE, conformément au deuxième alinéa de l'article 19 de la Loi médicale, l'Office des professions du Québec et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec ont été consultés préalablement à l'adoption du Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins ;

ATTENDU QUE le Bureau du Collège a adopté le Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins ;

ATTENDU QUE, conformément aux articles 10 et 11 de la Loi sur les règlements (L.R.Q., c. R-18.1), ce règlement a été publié, à titre de projet, à la Partie 2 de la Gazette officielle du Québec du 25 mai 2005, avec avis qu'il pourrait être soumis au gouvernement pour approbation à l'expiration d'un délai de 45 jours à compter de cette publication ;

ATTENDU QUE, conformément à l'article 95 du Code des professions, l'Office a examiné le règlement et a formulé sa recommandation ;

ATTENDU QU'il y a lieu d'approuver le règlement avec modifications ;

IL EST ORDONNÉ, en conséquence, sur la recommandation du ministre responsable de l'application des lois professionnelles : QUE le Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins, dont le texte est joint au présent décret, soit approuvé.

Le greffier du Conseil exécutif,
ANDRÉ DICAIRE

Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins

Loi médicale
(L.R.Q., c. M-9, a. 19, 1^{er} al., par. b)

Code des professions
(L.R.Q., c. C-26, a. 94.1)

1. Le présent règlement a pour objet de déterminer, parmi les activités professionnelles que peuvent exercer les médecins celles qui, suivant les conditions et modalités qui y sont prescrites, peuvent l'être par l'infirmière première assistante en chirurgie, par l'infirmière praticienne spécialisée visée au Règlement sur les classes de spécialités de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour l'exercice des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et infirmiers approuvé par le décret-numéro 997-2005 du 26 octobre 2005 ou une autre personne.

Le terme « infirmière », partout où il se trouve dans le présent règlement, désigne l'infirmière ou l'infirmier.

SECTION I **INFIRMIÈRE PREMIÈRE ASSISTANTE EN CHIRURGIE**

2. Pour être autorisée à exercer l'activité professionnelle décrite à l'article 3, l'infirmière première assistante en chirurgie doit avoir un minimum de trois ans d'expérience dans un bloc opératoire, dont au moins un an dans la discipline chirurgicale concernée.

Elle doit aussi être titulaire :

1° d'un baccalauréat en sciences infirmières délivré par une université du Québec ou elle a complété au moins 60 crédits en sciences infirmières dans le cadre d'un programme d'études universitaires autres que le programme conduisant au certificat mentionné au paragraphe 2° ;

2° d'un certificat en soins infirmiers péri opératoires délivré par l'Université du Québec à Trois-Rivières ;

3° depuis moins de deux ans d'une attestation de formation réussie en réanimation cardiorespiratoire délivrée par un maître instructeur reconnu par la Fondation des maladies du cœur du Québec, selon les normes du Guide des soins d'urgence cardiovasculaire à l'intention des dispensateurs de soins, de la Fondation des maladies du cœur du Canada.

3. L'infirmière première assistante en chirurgie peut, dans le cadre d'une assistance clinique et technique au chirurgien et selon une ordonnance médicale, exécuter les gestes cliniques et techniques chirurgicaux complémentaires lors d'une intervention chirurgicale aux conditions suivantes :

1° elle exerce cette activité en présence du chirurgien responsable de l'intervention chirurgicale ;

2° elle l'exerce dans un centre hospitalier visé à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) ou à la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (L.R.Q., c. S-5).

Pour l'exercice de cette activité, elle doit maintenir à jour ses connaissances en réanimation cardiorespiratoire par l'obtention d'une attestation biennale délivrée conformément au paragraphe 3° du deuxième alinéa de l'article 2.

Elle ne peut exercer en aucun temps simultanément comme infirmière en service interne.

4. L'infirmière peut exercer l'activité décrite à l'article 3, si elle respecte les conditions qui y sont prévues et si, au 28 décembre 2000 :

1° elle était, soit titulaire d'un certificat en soins infirmiers péri opératoires délivré par l'Université du Québec à Trois-Rivières, soit inscrite dans un programme d'études conduisant à la délivrance de ce certificat et qu'elle est devenue titulaire du certificat ;

2° elle est titulaire depuis moins de deux ans d'une attestation de formation réussie en réanimation cardiorespiratoire délivrée conformément au paragraphe 3° du deuxième alinéa de l'article 2.

SECTION II INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE

§1. Activités autorisées

5. L'infirmière, titulaire d'un certificat de spécialiste dans l'une des classes de spécialités prévues au Règlement sur les classes de spécialités de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour l'exercice des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et infirmiers, peut exercer, aux conditions et modalités prescrites à la sous-section 2, les activités médicales suivantes :

1° prescrire des examens diagnostiques ;

2° utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice ;

3° prescrire des médicaments et d'autres substances ;

4° prescrire des traitements médicaux ;

5° utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice.

2. Conditions et modalités d'autorisation

6. L'infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie est autorisée à exercer une activité prévue à l'article 5, en néonatalogie, aux conditions et modalités suivantes :

1° elle exerce cette activité auprès d'un nouveau-né, prématuré ou à terme, présentant une pathologie nécessitant une admission aux soins intensifs ou aux soins intermédiaires néonataux, durant son séjour dans un centre hospitalier au sens de Loi sur les services de santé et les services sociaux où sont dispensés des soins tertiaires en néonatalogie ;

2° cette activité doit faire l'objet d'une règle de soins médicaux ou d'une règle d'utilisation des médicaments en vigueur dans ce centre hospitalier, sauf s'il s'agit de prescrire un médicament visé à l'annexe II ou III du Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments, approuvé par le décret numéro 712-98 du 27 mai 1998, et s'exercer conformément aux dispositions du Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin, approuvé par l'Office des professions du Québec le 23 février 2005 et publié à la *Gazette officielle du Québec* le 9 mars 2005, en y faisant les adaptations nécessaires ;

3° cette infirmière doit maintenir à jour ses connaissances en réanimation néonatale par l'obtention d'une attestation biennale en réanimation néonatale de niveau instructeur délivrée par un maître instructeur reconnu par la Fondation des maladies du cœur du Québec, selon les normes du Guide des soins d'urgence cardiovasculaire à l'intention des dispensateurs de soins de la Fondation des maladies du cœur du Canada, telles qu'elles se lisent au moment où elles s'appliquent.

7. L'infirmière praticienne spécialisée en néphrologie est autorisée à exercer une activité prévue au paragraphe 1°, 3° ou 4° de l'article 5, en néphrologie, aux conditions et modalités suivantes :

1° elle exerce cette activité auprès d'un patient souffrant d'insuffisance rénale et nécessitant des soins et services en pré-dialyse, en hémodialyse, en dialyse péritonéale et en greffe rénale, dans un centre hospitalier au sens de Loi sur les services de santé et les services sociaux où sont offerts des soins en dialyse avec le concours d'un service de néphrologie ;

2° cette activité doit faire l'objet d'une règle de soins médicaux ou d'une règle d'utilisation des médicaments en vigueur dans ce centre hospitalier, sauf s'il s'agit de prescrire un médicament visé à l'annexe II ou III du Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments, et s'exercer conformément aux dispositions du Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin, en y faisant les adaptations nécessaires.

8. L'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie est autorisée à exercer une activité prévue à l'article 5, en cardiologie, aux conditions et modalités suivantes :

1° elle exerce cette activité auprès d'une clientèle adulte hospitalisée ou ambulatoire, nécessitant des soins et services pour de l'insuffisance cardiaque, en prévention secondaire, en post-chirurgie incluant la transplantation cardiaque, en clinique de la cardiopathie congénitale, en hémodynamie et en électrophysiologie, dans un centre hospitalier au sens de Loi sur les services de santé et les services sociaux où sont dispensés des soins et services de cardiologie par au moins trois cardiologues, excluant les cardiologues itinérants ;

2° cette activité doit faire l'objet d'une règle de soins médicaux ou d'une règle d'utilisation des médicaments en vigueur dans ce centre hospitalier, sauf s'il s'agit de prescrire un médicament visé à l'annexe II ou III du Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments, et s'exercer conformément aux dispositions du Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin, en y faisant les adaptations nécessaires ;

3° cette infirmière doit maintenir à jour ses connaissances en réanimation cardiovasculaire par l'obtention d'une attestation biennale en soins avancés en réanimation cardiovasculaire délivrée par un maître instructeur reconnu par la Fondation des maladies du cœur du Québec, selon les normes du Guide des soins d'urgence cardiovasculaire à l'intention des dispensateurs de soins, de la Fondation des maladies du cœur du Canada, telles qu'elles se lisent au moment où elles s'appliquent.

§3. *Autres personnes autorisées*

9. La candidate infirmière praticienne spécialisée visée au Règlement sur les classes de spécialités de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour l'exercice de certaines activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers peut exercer une activité prévue à l'article 5.

