



Conférence ministérielle européenne
de l'OMS sur les systèmes de santé :
«**SYSTÈMES DE SANTÉ,
SANTÉ ET PROSPÉRITÉ**»
Tallinn (Estonie), 25–27 juin 2008

ANALYSE DES SYSTÈMES ET DES POLITIQUES DE SANTÉ

SYNTHÈSE

Comment et pourquoi mettre en place un éventail de qualifications optimal ?

Ivy Lynn Bourgeault, Ellen Kuhlmann,
Elena Neiterman et Sirpa Wrede



Mots Clés:

PROFESSIONAL ROLE

CLINICAL COMPETENCE

PERSONNEL SELECTION

PERSONNEL STAFFING AND
SCHEDULING - organization
and administration

NURSE CLINICIANS

DELIVERY OF HEALTH CARE -
trends

HEALTH POLICY

EUROPE

La présente synthèse, rédigée pour la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé qui aura lieu à Tallinn (Estonie) du 25 au 27 juin 2008, est l'une des premières d'une nouvelle série qui sera destinée à répondre aux besoins des décideurs politiques et des administrateurs de systèmes de santé.

L'objectif est de rédiger des messages clés grâce auxquels les politiques pourront être élaborées en connaissance de cause. Les éditeurs continueront à étoffer la série en travaillant avec les auteurs pour que les options stratégiques et les problématiques de mise en œuvre bénéficient d'un examen plus attentif.

© Organisation mondiale de la santé, 2008 et Organisation mondiale de la santé pour l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2008

Les demandes concernant les publications du Bureau régional sont à adresser à :

Service des publications
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

Vous pouvez également remplir un formulaire de demande de documentation, d'informations sanitaires ou d'autorisation de reproduire/traduire sur le site Web du Bureau régional (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=French>).

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises et de produits commerciaux n'implique pas que ces entreprises et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la santé, de préférence à d'autres, de nature similaire, qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs, rédacteurs et groupes d'experts ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou la politique arrêtée par cette dernière.

Table des matières

	Page
Messages clés	
Résumé	
Synthèse	
L'enjeu : déterminer et mettre en place l'éventail de qualifications optimal	1
Méthodes diverses pour la constitution d'un éventail de qualifications en Europe	10
Le cas des <i>advanced practice nurses</i> au Royaume-Uni	15
Facteurs influençant la capacité à intensifier les initiatives en faveur de l'optimisation de l'éventail des qualifications	18
Conclusions	23
Références	25

Auteurs

Ivy Lynn Bourgeault, faculté de sociologie, McMaster University, Hamilton, Ontario (Canada)

Ellen Kuhlmann, faculté des sciences sociales et politiques, Université de Bath, Royaume-Uni

Elena Neiterman, faculté de sociologie, McMaster University, Hamilton, Ontario (Canada)

Sirpa Wrede, école suédoise de sciences sociales, Université d'Helsinki, Finlande

Publié par

le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Rédacteur

Govin Permanand

Rédacteurs adjoints

Josep Figueras
John Lavis
David McDaid
Elias Mossialos

Assistants de rédaction

Kate Willows
Jonathan North

Les auteurs et éditeurs remercient les réviseurs qui ont émis des commentaires sur la présente publication et apporté leur expertise.

Messages clés

Les initiatives visant à optimiser l'éventail des qualifications portent surtout sur la modification des rôles professionnels, et ce de façon directe et indirecte. Elles changent les rôles directement soit en les élargissant ou en étendant les compétences exercées, soit par une délégation ou par la mise en place d'un nouveau type de travailleur ; elles peuvent les changer indirectement par des modifications à l'interface entre les services – c'est-à-dire, à l'emplacement où les soins sont dispensés.

Ces initiatives peuvent être motivées à la fois par des considérations d'ordre qualitatif (amélioration de la qualité, développement professionnel, souci de préserver un équilibre entre travail et vie privée...) et quantitatif (pénuries, mauvaise répartition, rapport coût-efficacité...).

Parmi les instruments stratégiques permettant la mise en œuvre correcte de ces initiatives, citons : la modification des rôles professionnels ou l'introduction de nouveaux rôles par la prise de dispositions différentes sur le plan organisationnel et réglementaire, notamment par la réglementation des champs d'activité professionnelle, et par la levée des obstacles institutionnels ; le soutien aux rôles professionnels nouveaux ou élargis par un financement collectif et une modification des incitants financiers ; le fait de veiller aux fondements éducatifs (compétences et capacités) pour les rôles professionnels nouveaux et élargis.

Pour l'ensemble des initiatives, il est essentiel que les fédérations professionnelles concernées et les pouvoirs publics soutiennent les nouveaux rôles professionnels.

Ces initiatives doivent être motivées par une nécessité et tenir compte du système et des professionnels de santé ; les stratégies « à application universelle » ne sont pas utiles.

Résumé

Lorsque l'on veut déterminer et mettre en place un éventail de qualifications optimal dans un système de santé, la première étape consiste à définir cet éventail de qualifications et à clarifier les principaux problèmes auxquels son optimisation est censée apporter une solution.

Les initiatives visant à optimiser l'éventail des qualifications portent surtout sur la modification – directe ou indirecte – des rôles professionnels. Sont envisagés dans le cadre des initiatives directes, le relèvement des qualifications (par un élargissement des rôles ou des compétences), la substitution, la délégation et l'innovation (par l'introduction d'un nouveau type de travailleur). Les initiatives indirectes, par contre, apportent une modification à l'interface entre les services – c'est-à-dire, là où les soins sont fournis. Sont envisagés dans le cadre de ces initiatives le transfert (un service n'est plus fourni dans un lieu de dispensation donné, mais dans un autre), la réimplantation (le lieu où un service est dispensé change, mais pas les personnes qui le dispensent) et la médiation (les spécialistes d'un secteur des soins de santé forment et soutiennent le personnel travaillant dans un autre secteur).

Les problèmes auxquels l'optimisation de l'éventail de qualifications peut apporter une solution sont notamment les suivants : pénurie ou mauvaise répartition de certains dispensateurs de soins, augmentation du coût des soins de santé allant de pair avec un souhait d'améliorer le rapport coût-efficacité du service fourni, ainsi que l'amélioration de la qualité, qui implique aussi de se pencher sur les questions de développement professionnel et d'équilibre entre travail et vie privée.

L'éventail de qualifications optimal a été déterminé de manière différente dans différents contextes européens et a été mis en place de diverses façons, en fonction du contexte. Les initiatives visant à optimiser l'éventail des qualifications ont parfois été motivées par la nécessité ou le désir de modifier les rôles professionnels de professions établies ou d'introduire de nouveaux rôles professionnels. À d'autres moments, ces initiatives ont été motivées par le besoin ou le souhait d'engager dans une nouvelle voie stratégique des systèmes de santé requérant des modifications dans les rôles professionnels existants. Parmi cinq pays européens représentant différents systèmes de sécurité sociale et de soins de santé – l'Allemagne, l'Espagne, la Fédération de Russie, la Finlande et le Royaume-Uni – c'est au Royaume-Uni que le déploiement a été le plus important, puis en Finlande ; en Allemagne, en Espagne et dans la Fédération de Russie, il a été beaucoup plus timide. Dans ces cinq pays, les initiatives visant des changements dans les rôles professionnels ont généralement impliqué des modifications de facteurs structurels – notamment, la législation, la réglementation du champ d'activité professionnelle, l'agrément, la formation initiale et continue (habituellement la première à être

modifiée), et souvent aussi le financement collectif et la dispensation des services par le secteur public.

La création et l'introduction de la profession d'advanced practice nurse au Royaume-Uni permettent de tirer des enseignements utiles applicables à d'autres systèmes de santé européens. Cette initiative, qui a bénéficié d'un soutien important de la part des pouvoirs publics et n'a pas rencontré d'opposition de la part de la profession médicale dominante, a été mise en œuvre de façon poussée au Royaume-Uni. On peut argumenter que son relatif succès est imputable à des facteurs favorables propres au contexte du Royaume-Uni. Toutefois, les facteurs du contexte britannique qui ont permis la réalisation de cette initiative sont essentiels pour mieux comprendre la viabilité de diverses stratégies d'optimisation de l'éventail des qualifications dans d'autres pays.

The contextual factors that influence the implementation (and potential scaling) Les facteurs du contexte qui influencent la mise en œuvre (et l'extension potentielle) des initiatives portant sur l'éventail des qualifications sont notamment la sensibilité aux rôles professionnels existants et aux besoins du système de santé, ainsi que le soutien des pouvoirs publics et des fédérations professionnelles ou syndicats concernés, et ces paramètres diffèrent d'un pays à l'autre. Ces facteurs peuvent opérer à plusieurs niveaux : le niveau structurel (macroniveau), le niveau interactionnel (microniveau) et le niveau institutionnel (mésosniveau). Ainsi, les instruments stratégiques applicables pour la concrétisation des initiatives visant à optimiser l'éventail des qualifications doivent porter sur : la modification des rôles professionnels ou l'introduction de nouveaux rôles par la mise en place de dispositions organisationnelles et réglementaires différentes ; le soutien aux rôles professionnels nouveaux (ou élargis) par un financement collectif et une modification des incitants financiers ; le fait de veiller à la présence de fondements éducatifs (compétences et capacités) pour les rôles professionnels nouveaux et élargis.

Dans tous les cas, le soutien des professions concernées et des pouvoirs publics est essentiel.

Comme les conclusions d'études sur les initiatives visant à optimiser l'éventail des qualifications sont souvent difficiles à extrapoler, deux stratégies à étapes multiples, depuis la détermination du problème et des besoins jusqu'à l'obtention de la capacité à entreprendre le changement et au choix de l'option, sont exposées dans le chapitre qui clôture cette synthèse. Toutes deux renforcent l'importance des éléments du contexte. Ces stratégies à étapes multiples peuvent aider les gestionnaires de systèmes de santé et les décideurs politiques à déterminer si des initiatives doivent être entreprises, et lesquelles. Globalement, cependant, la modification des services, qui peut requérir un changement de l'éventail des qualifications, peut être une approche plus efficace que la modification directe de cet éventail des qualifications.

