

Forum : l'Europe et la Santé

Anne-Marie CADART, Infirmière - Directrice Administrative de l'AFIDTN - Animatrice de ce Forum - B.P. 90 - 76233 BOIS GUILLAUME CEDEX

Que signifie l'Europe pour la profession infirmière ?

Le 1er Janvier 1993, nous sommes rentrés dans l'Europe.

Mais beaucoup de questions, beaucoup de points d'interrogation subsistent dans l'esprit des infirmier(res) de ces différents pays Européens.

Comment vivent nos collègues Européens,

Quel est leur statut,

Quelle législation est en vigueur dans leur pays,

Les études sont-elles réellement les mêmes dans chacun des pays Européens,

Existe-t-il des normes de soins Européennes,

Existe-t-il des normes de soins Européennes en Néphrologie,

Cela est-il réalisable et utilisable,....?

Autant de questions qui se posent encore.

Présentation des orateurs :

Ce sont des personnes de différents pays Européens qui ont parcouru pour certains un grand nombre de kilomètres pour venir nous rejoindre, non pas sans difficulté car si Brest est une ouverture vers l'Europe, c'est aussi le bout du monde; qu'ils en soient toutes et tous remerciés.

Dame Sheila QUINN est anglaise, sa réputation dans le monde Infirmier n'est plus à faire, :

* **Directeur exécutif du Conseil International des infirmières** de 1967 à 1970, elle siégea au bureau des directeurs de 1977 - 1985, et en tant que 1^{ère} vice Présidente de 1981 à 1985.

* Elle fut également **Présidente du "Royal College of Nursing"** de 1982 à 1986.

* **Au niveau de la Communauté Européenne :**

elle siége au **comité de restructuration de la formation en soins infirmiers** de 1979 à 1992 et au **Comité Permanent des Infirmiers de la Communauté Européenne** de 1971 à nos jours.

Elle a été **Présidente du comité Permanent des Infirmières de la communauté Européenne** de 1983 à 1992.

Le Conseil International des Infirmières vient de lui attribuer le prix Christiane Reimann, pour sa participation à la profession à un niveau national et international.

Donné tous les 4 ans, ce prix est considéré comme étant la plus prestigieuse récompense pour une infirmière, Ce prix a été remis à Dame Sheila Quinn au Congrès ICN de Madrid en Juin.

Toutes nos félicitations Madame pour cette brillante carrière, ces honneurs qui vous sont attribués ne sont que la juste récompense de si nombreuses années de dévouement, de recherche et de travail pour notre cause et pour la qualité des soins donnés aux patients. C'est un grand honneur pour nous

de vous avoir accueillie et au nom de tous les participants à ce Forum, je vous en remercie.

Rappelons également quelques unes des publications de Dame Sheila Quinn :

En 1980 : Les soins Infirmiers dans la Communauté Européenne.

En 1989 : Le Conseil International des Infirmières - Passé et Présent - publié pour le Conseil International.

En 1993 : Les Soins Infirmiers - La Dimension Européenne.

Dame Sheila QUINN est actuellement Consultante Internationale en soins infirmiers.

Waltraud KUNTZLE, d'Allemagne, est Infirmière à Francfort. Elle est responsable du groupe de travail EDTNA "Core Curriculum", ce groupe est en train d'élaborer des Normes d'Enseignement Européennes pour les Infirmières de Néphrologie.

Anita SIMOENS DE SMET, de Bruxelles,-

Secrétaire du Conseil National de l'Art Infirmier en Belgique

Présidente du Comité Consultatif pour la formation de l'Infirmière Responsable des soins généraux (1984 - 1987) à la Communauté Européenne.

Publications :

Plusieurs articles concernant la gestion des services infirmiers.

75 discours Nationaux et Internationaux.

Nuria RIUS, Infirmière en Néphrologie à la Fondation Puigvert, à Barcelone, en Espagne,

Membre de la Société des Infirmières de Néphrologie en Espagne.

Publication de nombreux travaux concernant l'hépatite B et les problèmes infectieux.

Renée RIVOALAN, Directrice de l'Institut en soins Infirmières d'Argenteuil,

a travaillé dans le service du Professeur Hamburger à l'hôpital Necker pendant 5 ans; a participé à la création d'un ouvrage sur les soins infirmiers en néphrologie.

Participation active dans le CEIEC (Association des écoles des cadres Infirmiers); participe à la formation des cadres infirmiers.

elle a publié dans le dernier magazine de l'AFIDTN un article concernant la réforme des études.

Anne Marie ELLIAUTOU, Directrice du Centre Collaborant O.M.S en soins Infirmiers à Lyon.

Le Centre de Collaborant O.M.S pour les soins infirmiers a pour mission la mise en oeuvre en France des programmes Infirmiers de l'O.M.S Europe.