Outre les conditions et les modalités prévues à la sous-section 2, une candidate infirmière praticienne spécialisée exerce cette activité aux conditions et modalités suivantes :

1° elle s'exerce dans le milieu de stage indiqué sur sa carte de stage délivrée en application du Règlement sur les classes de spécialités de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour l'exercice des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers, sous la supervision d'un médecin spécialiste avec la collaboration d'une infirmière praticienne spécialisée ou, à défaut de celle-ci, d'une infirmière possédant une expérience clinique pertinente d'au moins trois ans ;

2° elle s'exerce dans la mesure où elle est requise aux fins de compléter le programme dans lequel elle est inscrite et, lorsque celui-ci est complété, pendant la période de son admissibilité à l'examen de spécialité prévu à la section III de ce règlement.

10. Une infirmière ou une personne habilitée par une autorisation spéciale donnée en vertu de l'article 33 du Code des professions (L.R.Q., c. C-26) à exercer la profession d'infirmière au Québec, peut exercer une activité prévue à l'article 5 si elle est inscrite dans un programme de formation universitaire hors Québec qui mène à l'obtention d'un diplôme d'infirmière praticienne spécialisée.

Outre les conditions et les modalités prévus à la sous-section 2, une personne visée au premier alinéa exerce cette activité aux conditions et modalités suivantes :

1° elle s'exerce dans un milieu de stage figurant sur la liste dressée par le sous-comité d'examen des programmes, en application du Règlement sur les comités de la formation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec édicté par le décret numéro 1000-2005 du 26 octobre 2005, et indiqué dans l'autorisation spéciale visée au premier alinéa, le cas échéant, sous la supervision d'un médecin spécialiste avec la collaboration d'une infirmière praticienne spécialisée ou, à défaut de celle-ci, d'une infirmière possédant une expérience clinique pertinente d'au moins trois ans ;

2° elle s'exerce dans la mesure où elle est requise aux fins de compléter le programme dans lequel elle est inscrite.

11. Le présent règlement remplace le Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins, approuvé par le décret numéro 769-2004 du 10 août 2004.

12. Le présent règlement entre en vigueur le quinzième jour qui suit la date de sa publication à la *Gazette officielle du Québec*.

45229

Gouvernement du Québec

Décret 997-2005, 26 octobre 2005

Code des professions
(L.R.Q., c. C-26)

Loi sur les infirmières et les infirmiers
(L.R.Q., c. I-8)

Infirmières et infirmiers — Classes de spécialités pour l'exercice des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers

CONCERNANT le Règlement sur les classes de spécialités de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour l'exercice des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers

Annexe 5 : L'Italie

1. Le mansonario : ancienne description des actes infirmiers

Decreto ministeriale 14 settembre 1994, n.739
Gazzetta Ufficiale 9 gennaio 1995, n. 6

Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere

Il ministro della Sanità'

- **Visto** l'articolo 6, comma 3, del Dlgs 30 dicembre 1992, n. 502, recante: «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421», nel testo modificato dal Dlgs 7 dicembre 1993, n.517 ;
- **Ritenuto** che, in ottemperanza alle precitate disposizioni, spetta al ministro della Sanità di individuare con proprio decreto le figure professionali da formare ed i relativi profili, relativamente alle aree del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione;
- **Ritenuto** di individuare con sigoli provvedimenti le figure professionali;
- **Ritenuto** di individuare la figura dell'infermiere;
- **Ritenuto** di prevedere e disciplinare la formazione complementare;
- **Visto** il parere del Consiglio superiore di sanità, espresso nella seduta del 22 aprile 1994;
- **Ritenuto** che, in considerazione della priorità attribuita dal piano sanitario nazionale alla tutela della salute degli anziani, sia opportuno prevedere espressamente la figura dell'infermiere geriatrico addetto all'area geriatrica anziché quella dell'infermiere addetto al controllo delle infezioni ospedaliere, la cui casistica assume minor rilievo;
- **Udito** il parere del Consiglio di Stato espresso nell'adunanza generale del 4 luglio 1994;
- **Vista** la nota, in data 13 settembre 1994, con cui lo schema di regolamento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1998, n. 400, al presidente del Consiglio dei ministri;

Adotta il seguente regolamento:

Articolo 1

1 - E'individuata la figura professionale dell'ingermiere con il seguente profilo:
l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.

2 - L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.

3 - L'infermiere:

- a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
- c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;
- d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
- f) per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;
- g) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale.

4 - L'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.

5 - La formazione infermieristica post-base per la pratica specialistica è intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche nelle seguenti aree:

- a) sanità pubblica: infermiere di sanità pubblica;
- b) pediatria: infermiere pediatrico;
- c) salute mentale-psichiatria: infermiere psichiatro;
- d) geriatria: infermiere geriatrico;
- e) area critica: infermiere di area critica.

6 - In relazione a motivate esigenze emergenti dal Servizio sanitario nazionale, potranno essere individuate, con decreto del ministero della Sanità, ulteriori aree richiedenti una formazione complementare specifica.

7 - Il percorso formativo viene definito con decreto del ministero della Sanità e si conclude con il rilascio di un attestato di formazione specialistica che costituisce titolo preferenziale per l'esercizio delle funzioni specifiche nelle diverse aree, dopo il superamento di apposite prove valutative. La natura preferenziale del titolo è strettamente legata alla sussistenza di obiettive necessità del servizio e recede in presenza di mutate condizioni di fatto.

Articolo 2

1 - Il diploma universitario di infermiere, conseguito ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del Dlgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, abilita all'esercizio della professione, previa iscrizione al relativo Albo professionale.

Articolo 3

1 - Con decreto del ministro della Sanità di concerto con il ministro dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica sono individuati i diplomi e gli attestati, conseguiti in base al precedente ordinamento, che sono equipollenti al diploma universitario di cui all'articolo 2 ai fini dell'esercizio della relativa attività professionale e dell'accesso ai pubblici uffici.

D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225 (1).

Modifiche al R.D. 2 maggio 1940, numero 1310 (2), sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici (3).

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'art. 87 della Costituzione; Visti gli articoli 99, 137 e 140 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265; Vista la legge 19 luglio 1940, n. 1008; Visto l'art. 1 della legge 27 febbraio 1971, numero 124; Visto l'art. 6 del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1972, n. 4; Sentito il Consiglio superiore di sanità; Udito il parere del Consiglio di Stato; Sentito il Consiglio dei Ministri; Riconosciuta l'opportunità di aggiornare l'elenco delle mansioni di rispettiva competenza degli infermieri professionali e degli infermieri generici di cui al regio decreto 2 maggio 1940, numero 1310; Riconosciuta l'opportunità di aggiungere a tale mansionario anche indicazioni relative alle competenze degli infermieri professionali specializzati in anestesia e rianimazione, delle vigilatrici di infanzia e degli assistenti sanitari; Sulla proposta del Ministro per la sanità di concerto con quello per la pubblica istruzione;

Decreta:

E' approvato l'unito regolamento riguardante le mansioni dell'infermiere professionale, della vigilatrice d'infanzia, dell'infermiere professionale specializzato, dell'assistente sanitario e dell'infermiere generico.

TITOLO I Mansioni dell'infermiere professionale

1. Le attribuzioni di carattere organizzativo ed amministrativo degli infermieri professionali sono le seguenti:

- a. programmazione di propri piani di lavoro e di quelli del personale alle proprie dipendenze, loro presentazione ai superiori e successiva attuazione;
- b. annotazione sulle schede cliniche degli abituali rilievi di competenza (temperatura, polso, respiro, pressione, secreti, escreti) e conservazione di tutta la documentazione clinica sino al momento della consegna agli archivi centrali; registrazione su apposito diario delle prescrizioni mediche, delle consegne e delle osservazioni eseguite durante il servizio;
- c. richiesta ordinaria e urgente di interventi medici e di altro personale a seconda delle esigenze sanitarie, sociali e spirituali degli assistiti;
- d. compilazione dei dati sul movimento degli assistiti e collaborazione alla raccolta ed elaborazione di dati statistici relativi al servizio;
- e. tenuta e compilazione dei registri e dei moduli di uso corrente;
- f. registrazione del carico e scarico dei medicinali, dei disinfettanti, dei veleni e degli stupefacenti; loro custodia e sorveglianza sulla distruzione. Custodia delle apparecchiature e delle dotazioni di reparto;
- g. controllo della pulizia, ventilazione, illuminazione e riscaldamento di tutti i locali del reparto;
- h. sorveglianza sulle attività dei malati affinché le stesse si attuino secondo le norme di convivenza prescritte dai regolamenti interni.

Gli infermieri professionali sono inoltre tenuti:

- a. a partecipare alle riunioni periodiche di gruppo ed alle ricerche sulle tecniche e sui tempi dell'assistenza;
- b. a promuovere tutte le iniziative di competenza per soddisfare le esigenze psicologiche del malato e per mantenere un clima di buone relazioni umane con i pazienti e con le loro famiglie;
- c. ad eseguire ogni altro compito inerente alle loro funzioni.

