



Eu égard aux questions soulevées par les perspectives de la démographie médicale en France, la présente étude examine les politiques menées dans divers pays d'Europe et au Canada en matière de répartition des compétences entre médecins et infirmières dans le cadre de l'organisation des soins primaires.

Celle-ci diffère selon l'organisation générale du système de soins : deux groupes de pays peuvent être distingués, selon que les médecins exercent majoritairement, comme en France, en cabinets individuels (Allemagne, Pays-Bas, Italie, Canada) ou dans des groupes pluridisciplinaires, en coopération avec d'autres professionnels de santé, et notamment les infirmières (Royaume-Uni, Suède, Finlande). En Allemagne et aux Pays-Bas, l'intervention d'une autre profession (les assistantes médicales) explique la faible présence des infirmières dans le secteur des soins primaires.

Des expériences de centres d'activité médicale au sein desquels les infirmières sont impliquées sont actuellement menées dans ces deux pays, mais demeurent encore limitées.

En Italie, la profession infirmière est relativement peu développée en raison d'une forte densité médicale. Néanmoins, dans le cadre de certaines expériences régionales, l'exercice de la médecine de groupe associant plus étroitement les infirmières est encouragée. Au Canada (Québec et Ontario), des centres locaux, CLSC ou CHC, interviennent dans le domaine des soins primaires.

Ils associent divers professionnels de santé, dont des infirmières qui interviennent surtout en tant qu'auxiliaire des médecins et rémunérées par eux. Là encore, de nouveaux dispositifs (groupes de médecin de famille) visent à les associer plus étroitement à l'équipe de soins.

Le second groupe de pays est caractérisé par une collaboration plus poussée entre professionnels de santé : au Royaume-Uni, les infirmières sont fortement présentes dans les cabinets de groupe de soins primaires. Leur intégration dans les équipes de soins primaires leur ont permis de développer de nouveaux rôles, en matière de promotion de la santé ou de suivi des patients atteints de maladies chroniques.

En Suède et en Finlande, les infirmières sont en première ligne dans des centres de santé pluridisciplinaires : ces centres constituent la base du système et offrent une large gamme de soins à la population. Le premier contact du patient est fréquemment assuré par les infirmières.

**Y. BOURGUEIL, A. MAREK
et J. MOUSQUES**
IRDES

La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens et au Canada

En France, la diminution attendue du nombre de médecins et les tensions d'ores et déjà perceptibles dans leur répartition sur le territoire ont conduit à s'interroger sur le partage des tâches entre professionnels, ce que d'autres pays ont déjà été amenés à mettre en œuvre.

L'évolution des modes d'organisation et de répartition de l'activité des différents professionnels peut en effet apporter des éléments de réponse aux problèmes de démographie médicale : 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.

L'objet de cette étude est d'examiner la façon dont d'autres pays, particulièrement en Europe, définissent les rôles et les compétences des professionnels de santé, et notamment des infirmières. Elle concerne le secteur des soins ambulatoires ailleurs dénommé soins primaires, concept qui ren-

voie à la fois aux notions d'accessibilité, de premier recours et de permanence des soins, sans que le contenu de ces derniers soit forcément précisé (encadré 1). Ce secteur des soins ambulatoires paraît concerné à terme par des évolutions potentielles, 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 ce secteur que peuvent se développer les soins de prévention et d'éducation à la santé ou de nouvelles fonctions comme les activités de coordination des soins.

Cette première publication à visée principalement descriptive s'attache, d'une part, à illustrer la variabilité d'organisation des systèmes de soins primaires et d'autre part, la variabilité des rôles attribués aux infirmières en coopération avec les médecins généralistes (encadré 2). Une prochaine publication proposera une analyse plus fouillée de ces évolutions au regard de l'organisation générale des soins primaires d'une part et des professions d'autre part, notamment dans leurs aspects juridiques et réglementaires.

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 des soins primaires 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.

E•1

Les soins primaires

Le choix fait dans cette étude est de centrer l'analyse sur la coopération entre médecins et infirmières dans le domaine des soins primaires.