Il participe aux programmes Infirmiers Français aux niveaux National, Régional et Local, et il est un lien, avec les autres pays, spécialement Européens, dans le domaine des soins Infirmiers.

Publications :

Conférences auprès de publics Professionnels en France et à l'étranger.

Articles dans les revues professionnelles et actes de colloques.

Thèmes traités :

l'O.M.S :

Orientations sanitaires
Recommandations concernant les professions d'Infirmière et Sage femme
Programmes Infirmiers

La qualité des soins dans le programme "Santé pour tous" de l'O.M.S Europe

Colin ALDRIDGE, Président de l'EDTNA/ERCA - Docteur en bio-ingénierie - responsable du département technique du Centre d'Hémodialyse de Stevenage -

Chargé de plusieurs études de recherche.

1er Président de l'EDTNA non Infirmier.

Marisa PEGORARO, Infirmière en néphrologie en Italie, Membre du Comité EDTNA/ERCA, Future Présidente de l'EDTNA/ERCA, Rédacteur du Journal EDTNA italien, Membre du groupe de travail "Core Curriculum" (Programme d'enseignement Européen des soins Infirmiers en Néphrologie)

Marie France GUERREL, Rédactrice en chef de l'infirmière Magazine, Modérateur de ce Forum,

I PRESENTATION DES DIFFERENTS SYSTEMES DE SANTE EN EUROPE ET DES DIRECTIVES EUROPEENNES CONCERNANT LA PROFESSION D'INFIRMIERE :

DAME SHEILA QUINN, Présidente du Comité Permanent des infirmières de la Communauté Européenne de 1983 à 1992 - ROYAUME UNI.

SYSTEMES DE SOINS DE SANTE

Bien que le traité de Rome ne donne pas à la santé un haut profil, le traité de Maastricht met l'accent spécifiquement sur la Santé Publique (Art 129). Ce n'est pas bien sûr la même chose que les Systèmes de soins de Santé, mais il ne semble pas y avoir d'indication comme quoi il y aura une tentative de plus grande harmonisation de ces derniers.

Il n'est pas possible de décrire les différents systèmes des Etats Membres en quelques lignes, et je suggérerai seulement qu'ils peuvent être divisés en deux groupes selon leurs fonds.

1. Les fonds du gouvernement provenant de l'imposition.

Ceux-ci incluent le Danemark, la Grèce depuis 1983, l'Irlande, l'Italie depuis 1978 et le Royaume Uni.

2. Les Systèmes de Sécurité Sociale

c'est une assurance basée, sur une variété de fonds, et souvent des subventions de l'Etat. Ceux-ci incluent la Belgique, la France, l'Allemagne, le Luxembourg les Pays Bas et l'Espagne.

Evidemment, même dans chacun de ces deux groupes, il y a des variations considérables. Les dépenses de Santé comme part du GDP varient de 6,1 % au Royaume Uni et en Grèce à 8,9 % en France. La proportion que l'Etat fournit change également de 62 % au Portugal à 92 % au Luxembourg. Les coûts les plus élevés ne veulent pas dire nécessairement une meilleure qualité des soins, telle que la façon de travailler des médecins et la base sur laquelle ils sont payés, et d'autres facteurs cliniques et non cliniques. Il semble, que moins il y a de contrôle du Système par l'Etat, plus les coûts sont importants.

Ce qu'il y a de commun à tous les Etats Membres, c'est l'escalade des coûts, et une plus grande demande des services. Ceci entraîne une motivation pour des changements, et les plans sont plus étudiés pour aller vers une plus grande intervention de l'Etat, sans se soucier si dans un pays particulier, les fonds viennent de l'imposition générale ou de la Sécurité Sociale.

Tous les citoyens de la C.E. ont le droit d'être soignés dans un autre pays au même niveau que les citoyens de ce pays, mais il n'y a pas d'égalité dans les moyens.

DIRECTIVES DE LA COMMUNAUTE EUROPEENNE CONCERNANT LES SOINS INFIRMIERS.

Le document sur les Directives 77/452 et 453 faisant référence à l'infirmière Responsable des soins Infirmiers généraux, contient également une décision du Conseil se tenant au sein du " Advisory Committee on training Nursing" (Comité Conseil pour les programmes d'enseignement en Soins Infirmiers). Les Directives furent agréées en 1977, et mises en place en 1979 et "l'Advisory Committee" se réunit pour la première fois en 1979. Il n'y a pas de directives pour les Infirmières spécialisées, telles que les infirmières psychiatriques, bien que des propositions aient été agréées. Il semble clair qu'il n'y aura pas plus de directives pour les Infirmières, et c'est réellement à la profession de mener une action pour obtenir un accord sur les éléments essentiels d'un enseignement spécialisé.