Synthèse

L'enjeu : déterminer et mettre en place l'éventail de qualifications optimal

Définition d'un éventail de qualifications

Le terme anglais *skill mix* (éventail de qualifications), quelque peu informel, signifie aujourd'hui différentes choses pour différents acteurs concernés (1–3). Buchan et al. (4–6) ont été parmi les premiers à définir le *skill mix* de manière générale comme « la combinaison d'activités ou de compétences nécessaires pour chaque emploi au sein de l'organisation » (7), mais, plus spécifiquement, comme la combinaison particulière d'occupations, de grades ou de postes (selon le système considéré) dans une organisation. De même, Sibbald, Shen & McBride (8) le définissent comme la « combinaison d'aptitudes ou de compétences possédées par un sujet ; le rapport entre le personnel de grade supérieur et le personnel de grade inférieur dans une discipline donnée ; ou la combinaison de différentes catégories de personnel au sein d'une équipe multidisciplinaire ». Dans la littérature spécialisée, l'anglais emploie d'autres termes pour des concepts similaires, dont *task shifting* (9) et *task delegation* (10), (délégation de tâches), qui impliquent de confier les tâches d'un groupe de travailleurs de la santé à un autre groupe, de niveau inférieur, ou à un groupe de travailleurs tout à fait différent.

Au-delà de ces définitions générales, une distinction plus utile peut être faite entre les démarches d'organisation d'éventails de qualifications axées sur un changement direct des rôles professionnels et celles qui modifient les rôles indirectement, par des changements dans la fourniture de services (tableau 1).

Si la mise en place d'un éventail des qualifications optimal est la solution, quel est le problème ?

Pour mieux comprendre la problématique de l'éventail des qualifications, il est important de voir pourquoi les rôles existants suscitent une préoccupation, de décrire les problèmes ou défis que cela entraîne au sein des systèmes de santé européens et d'apprendre comment ces problèmes ont affecté des groupes ou des zones spécifiques. Un rapport élaboré en 2006 par le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (11) a déterminé les ressources humaines nécessaires pour relever les défis sanitaires auxquels tous les systèmes de soins de santé de la Région européenne de l'OMS sont confrontés. Parmi ces défis, citons les suivants : des pénuries en perspective pour certaines catégories de travailleurs de la santé ; une migration de travailleurs de plus en plus importante ; des déséquilibres dans la répartition (géographique, entre les sexes, entre les catégories professionnelles, entre les

Tableau 1. Catégorisation des initiatives en vue de l'organisation de l'éventail des qualifications

Mode	Mesures
<i>Changement de rôles</i>	
Relèvement des qualifications	Étoffer les responsabilités « en profondeur », en donnant à un certain groupe de travailleurs un rôle ou des compétences plus importants
Substitution	Étoffer les responsabilités « horizontalement » – notamment en gommant les démarcations entre les professions ou en remplaçant un type de travailleur par un autre.
Délégation	Déplacer une tâche à un échelon supérieur ou inférieur d'une échelle unidisciplinaire traditionnelle
Innovation	Créer de nouveaux emplois en introduisant un nouveau type de travailleur
<i>Changement à l'interface entre les services</i>	
Transfert	Fournir un service dans un nouveau lieu de dispensation de soins – par exemple, remplacer les soins en hôpital par des soins de proximité
Réimplantation	Changer le lieu à partir duquel un service est fourni sans changer les personnes qui le fournissent (par exemple gérer un établissement hospitalier implanté dans un lieu de dispensation de soins primaires)
Médiation	Employer des spécialistes d'un secteur des soins de santé pour la formation et le soutien de membres du personnel travaillant dans un autre secteur (par exemple <i>hospital outreach facilitators</i>). ¹

Source: Sibbald, Shen & McBride (8).

différents établissements) de divers types de travailleurs ; des déséquilibres qualitatifs (par exemple sous-qualification ou qualification inadéquate) chez les travailleurs de la santé.

Regroupés, ces défis ont « donné lieu à une reconnaissance tardive du caractère essentiel, pour la santé, des ressources humaines, qui constituent la pierre d'angle de toute action dans ce domaine » (12). L'optimisation de

¹ Les *hospital outreach facilitators* sont principalement chargés de faciliter l'introduction de tout changement apporté au système. Plus spécifiquement, ils évaluent les performances, facilitent les mécanismes de feedback, essaient d'amener des consensus sur les objectifs à fixer en cas de mise en œuvre d'un nouveau programme... Ils formulent également des recommandations sur le plan technique, clinique et organisationnel en soins de santé primaires).

l'éventail des qualifications est brandie comme solution pour différents types de ressources humaines pour les problèmes de santé. Pour parvenir à cette optimisation, il faut non seulement un changement de rôles entre

Tableau 2. Nouveaux rôles et optimisation de l'éventail des qualifications : motifs, problématiques et interventions possibles

Motif et problématique	Interventions possibles
Réagir aux pénuries de personnel à des postes ou dans des professions spécifiques	Remplacer certaines compétences par d'autres Mieux exploiter les compétences disponibles Créer un nouveau rôle
Parvenir à une meilleure gestion des frais de fonctionnement – plus spécifiquement des frais de main-d'œuvre	Réduire le coût unitaire de la main-d'œuvre ou améliorer la productivité en modifiant l'éventail ou le niveau des qualifications
Améliorer la qualité des soins	Mieux exploiter et déployer les compétences du personnel en parvenant à la meilleure combinaison possible des éléments et des rôles
Parvenir à rationaliser le recours à de nouvelles technologies médicales et à des interventions	Recycler le personnel Amener de nouvelles compétences Introduire un éventail des qualifications différent, un nouveau type de rôle ou un nouveau travailleur
Maximaliser les bienfaits de nouveaux programmes ou initiatives pour la santé en mettant en place des travailleurs adéquatement formés	Évaluer les différents types de personnel requis en tenant compte du rapport coût-efficacité Améliorer les compétences du personnel existant Introduire de nouveaux rôles
Réforme du système de santé supposant une compression des coûts, une qualité de soins supérieure et un meilleur fonctionnement, et une réaction des organismes du secteur de la santé aux besoins	Reprofilier ou réorganiser Adapter la main-d'œuvre Introduire de nouveaux rôles Introduire de nouveaux travailleurs
Marge de manœuvre pour changer les rôles aux différents postes et dans les différentes professions (ou limitation de ces rôles)	Modification ou élargissement des rôles Demande de nouvelles compétences
Modifications dans le contexte législatif, par exemple augmentation des indemnités versées pour les soins médicaux	Introduction de nouveaux travailleurs

Source: Buchan & Dal Poz (7).

professionnels, mais aussi des interfaces entre les services, ou simplement l'adoption de politiques grâce auxquelles les professionnels adéquats sont placés à l'endroit voulu et y restent. Parmi les principales problématiques auxquelles un éventail des qualifications approprié pourrait apporter une solution, citons : la pénurie de certains groupes de prestataires de soins et (point connexe) leur mauvaise répartition ; un désir de rationaliser la fourniture des services de santé au vu de l'augmentation du coût des soins ; et l'amélioration de la qualité, en tenant compte des questions de formation professionnelle et de qualité de la combinaison entre le travail et la vie privée (5). Ces facteurs motivant la prise de mesures coexistent souvent, de sorte que toute une série d'initiatives différentes sont nécessaires pour l'optimisation de l'éventail des qualifications (tableau 2).

Ressources humaines pour la santé : pénuries et mauvaise répartition

La plupart des pays déclarent être confrontés à des pénuries de ressources humaines pour la santé en général, et en particulier, à des pénuries liées à l'emplacement géographique ou aux compétences. Même si certaines de ces pénuries sont ressenties de manière plus aiguë dans certains pays et par certaines catégories professionnelles, presque tous les pays souffrent d'une mauvaise répartition des ressources humaines, caractérisée par une concentration dans les villes et un déficit dans les zones rurales (13). De plus, la majorité des pays connaissent des problèmes lorsqu'il faut faire correspondre les compétences des professionnels disponibles aux besoins locaux sur le plan de la santé. Les déficits se manifestent en particulier pour les compétences liées à la santé publique, la politique de santé et la gestion. La mobilité croissante des travailleurs de la santé dans la Région ajoute encore à ces problèmes (11).

Les pénuries de personnel sont l'un des principaux moteurs des initiatives visant à optimiser l'éventail des qualifications. Le Royaume-Uni, par exemple, a beaucoup moins de médecins par unité de population que les autres pays examinés dans le cadre de cette synthèse, et se situe sous la moyenne de l'Union européenne (UE) (tableau 3). Ce problème a été épinglé comme l'un des plus épineux auxquels est confronté le Service national de la santé du Royaume-Uni, et les pouvoirs publics ont réagi par un engagement explicite : « plus de personnel travaillant différemment » (14).

En Finlande, la pénurie de médecins spécialistes était de 8 % en 2003, et de 11 % pour les soins de santé primaires. Par ailleurs, selon les estimations, 21 % des médecins en chef et 26 % des infirmières en chef prendront leur retraite entre 2006 et 2010, ce qui pourrait aggraver les pénuries existantes (15).

En Allemagne, après une phase de surproduction de médecins, le pays a connu une diminution, puis une stabilisation du nombre d'étudiants inscrits en médecine entre 1993 et 2000 (17). Depuis, toutefois, le nombre de médecins

Tableau 3. Nombre de travailleurs de la santé pour 100 000 habitants dans une sélection de pays de la Région européenne de l'OMS, 2006

Pays	Médecins	Généralistes	Infirmières	Sages-femmes
Allemagne	343.86	98.71	780.03 ^a	20.56 ^a
Espagne	322.11 ^b	73.76	743.68	~15 ^c
Fédération de Russie	430.89	27.27	805.93	45.98
Finlande	329.86	166.29	855.95	35.92
Royaume-Uni	212.61 ^d	67.31 ^e	~932 ^c	62.46 ^b
Moyenne pour l'UE	315.04	97.71	741.56	36.01 ^a

^a Chiffres de 2005.

^b Chiffres de 2003.

^c Estimations basées sur le rapport entre le nombre de docteurs et le nombre d'infirmières dans Rechel, Dubois & McKee (11).

^d Chiffres de 2002.

^e Chiffres de 2004.