Cette dénomination de «soins primaires», qui est utilisée dans certains contextes nationaux mais peu en France, renvoie aux notions de premier recours, d'accessibilité, et de permanence des soins. Les médecins généralistes en sont partout des acteurs essentiels, mais selon les organisations en vigueur, d'autres professionnels peuvent y être également impliqués, notamment les infirmiers.

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.

Le choix effectué ici est 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.

E•2

Objectifs et méthode

L'étude a pour objectif une analyse comparative, dans un ensemble de pays, des modalités de coopération entre médecins et infirmières, des rôles de ces dernières, ainsi que des politiques mises en œuvre visant à modifier ces rôles. 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 été ensuite conduite pour connaître 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 sur la profession infirmière, et sur des visites effectuées dans chacun des pays, qui nous ont permis de rencontrer différents interlocuteurs : chercheurs, représentants d'institutions, représentants d'associations professionnelles.

**L'ALLEMAGNE, LES PAYS-BAS,
L'ITALIE ET LE CANADA :
PEU D'EXERCICE EN COMMUN
ENTRE MÉDECINS ET INFIRMIÈRES
DANS LE CADRE DES SOINS PRIMAIRES**

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

■ **Les médecins libéraux conventionnés constituent les acteurs principaux du secteur ambulatoire.**

En Allemagne, 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 2004, 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 une hospitalisation, ils doivent désormais obtenir une prescription de ce médecin. Ils payent un ticket modérateur forfaitaire de 10 € par trimestre et les soins médicaux sont ensuite gratuits.

■ **Les assistants médicaux, auxiliaires privilégiés 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 16 ans, elles suivent une formation professionnelle de trois années qui associe enseignement théorique 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 par mois avant impôt). 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...)

■ **Les infirmières en Allemagne : une place marginale dans le secteur des soins primaires, une présence accrue et une relative autonomie dans le secteur des soins aux personnes dépendantes.**

Cette 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 sont davantage présentes dans les soins à domicile¹, 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.

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 place² : 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.

■ **L'introduction des centres d'activité médicale : une politique récente visant à favoriser le regroupement des professionnels.**

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 3^e enveloppe). Début 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. 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.

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

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

2. 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.

ou de cliniques qui sont pour l'essentiel des organismes privés non lucratifs. Les soins primaires sont fournis par les médecins généralistes 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.

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 dans des 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.

■ 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. 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. 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 visiter les 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.

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*.

Italie : un système de *gate-keeping* domine par des médecins libéraux en cabinet individuel

■ Des médecins généralistes *gate-keepers* en position de monopole.

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.

■ 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 assez largement excédentaire (tableau). Les infirmières sont au contraire relativement peu nombreuses, et exercent pour la plupart à l'hôpital ou dans les établissements pour personnes dépendantes placés sous l'autorité des agences sanitaires locales. Elles interviennent également au domicile des patients, 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 aujourd'hui peu autonome, ce qui semble pouvoir être expliqué par le fait que le secteur ambulatoire reste le domaine réservé des médecins généralistes.

■ 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 cadre 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.

**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) constituent un deuxième type d'organisation, qui reste minoritaire. 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.

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 patients 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. Mais leur rôle 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.

■ **Les infirmières canadiennes : en proportion relativement importante 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 : 10 d'entre elles travaillent dans les CLSC et 10 % dans le secteur privé, ce dernier comprenant notamment les cabinets médicaux et les cabinets de consultation infirmiers à domicile. La situation est similaire en Ontario, où le nombre d'infirmières exerçant en soins primaires s'élève à 16 %.

■ **Les groupes ou réseaux de médecins de famille au Québec et en Ontario : de nouveaux contextes d'exercice pour les infirmières en soins primaires.**

Au Québec, les infirmières ont également, outre les CLSC et les cabinets privés, la possibilité d'exercer depuis peu au sein des Groupes de médecine de famille (GMF). Créés en 2000 pour améliorer l'accessibilité aux soins, promouvoir la prise en charge globale des patients et la continuité des soins pour une clientèle inscrite volontairement, les GMF sont constitués d'une dizaine de médecins qui pratiquent ensemble en collaboration avec des infirmières cliniciennes et praticiennes aux compétences étendues (encadré 3). Ils offrent une gamme de services médicaux de première ligne, 24h/24 et sept jours sur sept, incluant les aspects préventifs, curatifs et de réadaptation.