2. Le attribuzioni assistenziali dirette ed indirette degli infermieri professionali sono le seguenti;

1. assistenza completa dell'infermo;
2. somministrazione dei medicinali prescritti ed esecuzione dei trattamenti speciali curativi ordinati dal medico;
3. sorveglianza e somministrazione delle diete;
4. assistenza al medico nelle varie attività di reparto e di sala operatoria;
5. rilevamento delle condizioni generali del paziente, del polso, della temperatura, della pressione arteriosa e della frequenza respiratoria;
6. effettuazione degli esami di laboratorio più semplici;
7. raccolta, conservazione ed invio in laboratorio del materiale per le ricerche diagnostiche;
8. disinfezione e sterilizzazione del materiale per l'assistenza diretta al malato;
9. opera di educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari;
10. opera di orientamento e di istruzione nei confronti del personale generico, degli allievi e del personale esecutivo;
11. interventi d'urgenza (respirazione artificiale, ossigenoterapia, massaggio cardiaco esterno, manovre emostatiche) seguiti da immediata richiesta di intervento medico;
12. somministrazione dei medicinali prescritti ed esecuzione dei seguenti trattamenti diagnostici e curativi ordinati dal medico:
 - a. prelievo capillare e venoso del sangue;
 - b. iniezioni ipodermiche, intramuscolari e tests allergeo-diagnostici;
 - c. ipodermoclisi;
 - d. vaccinazioni per via orale, per via intramuscolare e percutanee;
 - e. rettoclisi;
 - f. frizioni, impacchi, massaggi, ginnastica medica;
 - g. applicazioni elettriche più semplici, esecuzione di E.C.G., E.E.G. e similari;
 - h. medicazioni e bendaggi;
 - i. clisteri evacuanti, medicamentosi e nutritivi;
 - j. lavande vaginali;
 - k. cateterismo nella donna;
 - l. cateterismo nell'uomo con cateteri molli;
 - m. sondaggio gastrico e duodenale a scopo diagnostico;
 - n. lavanda gastrica;
 - o. bagni terapeutici e medicati;
 - p. prelevamento di secrezioni ed escrezioni a scopo diagnostico; prelevamento dei tamponi.

Le prestazioni di cui ai punti d), g), n), o), p), debbono essere eseguite su prescrizione e sotto controllo medico. E' consentita agli infermieri professionali la pratica delle iniezioni endovenose. Tale attività potrà essere svolta dagli infermieri professionali soltanto nell'ambito di organizzazioni ospedaliere o cliniche universitarie e sotto indicazione specifica del medico responsabile del reparto.

TITOLO II Mansioni della vigilatrice d'infanzia

3. La vigilatrice d'infanzia oltre alle mansioni previste per gli infermieri professionali, limitatamente all'infanzia, è autorizzata a procedere alla somministrazione con sonda gastrica degli alimenti ai neonati; ed ha la responsabilità della preparazione, conservazione e somministrazione degli alimenti per i neonati, per i minori ad essa affidati, il tutto su prescrizione medica.

TITOLO III Mansioni dell'infermiere professionale specializzato

4. L'infermiere professionale specializzato in anestesia o rianimazione o in terapia intensiva, oltre alle mansioni indicate per gli infermieri professionali, ha le seguenti attribuzioni assistenziali dirette o indirette dell'infermo, nell'ambito dell'ospedale: assistenza al medico specialista nelle varie attività di reparto (visite pre-operatorie, consulenze), di sala operatoria presso centri di rianimazione; raccolta, conservazione ed archiviazione delle schede di anestesia e delle cartelle di rianimazione; somministrazione della medicazione preanesthetica prescritta dallo specialista; preparazione delle apparecchiature e del materiale necessario per l'anestesia generale; pulizia, disinfezione e sterilizzazione delle apparecchiature e del materiale occorrente per l'anestesia; assistenza allo specialista nel corso dell'anestesia limitatamente alla sola sorveglianza ed al trattamento di supporto del paziente (richieste di sangue, sostituzioni di fleboclisi, approvvigionamento di sostanze farmacologiche varie, controllo del polso e della pressione, compilazione della scheda di anestesia); sorveglianza del polso, della pressione e del respiro nell'immediato periodo post-operatorio, nella sala di risveglio, ed esecuzione di pratiche terapeutiche inerenti alla sua qualifica (iniezioni intramuscolari, rinnovo di fleboclisi, ossigenoterapia con maschera e tenda e su ordine e sotto controllo dello specialista); controllo, in reparto, della esecuzione di tutte le prescrizioni della cartella di anestesia; sorveglianza della regolarità del funzionamento degli apparecchi di respirazione automatica, di monitoraggio, di emodialisi, dei materassi ipotermici ecc., per richiedere al primo segno di anormale funzionamento l'immediato intervento medico; alimentazione attraverso il sondino.

TITOLO IV Mansioni dell'assistente sanitario

5. L'assistente sanitario è un professionista che opera nel campo della medicina pubblica. Esso collabora: a fare acquisire alla popolazione il valore fondamentale della salute; ad aiutare le persone a risolvere i loro problemi sanitari; alla organizzazione ed al funzionamento dei servizi sanitario-sociali che lo Stato offre ai cittadini. Il suo lavoro si svolge all'interno ed all'esterno dei servizi. Le tecniche e gli strumenti operativi dell'assistente sanitario sono: il colloquio; la visita domiciliare; le inchieste; l'educazione sanitaria individuale e di gruppo. Le sue mansioni nei diversi servizi sono le seguenti:

- a. accogliimento dei pazienti nei diversi servizi, raccolta dell'anamnesi familiare e personale remota e prossima e di ogni altro dato utile per l'orientamento della diagnosi e per l'impostazione del caso assistenziale;
- b. raccolta ed invio di materiale ai relativi laboratori per esami diagnostici (secondo quanto previsto dal mansionario infermieristico);
- c. esecuzione di vaccinazioni prescritte dal medico per via orale e parenterale; controllo della chemioprolifassi; prove allergiche prescritte dal medico;
- d. esecuzione, in caso di necessità, di interventi e tecniche infermieristiche nell'ambito del servizio cui è addetto ed a domicilio;
- e. controllo di individui e gruppi per accertare l'igiene personale, le infestazioni parassitarie, le forme di irritazione cutanea, ecc.;
- f. assistenza al medico per visite di ammissione, di controllo e periodiche nelle scuole, nelle fabbriche e nelle aziende;
- g. ispezione e vigilanza presso le collettività, controlli dell'igiene dell'ambiente (case, scuole, fabbriche, ecc.) con particolare riguardo ai servizi igienici e alle cucine; controllo di disinfestazioni e disinfezioni di case e comunità;
- h. inchieste epidemiologiche e indagini sullo stato della nutrizione;
- i. preparazione e organizzazione per le indagini di massa, preparazione ed organizzazione di interventi di educazione sanitaria;
- j. controllo domiciliare dei dimessi dei vari istituti ospedalieri e di pazienti in cura presso centri di lotta contro le malattie sociali e dispensari;
- k. controllo della tenuta e distribuzione dei medicinali e vaccini nei dispensari, ambulatori e centri;
- l. raccolta, elaborazione ed esposizione dei dati statistici inerenti ai diversi servizi;
- m. compilazione, controllo e raccolta dei documenti sanitari;
- n. contatti e pratiche con uffici, enti, istituzioni varie;

- o. relazioni e corrispondenza relativi ai casi di assistenza;
- p. nell'ambito del servizio a cui è addetto l'assistente sanitario deve curare i rapporti con il pubblico, assicurare l'ordine degli ambienti, disciplinare il lavoro degli ausiliari.

TITOLO V Mansioni dell'infermiere generico

6. L'infermiere generico coadiuva l'infermiere professionale in tutte le sue attività e su prescrizione del medico provvede direttamente alle seguenti operazioni:

- a. assistenza completa al malato, particolarmente in ordine alle operazioni di pulizia e di alimentazione, di riassetto del letto e del comodino del paziente e della disinfezione dell'ambiente e di altri eventuali compiti compatibili con la qualifica a giudizio della direzione sanitaria;
- b. raccolta degli escreti;
- c. clisteri evacuanti, medicamentosi e nutritivi, rettoclisi;
- d. bagni terapeutici e medicati, frizioni;
- e. medicazioni semplici e bendaggi;
- f. pulizia, preparazione ed eventuale disinfezione del materiale sanitario;
- g. rilevamento ed annotazione della temperatura, del polso e del respiro;
- h. somministrazione dei medicinali prescritti;
- i. iniezioni ipodermiche ed intramuscolari;
- j. sorveglianza di fleboclisi;
- k. respirazione artificiale, massaggio cardiaco esterno; manovre emostatiche di emergenza.

Gli infermieri generici che operano presso istituzioni pubbliche e private sono inoltre tenuti:

- a. a partecipare alle riunioni periodiche di gruppo per finalità di aggiornamento professionale e di organizzazione del lavoro;
- b. a svolgere tutte le attività necessarie per soddisfare le esigenze psicologiche del malato e per mantenere un clima di buone relazioni umane con i pazienti e con le loro famiglie.

