



## Les apports des expériences internationales : entre substitution et diversification

**Yann Bourgueil**  
Directeur de l'Institut  
de recherche et  
documentation en  
économie de la santé

Ce texte reprend en grande partie les éléments développés dans le rapport établi en septembre 2007 sur les enjeux économiques des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé, réalisé à la demande de la Haute Autorité de santé.

### La coopération entre professions de santé : de quoi parle-t-on ?

L'analyse de la littérature internationale montre que les termes utilisés pour décrire les évolutions des rôles et des activités entre groupes professionnels varient selon la période et les auteurs. Ainsi, les concepts de *skill mix* [3, 11], *team work* et *interdisciplinary work* sont apparus dans les années quatre-vingt-dix. Selon Hunter [37], les réformes managériales et la mise en place d'une concurrence interne (*internal market*), inspirées du *new public management*, dont l'objectif est d'améliorer l'efficacité des systèmes de soins, ont conduit à développer le travail d'équipe et à modifier les frontières professionnelles. Dans ce cadre, l'analyse du *skill mix* (littéralement « mélange des qualifications/savoir-faire ») est fondamentale pour faire évoluer l'organisation du travail et les frontières professionnelles vers une plus grande efficacité. Ce concept se réfère aussi simultanément à la combinaison des postes dans un établissement de soins, à la combinaison des employés à un poste de travail et à la combinaison des activités de chaque professionnel [12].

L'analyse des coopérations entre professions distingue généralement deux logiques [10, 48, 51]<sup>6</sup>.

Une *logique de substitution* qui décrit une situation dans laquelle des tâches antérieurement réalisées par une certaine catégorie de professionnels sont réalisées par une autre catégorie professionnelle (le plus souvent des médecins vers les infirmières). Dans ce modèle, deux objectifs peuvent être poursuivis, simultanément ou non :

1. pallier des difficultés liées à une « pénurie » (ou au moins une insuffisance) de professionnels globale ou localisée et notamment dans les zones géographiques éloignées ;
2. réduire les coûts de production des soins et notamment les coûts liés à la ressource humaine.

6. Il convient de souligner que ces deux logiques peuvent aussi décrire l'évolution des activités au sein d'une même profession. Par exemple des substitutions peuvent avoir lieu entre médecins généralistes et médecins spécialistes ou entre médecins de spécialités différentes. De même, dans le cas où l'offre médicale est abondante, une diversification de l'activité peut s'opérer au sein même de la profession médicale sans délégation ni transfert.

Une *logique de diversification* qui renvoie à une extension des services offerts aux patients grâce au développement ou à la reconnaissance de nouvelles compétences chez certaines catégories de professionnels. La création de consultations infirmières dédiées pour le suivi de malades chroniques en est un exemple typique. Ces nouveaux modes de coopération ont pour objectif d'améliorer la qualité de la prise en charge et de répondre à des besoins non satisfaits. La diversification des activités peut ainsi porter sur les procédures de suivi systématique, le développement de nouvelles activités comme l'éducation thérapeutique ou encore l'orientation des patients. En situation de pénurie professionnelle ou simplement de ressource médicale limitée, la diversification va s'opérer vers des professionnels non médecins par délégation ou transfert. La diversification correspond généralement à des activités nouvelles non dédiées à une profession en particulier.

Ces deux logiques ne sont toutefois pas exclusives. Il est ainsi fréquent de constater qu'un déplacement des tâches des médecins vers les infirmières s'accompagne aussi d'une diversification de l'activité dans la mesure où le service proposé par l'infirmière diffère du service proposé par le médecin (une consultation réalisée par une infirmière comporte plus souvent un volet conseil-éducation à la santé). De même, la diversification peut conduire, à terme, à une évolution des trajectoires de soins, certaines activités de soins nouvelles comme les consultations d'éducation thérapeutique se substituant partiellement à des recours traditionnels auprès du médecin.

Enfin, il est important de distinguer le processus de substitution selon le caractère délégué ou transféré des activités. Le transfert signifie que le professionnel qui réalise l'activité est responsable, autonome, compétent et qualifié ; la délégation signifie que le professionnel qui délègue garde la responsabilité de la décision de réaliser l'acte et que l'activité de celui qui réalise l'acte est encadrée.