L'implantation des GMF se fait de façon progressive. En octobre 2004, il existait 87 GMF qui représentaient au total 943 médecins, 150 infirmières, et couvraient environ 320 000 patients. L'objectif du ministère québécois de la santé est qu'à terme environ 75 à 80 % de la population assurée soit inscrite chez un médecin de famille membre d'un GMF.

La pratique infirmière constitue un enjeu majeur dans ce nouveau modèle d'organisation. L'intégration d'infirmières à l'équipe de médecins est en effet considérée comme un élément essentiel pour le succès de l'équipe et introduit en ce sens une approche novatrice. Au sein du GMF, les infirmières se voient en effet confier des responsabilités étendues, conformément au cadre législatif en vigueur. Elles peuvent effectuer des activités de prévention, de promotion, de dépistage, de gestion de cas, ainsi que de liaison avec les CLSC et les services de deuxième ligne. Elles ont également en charge le suivi systématique des soins infirmiers des clientèles vulnérables.

L'Ontario a introduit des dispositifs similaires sur le même mode expérimental, les *Family Health Networks* et

La définition juridique des actes infirmiers dans les pays étudiés

En France, la définition légale des compétences des infirmières fait l'objet d'une codification précise sous forme d'une liste d'actes (décret de compétence n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier). Chaque article y définit très précisément l'ensemble des actes réalisables par les infirmières dans le cadre de leur rôle propre et dans le cadre d'une prescription et/ou d'une supervision par les médecins.

Dans les autres pays, la définition légale des compétences est généralement plus souple : les actes sont décrits dans divers textes officiels, sans que cela ne prenne pour autant la forme d'une nomenclature. Il s'agit davantage d'un cadre général d'exercice qui laisse une grande marge de manœuvre aux acteurs locaux, variable en outre selon les pays. Plus les niveaux de qualifications des infirmières sont développés et plus les contextes d'exercice favorisent la coopération avec les médecins, plus les tâches, les rôles et les fonctions infirmières sont étendus.

En Allemagne, c'est au médecin de s'assurer des compétences du professionnel auquel il délègue certaines tâches, l'infirmière étant responsable dans la mesure où elle accepte de réaliser les actes délégués. L'étendue des actes infirmiers comme leur prescription dépend donc principalement du médecin traitant. Dans un contexte où les conditions de coopération avec les médecins sont peu développées, les organisations représentant les infirmières souhaiteraient disposer d'un cadre juridique plus précis.

En Italie et en Suède, la définition juridique des compétences au travers des actes infirmiers a été abandonnée, progressivement dans le cas de la Suède, et par abrogation en 1999 dans le cas de l'Italie. Le champ de responsabilités est désormais défini par le contenu des profils professionnels et par la formation.

En Ontario, puis au Québec, un processus général a conduit à la redéfinition de groupes d'actes selon leur dangerosité pour le patient et à la définition des professions faisant l'objet d'une autorégulation. Un même groupe d'actes peut être réalisé par des professions différentes. La définition précise des actes dans chaque groupe est actualisée régulièrement, l'objectif recherché étant d'introduire une plus grande flexibilité dans l'organisation du travail.

Le Royaume-Uni, est caractérisé par une absence ancienne de textes juridiques détaillant les actes infirmiers, la seule restriction légale étant la prescription (voir encadré). Les niveaux de responsabilité respectifs des médecins et des infirmières sur les actes délégués ont été précisés, la réalisation d'actes sous la responsabilité des médecins étant assujettie à la détention d'un certificat de formation.

De façon générale, il semblerait qu'une fois acquis un champ de responsabilité et une reconnaissance (par les institutions et les appareils de formation et de recherche) les textes précis définissant les actes infirmiers deviennent moins nécessaires.

les *Family Health Groups*, où les médecins sont également incités - par le biais de fonds spécifiques - à employer des infirmières.