(1) Pubblicato nella Gazz. Uff. 18 giugno 1974, n. 157. (2) Riportato al n. D/III. (3) Si ritiene opportuno riportare anche la premessa del presente decreto.

Annexe 6 : Le Royaume-Uni

1. Liste des conditions pour la prescription indépendante

Items prescribable by nurses through the Nurse Prescribers'Extended Formulary

Independent nurse prescribers who have trained to prescribe from the Extended Formulary are able to prescribe those General Sales List and Pharmacy medicines currently prescribable by GPs at NHS expense plus a list of Prescription Only medicines which will enable them to manage a range of specified medical conditions -as listed below.

[Note:Nurses should not prescribe for medical conditions that are not included in this list - see also the Frequently Asked Questions section of this website and Part XVIIIB(ii) of the Drug Tariff]

Circulatory

- Haemorrhoids
- Phlebitis - superficial

Ear

- Furuncle
- Otitis externa
- otitis media
- Wax in ear

Endocrine

- Hypoglycaemia

Eye

- Blepharitis
- Conjunctivitis, allergic
- Conjunctivitis, infective
- Local anaesthetic for ophthalmic conditions

Gastro-intestinal conditions

- Contipation
- Gastro-enteritis
- Heartburn
- Infantile Colic
- Worms - threadworms

Immunisations

- Routine childhood and specific vaccinations

Musculoskeletal

- Back pain - acute, uncomplicated
- neck pain - acute, uncomplicated
- Soft tissue injury
- Sprains

Oral conditions

- Aphthous ulcer
- Candidiasis, oral
- Dental abscess
- Gingivitis
- Stomatitis

Respiratory

- Acute attacks of asthma
- Acute nasopharyngitis (coryza)
- Laryngitis
- Pharyngitis
- Rhinitis, allergic
- Sinusitis, acute
- Tonsillitis

Skin

- Abrasions
- Acne
- Animal and human bites
- Boil/carbuncle
- Burn/scald
- Candidiasis, skin
- Chronic skin ulcer
- Dermatitis, atopic
- Dermatitis, contact
- Dermatitis, seborrhoeic
- Dermatophytosis of the skin (ringworm)
- Herpes labialis
- Impetigo
- Insect bite/sting
- Lacerations
- Local anaesthetic for occasions when procedure requires it
- Local anaesthetic for suturing of lacerations
- Nappy rash
- Pediculosis (head lice)
- Pruritus in chicken pox
- Scabies
- Urticaria
- Warts (including verrucas)

Substance Dependence

- Smoking cessation

Urinary system

- Urinary tract infection (women) - lower, uncomplicated

Female genital system

- Bacterial vaginosis
- Candidiasis, vulvovaginal
- Contraception
- Dysmenorrhoea

Emergency Contraception
Laboratory confirmed uncomplicated genital chlamydia infection (and the sexual partners of these patients)
Menopausal vaginal atrophy
Preconceptual counselling
Trichomonas vaginalis infection (and the sexual partners of these patients)

Male genital system

Balanitis

Palliative Care

Anxiety
Bowel colic
Candidiasis, oral
Confusion
Constipation
Convulsions and restlessness
Cough
Dry mouth
Excessive respiratory secretions
Fungating malodorous tumours
Muscle spasm
Nausea and vomiting
Neuropathic pain in palliative care
Pain control

For the purpose of extended formulary nurse prescribing, this means the palliative care of patients with advanced, progressive illness

2. Liste des médicaments autorisés à la prescription par les infirmières

List of prescription only medicines for prescribing by extended formulary nurse prescribers oral antibiotics marked* - see separate list below for indications

Drug	Route of administration, use or pharmaceutical form
Aciclovir	External
Acrivastine	Oral
Adapalene	External
Alclometasone dipropionate	External
Alimemazine tartrate (trimeprazine tartrate)	Oral
Amitriptyline hydrochloride	Palliative care - oral
Amorolfine hydrochloride	External
Amoxicillin trihydrate*	Oral
Aspirin	Oral
Azelaic acid	External
Azelastine hydrochloride	Ophthalmic, nasal
Azithromycin dihydrate*	Oral
Baclofen	Palliative care - oral
Beclometasone dipropionate	External, nasal
Betamethasone sodium phosphate	Aural, nasal
Betamethasone valerate	External, rectal
Budesonide	Nasal
Carbamazepine	Palliative care - oral, rectal
Carbaryl	External
Carbenoxolone sodium	Mouthwash
Cetirizine hydrochloride	Oral
Chloramphenicol	Ophthalmic
Cimetidine	Oral
Cinchocaine hydrochloride	Rectal
¹ Clavulanic Acid	Oral
Clindamycin phosphate	External, vaginal
Clobetasone butyrate	External
Clotrimazole	External
Codeine phosphate	Oral
Conjugated oestrogens (equine)	External
Co-phenotrope	Oral
Cyclizine	Palliative care - parenteral
Dantrolene sodium	Palliative care - oral
Dantron	Oral
² Desogestrel	Oral
Desoximetasone	External
Dexamethasone	Aural
Dexamethasone isonicotinate	Nasal
Diazepam	Palliative care - oral, parenteral and rectal
Diclofenac diethylammonium	External
Diclofenac potassium	Oral
Diclofenac sodium	Oral, rectal
Dihydrocodeine tartrate	Oral
Domperidone	Palliative care - oral and rectal
Domperidone maleate	Palliative care -oral

Doxycycline*	Oral
Doxycycline hyclate*	Oral
Econazole nitrate	External, vaginal
Emedastine	Ophthalmic
Erythromycin*	External, oral
Erythromycin ethyl succinate*	Oral
Erythromycin stearate*	Oral
Estradiol	External
Estriol	External
² Ethinylestradiol	Oral
Etonogesterel	Implant
² Etynodiol diacetate	Oral
Famotidine	Oral
Felbinac	External
Fenticonazole nitrate	Vaginal
Fexofenadine hydrochloride	Oral
Flucloxacillin magnesium*	Oral
Flucloxacillin sodium*	Oral
Fluconazole	Oral
Fludrocortide (flurandrenolone)	External
Flumazenil	Parenteral
Flumetasone pivalate	Aural
Flunisolide	Nasal
Fluocinolone acetonide	External
Fluocinonide	External
Fluocortolone hexanoate	External, rectal
Fluocortolone pivalate	External, rectal
Flurbiprofen	Lozenges
Fluticasone propionate	External, nasal
Fusidic acid	External
Gabapentin	Palliative care -oral
Gentamicin sulphate	Aural
² Gestodene	Oral
Glucagon hydrochloride	Parenteral
Glucose	Parenteral
Hydrocortisone	External including rectal
Hydrocortisone acetate	External including rectal
Hydrocortisone butyrate	External
Hydrocortisone sodium succinate	Lozenges
Hyoscine butylbromide	Palliative care - parenteral
Hyoscine hydrobromide	Palliative care - oral, parenteral
Ibuprofen	External, oral
ibuprofen lysine	Oral
Imipramine hydrochloride	Palliative care - oral
Ipratropium bromide	Nasal
Isotretinoin	External
Ketoconazole	External
Ketoprofen	External

Levocabastine hydrochloride	Nasal and ophthalmic
Levomepromazine (methotrimeprazine maleate)	Palliative care - oral
Levomepromazine (methotrimeprazine) hydrochloride	Palliative care - parenteral
² Levonorgestrel	Oral
Lidocaine hydrochloride	External, parenteral
Lithium succinate	External
Lodoxamide trometamol	Ophthalmic
Loperamide hydrochloride	Oral
Loratadine	Oral
Lorazepam	Palliative care - oral, parenteral
Lymecycline*	Oral
Mebendazole	Oral
² Medroxyprogesterone acetate	Injection
² Mestranol	Oral
Metoclopramide hydrochloride	Palliative care - oral and parenteral
Metronidazole*	Oral, external, vaginal, rectal
Metronidazole benzoate*	Oral
Miconazole	Dental lacquer
Miconazole nitrate	External, vaginal
Midazolam	Palliative care -parenteral
Minocycline hydrochloride*	Oral
Mizolastine	Oral
Mometasone furoate	External, nasal
Nedocromil sodium	Ophthalmic
Nefopam hydrochloride	Oral
Neomycin sulphate	Aural
Neomycin undecenoate	Aural
Nitrofurantoin*	Oral
Nizatidine	Oral
² Norethisterone	Oral
² Norethisterone acetate	Oral
² Norethisterone enanthate	Parenteral
² Norgestimate	Oral
² Norgesterel	Oral
Nortriptyline hydrochloride	Palliative care -oral
Nystatin	External, local mouth treatment, vaginal
Oxytetracycline dihydrate*	Oral
Paracetamol	Oral
Penciclovir	External
Piroxicam	External
Prednisolone	Oral
Prednisolone hexanoate	Rectal
Prednisolone sodium phosphate	Aural, Oral
Ranitidine hydrochloride	Oral
Salbutamol sulphate	Inhalation