Quelques professions ayant rapport avec les soins infirmiers ont des "Directives Sectorielles", mais il fallut beaucoup de temps pour que chacune soit réalisée, et le marché interne posa la question de l'urgence de la libre circulation étendue. En 1989 une Directive du Système Général de l'Education Professionnelle fut agréée, et mise en application en 1992. Ceci permit une libre circulation de tous les professionnels qui ont étudié pendant trois ans en Université ou dans une Institution équivalente; ce sera la seule façon à présent pour les infirmières qui, dans quelques pays ont une qualification spécifique à un niveau de base, telles que les Infirmières psychiatriques. Il y a eu quelques difficultés dans la reconnaissance de leurs droits. Une autre Directive complémentaire vient d'être établie, qui concerne toutes les personnes avec un niveau d'enseignement plus bas que celui requis pour la première Directive.

II LES REPRESENTANTS DES DIFFERENTS PAYS EUROPEENS TRACENT LE PROFIL DE L'INFIRMIERE ET DE LA PRATIQUE DES SOINS INFIRMIERS DANS LEUR PAYS

1 ALLEMAGNE.

Waltraud KUNTZLE - Infirmière en Néphrologie - Chairman du groupe EDTNA/ERCA "Core Curriculum" - Responsable de la Formation dans une Fondation du Traitement de l'Insuffisance Rénale traitant 3000 malades et fonctionnant avec 650 Infirmières - FRANCFORT

Merci pour l'invitation à votre Congrès National à Brest.

Quand je recevais cette invitation, pour parler de la situation de l'infirmière en Allemagne, je pensais au moment où je partais travailler en France, directement à la fin de mes études d'Infirmières en 1973. Pendant 5 ans, j'eus la possibilité d'améliorer mon expérience professionnelle dans les Hôpitaux de la Région Parisienne.

En ce temps-là, j'avais l'impression que, en dehors de quelques détails, le travail et les problèmes se ressemblaient dans les deux pays.

Quinze années ont passé et sûrement y a-t-il des changements depuis dans les deux pays et hélas aussi des problèmes qui, en Allemagne du moins, sont restés les mêmes.

Les problèmes

* la pénurie de personnel Infirmier - on parle même parfois d'état d'urgence.

Les classes des écoles d'Infirmières sont à moitié remplies; le nombre décroissant des taux en 1992 en Allemagne est en partie dû à cette raison.

* La fluctuation du personnel est toujours très forte; il n'y a que la meilleure organisation du travail et de la formation continue qui ont pu faire baisser les chiffres.

Les raisons de cette fluctuation sont bien connues :

- Surcharge de travail par pénurie de personnel
- Des horaires très épuisants - 3 x 8 h
- Le salaire toujours très bas, ne répondant pas aux exigences et à la grande responsabilité de la Profession
- Des malades multimorbides, âgés, avec des problèmes et des besoins auxquels la médecine traditionnelle ne répond pas
- L'acquisition de personnel Infirmier à l'étranger

Tout ceci mène à un mécontentement dans le milieu Infirmier et plus tard au "burn-out syndrome"

Les changements

Ce qui a changé ne semble peut-être pas grand chose.

Cela n'a pas changé radicalement, mais ça va dans le bon sens.

Et puisque la profession Infirmière semble parfois être une profession de foi ou d'idéologie, en plus incorporée dans une administration sans excès de dynamique, les choses évoluent lentement.

- **La Formation des Infirmières dans le système éducatif Allemand** occupe toujours une position à part et non comparable avec d'autres institutions de formation professionnelle.

Mais les Directives Européennes et la nouvelle loi de 1985 sur les Professions Infirmières ont amélioré la formation des Infirmières, augmentant le nombre d'heures de cours théoriques et de formation pratique et réglant les différents stages.

Les plans d'études ont appliqué des modèles de soins Américains ou Anglais - en l'absence de modèles Allemands.

Cela mène aussi à une meilleure documentation des soins, représentant mieux le travail vers l'extérieur, l'Administration, la Sécurité Sociale.

Depuis 1992, Les infirmières définissent donc la quantité des soins nécessaires à chaque malade, par une "catégorisation" en 9 catégories une fois par jour.

Le nombre d'infirmières est calculé en fonction de l'état des malades.

La profession Infirmière en Allemagne est en train de se développer d'un point de vue fonctionnel, comme assistante des médecins, vers un métier plus autonome, intégrant le savoir des Infirmières aux traitements médicaux.

les bases législatives ne sont pas encore établies pour démontrer le secteur autonome de l'Infirmière.

- La qualification horizontale - Spécialisation

Il existe plusieurs cours homologués suivant les Directives de la Deutsche Krankenhausgesellschaft, car la formation continue ou la spécialisation n'entrent pas dans la législation fédérale.