**LE ROYAUME-UNI, LA SUÈDE
ET LA FINLANDE : DES SOINS PRIMAIRES
OÙ PRÉDOMINENT LES STRUCTURES
D'EXERCICE EN COMMUN ENTRE
MÉDECINS ET INFIRMIÈRES**

**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 d'un cabinet de médecine générale de leur choix, le généraliste ayant un rôle de *gate-keeper*. Les généralistes ont un statut d'indépendant, 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 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 et

5 administratifs et couvre 6 000 patients, plus de 45 % des généralistes exercent désormais dans des groupes associant cinq généralistes et plus, contre 17 % en 1975, et certains cabinets peuvent comprendre aussi des pharmaciens, et des infirmières intervenant à domicile.

Les infirmières exercent dans les cabinets de groupe selon deux modalités 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 (encadré 4).

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.

■ 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 (*infra*). Pendant une assez longue période (années cinquante-soixante) les infirmières et les médecins généralistes ont eu en effet deux champs d'intervention distincts, relativement cloisonnés et sans logique de collaboration. Les infirmières se concentraient en effet sur les soins à domicile et les médecins généralistes sur le premier recours médical, principalement en cabinet.

La prescription Infirmière au Royaume Uni et en Suède

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 et notamment les infirmières.

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 :

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 ». La formation à ces prescriptions est désormais intégrée dans la formation de base. Elle concerne 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, anti-émétiques, 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 et ce, sans limitation à partir d'une liste de produits. Ce mode de prescription s'adresse particulièrement aux patients atteints de pathologie 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 quand 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 auprès des infirmières comme le montre le tableau ci-dessous issu des données du registre national des infirmières au printemps 2004.

Une revue récente de la littérature sur ce sujet montre une satisfaction générale des patients et des professionnels prescripteurs mais relève aussi certaines limites ouvrant sur des évaluations complémentaires.

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 une pénurie 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 sous réserve 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 6521 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 qualifiée comme telle.
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.

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.

Le financement d'une partie conséquente (70 %) du salaire des infirmières a incité les cabinets de groupe à en recruter à partir des années 1980. Les années 1990 voient le début d'une dynamique de délégation de responsabilité financière aux généralistes dits «fundholders» (gestionnaires de budgets). Cette dynamique s'accroît avec la réforme des groupes de soins primaires (*Primary Care Trusts*, PCT³) instaurée à la fin des années 90, de nouvelles logiques de contractualisation étant désormais mises en place dans le cadre de ces groupes.

■ **De nouveaux rôles pour les infirmières dans le cadre d'une diversification des services offerts par les groupes de généralistes.**

Ces nouveaux contrats passés avec les PCTs 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...), 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 prescriptions 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 œuvre.

Les généralistes ont alors 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 délégation, notamment en matière de prescription (encadré 5), 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 substitution de tâches (encadré 6).

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

Une étude portant sur les infirmières conduite en 2004 sous l'égide du ministère de la Santé évalue la proportion de celles qui exercent dans le secteur des soins primaires à environ 12 % de l'effectif infirmier total. En leur sein :

- parmi les infirmières intervenant sous l'autorité des cabinets de médecine générale, 12 000 sont sans qualification particulière ;

- parmi les infirmières sous l'autorité des *Primary Care Team* et susceptibles d'intervenir dans des cabinets de médecine générale : 17 100 sont des infirmières générales, équivalentes de l'Infirmière Diplômée d'État 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. Ces infirmières interviennent au domicile et sont souvent en situation de responsabilité d'équipes de soignants. 9 900 sont des *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).

**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.

■ **Des centres de santé décentralisés avec une faible densité de médecins généralistes et des problèmes de délais d'attente.**

En Suède, les centres de santé constituent la base du système. Les médecins spécialistes exercent à l'hôpital. Les patients peuvent également s'adresser à des services de consultations

3. 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'État (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.

**Des exemples d'innovations dans le secteur de soins primaires
au Royaume-Uni : entre extension et délégation**

L'action des infirmières dans la promotion de la santé auprès des personnes âgées a été accélérée par la réforme du NHS de 1990. Depuis cette date, les médecins généralistes anglais doivent offrir à leurs patients de 75 ans et plus un bilan de santé annuel portant principalement sur les problèmes d'incontinence, la mobilité, l'état de santé mentale, l'intégration sociale et la prise en charge médicamenteuse. Or, une étude a montré qu'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 cas¹.

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 une proposition de traitement, soit en l'adressant 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 des walk-in centres ou de consultations par téléphone dans le cadre du NHS Direct.