Silver sulphadiazine	External
Sodium cromoglicate	Ophthalmic
Sodium fusidate	External
Streptodornase	External
Streptokinase	External
Sulconazole nitrate	External
Terbinafine hydrochloride	External
Terbutaline sulphate	Inhalation
Tetracycline hydrochloride*	External, oral
Tretinoin	External
Triamcinolone acetonide	Aural, external, nasal, oral paste
Trimethoprim*	Oral
³ Tuberculin PPD	Injection
³ Vaccine, Adsorbed Diphtheria	Injection
³ Vaccine, Adsorbed Diphtheria and Tetanus	Injection
³ Vaccine, Adsorbed Diphtheria for Adults And Adolescents	Injection
³ Vaccine, Adsorbed Diphtheria, Tetanus and Pertussis	Injection
³ Vaccine, Adsorbed Diphtheria, Tetanus Toxoid and Pertussis (Acellular	Injection
³ Vaccine, BCG	Injection
³ Vaccine, BCG Percutaneous	Injection
³ Vaccine, Haemophilus Influenzae Type B (Hib)	Injection
³ Vaccine, Haemophilus Influenzae Type B (Hib) with Diphtheria, Tetanus and	Injection
³ Vaccine, Haemophilus Influenzae Type B (Hib) Diphtheria, Tetanus and Acellular Pertussis	Injection
⁴ Vaccine, Hepatitis A	Injection
⁴ Vaccine, Hepatitis A with Typhoid	Injection
⁴ Vaccine, Hepatitis A, Inactivated, with Recombinant (DNA) Hepatitis B	Injection
⁴ Vaccine, Hepatitis B	Injection
⁴ Vaccine, Influenza	Injection
³ Vaccine, Live Measles, Mumps and Rubella (MMR)	Injection
³ Vaccine, Meningococcal Group C Conjugate	Injection
^{3or4} Vaccine, Meningococcal Polysaccharide A and C	Injection
⁴ Vaccine, Pneumococcal	Injection
⁴ Vaccine, Poliomyelitis, Live (Oral)	Oral
³ Vaccine, Rubella, Live	Injection
⁴ Vaccine, Tetanus, Adsorbed	Injection
Vaccine, Typhoid, Live Attenuated (Oral)	Oral
⁴ Vaccine, Typhoid, Polysaccharide	Injection
Water for Injections	Parenteral

***Oral antibiotics and indications considered suitable for nurse prescribing**

<i>Drug</i>	<i>Indication</i>
⁵ Amoxicilin trihydrate	Lower urinary tract infection (women), animal and human bites
Azithromycin dihydrate	Laboratory-confirmed uncomplicated genital chlamydial infection, plus sexual partners of these patients
Doxycycline hyclate	Acne, animal and human bites, laboratory-confirmed uncomplicated genital chlamydial infection, plus sexual partners of these patients
Doxycycline monohydrate	Acne, animal and human bites, laboratory confirmed uncomplicated genital chlamydial infection, plus sexual partners of these patients
Erythromycin	Impetigo, animal and human bites, laboratory-confirmed uncomplicated genital chlamydial infection, plus sexual partners of these patients
Erythromycin ethyl succinate	Impetigo, animal and human bites, laboratory-confirmed uncomplicated genital chlamydial infection, plus sexual partners of these patients
Erythromycin stearate	Impetigo, animal and human bites, laboratory-confirmed uncomplicated genital chlamydial infection, plus sexual partners of these patients
Flucloxacillin magnesium	Impetigo
Flucloxacillin sodium	Impetigo
Lymecycline	Acne
Metronidazole	Animal and human bites; fungating malodorous tumours: bacterial vaginosis trichomonas vaginalis infestation plus sexual partners of these patients
Metronidazole benzoate	Animal and human bites
Minocycline hydrochloride	Acne
Nitrofurantoin	Lower urinary tract infection (women)
Oxytetracycline dihydrate	Acne, animal and human bites
Tetracycline hydrochloride	Acne
Trimethoprim	Lower urinary tract infection (women)

¹Present as potassium clavulanate in co-amoxiclav

²Nurse Prescribers in Family Planning Clinics - where it is not appropriate for nurse prescribers in family planning clinics to prescribe contraceptive drugs using form FP10(P) (forms EP10(CN) and FP10(PN) in Wales, they may prescribe using the same system as doctors in the clinic.

³Centrally supplied vaccine excluded from reimbursement via prescription route

⁴High Volume Personnaly Administered Vaccine. Claims for these vaccines should be ordered on form FP34D

⁵With Clavulanic acid (as co-amoxiclav) for animal and human bites

The products listed in the Nurse Prescribers' Extended Formulary (NPEF) can be used singly or in combination, if appropriate.

Extended Formulary nurse prescribers are required to prescribe only within their professional competence and in accordance with the advice in the NPEF and professional guidance; **and only for the medical conditions listed in the Formulary.**

On the advice of the Specialist Advisory Committee on Antimicrobial Resistance, the oral antibiotics in the Nurse Prescribers' Extended Formulary can only be prescribed for the specific conditions indicated in the Formulary.

Information about appropriate combinations of medicines for use in specific conditions should be sought from relevant clinical sources and guidelines.

Note : Nurses are recommended to prescribe generically, except where this would not be clinically appropriate or where there is no approved generic name - see the Nurse Prescribers' Formulary for District Nurses and Health Visitors, the Nurse Prescribers' Extended Formulary, the BNF and the Drug Tariff.

Nurse Prescriber's Formulary, BNF and Drug Tariff

The Nurse Prescribers' Formulary for District Nurses and Health Visitors and the Nurse Prescribers' Extended Formulary are set out in the Drug Tariff, the Nurse Prescribers' Formulary 2003-2005 and the British National Formulary. Copies of the Drug Tariff and either the Nurse Prescribers' Formulary or the British National Formulary are made available periodically to nurse prescribers. Copies of all of these publications are distributed through a central contact point in each PCT or NHS Trust. Nurse prescribers who do not have a copy should contact the nurse prescribing lead in their PCT or NHS Trust. The WDC contacts listed elsewhere on this website are responsible for co-ordinating requirements of PCTs and Trusts within the area covered by the WDC.

3. The NHS Knowledge and Skills Framework

1. How is the NHS KSF structured?

The NHS KSF is made up of 30 dimensions. The dimensions identify broad functions that are required by the NHS to enable it to provide a good quality service to the public.

6 of the dimensions are core which means that they are relevant to every post in the NHS. The **core dimensions** are :

- 1 Communication
- 2 Personal and people development
- 3 Health, safety and security
- 4 Service improvement
- 5 Quality
- 6 Equality and diversity.

The other 24 dimensions are specific - they apply to some but not all jobs in the NHS. The **specific dimensions** are grouped into themes as shown below.

Health and wellbeing

- HWB1 Promotion of health and wellbeing and prevention of adverse effects to health and wellbeing
- HWB2 Assessment and care planning to meet people's health and wellbeing needs
- HWB3 Protection of health and wellbeing
- HWB4 Enablement to address health and wellbeing needs
- HWB5 Provision of care to meet health and wellbeing needs
- HWB6 Assessment and treatment planning
- HWB7 Interventions and treatments
- HWB8 Biomedical investigation and intervention
- HWB9 Equipment and devices to meet health and wellbeing needs
- HWB10 Products to meet health and wellbeing needs

Estates and facilities

- EF1 Systems, vehicles and equipment
- EF2 Environments and buildings
- EF3 Transport and logistics

INTRODUCTION TO THE KNOWLEDGE AND SKILLS FRAMEWORK August 2004

Information and Knowledge

- IK1 Information processing
- IK2 Information collection and analysis
- IK3 Knowledge and information resources

General

- G1 Learning and development
- G2 Development and innovation
- G3 Procurement and commissioning
- G4 Financial management
- G5 Services and project management
- G6 People management
- G7 Capacity and capability
- G8 Public relations and marketing

No hierarchy is intended in the NHS KSF dimensions - the grouping and numbering are purely to aid easy recognition and referencing. No one dimension or level is better than another - all are necessary to provide good quality services to the public in the NHS.

Each dimension has 4 levels. **Each level has a title** which describes what the level is about. An overview of the dimensions and levels is given on the next pages and repeated in Appendix 1.

Attached to the descriptions of level are **indicators**. The indicators describe how knowledge and skills need to be applied at the level. The descriptions of level and the indicators form an integral package and a fixed component of the NHS KSF. This means that for an individual to meet a defined level they have to be able to show they can apply knowledge and skills to meet all of the indicators in that level.

Alongside each level title and indicators are some **examples of application**. These show how the NHS KSF might be applied in different posts and are purely for illustrative purposes. However, they play a critical part in relating the NHS KSF to actual jobs through the development of 'post outlines» (see below). The full NHS KSF is given in Appendix 2.