Source : Base de données européenne de la Santé pour tous (16).

par habitant a continué à augmenter. Dès lors, tandis que la partie occidentale du pays possède toujours un grand nombre de médecins pour l'ensemble des lieux de dispensation de soins, la profession et les décideurs politiques s'inquiètent d'une pénurie dans la partie orientale de l'Allemagne, surtout dans les zones rurales.

Dans la Fédération de Russie, quoique le système soviétique ait produit des médecins en grand nombre, atteignant un ratio de 471 médecins pour 100 000 habitants à la fin des années 90, seulement 1 500 ont été formés à la médecine familiale ou générale moderne – soit moins de 0,2 % de l'ensemble des médecins (18). Comme la version soviétique d'un médecin généraliste (le Uchastkovii terapevt – un médecin maîtrisant un répertoire clinique peu étendu, servant de premier contact à une population géographiquement définie et renvoyant généralement les patients en soins secondaires) est en train de disparaître, sans que de nouveaux médecins ne s'engagent dans cette spécialisation, il y a, en général, une grave pénurie de personnel en matière de soins de santé primaires.

En Espagne, par contre, c'est le nombre d'infirmières qui suscite de l'inquiétude. Ce pays a l'un des ratios les plus bas de l'UE pour le nombre

d'infirmières par unité de population (11). De plus, la répartition géographique des infirmières est plus inégale que celle des médecins. La différence entre les régions possédant le ratio le plus bas et le plus élevé d'infirmières par unité de population va du simple à plus du double.

Pour essayer de résoudre le problème des pénuries en ressources humaines pour la santé dans divers pays, on a recouru à des initiatives visant à équilibrer l'éventail des qualifications, mais ces initiatives pourraient, par inadvertance, augmenter les pénuries dans un autre groupe en cas de lacunes dans leur conception ou de manque de réflexion (6). Cette considération est développée dans le chapitre consacré aux facteurs influençant la capacité à renforcer les initiatives relatives à l'éventail des qualifications.

Augmentation du coût des soins de santé

Dans de nombreux contextes, l'éventail des qualifications est défini dans le cadre d'un débat sur la compression des coûts, où il est question d'efficacité et de réformes, ce qui débouche souvent sur une délégation des tâches à des travailleurs moins qualifiés et, point plus important, moins bien payés. Le remplacement de travailleurs plus chers par des travailleurs meilleur marché – par exemple, le remplacement d'infirmières par des aides-soignants – est de plus en plus apparent dans de nombreux pays (7). En introduisant de telles mesures, cependant, l'on ne tient généralement pas compte du rapport coût-efficacité, et il n'est pas certain que l'on réalise des économies en remplaçant du personnel « coûteux » par du personnel « bon marché », car il faut pour cela que ce dernier ne consomme pas plus de ressources pour fournir des soins identiques en termes de volume et de qualité (8). Qui plus est, une modification de l'éventail des qualifications entraîne d'abord une hausse des coûts en raison de la nécessité de recycler le personnel et d'éliminer progressivement les anciennes méthodes de travail. Ce n'est qu'à plus long terme, une fois que les nouveaux rôles sont fixés et les programmes de formation adoptés, qu'il y a une possibilité de réaliser des économies. Dès lors, les initiatives portant sur l'éventail des qualifications ne devraient pas être motivées principalement par le fait de réaliser des économies, surtout pas à court terme.

Développement professionnel et souci d'équilibre entre travail et vie privée

La composition et l'orientation du personnel de santé change également sur le plan qualitatif, tant en ce qui concerne le souci d'équilibre entre travail et vie privée que le désir de formation continue. Par exemple, l'introduction de la directive de 1993 sur le temps de travail (93/104/CE) dans l'UE a entraîné des changements législatifs au Royaume-Uni, qui ont limité la durée de travail autorisée pour les médecins en début de carrière, ce qui a encore aggravé les pénuries pré-existantes (5). De plus, les choix de carrière d'un personnel médical qui se féminise, visant à atteindre un équilibre plus réaliste entre le travail et la

famille, sont à l'origine d'une pénurie de médecins au Royaume-Uni et, plus généralement, dans toute l'Europe (11) ; les horaires de travail des hommes changent, eux aussi.

En ce qui concerne le développement professionnel, les sciences infirmières, dans la plupart des pays d'Europe, se sont professionnalisées, ce qui requiert l'investissement de plus de temps dans la formation initiale et continue. En Allemagne et en Espagne, particulièrement, les impératifs éducatifs imposés aux infirmières pour leur entrée en service se sont durcis. Par ailleurs, les infirmières se préoccupent davantage du manque de reconnaissance sociale, du caractère inadéquat de la formation continue, des bas salaires, des mauvaises conditions de travail et de l'absence de soutien de la part de la direction. En termes de satisfaction des utilisateurs et des professionnels, les initiatives portant sur l'éventail des qualifications commencent seulement à explorer ces dimensions qualitatives du travail et de la reconnaissance professionnelle.

Champ d'application et méthodes

Vu les préoccupations exposées plus haut, la présente synthèse porte sur la question de savoir comment déterminer et mettre en œuvre un éventail de qualifications optimal. En nous souvenant des définitions de l'éventail des qualifications et des raisons qui motivent sa constitution, nous nous concentrerons sur trois éléments généraux : changement dans les rôles professionnels au sein de professions établies (relèvement des qualifications, substitution) ; proposition de nouveaux rôles professionnels (innovation) ; proposition de nouvelles directions stratégiques pour les systèmes de santé, ce qui requiert un déplacement des rôles professionnels (transfert).

Nous étudierons plus particulièrement les cas de l'Allemagne, de l'Espagne, de la Fédération de Russie, de la Finlande et du Royaume-Uni, car ils représentent différents systèmes européens de protection sociale et de santé (19–21). Pour aider à établir le contexte, le tableau 4 compare ces systèmes sur la base de leur réglementation, de la coordination des groupes de dispensateurs de soins et de leurs services, et des ressources humaines dans la gestion de la santé. La présente synthèse se fonde sur un examen détaillé de la littérature, dont d'importants documents de base sur la politique et le contexte, extraits à la fois de sources primaires et secondaires. Nous avons notamment effectué des recherches sur les sites Web de groupes concernés et de cellules de réflexion sur la politique, en Europe et ailleurs, ainsi que des recherches approfondies dans des bases de données pertinentes.

Nous avons également recours à un exemple précis, celui des advanced practice nurses au Royaume-Uni. Cet exemple permet de glaner certains éclaircissements importants pour mieux comprendre les effets et les impératifs

Tableau 4. Coordination des groupes de dispensateurs de soins et des ressources humaines en gestion sanitaire (comparaison)

Allemagne	Espagne	Fédération de Russie	Finlande	Royaume-Uni
Réglementation				
Réglementation décentralisée par des corporations	Réglementation décentralisée	Réglementation de l'État central	Réglementation de l'État central, par l'Autorité nationale pour les affaires médico-légales (ministère des Affaires sociales et de la Santé)	Réglementation de l'État central
Réseau d'institutions de droit public, basé sur deux piliers : les caisses d'assurance-maladie légales et les fédérations de médecins (administration conjointe, autonome, de l'assurance-maladie légale)	Les communautés autonomes produisent des plans en matière de soins de santé Il existe aussi un plan centralisé pour la santé			Les organes de réglementation font de plus en plus intervenir divers acteurs
Professionalisation et ressources humaines dans l'administration de la santé				
Les groupes de professionnels de santé sont de plus en plus souvent diplômés de l'enseignement supérieur (accords de Bologne), mais pas de reconnaissance juridique en tant que profession autogérée	La majorité du personnel médical et des autres professionnels de santé sont des fonctionnaires Toutes les négociations sur les conditions de travail se font à l'échelon central et, par conséquent, les gestionnaires de la santé ont peu de pouvoirs pour diriger les professionnels de santé	Jusqu'à récemment, le médecin ayant le plus d'ancienneté à l'hôpital exerçait les fonctions de directeur Récemment, de nouveaux cours de formation à la gestion ont été créés	Toute une série de groupes de professionnels de santé sont agréés, ce qui leur donne le droit exclusif de pratiquer leur profession Tous les professionnels du secteur public, y compris les médecins, sont des salariés, et les salaires sont négociés dans le cadre d'accords détaillés	Professionalisation rapide Nouveaux organes de réglementation Une certaine gestion des ressources humaines, spécialement pour les médecins et les infirmières Recrutement actif de professionnels étrangers
Une certaine gestion des ressources humaines, mais limitée à la profession médicale	Après avoir réussi les examens d'entrée, les travailleurs de la santé se voient conférer un statut de permanents au sein du système		Depuis 2007, des signes indiquent un passage à des accords conclus à l'échelle locale	

Coordination des groupes et services de dispensation de soins				
<p>La profession médicale représente les dispensateurs de soins dans les principaux organes de réglementation</p> <p>Les autres professions de la santé sont exclues</p> <p>Plus récemment, les infirmières ont été incluses au niveau organisationnel dans la gouvernance des hôpitaux</p> <p>Les services sont fortement fragmentés</p> <p>Il y a un manque de coordination entre le secteur des soins dispensés en hôpital et celui des soins ambulatoires</p>	<p>Les professionnels de la médecine sont employés par des hôpitaux régionaux ou des établissements régionaux de soins de santé primaires ; dans les deux cas, ils perçoivent un salaire</p> <p>Certains généralistes travaillent aussi dans des établissements dispensant des soins de santé primaires, et ils facturent leurs services</p> <p>Il n'y a pas beaucoup de coordination entre généralistes et spécialistes</p>	<p>La majorité des dispensateurs de soins de santé travaillant pour le gouvernement reçoivent un salaire</p> <p>Le salaire est très bas, mais les professionnels de la médecine n'ont pas de fédération professionnelle qui pourrait faire pression pour un salaire plus élevé</p> <p>La situation est quelque peu meilleure dans le secteur privé, mais ce secteur n'est pas encore très développé</p>	<p>Les principales productrices de services de santé publique sont les municipalités</p> <p>Elles gèrent des centres de soins de santé primaires et achètent les soins spécialisés aux districts hospitaliers</p> <p>Le rôle des services privés s'est intensifié en raison d'une orientation de plus en plus axée sur les lois du marché</p> <p>La pratique privée donne aux médecins des possibilités lucratives d'exercer, mais les services privés sont souvent gérés par de grosses sociétés</p>	<p>Il existe une réglementation interprofessionnelle</p> <p>Les soins de santé pour patients hospitalisés et patients externes sont coordonnés avec l'aide sociale</p>

de la constitution d'un éventail des qualifications optimal. Par ailleurs, nous émettons des commentaires sur la possibilité d'améliorer cet éventail des qualifications et d'autres, en dégageant les facteurs contextuels clés qui influencent le résultat de ces initiatives de constitution d'un éventail des qualifications, et concluons en soulignant certaines questions importantes sur la capacité de ces initiatives à résoudre les problèmes persistants en matière de ressources humaines pour la santé.