Les NHS walk-in-centres 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 (supermarchés, métro...). Ils proposent un bilan réalisé par une infirmière, qui mène des actions de promotion de la santé et prend en charge le traitement des problèmes de santé mineurs. Les walk-in-centres sont également des centres d'information (conseils et information sur les autres services locaux, sur les services de garde en médecine généraliste en en soins dentaires ou les pharmacies de garde).

Par ailleurs, le Royaume-Uni a 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 adapté ou, si besoin, l'aident à solutionner un problème seul.

1. Fabienne Midy, Efficacité et efficacité du partage des compétences dans le secteur des soins primaires, revue de la littérature (1970-2002), CREDES, février 2003.

externes à l'hôpital et cette possibilité est largement utilisée : en 2003, 48 % des consultations ont en effet eu lieu à l'hôpital et non au centre de santé. Il n'y a pas de système de *gate-keeping*, et pas d'enregistrement des patients.

Des difficultés de recrutement des médecins généralistes sont observables dans certaines zones urbaines, ainsi que dans certaines zones rurales isolées. Le nombre de médecins généralistes en Suède, qui ne représente que 25 % de l'effectif total des médecins en activité, a augmenté ces dernières années et devrait continuer à augmenter d'ici 2008. La densité des médecins généralistes connaît des variations importantes selon les régions.

Les délais d'attente, dus pour une grande part à la pénurie de médecins, demeurent par ailleurs un problème majeur des systèmes de santé suédois et finlandais.

En Finlande, la loi de 1972 définit un certain nombre d'exigences et de normes qui font des soins primaires la pierre angulaire du système de santé. Elle institue 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. Les centres de santé 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 qui sont depuis, pour la plupart devenus des fonctionnaires.

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...). Ils 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.

■ Un rôle primordial des infirmiers au sein des centres de santé comme au domicile des patients.

La densité s'explique en partie par le fait que dans le passé, le nombre de médecins en Finlande était particulièrement faible⁴, rendant nécessaire l'appel à un nombre important d'infirmières,

ces dernières prenant en charge des tâches que leurs collègues des autres pays ne font pas, en particulier dans le domaine des soins aux mères et aux jeunes enfants. Par ailleurs, un grand nombre d'infirmières exerce des rôles diversifiés dans le domaine de la santé publique, particulièrement dans le secteur 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 1990 et correspond notamment au développement des structures privées accueillant les personnes âgées⁵.

4. Le nombre de contacts médicaux par patient en Finlande est d'ailleurs l'un des plus faibles en Europe.

5. En ce qui concerne la Finlande, il n'a pas été possible d'établir la proportion d'infirmières exerçant dans le secteur des soins primaires du fait que les statistiques sont communes à l'ensemble des personnels de santé.

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 problèmes plus importants 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 pour l'orientation du malade dans le système de santé, les infirmières assistent le médecin généraliste. Elles ont également leurs propres heures de consultation : injections, retrait de points de suture, mesure de la pression du sang, 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 (encadré 4). 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 (Laponie...)

Conclusion

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 ont 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 modérée 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 (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. En fait, 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 traditionnel des professionnels. Les expériences actuelles ont par ailleurs tendance à prendre leurs distances par rapport à l'option du «centre de santé intégré» et à proposer des modalités de coopération dans un cadre d'exercice qui est celui du cabinet libéral, mais en médecine de groupe. 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 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.

Enfin, c'est principalement par le développement de tâches nouvelles (éducation, prévention, conseil, certaines prescriptions), dans le cadre de ces organisations collectives que la participation des infirmières aux soins primaires se développe, plutôt que par un transfert direct de tâches anciennement exercées par les médecins. ●

T
•01

tableau comparé : soins primaires et coopération infirmières médecins généralistes

données de cadrage (a)

	France	Alle- magne	Pays-Bas	Italie	Suède	Finlande	Royaume- Uni	Canada	
								Ontario	Québec
								Canada : 9, 6	
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 1 000 habitants	3,3	3,3	3,1	4,4	2,8	3,4	2,1	1,8	2,1
Nombre d'infirmières en activité	425 981	815 639	205 800 (c)	312 707	78 380	46 900 (d)	545 000	108 696 (e)	62 778 (e)
Densité d'infirmières pour 1 000 habitants	7,2	9,9	12,7	5,4	8,8	9,0	9,2	8,8	8,3

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 : selon la National Nurses Association of the Netherlands on peut en fait estimer le nombre d'infirmière à 136 500 pour l'année 2003.

d. Source : selon les données du STAKES, National Research and Development Centre for Welfare and Health, elle seraient en fait 89 236.