INTRODUCTION TO THE KNOWLEDGE AND SKILLS FRAMEWORK August 2004

OVERVIEW OF THE NHS KNOWLEDGE AND SKILLS FRAMEWORK

DIMENSIONS	LEVEL DESCRIPTORS			
CORE	1	2	3	4
1 Communication	Communicate with a limited range of people on day-to-day matters	Communicate with a range of people on a range of matters	Develop and maintain communication with people about difficult matters and/or in difficult situations	Develop and maintain communication with people on complex matters, issues and ideas and/or in complex situations
2 Personal and people development	Contribute to own personal development	Develop own skills and knowledge and provide information to others to help their development	Develop oneself and contribute to the development of others	Develop oneself and others in areas of practice
3 Health, safety and security	Assist in maintaining own and others' health, safety and security	Monitor and maintain health, safety and security of self and others	Promote, monitor and maintain best practice in health, safety and security	Maintain and develop an environment and culture that improves health, safety and security
4 Service improvement	Make changes in own practice and offer suggestions for improving services	Contribute to the improvement of services	Appraise, interpret and apply suggestions, recommendations and directives to improve services	Work in partnership with others to develop, take forward and evaluate direction, policies and strategies
5 Quality	Maintain the quality of own work	Maintain quality in own work and encourage others to do so	Contribute to improving quality	Develop a culture that improves quality
6 Equality and diversity	Act in ways that support equality and value diversity	Support equality and value diversity	Promote equality and value diversity	Develop a culture that promotes equality and values diversity

INTRODUCTION TO THE KNOWLEDGE AND SKILLS FRAMEWORK August 2004

DIMENSIONS	LEVEL DESCRIPTORS			
HEALTH AND WELLBEING	1	2	3	4
HWB1 Promotion of health and wellbeing and prevention of adverse effects on health and wellbeing	Contribute to promoting health and wellbeing and preventing adverse effects on health and wellbeing	Plan, develop and implement approaches to promote health and wellbeing and prevent adverse effects on health and wellbeing	Plan, develop and implement programmes to promote health and wellbeing and prevent adverse effects on health and wellbeing	Promote health and wellbeing and prevent adverse effects on health and wellbeing through contributing to the development, implementation and evaluation of related policies
HWB2 Assessment and care planning to meet health and wellbeing needs	Assist in the assessment of people's health and wellbeing needs	Contribute to assessing health and wellbeing needs and planning how to meet those needs	Assess health and wellbeing needs and develop monitor and review care plans to meet specific needs	Assess complex health and wellbeing needs and develop, monitor and review care plans to meet those needs
HWB3 Protection of health and wellbeing	Recognise and report situations where there might be a need for protection	Contribute to protecting people at risk	Implement aspects of a protection plan and review its effectiveness	Develop and lead on the implementation of an overall protection plan
HWB4 Enablement to address health and wellbeing needs	Help people meet daily health and wellbeing needs	Enable people to meet ongoing health and wellbeing needs	Enable people to address specific needs in relation to health and wellbeing	Empower people to realise and maintain their potential in relation to health and wellbeing
HWB5 Provision of care to meet health and wellbeing needs	Undertake care activities to meet individuals' health and wellbeing needs	Undertake care activities to meet the health and wellbeing needs of individuals with a greater degree of dependency	Plan, deliver and evaluate care to meet people's health and wellbeing needs	Plan, deliver, and evaluate care to address people's complex health and wellbeing needs

INTRODUCTION TO THE KNOWLEDGE AND SKILLS FRAMEWORK August 2004

DIMENSIONS	LEVEL DESCRIPTORS			
HEALTH AND WELLBEING	1	2	3	4
HWB6 Assessment and treatment planning	Undertake tasks related to the assessment of physiological and psychological functioning	Contribute to the assessment of physiological and psychological functioning	Assess physiological and psychological functioning and develop, monitor and review related treatment plans	Assess physiological and psychological functioning when there are complex and/or undifferentiated abnormalities, diseases and disorders and develop, monitor and review related treatment plans
HWB7 Interventions and treatments	Assist in providing interventions and/or treatments	Contribute to planning, delivering and monitoring interventions and/or treatments	Plan, deliver and evaluate interventions and/or treatments	Plan, deliver, and evaluate interventions and/or treatments when there are complex issues and/or serious illness
HWB8 Biomedical investigation and intervention	Undertake tasks to support biomedical investigations and/or interventions	Undertake and report on routine biomedical investigations and/or interventions	Plan, undertake, evaluate and report biomedical investigations and/or interventions	Plan, undertake, evaluate and report complex/unusual biomedical investigations and/or interventions
HWB9 Equipment and devices to meet health and wellbeing needs	Assist in the production and/or adaptation of equipment and devices	Produce and/or adapt equipment and devices to set requirements	Design, produce and adapt equipment and devices	Design, produce and adapt complex/unusual equipment and devices
HWB10 Products to meet health and wellbeing needs	Prepare simple products and ingredients	Prepare and supply routine products	Prepare and supply specialised products	Support, monitor and control the supply of products

INTRODUCTION TO THE KNOWLEDGE AND SKILLS FRAMEWORK August 2004

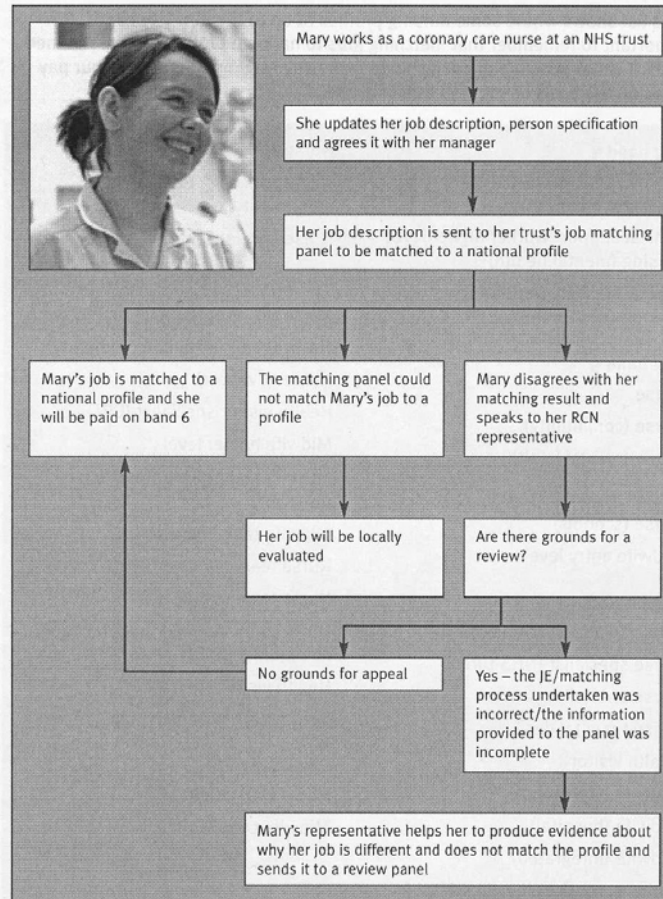
DIMENSIONS	LEVEL DESCRIPTORS			
ESTATES AND FACILITIES	1	2	3	4
EF1 Systems, vehicles and equipment	Carry out routine maintenance of simple equipment, vehicle and system components	Contribute to the monitoring and maintenance of systems, vehicles and equipment	Monitor, maintain and contribute to the development of systems, vehicles and equipment	Review, develop and improve systems, vehicles and equipment
EF2 Environments and buildings	Assist with the maintenance and monitoring of environments, buildings and/or items	monitor and maintain environments, buildings and/or items	Monitor, maintain and improve environments, buildings and/or items	Plan, design and develop environments, buildings and/or items
EF3 Transport and logistics	Transport people and/or items	Monitor and maintain the flow of people and/or items	Plan, monitor and control the flow of people and/or items	Plan, develop and evaluate the flow of people and/or items
INFORMATION AND KNOWLEDGE	1	2	3	4
IK1 Information processing	Input, store and provide data and information	Modify, structure, maintain and present data and information	Monitor the processing of data and information	Develop and modify data and information management models and processes
IK2 Information collection and analysis	Collect, collate and report routine and simple data and information	Gather, analyse and report a limited range of data and information	Gather, analyse, interpret and present extensive and/or complex data and information	Plan, develop and evaluate methods and processes for gathering, analysing, interpreting and presenting data and information
IK3 Knowledge and information resources	Access, appraise and apply knowledge and information	Maintain knowledge and information resources and help others to access and use them	Organise knowledge and information resources and provide information to meet needs	Develop the acquisition, organisation, provision and use of knowledge and information