Méthodes diverses pour la constitution d'un éventail de qualifications en Europe

Dans ce chapitre, nous examinerons comment, dans différents contextes politiques et nationaux, des initiatives ont été menées en vue de la constitution d'un éventail des qualifications optimal : en modifiant les rôles, en en créant de nouveaux et en les confiant à d'autres acteurs.

Changer les rôles professionnels dans des professions établies

Les propositions visant à changer les rôles professionnels dans des professions établies sont reprises dans deux des méthodes de Sibbald, Shen & McBride (8) : relèvement des qualifications et substitution (voir tableau 1). Certaines initiatives menées au Royaume-Uni pour la constitution d'un éventail des qualifications optimal ont été incluses dans le programme « Changing Workforce » de 2001-2005, dans lequel on préconisait d'élargir le rôle des infirmières praticiennes². Ce rapport recommandait également d'élargir le rôle des assistants qualifiés en soins de santé, afin de décharger les infirmières et autres professionnels de santé d'une partie de leurs tâches (6). Cette recommandation a été réitérée dans le rapport Wanless, qui avançait que l'on pouvait non seulement confier aux infirmières certaines tâches des médecins, mais qu'en plus, les assistants en soins de santé pouvaient accomplir quelque 12,5 % des tâches actuelles des infirmières (22).

En Finlande, certaines propositions de relèvement des qualifications et de substitution ont été formulées dans la *Décision de principe prise par le Conseil d'État pour assurer l'avenir des services de santé* (2002) (23). Cette décision a débouché sur de nombreuses initiatives locales, dans le cadre desquelles les infirmières ont assumé des tâches relevant précédemment des attributions des médecins : par exemple, les soins préventifs et le suivi à long terme de certaines

² L'infirmière praticienne (nurse practitioner) a suivi une formation complémentaire lui permettant de diagnostiquer et de soigner des maladies répandues, de prescrire des médicaments, de demander que des tests soient effectués, et d'aiguiller les patients vers d'autres professionnels de santé.] (et autres rôles de premier plan pour infirmières et professionnels de santé du même type) afin de réagir à la pénurie de médecins.

maladies chroniques (diabète de type 2, obésité, hypertension, asthme, rhumatisme...), les soins pour certaines maladies infectieuses aiguës, mais bénignes (par exemple infections respiratoires et/ou urinaires) et la rédaction de certains certificats de santé.

Comme c'est souvent le cas en Finlande, la modification de la répartition des tâches entre médecins et infirmières et entre infirmières titulaires d'une licence universitaire et infirmières ayant suivi une formation professionnelle pratique a été le résultat de négociations locales menées dans les districts hospitaliers et les centres de santé (24). Plus de la moitié de ces projets, pilotes au départ, sont en train de devenir des dispositions permanentes (25). Si, par le biais de ces projets, un vaste éventail de tâches complexes ont été confiées à d'autres professionnels, ce transfert a révélé des tensions dans la répartition du travail. Étant donné que les salaires des médecins sont sensiblement plus élevés, les infirmières s'attendent à ce que la prise en charge de nouvelles responsabilités ait une répercussion sur leur rémunération. Par ailleurs, il est difficile de recruter des infirmières pour un travail de plus en plus éprouvant alors qu'il leur est demandé de faire plus d'études, de leur propre initiative, pour obtenir la qualification nécessaire afin d'assumer ce surcroît de travail. De plus, les négociations locales entre groupes professionnels ont parfois suscité des tensions. Enfin, la persistance de délimitations symboliques entre les professions se manifeste par le fait que certaines tâches, telles que le diagnostic et la prescription de médicaments dans le cas de maladies bénignes, n'ont pas été confiées aux infirmières ou aux sages-femmes.

En Allemagne, c'est en 2007 que l'optimisation de l'éventail des qualifications a été évoquée pour la première fois en tant qu'option pour la réforme du système de santé. Cette initiative ne découlait pas d'une action des pouvoirs publics ou de pressions exercées par un organisme professionnel, mais était motivée par le Conseil consultatif sur l'évaluation de l'évolution du système de soins de santé, généralement perçu comme un groupe de sages pour l'élaboration de politiques. À la suite d'un débat avec divers groupes de professionnels de santé, le Conseil a suggéré d'envisager l'optimisation de l'éventail des qualifications comme nouvelle stratégie pour une gestion plus efficace des ressources humaines (3). Son rapport a également établi clairement que le cadre législatif et le système éducatif existants faisaient obstacle à ce type d'initiatives. Alors qu'une nouvelle répartition des tâches – par exemple permission à certains groupes d'infirmières de prescrire des médicaments – est souhaitable en Allemagne, elle nécessitera donc des modifications importantes de la législation.

Dans la Fédération de Russie, l'optimisation de l'éventail des qualifications pour les catégories professionnelles existantes consiste généralement à élargir le rôle des généralistes travaillant dans le domaine des soins de santé primaires ou à

modifier l'équilibre entre généralistes et médecins spécialisés travaillant dans les hôpitaux. Quoique la nécessité d'attirer des médecins vers les soins de santé primaires et de modifier l'éventail des qualifications en faveur des généralistes ait été proclamée à tous les niveaux de l'administration de la santé, elle n'a pas reçu le soutien nécessaire de la part des hauts gestionnaires de la santé. Du reste, le système n'est pas suffisamment équipé pour accueillir un tel changement. Par conséquent, on essaie de résoudre cette problématique par des modifications dans le système de santé, plutôt que dans les rôles des différentes professions elles-mêmes..

À ce jour, les initiatives en vue d'un relèvement des qualifications ont été axées presque exclusivement sur les infirmières. Dans le cadre de ces initiatives, les infirmières ont notamment élargi leur rôle aux tâches suivantes : direction de cliniques de soins primaires contre l'asthme, initiative en matière de réalisation de thrombolyse, rééducation de patients, et soins spécialisés à domicile pour patients souffrant de broncho-pneumopathies obstructives chroniques ou de sclérose en plaques. Sibbald, Shen & McBride ont constaté que, même si les infirmières dispensant des soins de santé primaires prodiguaient généralement des soins d'aussi bonne qualité que les médecins, les gains de santé signalés pour les patients étaient minimes dans tous les cas (8). Ils ont également observé que même si les infirmières étaient tenues en haute estime pour leur sens du contact, en termes de satisfaction du patient, les économies réalisées sur les coûts salariaux nets par rapport aux médecins étaient négligeables, parce qu'elles passent plus de temps en consultation, font passer plus d'examen et sont plus souvent rappelées par les patients. Le remplacement des médecins par des infirmières/sages-femmes a débouché sur des conclusions similaires à celles constatées dans les soins primaires, mais les bases factuelles en faveur du remplacement des infirmières par du personnel moins formé étaient lacunaires en ce qui concerne le coût, l'efficacité et la qualité des soins.

Relèvement des qualifications des infirmières et exercice d'autres rôles dans une sélection de pays européens

En Allemagne, en Grèce, en Irlande, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni, en Slovaquie et en Suède, les progrès enregistrés dans le relèvement des qualifications des infirmières et l'exercice, par ces dernières, d'autres rôles sont les suivants (5) : Le Royaume-Uni est le seul pays à signaler un certain niveau d'utilisation actuel d'infirmières exerçant à un niveau avancé, avec capacité d'effectuer des prescriptions. La Grèce, l'Irlande, les Pays-Bas et la Slovaquie signalent que des projets pilotes ont débuté ou sont envisagés. L'Allemagne effectue des planifications visant à mettre davantage l'accent sur la coopération interdisciplinaire. La Suède relève les compétences des infirmières en matière d'anesthésie, de diabète et d'asthme, mais il n'y a, par ailleurs, aucune mention d'initiative de substitution.

Proposition de nouveaux rôles professionnels

L'innovation désigne les initiatives de modification de l'éventail des qualifications impliquant de nouveaux rôles professionnels dont, par exemple, des généralistes avec des intérêts particuliers, des infirmières praticiennes, des infirmières cliniciennes spécialisées et des infirmières exerçant à un niveau avancé (8). Cependant, la différence entre ces initiatives et les initiatives de relèvement des qualifications et de substitution évoquées plus haut est mince. Par exemple, les modifications de l'éventail des qualifications au Royaume-Uni ont impliqué la création d'un nouveau grade d'infirmière consultante dans les hôpitaux (6). Mais est-ce réellement un nouveau rôle professionnel, ou plutôt la valorisation d'un rôle existant ? Souvent, on peut se demander si les initiatives débouchent vraiment sur de nouveaux types de travailleurs ou de nouveaux types de travaux pour lesquels on emploie du personnel existant (7).

Quoique les *feldshers* de la Fédération de Russie (dispensateurs de soins similaires aux infirmières praticiennes, qui travaillent dans des zones rurales où il n'y a pas de médecins) ne soient pas nécessairement nouveaux, ils pourraient également être étudiés dans cette catégorie. En raison de la pénurie de généralistes, qui se fait tout particulièrement sentir dans les zones rurales, près de 10 % des infirmières sont des *feldshers*. Le recours à de nouveaux rôles professionnels en matière de soins de santé primaires dans les zones rurales n'est pas un phénomène propre à la Fédération de Russie. De nouveaux rôles professionnels, tels que celui d'infirmière praticienne dans certains pays et d'auxiliaires médicaux (physician assistants) aux États-Unis, ont été mis en place pour réagir aux pénuries dans les zones rurales. L'intérêt pour les auxiliaires médicaux a gagné le Royaume-Uni (26), et certains auxiliaires formés aux États-Unis ont été engagés dans certains créneaux du Service national de la santé du Royaume-Uni (27).