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

indicateurs de la place des infirmière dans les soins primaires

Structures de coopération médecin/infirmière	NON	NON, mais assistantes médicales	NON, mais assistantes médicales	NON	OUI, dans des centres de santé	OUI, dans des centres de santé	OUI, dans des cabinets de groupe	NON	NON
Mode majoritaire de rémunération des infirmières	SALARIAL	SALARIAL	SALARIAL	SALARIAL	SALARIAL	SALARIAL	SALARIAL	SALARIAL	SALARIAL
Secteur libéral	OUI (12%)	OUI, très faible. Surtout dans le cadre de la gestion de la dépendance et de la mise en place des « services communautaires infirmiers ».	OUI, moins de 3 %. Paiement à l'acte et activité limitée par un budget global. Aussi 2 % exerçant de façon mixte, en combinant activité libérale et salariée.	OUI, très minoritaire.	OUI, très faible : Le nombre de réglementations portant sur la profession est un frein important au développement de cette catégorie de professionnels	OUI, très faible : pour la plupart dans le soins au domicile Augmentation lente mais régulière et rémunération à l'acte (liste positive) avec faible taux de remboursement par l'état.	NON Possibilité d'exercer de façon indépendante (agences spécialisées dans le soin infirmier intérimaire) mais elles restent payées sur un mode salarié. Les infirmières employées par les cabinets de médecins généralistes sont également salariées sur la base	OUI, très minoritaire	OUI, très minoritaire
Droit de prescription médicaments	NON	NON	NON	NON	OUI	NON	OUI	OUI	OUI
Définition juridique des actes réalisés par les infirmières	Existence d'un décret d'actes faisant l'objet d'une codification précise	Pas de texte spécifique aux actes infirmiers.	Pas de texte spécifique aux actes infirmiers : cadre général d'exercice et champ de responsabilités en fonction des qualifications	Pas de texte spécifique aux actes infirmiers (abandonné en 1999) : cadre général d'exercice et champ de responsabilités en fonction des qualifications	Pas de texte spécifique aux actes infirmiers (abandon progressif) : définition par champ de responsabilités en fonction des qualifications	Pas de texte spécifique aux actes infirmiers : cadre général d'exercice et champ de responsabilités en fonction des qualifications	Pas de texte spécifique aux actes infirmiers : cadre général d'exercice et champ de responsabilités en fonction des qualifications	Texte spécifiques aux actes réalisés par l'ensemble des professionnels (non spécifique aux actes infirmiers)	Texte spécifiques aux actes réalisés par l'ensemble des professionnels (non spécifique aux actes infirmiers) définissant des champs exclusifs communs
(voir encadré 6)									

La pratique avancée des infirmières au Canada, au Royaume-Uni et en Suède : entre dynamiques professionnelles et reconnaissance juridique

L'extension des compétences infirmières regroupées sous le thème générique de pratiques avancées (Advanced Nursing Practice) est ancienne. Elle recouvre schématiquement deux cas de figure : celui de l'infirmière clinicienne qui s'inscrit dans un modèle de développement spécifique des savoirs infirmiers (clinical nurse) et celui de l'infirmière praticienne (nurse practitioner) ou l'infirmière de santé publique (district nurse) qui s'inscrit en substitution et/ou 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 - elle a été introduite dans les années 1960 - 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, exercent 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.

Une reconnaissance progressive sur l'extension des rôles infirmiers en Ontario.

Les formations initiées en 1973 pour faire face à la pénurie de médecins ont été interrompues dans le début des années 1980 devant la difficulté à trouver des débouchés professionnels, notamment auprès des cabinets de médecins. L'introduction en 1998 d'une catégorie juridique nouvelle d'infirmière (registered nurses in the extended class) autorisée à réaliser certains

actes (diagnostics, prescriptions d'examen complémentaires et de traitements) et l'engagement du gouvernement dans le financement de ces pratiques - en institution ou en cabinet de groupe - constituent une réactualisation de la formule « d'infirmière praticienne ».