### Un intérêt ancien et des expérimentations de « pratiques infirmières avancées » en cours dans de nombreux pays

Dès les années soixante, de nouveaux métiers ou de nouvelles professions autorisés à prescrire ou réaliser des actes médicaux sont apparus aux États-Unis avec les assistants de médecins (*physicians assistants*) et les infirmières praticiennes (*nurse practitioners*). Les assistants des médecins sont issus des *paramedics* employés sur les champs de bataille au cours de la Seconde Guerre mondiale puis pendant la guerre du Vietnam. Ils reçoivent une formation médicale de 2 à

Rapport du groupe de travail sur les enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé présidé par Mireille Elbaum, disponible à l'adresse suivante : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pratiques\\_actuelles\\_de\\_cooperation.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pratiques_actuelles_de_cooperation.pdf)

3 ans et assistent les médecins spécialistes au sein des hôpitaux notamment pour les tâches techniques [8].

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 (bac plus 5), 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*) 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, en Ontario et aux États-Unis, et principalement à l'hôpital au Québec, dans le domaine de la dialyse, de la réanimation néonatale ou des soins intensifs de cardiologie.

Il semble toutefois que le nombre d'infirmières en pratique avancée relativement modeste, notamment au Royaume-Uni et au Canada qui ont cependant quitté le stade expérimental de développement du métier d'infirmière praticienne. De plus, les infirmières praticiennes éprouvent des difficultés à faire valoir 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, toutefois, susciter un intérêt croissant dans plusieurs autres pays (Finlande, Pays-Bas, Suède).

Dans un contexte radicalement différent, la politique des soins primaires, mise en œuvre dans de nombreux pays en voie de développement à la suite de la déclaration d'Alma-Ata de l'OMS en 1978, était basée à la fois sur des centres de soins primaires et des professionnels de santé infirmiers. Ces professionnels, formés et autorisés à prescrire des médicaments essentiels, exerçaient principalement en milieu rural [21] <sup>7</sup>.

Les « substitutions » entre médecins et infirmières s'opèrent notamment dans le domaine des prescriptions, qui est traditionnellement réservé au corps médical, que ce soit pour les traitements médicamenteux ou pour les autres produits et matériels médicaux. Plusieurs pays se sont engagés dans le développement d'un droit de prescription limité pour d'autres professionnels, notamment les infirmières, et le plus souvent les infirmières de pratique avancée.

On peut schématiquement distinguer deux modalités principales de prescription infirmière. D'une part, la prescription indépendante, qui fait l'objet d'un transfert. 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. C'est par exemple le cas des sages-femmes en France, qui ont un droit de prescription limité et sont dans d'autres pays des infirmières spécialisées ayant un droit de prescription. D'autre part, la prescription individuelle sous contrôle (Royaume-Uni) ou collective (Royaume-Uni et Québec), qui résulte d'un accord local impliquant un ou des médecins. La prescription infirmière est alors encadrée et formalisée, et ne nécessite pas de formation complémentaire. Le décret d'acte infirmier en France reconnaît la possibilité pour les infirmières d'adapter des traitements dans le cadre de protocoles formalisés.

#### Des expériences dans le champ des soins primaires qui mettent l'accent sur la diversification

Quelques expériences illustrent, de façon particulièrement intéressante, le contenu des coopérations possibles en termes de diversification [10]. On peut, par exemple, citer la création, en 2000, des groupes de médecine de famille au Québec, au sein desquels sont associés des infirmières aux compétences étendues (prévention, promotion, dépistage, gestion de cas, suivi systématique des clientèles vulnérables, etc.) et une dizaine de médecins. Ces infirmières peuvent être directement salariées par les groupes ou rester salariées des centres locaux de santé communautaire et travailler au sein des cabinets de groupe. Ces groupes de médecins de famille offrent une gamme de services médicaux de première ligne, 24 h/24 et sept jours sur sept. Ils ont été créés pour améliorer l'accessibilité aux soins et pour promouvoir la prise en charge globale des patients et la continuité des soins. L'objectif du ministère de la Santé québécois est qu'à terme 75 à 80 % de la population soient rattachées à l'un de ces groupes.