Les nouveaux rôles professionnels ne sont pas seulement difficiles à délimiter, mais ils sont aussi difficiles à mettre en place. Ils requièrent d'abord une reconnaissance officielle, puis l'établissement d'une réglementation appropriée et cohérente par les organes directeurs des hôpitaux. Par ailleurs, les travailleurs de la santé qui vont assumer de nouveaux rôles doivent se recycler et acquérir de nouvelles aptitudes et compétences. Ce défi, comme d'autres, est envisagé dans le chapitre consacré aux facteurs influençant la capacité à renforcer les initiatives relatives à l'éventail des qualifications.

Déplacement des rôles professionnels pour répondre aux changements du système de santé

La plupart des propositions nécessitant un déplacement des rôles professionnels (politiques de « transfert ») impliquent un déplacement de l'hôpital vers un environnement de proximité (8). Sont envisagés ici le déplacement depuis les

hôpitaux de jour vers les cabinets de généralistes, comme au Royaume-Uni, ainsi que l'aiguillage des patients depuis les services d'urgence vers les dispensateurs de soins primaires. La satisfaction du patient est généralement meilleure dans le cas de soins de proximité, et la qualité des soins est similaire à celle des soins en établissement. Toutefois, le rapport coût-efficacité de ces interventions de transfert doit encore être adéquatement évalué.

La réforme la plus significative des services de santé du Royaume-Uni en rapport avec un déplacement des rôles professionnels a été le lancement du nouveau service National Health Service Direct, en novembre 2000. Il s'agit d'une ligne téléphonique unique accessible 24 heures sur 24. Ses usagers reçoivent des informations et des conseils sur la santé. Les appels sont réceptionnés par des infirmières qui emploient des logiciels d'aide à la décision pour fournir des critères cliniques cohérents. Viennent s'ajouter à ce service un service en ligne et un site Web sur lequel se trouvent des informations et un guide relatif aux symptômes les plus répandus. Dans le cadre du National Health Service Direct, les consultations de soins primaires font partie des attributions des infirmières du centre d'appel – un changement par rapport aux fonctions traditionnelles des infirmières, un déplacement physique de ces infirmières et une formation supplémentaire pour elles.

En Finlande, un changement dans la dispensation de soins prend la forme d'une nouvelle qualification professionnelle intersectorielle : des infirmières auxiliaires en soins de santé et en aide sociale. Cette nouvelle qualification a été créée afin de résoudre les questions de dispensation de soins et de gestion pour les personnes âgées, étant donné les changements démographiques et la pression sur les coûts. Ce nouveau rôle réalise la fusion entre un grand nombre d'occupations étroitement compartimentées pour en faire une seule qualification plus vaste (28). Au cours des deux premières années, tous les étudiants reçoivent la même formation de base en soins de santé et en aide sociale, mais ensuite, ils se spécialisent dans l'une des disciplines la dernière année.

La Finlande a connu un autre changement, tendant à introduire des équipes interdisciplinaires pour les soins primaires. L'Espagne connaît une évolution similaire, dans une moindre mesure. En Finlande, ce changement a nécessité une modification du rôle des généralistes et des infirmières hygiénistes. En Espagne, la réforme de 1984 sur les soins de santé primaires a eu pour conséquence de faire sortir les généralistes de leur cabinet pour rejoindre des équipes dans des centres de soins primaires détenus par les pouvoirs publics.

Le plus grand déploiement des diverses initiatives décrites en matière d'éventail des qualifications s'est déroulé au Royaume-Uni, puis en Finlande ; il a eu lieu dans une bien moindre mesure en Allemagne, en Espagne et en Fédération de Russie. Si l'on prend tous les cas, quel que soit le pays, on peut dire que les

initiatives ciblent les professionnels de santé sur deux fronts : la modification des rôles professionnels et la modification des services. Le premier type de modification implique généralement la nécessité de modifier le contexte structurel (principalement la législation et la réglementation) du champ d'activité, de l'obtention de diplômes, de la formation initiale et continue, et aussi – souvent – le financement collectif et la dispensation de services dans le secteur public. Comme ce sont là des facteurs clés qui influencent le potentiel de déploiement des initiatives visant à optimiser l'éventail des qualifications, ils sont évoqués dans le chapitre sur les facteurs influençant la capacité à multiplier ce type d'initiatives. Tout d'abord, cependant, nous allons exposer l'exemple des *advanced practice nurses* (infirmières exerçant à un niveau avancé) au Royaume-Uni, afin de dégager des considérations qui pourraient être appliquées pour déployer davantage des initiatives similaires dans d'autres systèmes de santé européens.

Le cas des *advanced practice nurses* au Royaume-Uni

Le Conseil international des infirmières définit l'*advanced practice nurse* comme suit : « une infirmière diplômée qui a acquis les connaissances spécialisées, les aptitudes complexes en matière de prise de décisions, et les compétences cliniques pour pratiquer à un niveau supérieur », et qui est généralement titulaire d'une maîtrise. Les *advanced practice nurses* sont à même de prendre des décisions individuelles et collectives sur les soins à apporter à un patient (5). Dans la présente synthèse, nous citons le terme *advanced practice nurse*, mais selon le Royal College of Nursing (association professionnelle britannique des infirmières) le terme consacré, au Royaume-Uni, est *advanced nurse practitioner*. Au Royaume-Uni, le rôle de l'*advanced nurse practitioner* a initialement été instauré pour les soins primaires, mais il s'est développé depuis pour inclure les soins tertiaires, et concerne surtout les soins dispensés dans les services d'urgence.

Quoique les *advanced practice nurses* et *nurse practitioners* font partie du Service national de la santé depuis le début des années 70, leur rôle a été réaffirmé dans un rapport publié en 1999 par le ministère britannique de la Santé (30). À cette époque, il y avait environ 3 000 *advanced practice nurses* au Royaume-Uni (5). Peu après, un rapport qui a fait date sur la réforme du Service national de la santé a souligné qu'il était important de gommer les démarcations traditionnelles entre les rôles cliniques (31). Plus tard, dans le rapport Wanless (2002), il a été affirmé que les *nurse practitioners* pouvaient prendre en charge quelque 20 % des tâches actuellement assumées par des généralistes et des médecins en début d'activité (22).

Une *advanced practice nurse* est, par exemple, une infirmière spécialement formée pour prescrire des médicaments et rendre des diagnostics à partir d'une

liste précise et pour des affections spécifiques. En mai 2001, le gouvernement a élargi la capacité de prescrire des médicaments à des groupes plus vastes d'infirmières, et pour une gamme de médications plus étendue. En 2006, il y avait près de 7 000 *extended formulary nurse prescribers* et plus de 6 500 infirmières qualifiées pour devenir *supplementary prescribers*. Les premières exerçaient, en toute indépendance, des responsabilités de prescription d'après le *Nurse Prescribers' Extended Formulary* (recueil étendu de formules pharmaceutiques pour infirmières autorisées à prescrire) afin de soigner une liste précise de maladies, tandis que les secondes pouvaient prescrire tout médicament contrôlé figurant dans le plan de traitement clinique d'un patient et approuvé par un médecin.

En mai 2006, ce rôle a encore été étendu avec la création des *nurse independent prescribers*, et le *Nurse Prescribers' Extended Formulary* a été supprimé. Les *nurse independent prescribers* peuvent prescrire tout médicament autorisé pour tout état pathologique relevant de leur compétence, y compris certaines drogues contrôlées, uniquement pour les états pathologiques spécifiés. Les *nurse independent prescribers* n'ont pas l'obligation de suivre une formation complémentaire, et si une formation supplémentaire est nécessaire dans un cas particulier, elle sera dispensée dans le cadre d'un projet de développement professionnel continu. Toutefois, elles doivent d'abord satisfaire aux critères d'éligibilité définis par le Conseil des infirmières et sages-femmes. Une fois que ces critères sont remplis, la décision de savoir si des *nurse independent prescribers* seront engagées est prise au niveau local, d'après les besoins locaux du Service national de la santé et en fonction du contexte local.

Facteurs essentiels découlant du contexte

Les initiatives relatives aux *advanced practice nurses* ont été principalement motivées par les pénuries de personnel et de compétences, les politiques lancées par les pouvoirs publics et la mise en place d'un nouveau type de service (5). Ces trois moteurs de changement sont le signe d'un soutien appuyé de la part des pouvoirs publics, et l'obtention d'un tel soutien nécessite de lever un obstacle majeur par une législation et des réglementations uniformes.

Comme nous l'avons mentionné, le soutien de la profession médicale est également un aspect important. Au Royaume-Uni, cette dernière s'est montrée favorable à ces initiatives, et ce dans une plus large mesure que ce n'est le cas pour des initiatives similaires ailleurs – aux États-Unis, par exemple. Cela peut être dû au fait que les structures financières sont différentes. Aux États-Unis, par exemple, les médecins reçoivent des honoraires en contrepartie de leurs services (ce qui peut les mettre en concurrence avec les infirmières par rapport aux patients), tandis qu'au Royaume-Uni, le système prédominant est celui du paiement des services médicaux à un dispensateur de soins en fonction du

nombre de membres d'un plan de prestations-maladie, et du versement de salaires aux médecins (ce qui encourage la délégation par les médecins et le travail en équipe). Au Royaume-Uni, en raison du contrat des généralistes de 1990 (système d'enveloppes budgétaires par lequel un généraliste contrôle son budget pour l'achat de services hospitaliers), les généralistes ont encouragé les infirmières spécialisées dans les soins primaires à assumer des rôles plus complets, par exemple en promouvant la santé et en gérant les maladies chroniques. Ces rôles ont été mis en valeur par les initiatives visant à optimiser l'éventail des qualifications et considérés comme « les mieux à même de satisfaire aux nouveaux objectifs de performances donnant lieu à un paiement. Ainsi, les économies d'échelle et d'envergure ont accéléré l'accroissement de la taille et de la complexité des équipes en médecine générale » (8). Des moyens de persuasion et de dissuasion à caractère financier sont également requis pour amener des changements de ce type dans l'éventail des qualifications.