La reconnaissance du titre d'infirmière praticienne limitée au secteur hospitalier spécialisé au Québec.

À l'issue du processus de redéfinition de la profession infirmière qui a conduit à la nouvelle loi sur les infirmières en 2002, le titre d'infirmière praticienne a été reconnu. L'infirmière praticienne spécialisée est amenée à exercer surtout à l'hôpital dans des secteurs très spécialisés comme la néphrologie, auprès de patients pour lesquels le diagnostic a déjà été réalisé et à qui elles peuvent prescrire médicaments, traitements et explorations diagnostiques complémentaires et auprès de qui elles peuvent réaliser des explorations invasives.

L'absence de reconnaissance du titre de nurse practitioner au Royaume-Uni et en Suède, où la prescription infirmière se développe.

Au Royaume-Uni, treize années après la sortie des premières promotions, plus d'un millier d'infirmières praticiennes sont désormais recensées par le Royal College of Nursing. Celles-ci exercent majoritairement dans les structures de soins primaires ou dans les structures d'urgence, de manière autonome ou en collaboration avec les médecins généralistes. Les infirmières praticiennes sont formées à exercer de façon autonome certaines activités comme l'évaluation d'une situation clinique, la « prioritarisation » des problèmes de santé d'un patient, la conduite d'investigations complémentaires, l'orientation d'un patient vers un autre professionnel, et la pratique de l'éducation à la santé. Ce titre promu par le Royal College of Nursing n'est toutefois à ce jour pas reconnu. En pratique, seuls les titres de district nurse (infirmières intervenant au domicile en direct ou en management d'équipe) et de health visitors (infirmières assurant le suivi des mères et des enfants de moins de cinq ans) sont reconnus aux côtés du titre général de registered nurse.

C'est une situation inverse qui prévaut en Suède. Alors que la prescription par les infirmières de santé publique (district nurse) est admise sous conditions et en développement depuis une dizaine d'années, la notion d'infirmière praticienne y est émergente.

Références

- BOURGUEIL Y., MAREK A., MOUSQUÈS J. (à paraître à l'automne 2005), « La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec », IRDES. Rapport.
- ANDREWS S. et al. (2004), « Flexible entry to primary care nursing project : improving re-cruitment and retention in Primary care », Primary Care Nursing Research Unit and Kings College London. Final report.
- BAUMANN A., BLYTHE J., KOLOTYLO C., UNDERWOOD J. (Février 2004), « La main d'oeuvre infirmière à l'échelle internationale » - Construire l'avenir : une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada. Rapport d'étude, ISBN 0-9734932-1-6.
- BUCHAN J., CALMAN L. (2004), « Skill-Mix and Policy Change in the health Workforce : Nurses in Advanced Roles », OECD Health Working Papers n° 17. Department of Health. (March 2005), « a guide to current mechanisms for the prescribing, supply and administration of medicines » - NHS Modernisation Agency.
- 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.
- Health Council of Canada. (January 2005), « Health Care Renewal in Canada. Accelerating Change ».
- LATTER S., COURTENAY M. (January 2004), « Effectiveness of nurse prescribing : a review of the literature », Journal of Clinical Nursing. Volume 13 Issue 1 page 26.
- MIDY F. (février 2003), « Efficacité et efficacité du partage des compétences dans le secteur des soins primaires », revue de la littérature (1970-2002), IRDES.
- Registered Nurses in the Extended Class. (revised 2004), « Practice standard », College of Nurses of Ontario.
- TROTTIER L-H., FOURNIER M-A., DIENNE C-P., CONTANDRIOPOULOS A-P (juillet 2003), « Les soins de santé primaires au Québec ». Groupe de recherche interdisciplinaire en santé.
- WILHELMSSON S., EK A-C., ÅKERLIND I. (December 2003), « Exploring views on Swedish district nurses' prescribing », Journal of Clinical Nursing. Volume 12.
- WHO. (Mars 2003), « Seventh Annual Meeting of the European Forum of Nursing ».