INTRODUCTION TO THE KNOWLEDGE AND SKILLS FRAMEWORK August 2004

DIMENSIONS	LEVEL DESCRIPTORS			
	1	2	3	4
GENERAL				
G1 Learning and development	Assist with learning and development activities	Enable people to learn and develop	Plan, deliver and review interventions to enable people to learn and develop	Design, plan, implement and evaluate learning and development programmes
G2 Development and innovation	Appraise concepts, models, methods, practices, products and equipment developed by others	Contribute to developing, testing and reviewing new concepts, models, methods, practices, products and equipment	Test and review new concepts, models, methods, practices, products and equipment	Develop new and innovative concepts, models, methods, practices, products and equipment
G3 Procurement and commissioning	Monitor, order and check supplies of goods and/or services	Assist in commissioning, procuring and monitoring goods and/or services	Commission and procure products, equipment, services, systems and facilities	Develop, review and improve commissioning and procurement systems
G4 Financial management	Monitor expenditure	Coordinate and monitor the use of financial resources	Coordinate, monitor and review the use of financial resources	Plan, implement, monitor and review the acquisition allocation and management of financial resources
G5 Services and project management	Assist with the organisation of services and/or projects	Organise specific aspects of services and/or projects	Prioritise and manage the ongoing work of services and/or projects	Plan, coordinate and monitor the delivery of services and/or projects
G6 People management	Supervise people's work	Plan, allocate and supervise the work of a team	Coordinate and delegate work and review people's performance	Plan, develop, monitor and review the recruitment, deployment and management of people
G7 Capacity and capability	Sustain capacity and capability	Facilitate the development of capacity and capability	Contribute to developing and sustaining capacity and capability	Work in partnership with others to develop and sustain capacity and capability
G8 Public relations and marketing	Assist with public relations and marketing activities	Undertake public relations and marketing activities	Market and promote a service / organisation	Plan, develop, monitor and review public relations and marketing for a service / organisation

INTRODUCTION TO THE KNOWLEDGE AND SKILLS FRAMEWORK August 2004

Step by step guide to job evaluation



Job profiles

This list shows where some nursing profiles fit on to the new pay bands. It is important to remember that matching jobs to national profiles requires trained staff. It is not possible or advisable to make any assumptions about your pay band on the basis of your job title or grade.

Pay band 3	Nurse specialist (GP practice)
Clinical support worker higher level nursing (community)	Nurse specialist mental health (community)
Clinical support worker higher level nursing (mental health)	Nurse specialist (schools)
Clinical support worker higher level nursing (hospital)	Pay band 7
Pay band 5	Nurse team manager
Nurse	Nurse team manager (community)
Nurse (community)	Nurse advanced
Nurse (mental health)	Health visitor specialist (CPT)
Nurse (GP practice)	Midwife higher level
Nurse (schools)	Midwife higher level (research projects)
Midwife entry level	Midwife team manager
Pay band 6	Nurse team manager (NHS Direct)
Nurse specialist (community)	Nurse team manager (schools)
Nurse specialist (NHS Direct)	Nurse team manager (mental health, community)
Nurse specialist	Health visitor specialist
Nurse team leader	Health visitor team manager
Health visitor	Pay band 8
Midwife (community)	Nurse consultant
Midwife (hospital)	Midwife consultant
Midwife (integrated)	
Nurse specialist (special schools)	

Annexe 7 : L'Allemagne

1. Exemple de convention à l'échelon du Land entre les organismes assureurs et les organismes représentatifs des infirmières au domicile.

Cette convention qui concerne le Land de la Bavière au 16 février 2004 est passée entre sept organismes assureurs (AOK, AEV, BKK, IKK etc...) et cinq organisations d'infirmières intervenant au domicile. Les actes infirmiers sont décrits en trois groupes et chaque acte est valorisé en euro :

Le premier groupe, (Behandlungspflege) est constitué par les traitements infirmiers qui com-

prennent des actes techniques (injections, soins de stomie, pansements, soins de canule trachéale, etc...).

Le deuxième groupe, (Grundpflege) est constitué par les soins de nursing

Le troisième groupe (Hauswirtschaftliche Versorgung) est constitué par les aides quotidiennes (aide ménagère)

Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) vom 16.02.2004

zwischen

folgenden Krankenkassen:

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse –
Carl-Wery-Str.28
81739 München

AEV Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.
Landesvertretung Bayem: e.V.
Arnulfstr.201a
80634 München

BKK Landesverband Bayern
Züncher Str. 25
81476 München

Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle
Friedrichstr.19
80801 München

Funktioneller Landesverband der
Landwirtschaftlichen Krankenkassen
und PfJegekassen in Bayern
Neumarkter Str. 35
81673 München

IKK Bayem
Meglinger Str. 7
81477 München

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.
Landesvertretung Bayem
Arnulfstr. 201 a
80634 München

und folgenden Leistungserbringerverbanden

Berufsverband für freie PfJegekrafte e. V.
Bayem
Wittelsbacher Str. 10
94094 Rothalmünster
Bundesarbeitsgemeinschaft
Hauskrankenpflege
(B.A.H.), Landesverband Bayern
Cicerostr.37
10709 Berlin

Bundesverband Ambulante Dienste (bad)
Landesvertretung Bayem e.V. –
Austr.23
83607 Holzkirchen .

Deutscher Berufsverband für PfJegeberufe
(DBfK), Landesvertretung Bayem e.V.
Romanstr. 67
80639 München

Verband Deutscher Alten- und
Behindertenhilfe
(VDAB), Landesgruppe Bayem e.V.
Seitzstr. 17
80538 München

- einerseits -

- andererseits - ,

Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) vom 16.02.2004

Für Leistungen, die ab 01.03.2004 erbracht werden, gelten folgende Gebührensätze in Euro:

I. Behandlungspflege, Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung, Prophylaxen

A. Behandlungspflege:

		EURO- Beträge	RL-NR.
1. a)	Injektionen einschl. Einmalspritze (bis zu 2 Injektionen pro Besuch)	3,37 €	18
b)	drei und mehr pro Besuch durchgeführte Injektionen (einschl. Einmalmaterial)	4,93 €	18
c)	Richten von Injektionen zur Selbstapplikation je Besuch	1,66 €	19
2. a)	Pflege und Verbandswechsel des zentralen Venenkatheters	3,63 €	30
	Versorgung des suprapubischen Katheters	3,63 €	22
	Versorgung bei PEG	3,63 €	27
	Stomabehandlung (bei akut entzündl. Veränderungen mit Läsionen, der Haut, kein Beutelwechsel)	3,63 €	28
b)	Wundverband anlegen oder wechseln	4,00 €	31
	Dekubitusbehandlung (ab Grad II)	4,70 €	12
	(beide Positionen: Verbandswechsel einschließlich Wundreinigung, Spülung, versorgung mit Medikamenten; med. Bad s. Pos. Nr. 6 a)		
c)	Kompressionsstrümpfe anziehen ab Klasse II (beide Beine)	4,00 €	31
	Kompressionsstrümpfe ausziehen ab Klasse II (beide Beine)	4,00 €	31
	Kompressionsverband anlegen oder wechseln - nicht abwickeln - jeweils	4,00 €	31

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 16.02.2004**

		EURO- Beträge	RL-NR.
	Kompressionsverband bei ulcus cruris (einschl. Wundreinigung, Spülung, Versorgung mit Medikamenten; med. Bad s. Pos. Nr. 6 a)	5,70 €	31
	2 a) bis 2 c) je Besuch höchstens	10,90 €	

Bei Aids- und Krebspatienten werden aufgrund einer detaillierten ärztlichen Verordnung, welche die genaue Art, Anzahl und Lage der Leistungen enthalten muss, je Besuch mehr als zwei Leistungen von den Kostenträgern genehmigt: Entsprechende Verordnungen sind vor Beginn der Behandlung dem Kostenträger vorzulegen, der darüber - gegebenenfalls nach Einschaltung des MDK - zeitnah entscheidet

3.	Versorgung mit Trachealkanülen einschließlich PfJege und Verbandswechsel	4,67 €	29
4.	Katheterisierung einschl. Spülung; Einlegen eines Verweilkatheters einschl. Spülung; Legen oder Wechseln einer Magensonde je Leistun	5,70 €	23/25
5.	Einlauf/Klistier/Klyisma je Leistung Digitale Enddarmausräumung	3,32 € 4,67 €	14
6.	Sonstige pfJegeberische Leistungen:		
a)	Abgabe von Medikamenten je Darreichungsform, Blutdruckmessung, Flüssigkeitsbilanzierung, 15 je Leistung höchstens je Besuch	1,66 € 2,33 €	26/10/ 15
-	Abgabe von Medikamenten durch Einreibung je Besuch	2,08 €	26
-	Abgabe von Medikamenten durch med. Bad	3,63 €	26
-	Richten von Medikamenten im Wochendispenser (für diese Woche kann die Pos. 6 a für die vergabe von Medikamenten in Form von Tabletten, Dragees und - Kapseln nicht abgerechnet werden)	4,62 €	26
b)	Blutzuckermessung einschl. Teststreifen je Besuch	1,97 €	11