Des données probantes comme élément majeur facilitant l'optimalisation de l'éventail des qualifications

Ont aussi joué un rôle stimulant dans le cas du Royaume-Uni, outre les facteurs d'ordre structurel et politique ayant facilité les initiatives concernant l'éventail des qualifications, les conclusions de recherches sur les initiatives impliquant un relèvement des qualifications. L'un des premiers examens systématiques et méta-analyses dans ce domaine portait sur la question de savoir si les *nurse practitioners* fournissent des soins équivalents à ceux qui sont dispensés par les médecins (32). Il a été constaté que les résultats étaient au moins équivalents et que les patients étaient plus satisfaits. Des résultats similaires ont été rapportés dans le cadre d'un examen systématique réalisé en Finlande (33).

Lors d'une méta-analyse plus récente, aucune différence appréciable n'a été observée en général entre les médecins et les infirmières quant aux résultats obtenus par rapport aux patients, à l'accomplissement des soins, à l'utilisation des ressources ou au coût (34). De manière similaire à des études antérieures, la méta-analyse la plus récente a conclu que lorsque les soins étaient dispensés par des infirmières, les résultats étaient comparables quant à l'état de santé des patients, mais que les patients étaient plus satisfaits. Cependant, l'effet sur la charge de travail des médecins et les coûts directs des soins était variable. Les auteurs ont mis en garde contre la qualité médiocre de nombreuses études.

Considérations d'équité

Contrairement à d'autres infirmières dont les qualifications ont été relevées dans d'autres pays, comme les *feldshers* de la Fédération de Russie, les *nurse practitioners* et les *advanced practice nurses* du Royaume-Uni ne sont pas cantonnées dans un lieu spécifique, tel que les régions rurales ou éloignées, mal desservies.

Durabilité et intensification de l'optimisation

Alors que certains facteurs facilitent les initiatives concernant l'éventail des qualifications, d'autres les compliquent. Au Royaume-Uni, deux des principaux obstacles ont été l'absence de financement et la pénurie d'infirmières ayant suivi la formation adéquate (5). En effet, le système éducatif actuel ne possède pas les capacités nécessaires pour approfondir la formation d'un nombre sensiblement plus élevé d'*advanced practice nurses*. Le Royal College of Nursing a commencé à remédier à ce problème en stipulant clairement certaines qualifications et compétences que les *nurse practitioners* (35), et particulièrement les infirmières prescrivant des médicaments, doivent acquérir. Néanmoins, malgré une qualification obtenue à la suite d'une formation dispensée par le Conseil des infirmières et sages-femmes et une inscription dans le registre d'immatriculation professionnelle, le titre de *nurse practitioner* n'est pas protégé, c'est-à-dire qu'il n'a pas de valeur juridique. Ce manque de clarté dans la définition d'une *advanced practice nurse* et d'une *nurse practitioner* a été considéré comme particulièrement problématique pour la protection du public, car ce dernier ne savait pas avec précision quels rôles ou fonctions ces infirmières avaient le droit d'assumer.

En résumé, avec un soutien appuyé des pouvoirs publics et un manque d'opposition de la part de la profession médicale dominante, les initiatives visant à l'optimisation de l'éventail des qualifications par un relèvement des qualifications des infirmières ont été largement mises en œuvre au Royaume-Uni. On pourrait argumenter que le succès relatif de ces initiatives est largement dû au contexte propre au Royaume-Uni : un système centralisé de financement public, des carences graves et durables en ressources humaines (surtout en médecins), la rémunération des professionnels de santé dans le cadre d'un système de comptabilisation par nombre de patients, l'expansion des cabinets réunissant plusieurs médecins spécialistes des soins primaires, et des infirmières bien organisées. Quoique le contexte du Royaume-Uni ait été très favorable à l'optimisation de l'éventail des qualifications, il convient de mieux comprendre les facteurs facilitant ce processus afin de pouvoir évaluer la viabilité des initiatives prises en ce sens dans d'autres pays.

Facteurs influençant la capacité à intensifier les initiatives en faveur de l'optimisation de l'éventail des qualifications

Contexte

Les facteurs du contexte qui accélèrent ou freinent l'intensification des initiatives concernant l'éventail des qualifications peuvent être repartis entre trois niveaux : micro-, méso- et macroniveau (tableau 5) (36,37).

Tableau 5. Facteurs du contexte ayant une influence sur les initiatives visant à optimiser l'éventail des qualifications

Niveau et facteurs	Problèmes potentiels et impératifs
Macroniveau	
<i>Facteurs économiques</i>	
Financement	Stabilité et niveau de financement pour les initiatives visant à optimiser l'éventail des qualifications
Rémunération	Comment les dispensateurs de soins sont payés selon la discipline qu'ils exercent et par rapport aux dispensateurs d'autres disciplines
Couverture par l'assurance	Nécessaire spécialement pour le rôle élargi ou nouveau des dispensateurs de soins ; dépend également du cadre de travail (<i>mésoneiveau</i>)
<i>Facteurs réglementaires et juridiques</i>	
Champs d'activités	Les champs d'activité qui se recoupent permettent à des professionnels ayant suivi des formations différentes de remplacer leurs collègues et d'assumer de nouvelles tâches
Impératifs en matière d'agrément	Différences dans les niveaux de formation requise pour l'agrément professionnel par discipline
Impératifs en matière d'agrément	Différences dans les niveaux de formation requise pour l'agrément professionnel par discipline
Responsabilité du dispensateur de soins	Compatibilité de l'assurance couvrant le dispensateur de soins quelle que soit la discipline exercée - Facilité de délégation de l'autorité au dispensateur de soins le plus responsable
<i>Formation initiale et continue</i>	Niveaux de formation existants ; possibilités de perfectionnement et nouvelles exigences
Mésoneiveau	
Besoins sanitaires de la population	Besoins de la population locale sur le plan démographique, culturel et sanitaire
Offre en matière de dispensateurs de soins	Disponibilité de dispensateurs de soins de différentes disciplines pouvant répondre aux besoins sanitaires de la population grâce à divers éventails de qualifications
Système de santé local existant	Reconnaissance du fait que l'initiative visant à optimiser l'éventail des qualifications doit s'inscrire dans la combinaison de services existants, afin de combler les lacunes dans la dispensation des services et de permettre une continuité efficace des soins quel que soit leur lieu de dispensation
Soutien des acteurs concernés	Soutien de la fédération professionnelle aux initiatives visant à optimiser l'éventail des qualifications et efforts de lobbying – soit pour, soit contre
Microneiveau	
Incertitude/insécurité	Degré d'incertitude ou d'insécurité, chez les professionnels concernés, au sujet des initiatives visant à optimiser l'éventail des qualifications, et toute expérience antérieure de ce type d'initiative
Cultures professionnelles et styles adoptés pour l'exercice des fonctions	Degré de reconnaissance des différences de culture professionnelle et des styles adoptés pour l'exercice des fonctions dans les initiatives concernant l'éventail des qualifications ; ajustements faits pour respecter des besoins et des attentes différents
Communication	Méthodes de communication officielle et informelle entre professionnels concernés par des initiatives visant à optimiser l'éventail des qualifications
Relations de travail	Relations préexistantes et évolution des rapports entre professionnels concernés par des initiatives visant à optimiser l'éventail des qualifications

Au macroniveau, les facteurs du contexte influencent toutes les initiatives concernant l'éventail des qualifications. Il s'agit notamment de l'influence des réglementations sur le champ d'activité (professionnalisation, reconnaissance statutaire et système éducatif) et des facteurs d'ordre économique, dont la gamme des services (publics ou privés) dispensés par les différents professionnels de santé et les méthodes de paiement (par exemple salaire ou honoraires). Le macroniveau a également une influence sur les questions de responsabilité, qui présentent des aspects à la fois économiques et réglementaires. Au mésoniveau, les facteurs du contexte s'appliquent lors de l'implantation d'un programme dans le contexte organisationnel local. Il s'agit notamment des dispositions institutionnelles qui influencent les initiatives concernant l'éventail des qualifications dans les hôpitaux ou d'autres établissements de soins de santé et établissements de proximité, et de tout programme éducatif (qu'il s'agisse de formation initiale ou continue) qui favorise ces initiatives et, au sens plus large, la pratique interdisciplinaire. Au microniveau, les facteurs du contexte affectent la qualité des initiatives concernant l'éventail des qualifications dans la pratique quotidienne. Il s'agit notamment des relations interpersonnelles entre les divers professionnels de santé et de toute expérience antérieure qu'ils ont eue avec ce type d'initiative.

Étant donné cette perspective à niveaux multiples, les instruments stratégiques pour la constitution d'un éventail optimal des qualifications doivent : permettre la modification ou l'introduction de nouveaux rôles professionnels par la mise en place de dispositions organisationnelles et réglementaires différentes ; soutenir les rôles professionnels nouveaux ou élargis par le biais d'un financement collectif – en les incorporant à la dispensation publique des services – et de la modification des incitants financiers ; veiller à ce que les fondements éducatifs (compétences et capacités) soient en place pour les rôles professionnels nouveaux et élargis.

Comme cela a été mentionné plus haut, il est essentiel d'avoir le soutien des associations professionnelles concernées. C'est le cas pour les initiatives visant directement un changement de rôles professionnels, par opposition à celles qui évoluent à partir de changements dans l'interface entre les services et qui ont tendance à ne pas susciter le genre d'opposition ouverte que l'on a pu constater dans certaines des études de cas mentionnées dans la présente synthèse, comme en Allemagne.

Dispositions organisationnelles et réglementaires

Bien des études réalisées sur l'éventail optimal des qualifications soulignent que les structures organisationnelles et réglementaires peuvent soit faciliter, soit entraver le changement. Dans certains cas, les changements sont requis au niveau intersectoriel, par exemple santé et aide sociale, surtout si l'initiative est

liée à la mise en place d'un nouveau service ou au transfert d'un service existant d'un secteur à un autre (8).). La réglementation des champs d'activité professionnelle est particulièrement délicate et peut soit permettre, soit empêcher le relèvement des qualifications ou la substitution, selon la manière d'appréhender les champs d'activité qui se recoupent (36). Dans de nombreux cas, la réglementation doit être changée pour permettre au projet d'optimisation de l'éventail des qualifications de dépasser la phase pilote, ce qui requiert le soutien des pouvoirs publics et des principaux acteurs concernés.