Au Royaume-Uni, si la place des infirmières dans le champ des soins primaires est ancienne, en particulier en ce qui concerne les soins à domicile, les champs d'intervention des différents professionnels se sont modifiés depuis le début des années quatre-vingt-dix. En effet, les réformes dans l'organisation des soins

7. [http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_1?language=french](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?language=french)



primaires se sont traduites par un effort pour inciter infirmières et médecins à travailler en collaboration, avec la mise en place, pour ces derniers, d'incitations (financières) à recruter des infirmières. Elles assurent ainsi, au sein des cabinets de médecins généralistes, des consultations de premier recours pour des problèmes mineurs, le suivi des malades chroniques stabilisés ou le développement de l'éducation et de la promotion de la santé. Par ailleurs, des centres d'information, d'orientation et de promotion de la santé gérés de manière autonome par des infirmières (NHS Walk in Centers et NHS Direct) ont été créés.

Dans les pays en voie de développement qui ont été soumis à des restrictions de dépenses publiques et qui sont caractérisés par une forte émigration des professionnels de santé induisant une pénurie de main-d'œuvre considérable, la question des rôles professionnels se pose à nouveau avec acuité [73, 74, 75, 76]. Ainsi, l'Organisation mondiale de la santé s'est engagée dans la promotion et la généralisation du *task shifting* (transfert de tâches) afin d'améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux [31, 73, 74, 75, 76]. Les objectifs poursuivis [7] sont de faciliter la prescription des traitements antirétroviraux par les infirmières ainsi que l'administration des tests diagnostics et le suivi des patients par les *lay providers*, généralement des malades formés et rémunérés pour cela. Un projet pilote visant à analyser sur dix pays les pratiques et les conditions du développement du *task shifting* devrait à terme permettre l'élaboration de guides pour le développement des pratiques de transfert de tâches, notamment dans le domaine du sida [39].

### Substitution et diversification : une efficience supérieure ou équivalente qui peut varier selon le contexte de mise en œuvre

Le développement des nouvelles formes de coopération implique, le plus souvent, une hausse des coûts à court terme : phase de formation [45] ; réponse à une demande non satisfaite (effet volume) ; développement de nouveaux rôles (effet qualité).

D'après les travaux de Sibbald [66] de revue de la littérature dans le champ des soins primaires, il apparaît que la substitution peut réduire la demande en médecins car, dans certains domaines bien définis, les infirmières peuvent dispenser des soins d'un niveau de qualité comparable à celui des médecins. En revanche, ces organisations ne permettent pas de réduire les coûts. En effet, dans le modèle de substitution, dans la mesure où la productivité des infirmières est en général moins importante, il n'y a pas d'économies réalisées même si leur salaire est inférieur à celui du médecin. Dans le modèle de complémentarité, les coûts sont plus élevés mais la qualité des soins est améliorée du fait même de l'addition de services.

Ces conclusions peuvent cependant varier selon les systèmes de santé et notamment les niveaux de rémunération des différents acteurs concernés.

### Conclusion

L'évolution des rôles des professionnels de santé est à l'ordre du jour dans de nombreux pays, mais il est difficile d'en mesurer précisément les effets. Les nombreuses évaluations des expériences étrangères de coopération (au sens diversification/substitution) entre professionnels de santé recensées dans la littérature permettent toutefois de dégager quelques conclusions [10, 39, 51].

Les nouvelles formes de coopération (diversifications et substitutions) peuvent permettre de faire face à des pénuries de main-d'œuvre en répondant à des besoins qui ne sont pas pris en charge par les médecins (dans une logique de diversification). Il est également possible de dégager du « temps médecin » dans une logique de substitution, mais l'impact sur l'offre disponible dépend de l'utilisation de ce temps dégagé. La réalisation d'actes médicaux par des infirmières plus qualifiées pose également la question de la substitution entre infirmière qualifiée et autres professionnels de santé moins qualifiés [13]. Les coopérations ne permettent pas de résoudre à elles seules des difficultés liées à une pénurie localisée de main-d'œuvre. Les zones avec une faible densité médicale sont souvent des zones avec une faible densité d'infirmiers et d'autres professionnels de santé.

Enfin, à l'occasion d'une rencontre internationale récente de leaders infirmiers, sous l'égide de l'OCDE, nous avons pu constater que les termes de pratiques avancées assumées par des infirmières titulaires de masters recouvrent souvent des pratiques réalisées en France par des infirmières occupant des fonctions de cadre ou ayant acquis une grande expérience et autonomie par la pratique. Ainsi, c'est bien la question de la reconnaissance des pratiques réelles et de leur inscription dans un cadre professionnalisant et un *curriculum* académique qui est en jeu dans le contexte français. ❖