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 16.02.2004**

		EURO- Beträge	RL-NR.	
	c)	Auflegen von Kälteträgern je Besuch	2,47 €	21
	d)	Blasenspülung, Versorgung und Überprüfung von Drainagen, Instillation, Absaugen der oberen Luftwege (Mehrfachabsaugen pro Besuch bei Bedarfsverordnung möglich) je Leistung 6 d) je Besuch höchstens	3,12 € 12,45 €	9/13/ 6/20
	e)	Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes	Einzelfallregelung	8
	f)	Inhalation je Besuch	4,15 €	17
7.		Infusion (Wechsel Infusionsbehälter einschl. Zubehör) bei ärztlich gelegtem peripheren i.v.-Zugang oder ärztlich punktiertem Port-a-Cath, bei ärztlich verordnetem Verweilen bis Durchlauf der Infusion	2,08 €	16
			9,03 €	
8.		Anleitung bei der Behandlungspflege in der Häuslichkeit (vgl. Ziffer II)	Zu Position 1 bis 6 d) und f) sowie 7 je Leistung von 50 % abrechenbar.	7
9.		Spezielle Krankenbeobachtung durch Pflegefachkraft (alle während der Zeit erbrachten Leistungen sind enthalten und abgegolten) je Stunde höchstens	Einzelfallregelung	24

B Grundpflege

10.		Grundpflege, höchstens 2 x je Tag berechenbar (z. B. Ausscheidungen, Ernährung, Körperpflege, ggf. Einschl. Der allg. pflegerischen Prophylaxen Lagern und Mobilität)	19,72 €	2/3/4
-----	--	---	----------------	-------

**Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege
(§ 37 SGB V) vom 16.02.2004**

		EURO- Beträge	RL-NR.
11.	Grundpflege einschl. Hauswirtschaftl. Versorgung zus. Bis Std. Nimmt diese Leistungskombination Mehr als 1 Std. In Anspruch, sind die Positionen B 10 und C nebeneinander abrechenbar.	24,03 €	2/3/ 4/5
12.	Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit (vgl. Ziffer II)	Zu Position 10 und 11 je Leistung ein Zuschlag von 50 % abrechenbar.	1

C, Hauswirtschaftliche Versorgung

	Versorgung		5
	je angefangene Std.	7,57 €	
	höchstens 3 Std.	22,73 €	

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

ALLEMAGNE

Susanne Armbruster
Service de la contractualisation
KBV, Kassenärztliche Bundesvereinigung
(Union fédérale des médecins conventionnés)

Dr Otmar Kloiber
Secrétaire général
Bundesarztekammer (Conseil de l'ordre)

Michael Isfort
Stellvertretender Geschäftsführer
Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
Cologne

Hannes Munz
Service statistiques
KBV, Kassenärztliche Bundesvereinigung
(Union fédérale des médecins conventionnés)

Franz Wagner
Délégué officiel de l'Association d'infirmières
"Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe" à
Berlin. Membre du "Standing Committee of nurses of the EU".

CANADA

Ottawa

Owen Adams
Secrétaire général
Association Médicale Canadienne (Canadian
Medical Association)

Marcel Saulnier
Directeur, Recherche et Développement Stratégique
Association Médicale Canadienne

Nancy Milroy Swainson
Directrice
Division des soins de santé primaire et continus
Santé Canada

Marnee Manson
Manager
Unité des politiques de soins primaires
Santé Canada

Suzanne Larente
Analyste principale
Division des stratégies en matière de ressources
humaines en santé
Santé Canada

Québec

Michèle Auclair
Ministère de la Santé et des Services sociaux du
Québec

Yvon Brunelle
Ministère de la Santé et des Services sociaux du
Québec

Patricia Caris
Ministère de la Santé et des Services sociaux du
Québec

Suzanne Durand
Direction du développement et soutien des professionnels
Ordre des infirmiers et infirmières du Québec

Jean-Guy Emond
Ministère de la Santé et des Services sociaux du
Québec

Lysette Trahan
Ministère de la Santé et des Services sociaux du
Québec

Dr Claude Saucier
Chef du département régional de médecine générale au Québec
Agence de développement de réseaux locaux de services de la santé et de services sociaux de Laval
Secrétaire général FMOQ
Médecin omnipraticien en exercice

Ontario

Ivy Bourgeault
Professeure associée
Département de sociologie
Université de McMaster (Hamilton)

Audrey Danaher
Registered Nursing Association of Ontario
Toronto.

Brian Hutchison
Professeur
Département de médecine familiale et d'épidé-
miologie clinique, et de biostatistiques
Université de McMaster

John Lavis
Professeur associé
Département de médecine familiale et d'épidé-
miologie clinique, et de biostatistiques
Université de McMaster

Louise Nasmith
Professeur
Département de médecine familiale
Université de Toronto.

Greg Stoddart
Professeur
Département de médecine familiale et d'épidé-
miologie clinique, et de biostatistiques
Université de McMaster

Yves Talbot
Professeur
Département de médecine familiale
Université de Toronto

Ruth Wilson
Responsable de l'organisation des Réseaux
Santé Familiale en Ontario (FHN)
Branche Soins Primaires
Ministère de la santé et des soins de longue durée

FINLANDE

Jouko Isolauri
Médecin, Conseiller ministériel
Ministère de la Santé et des Affaires sociales

Katriina Laaksonen
Présidente de l'Association nationale d'infirmiè-
res Suomen Sairaanhoidajaliittory. Membre du
Standing Committee of nurses of the EU.

Marta Palmunen
Chargée de projet
Ministère de la Santé et des Affaires sociales

Nina Tiainen
Chargée de mission pour les questions interna-
tionales
Association médicale finlandaise

Martina Torppa
Professeur de médecine générale à l'Université
de Helsinki
Manager du centre de santé d'Espoo

ITALIE

Marta Barbieri
Chercheur en administration publique
Université Bocconi

Nella Boni
DGS région Lombardie et commission nationale
ministérielle, nella_boni@regione.lombardia.it

Silvia Gorini
DGS - service de programmation et gestion des
ressources humaines du service sanitaire - ré-
gion de Lombardie, silvia_gorini@regione.lom-
bardia.it

Cristina Filannino
Chercheur en administration publique
Université Bocconi

Paolo Tedeschi
Chercheur
CERGAS, Université Bocconi

Dr Valsecchi
Responsable du projet groupe de soins primaires
Autorité sanitaire de la région de Lombardie

Emanuele Vendramini
Chercheur
CERGAS, Université Bocconi

PAYS-BAS

Wienke Boerma
Chercheur
Institut de recherches NIVEL (Netherlands Insti-
tute for Health Services Research)
Utrecht

Richard Grol
Chercheur
Centre de recherches WOK (Centre for Quality
of Care Research)
Nijmegen

Ria Von Bönninghausen
(présidente de l'association nationale d'infirmiè-
res)
Nieuwe Unie'91 (NU'91) - Utrecht
Membre du "Standing Committee of nurses of
the EU".

Michel Wensing
Chercheur
Centre de recherches WOK (Centre for Quality
of Care Research)
Nijmegen

Visites sur sites
Zorggroep Fondation (Groupe de soins primaires d'Almere)
Contact : Dr Edzo Ebbens: eebbens@zorggroep-almere.nl

Gezondheidscentrum Perspectief
Contact : Dick van der Kwaak

Gezondheidscentrum De Molenwiek
Contact : sjong@zorggroep-almere.nl

Groepspraktijk Huizen
Contact : Marietje den Tex-Dukkers van Emden

ROYAUME-UNI

Bonnie Sibbald
Professeur de santé publique (Health Services Research)
Centre National de Développement et de Recherche sur les Soins Primaires (NPCRDC)
Universités de Manchester et de York

Martin Marshall
Professeur de médecine générale
Centre National de Développement et de Recherche sur les Soins Primaires (NPCRDC)
Universités de Manchester et de York

Rod Sheaff
Senior Research Fellow
Centre National de Développement et de Recherche sur les Soins Primaires (NPCRDC)
Universités de Manchester et de York

Maureen Baker
Secrétaire honoraire
Collège Royal des Médecins Généralistes (RCGP)

Nigel Edwards
Analyste politique
NHS Confederation

Tim Wilson
Responsable du pôle stratégique soins primaires
Ministère de la Santé (Department of Health)

Claire Goodman
Director Primary Care Nursing Research Unit
University College London Archway Campus

Lynn Young
Représentante du Royal College of Nursing, spécialisée dans les soins primaires

Ros Bryar,
Professor of Community and Primary Care Nursing and Head of the Public Health and Primary Care Unit
St Bartholomew School of Nursing and Midwifery, City University, London.

Fiona Ross
Fonction : Director Nursing Research Unit
Florence Nightingale School of Nursing and Midwifery, London.

SUEDE

Stefan Håkansson
Professeur associé
Département des services de santé
Conseil National de la Santé et des Affaires Sociales (Socialstyrelsen)

Dr Christina Fabian
Présidente
Union Européenne des médecins généralistes (UEMO)

Anette Richardson
Déléguée officielle de l'Association suédoise des professionnels de santé (Vårdförbundet)". Membre du Standing Committee of nurses of the EU.