En Allemagne, où des initiatives en vue de l'optimisation de l'éventail des qualifications ont été menées avant tout pour corriger la fragmentation des services (en mettant en place des services mieux intégrés dans lesquels règne une meilleure collaboration), la fragmentation du système de santé reste un obstacle au changement. Parmi les autres obstacles inhérents au cadre réglementaire et aux accords entre acteurs concernés, citons l'absence d'une réglementation uniforme des organisations de dispensateurs de soins et une coordination médiocre entre divers secteurs et groupes professionnels. Par ailleurs, le système de santé est fortement polarisé entre les fédérations de médecins et les caisses d'assurance-maladie, ce qui représente un formidable obstacle pour les nouveaux groupes professionnels et les nouveaux acteurs du processus d'élaboration des politiques de la santé (38). De plus, la réglementation et l'organisation du système de santé s'articulent principalement autour du médecin. Quoique l'État joue un rôle de plus en plus interventionniste, de nouvelles politiques de la santé et incitants restent axés sur la profession médicale.

La situation est similaire en Espagne, où de nombreuses institutions aux intérêts différents participent à la prise de décisions en matière de ressources humaines pour la santé, ce qui est également le cas dans le système décentralisé de dispensation de soins. Dès lors, il est plus difficile d'atteindre un consensus sur le nombre de médecins et d'infirmières nécessaire et de coordonner la réglementation centralisée relative à la formation initiale et complémentaire et aux conditions de travail. Quoique la responsabilité en matière de soins de santé soit officiellement déléguée aux 17 communautés autonomes du pays, les règles régissant le paiement des professionnels de santé, les relations du travail et la négociation des conditions de travail reflètent le système de la Fonction publique et sont établies par le gouvernement central. Ceci confère aux gestionnaires de la santé d'une région ou d'un établissement hospitalier une flexibilité limitée pour essayer de nouvelles méthodes d'affectation du personnel, et une capacité limitée pour négocier des incitants et imposer l'engagement des professionnels vis-à-vis des objectifs d'une nouvelle méthode (39).

Ainsi, la centralisation peut être une bénédiction ou une malédiction pour les initiatives concernant l'éventail des qualifications, selon qu'il y a ou non un

soutien au niveau central et suivant la manière dont le centre est considéré par la périphérie. Au Royaume-Uni, l'échelon central a apporté son soutien, quoique la démarche ait été de permettre à ces initiatives d'évoluer localement, puis de les étendre à d'autres sphères, plutôt que d'imposer d'en haut des mesures de réglementation et de définition de rôles professionnels élargis (5).

Financement collectif et modification des structures d'incitants

Le financement adéquat de rôles professionnels nouveaux ou plus étoffés et la modification des moyens financiers persuasifs (ou dissuasifs) pour les professionnels existants ont été épinglés comme facteurs essentiels pour la réussite et la durabilité des initiatives visant à optimiser l'éventail des qualifications. Cela s'est avéré au Royaume-Uni en ce qui concerne les advanced practice nurses, mais est également vrai dans certains pays extérieurs à la Région européenne de l'OMS, dont le Canada et les États-Unis (36,37,40).

En Finlande, l'élargissement des tâches professionnelles des infirmières a montré à quel point il était important de rémunérer correctement les remplaçants pour leur nouveau travail, et cela a d'importantes répercussions pour le rapport coût-efficacité de telles initiatives. Si les remplaçants demandent une rémunération comparable à celle du groupe professionnel actuel – comme c'est le cas – ceci va à l'encontre de toute possibilité de faire des économies. Afin de promouvoir la mise en œuvre de telles initiatives visant à optimiser l'éventail des qualifications, d'autres facteurs seraient nécessaires, dont des pénuries dans le groupe professionnel qui effectue ces tâches à ce moment-là.

Dans la Fédération de Russie, où la plupart des questions relatives aux ressources humaines (horaires de travail, congés, conditions de licenciement, âge de la pension, etc.) sont définies par la législation fédérale sur le travail, et où la législation fédérale réglemente les salaires du secteur public, les initiatives visant à optimiser l'éventail des qualifications pourraient être financées par le niveau central. Des fonds supplémentaires peuvent également être dégagés à la discrétion de la direction – par exemple, par le biais de services payés directement ou de programmes d'assurance médicale à souscription facultative. Des mesures ont été introduites pour adapter la gestion et la formation du personnel aux nouveaux défis auxquels le système de santé russe est confronté (18). Les principales difficultés rencontrées au cours de ce processus de transition sont dues aux contextes réglementaires et aux environnements de travail, à des infrastructures inadéquates et à des mécanismes de financement peu performants.

Compétences et capacités sur le plan éducatif

Comme on l'a observé dans le cas du Royaume-Uni, les compétences éducatives sont essentielles pour l'exercice de rôles professionnels nouveaux ou

plus étoffés. Il est également capital d'avoir la capacité de former à ces nouveaux rôles. Ceci requiert à la fois des normes relatives aux rôles nouveaux ou élargis, et des infrastructures adéquates pour la dispensation de la formation.

En Espagne, où les sciences infirmières s'enseignent dans le cadre d'un programme de cycle court, la question de la capacité éducative est cruciale. La question de savoir s'il faut prévoir un cycle long pour l'enseignement des sciences infirmières fait actuellement débat ; ce prolongement serait essentiel pour pouvoir envisager un quelconque élargissement du champ d'activité des infirmières. Au-delà de cette problématique, toutefois, il pourrait ne pas être réaliste d'introduire des infirmières praticiennes dans le système de santé espagnol, vu la pénurie d'infirmières et l'excédent relatif de médecins.

Dans la Fédération de Russie, où l'accent a été mis sur l'expansion du rôle des généralistes, le système éducatif contrôlé au niveau central par les autorités publiques pourrait faciliter les choses. Mais même si le gouvernement fédéral soutient l'augmentation du nombre de généralistes, seul un nombre limité de médecins optent pour cette spécialisation, ce qui est dû en grande partie à des préoccupations quant au fait que ce travail manque de prestige. Des incitants financiers, comme par exemple des bourses explicitement accordées en vue de faire des études de médecine généraliste, pourraient être utiles. Pour aider à surmonter l'obstacle du statut médiocre des généralistes, il pourrait être plus important de créer une meilleure image professionnelle avec, par exemple, une spécialité en médecine familiale.

Fédérations professionnelles

Le soutien (ou du moins l'absence d'opposition) des fédérations professionnelles ou syndicats les plus touchés par la réorganisation de l'éventail des qualifications est également important. Comme on l'a noté, la profession médicale britannique était favorable à l'initiative relative aux *advanced practice nurses*. Dans les pays tels que l'Allemagne et l'Espagne, les associations professionnelles de médecins exercent de fortes pressions sur les pouvoirs publics, et ont peu soutenu les initiatives visant à réorganiser l'éventail des qualifications en modifiant le champ d'activité traditionnel de la profession médicale. Par ailleurs, comme on l'a vu dans le cas de la Finlande, les médecins ont particulièrement répugné à déléguer certaines tâches symboliques, comme la pose d'un diagnostic et la prescription de médicaments.

Conclusions

Dans cette synthèse, nous avons décrit les principales raisons motivant les initiatives concernant l'éventail des qualifications, les divers types de réorganisations menées et les facteurs essentiels qui, dans le contexte, facilitent

ou font obstacle au processus de mise en œuvre de ces initiatives dans plusieurs pays de la Région européenne – qui sont tous confrontés à un certain nombre de défis en matière de ressources humaines pour la santé. Ces défis sont, pour une part, similaires, et pour l'autre, propres au pays concerné. Nous avons également fait état des données probantes (ou de leur absence) sur les coûts que l'on peut raisonnablement escompter et les conséquences de certaines de ces décisions et initiatives. Toutefois, certaines des constatations faites lors des études menées sur les initiatives concernant l'éventail des qualifications peuvent être difficiles à généraliser. De plus, ces initiatives devraient être motivées par les besoins d'une population spécifique de patients et d'un système de santé donné, plutôt que de rechercher une combinaison idéale, *universelle*, de profils professionnels (7).

Néanmoins, deux stratégies utiles ont été conçues pour aider les gestionnaires de systèmes de santé et les responsables des ressources humaines à déterminer s'il convient d'entreprendre des démarches en vue de l'optimisation de l'éventail des qualifications. La première stratégie est un processus en quatre étapes : évaluation du problème (services, activités et configuration du personnel en l'état actuel des choses) ; appréciation de l'aire de contrôle compte tenu des contraintes du contexte ; estimation des ressources disponibles pour soutenir la mise en œuvre et l'évaluation ; sélection et mise en œuvre d'une stratégie d'optimisation de l'éventail des qualifications en fonction du temps requis pour le changement et de l'envergure souhaitée de l'initiative.

L'aire de contrôle est particulièrement importante et, même si l'on en a déjà noté plusieurs éléments, en voici une liste plus complète (41) : structure nationale pour la rémunération ; normes et ratios pour la dotation en personnel ; réglementation de l'emploi – allocation d'emplois fixée dans la fonction publique et le secteur public ; réglementation et accréditation des travailleurs de la santé ; autonomie du secteur éducatif ; accréditation des organisations ; contrôle extérieur des budgets ; répartition entre le public et le privé dans la dispensation de soins ; facteurs inhérents au marché du travail, tels que la rémunération relative et la protection de l'emploi ; situation économique générale ; valeurs sociétales et culturelles.

La deuxième stratégie est complémentaire et consiste en cinq étapes (9) : rassembler et analyser les données disponibles sur les ressources humaines avant de prendre toute décision, ce qui implique de poser des questions telles que : quelles sont les tâches nécessaires ? Qui les effectue ? Qui pourrait les effectuer en remplacement ? établir des partenariats stratégiques, prendre la barre et introduire les changements requis pour mettre en œuvre les initiatives concernant l'éventail des qualifications ; cerner le point de vue des clients et de la communauté locale, ce qui est important pour garantir que les changements relatifs à l'éventail des qualifications seront acceptés par ceux à qui ils devraient

profiter ; évaluer minutieusement les implications en ce qui concerne les ressources humaines ; examiner soigneusement les stratégies de recrutement et critères de sélection employés pour contribuer à la réalisation des objectifs de déploiement, comme par exemple de fournir un meilleur service dans les zones rurales ou mal desservies.

Au-delà de ces deux stratégies utiles à étapes multiples, qui renforcent toutes deux l'importance des principaux éléments du contexte que nous avons étudiés, il est important de répéter que les initiatives visant à optimiser l'éventail des qualifications doivent être motivées par les besoins des systèmes de santé et des patients locaux. En même temps et à propos des décisions stratégiques potentielles, il apparaît qu'un changement des services de santé, qui requiert ensuite une modification de l'éventail des qualifications, peut être une démarche plus efficace que celle qui consiste à modifier directement cet éventail des qualifications.

Références

1. Richards A et al. Skill mix between nurses and doctors working in primary care-delegation or allocation: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 2000, 37:185–197.
2. Richardson G et al. Skill mix changes: substitution or service development? *Health Policy*, 1998, 45:119–132.
3. *Kooperation und Verantwortung: Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Bonn, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007 (<http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Langfassung060707-website.pdf>, consulté le 23 avril 2008).
4. Buchan J. Determining skill-mix: lessons from an international review. *Human Resources for Health Development Journal*, 1999; 3:80–90.
5. Buchan J, Calman L. *Skill-mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2005 (OECD Health Working Paper No. 17; <http://www.oecd.org/dataoecd/30/28/33857785.pdf>, consulté le 23 avril 2008).
6. Buchan J, Maynard A. United Kingdom. In: Rechel B, Dubois C-A, McKee M, eds. *The Health care workforce in Europe: learning from experience*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/Document/E89156.pdf>, consulté le 23 avril 2008).

7. Buchan J, Dal Poz MR. Skill-mix in the health-care workforce: reviewing the evidence. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80(7):575–580.
8. Sibbald B, Shen J, McBride A. Changing the skill-mix of the health care workforce. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2004, 9(Suppl. 1):28–38.
9. Bluestone J. *Task shifting for a strategic skill mix*. Chapel Hill, NC, The Capacity Project, IntraHealth International, Inc., 2006 (Technical Brief 5; http://www.capacityproject.org/images/stories/files/techbrief_5.pdf, consulté le 23 avril 2008).
10. *Rapport sur la santé dans le monde 2006. Travailler ensemble pour la santé*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/fr/>, consulté le 23 avril 2008).
11. Rechel B, Dubois C-A, McKee M, eds. *The health care workforce in Europe: learning from experience*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/Document/E89156.pdf>, consulté le 23 avril 2008).
12. Chen L et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet*, 2004, 364(9449):1984–1990.
13. *Politiques relatives au personnel sanitaire dans la Région européenne*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/rc57/fdoc09.pdf>, consulté le 23 avril 2008).
14. *HR in the NHS Plan – more staff working differently*. London, Department of Health, 2002 (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009112, consulté le 23 avril 2008).
15. *Sosiaali- ja terveystietämys 2006 [Rapport sur les affaires sociales et la santé 2006]*. Helsinki, ministère de la Santé et des Affaires sociales, 2006 (Mémoires du ministère des Affaires sociales et de la santé 2006:4) (en finnois).
16. Base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/hfadb?language=French>, consultée le 23 avril 2008).
17. *Ergebnisse der Ärzttestatistik zum 31. Dezember 2006*. Berlin, Bundesärztekammer, 2007 (<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.5008>, consulté le 23 avril 2008).
18. Rese et al. Implementing general practice in Russia: getting beyond the first steps. *British Medical Journal*, 2005, 331:204–207.

19. Blank RH, Burau VD. *Comparative health policy*, 2nd ed. Houndmills, Palgrave Macmillan, 2007.
20. Freeman R. *The politics of health in Europe*. Manchester, Manchester University Press, 2000.
21. Moran M. *Governing the health care state: a comparative study of the UK, the USA and Germany*. Manchester, Manchester University Press, 1999.
22. Wanless D. *Securing our future health: taking a long term view*. London, HM Treasury, 2002.
23. *Decision in principle by the Council of the State on securing the future of health care*. Helsinki, ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2002 (Brochures 2002:2eng).
24. Kärkkäinen O et al. Lääkärien ja hoitajien välisen kehittäminen moniammatillisena yhteistyönä [Développer la répartition du travail entre médecins et infirmières par le travail interprofessionnel]. *Suomen Lääkärilehti*, 2006, 61(24):2647–2652 (en finnois).
25. *Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti sosiaali- ja terveysministeriölle kevään 2005 toiminnasta [Report by the Monitoring Group for the National Health Care on Actions in Spring 2005]*. Helsinki, ministère de la Santé et des Affaires sociales, 2005 (Mémoires du ministère des Affaires sociales et de la Santé 2005:17) (en finnois).
26. Hutchinson L, Marks T, Pittilo M. The physician assistant: would the US model meet the needs of the NHS? *British Medical Journal*, 2001, 323:1244–1247.
27. Parle JV, Ross NM, Doe WF. The medical care practitioner: developing a physician assistant equivalent for the United Kingdom. *Medical Journal of Australia*, 2006, 185(1):13–17.
28. Wrede S. Educating generalists: flexibility and identity in auxiliary nursing in Finland. In: Kuhlmann E, Saks M, eds. *Rethinking governance, remaking professions: international directions in health care*. Bristol, Policy Press, 2008:127–140.
29. ICN announces its position on advanced nursing roles. *International Nursing Review*, 2002, 49:202–206.
30. *Making a difference: strengthening the nursing, midwifery and health visitor contribution to health and healthcare*. London, Department of Health, 1999 (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4007977, consulté le 23 avril 2008).

31. *The NHS plan: a plan for investment, a plan for reform report*. London, Department of Health, 2000 (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4002960, consulté le 23 avril 2008).
32. Horrocks S, Anderson E, Sailsbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal*, 2002, 324:819–823.
33. Vallimies-Patomäki M, Perälä M-L, Lindström E. Miten sairaanhoitajan tehtäväkuvien laajentaminen on onnistunut? kirjallisuuskatsaus [Quel a été le succès de l'élargissement du profil professionnel des infirmières ? Une étude systématique]. A systematic review]. *Tutkiva Hoitotyö*, 2003, 1(2):10–14 (en finnois).
34. Laurent M et al. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, (2):CD001271.
35. *Competencies in nursing: nurse practitioner – an RCN guide to the nurse practitioner role, competencies and programme accreditation*. London, Royal College of Nursing, 2002.
36. Bourgeault IL, Mulvale G. Collaborative health care teams in Canada and the U.S.: confronting the structural embeddedness of medical dominance. *Health Sociology Review*, 2006, 15(5):481–495.
37. Mulvale G, Bourgeault IL. Finding the right mix: how do contextual factors affect collaborative mental health care in Ontario? *Canadian Public Policy*, 2007, 33(Suppl. 1):49–64.
38. Kuhlmann E. *Modernising health care. Reinventing professions, the state and the public*. Bristol, Policy Press, 2006.
39. Rico A, Sabes R. *Health care systems in transition: Spain*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1996 (<http://www.euro.who.int/document/e70504.pdf>, consulté le 23 avril 2008).
40. Bourgeault IL. Gendered professionalization strategies and the rationalization of health care: midwifery, nurse practitioners, and hospital nurse staffing in Ontario, Canada. *Knowledge, Work and Society/Savoir, Travail et Société*, 2005, 3(1):25–52.
41. Buchan J, O'May F. Determining skill mix: practical guidelines for managers and health professionals. *Human Resources for Health Development Journal*, 2000, 4(2):111–118 (<http://www.moph.go.th/ops/hrdj/hrdj10/pdf10/buchanm.pdf>, consulté le 23 avril 2008).

Organisation mondiale de la santé
Bureau régional de l'Europe
Scherfigsvej 8,
DK-2100 Copenhague Ø,
Danemark
Tél. : +45 39 17 17 17
Fax : +45 39 17 18 18
Courriel : postmaster@euro.who.int
Site Web : www.euro.who.int

La présente publication fait partie de la série de synthèses élaborées conjointement par le Réseau des bases factuelles en santé et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. Destinée principalement aux responsables politiques en quête de communications inspirant l'action, cette série de synthèses aborde des questions du type : y a-t-il un problème et pourquoi ; que sait-on des conséquences probables liées à l'adoption de stratégies spécifiques en vue d'appréhender le problème et comment, en prenant dûment en compte les considérations relatives à la mise en œuvre des politiques, ces stratégies peuvent-elles être combinées pour constituer des options politiques réalisables.

Cette série, qui développe les rapports de synthèse du Réseau et les synthèses de l'Observatoire, se fonde sur un examen et une évaluation rigoureux des bases factuelles disponibles grâce à la recherche, ainsi que sur une appréciation de leur pertinence dans les contextes européens. Ces synthèses n'ont pas pour objectif de proposer des modèles idéaux ou de préconiser des approches mais visent, par la synthèse de bases factuelles essentielles et leur interprétation en termes de pertinence au regard de la politique, à communiquer des messages à propos des choix de politique éventuels.

Le **Réseau des bases factuelles** en santé du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe constitue une source fiable d'informations factuelles à l'adresse des responsables politiques des 53 États membres de la Région européenne de l'OMS. Il fournit en temps opportun des réponses à des questions politiques dans le domaine de la santé publique, des soins de santé et des systèmes de santé, et ce sous forme de rapports fondés sur des bases factuelles, de synthèses, de résumés ou de notes, et propose sur son site Web un accès facile à des bases factuelles et à des informations en provenance d'un certain nombre de sites Web, de bases de données et de documents (<http://www.euro.who.int/HEN?language=French>).

L'**Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé** est un partenariat qui soutient et promeut l'élaboration de politiques de santé fondées sur des bases factuelles, à la faveur d'une analyse approfondie et rigoureuse des systèmes de santé dans la Région européenne. Il rassemble un large éventail de décideurs politiques, d'universitaires et de praticiens pour analyser les tendances de la réforme des systèmes de santé, et ce en exploitant l'expérience acquise dans toute l'Europe pour faire la lumière sur les questions de politique. Les produits de l'Observatoire sont disponibles sur son site Web (<http://www.euro.who.int/observatory>).