- Anesthésie, médecine interne, soins intensifs
 - Bloc opératoire
 - Psychiatrie
 - Infirmière libérale
 - Infirmière hygiéniste
- D'autres spécialisations se créent comme :
- Infirmière en oncologie
 - Infirmière gériatrique

Les spécialisations sont généralement liées à l'Hôpital, réalisées et payées en grande partie par l'employeur.

La spécialisation ne conduit pas automatiquement à un salaire plus élevé, s'il n'y a pas de poste disponible et il n'est pas non plus obligatoire d'avoir acquis une spécialisation pour gravir les échelons.

- La formation continue

est très diversifiée. Les budgets de formation varient d'un hôpital à l'autre et des formations de caractère technique ou pratique sont plus facilement accordées par l'employeur que des formations pour le développement de compétences sociales, communicatives ou psychosociales.

Hélas la formation continue n'est pas obligatoire, et dans certains secteurs elle est presque absente. Il n'existe aucune réglementation ni par l'Etat ni par les grandes associations d'Infirmières.

Pour le secteur néphrologie-dialyse, cela pourrait facilement changer.

- La qualification verticale

Monter dans la hiérarchie demande un à deux ans d'école de cadre à temps complet pour les postes de surveillante de secteur ou de surveillante générale.

Cette information avait lieu dans des écoles spécialisées, séparées des autres institutions de management.

Depuis quelques années, la formation passe au niveau universitaire, ce qui à mon avis va améliorer la condition professionnelle de l'Infirmière.

la recherche aura des répercussions sur le travail et des conséquences directes pour l'autonomie de la profession.

L'égalité des études dans le cadre médico-économique sera établie.

Le financement des études de cadre représentait jusqu'à maintenant un grand problème, car les employeurs ne payaient guère les frais ni le salaire pendant les deux années.

Pour le futur, cela reste un problème à résoudre.

Les Associations Professionnelles des Infirmières sont appelées à proposer et à réaliser une formation homogène et efficace pour leurs membres, aussi bien dans le sens horizontal que vertical.

La législation est appelée à fournir la base d'une profession Infirmière indépendante et reconnue dans le groupe multidisciplinaire au service du malade.

2 BELGIQUE

Anita SIMOENS DE SMET : Directeur - Ministère de la Santé et de l'Environnement - Administration des établissements de soins - Service d'études - BRUXELLES.

1. La profession

La loi sur l'art infirmier de 1974 a eu comme but de "professionnaliser" le "métier" d'infirmière.

Comme Moore et Upton (USA) le précisent, les infirmières belges :

- fournissent un service essentiel et unique à la société. La loi comprend une définition de l'art infirmier composé par :

* des soins de base;

* des soins infirmiers techniques;

* des actes médicaux confiés (les 2 derniers sont fixés par A.R.);

- l'accès à la profession requiert une période de préparation importante et spécialisée c'est-à-dire :

* une base théorique sous-jacente à la pratique, c'est-à-dire 3 à 4 années de formation professionnelle après 12 années de pré-scolarité;

* des titres professionnels particuliers et des qualifications professionnelles particulières pour les praticiens;

* une culture spécifique à la profession;

- un système de contrôle interne qui tend à régler le comportement des membres composants, qui reste à développer;

- des associations professionnelles représentatives qui se respectent.

En Belgique les soins infirmiers sont pratiqués par :

- les infirmières graduées;

- les infirmières brevetées;

- les assistantes en soins infirmiers.

Les études infirmières sont intégrées dans le système scolaire et elles relèvent des études au niveau de

- valeurs professionnelles

- valeurs scolaires.

- l'enseignement supérieur paramédical du type court de plein exercice → infirmière graduée

- l'enseignement secondaire complémentaire

→ inf. brevetée + A.S.H.

Les infirmières pourront obtenir certaines spécialisations comme par exemple :

en pédiatrie

en psychiatrie

etc.

ce qui leur réservent des titres particuliers où elles pourront obtenir des capacités particulières (art. 35bis de la loi sur l'art infirmier).

2. L'art de soigner au sein des hôpitaux

L'équipe soignante représente 60 % de l'ensemble du personnel employé pour l'administration des soins. Ceci met en évidence le rôle prépondérant du département infirmier dans la gestion hospitalière.

Annuellement un budget de ± 125 milliards FB est réservé par le Ministère de la Santé Publique pour le paiement des prix de journées d'hospitalisation aux hôpitaux généraux et psychiatriques. Au terme de 60 % réservé au personnel soignant = 75 milliards FB (= ± 12 milliards FF), cela signifie en même temps une composante importante mais aussi une grande responsabilité pour les praticiens de l'art infirmier.

La loi sur les hôpitaux comprend un chapitre intitulé "structuration du département infirmier". Les niveaux de compétences sont :

- le chef du département infirmier;

- le cadre intermédiaire;

- les infirmiers en chefs/adjoints;

- les infirmiers.

Selon les termes de l'O.M.S., ce département pourra être reconnu comme sous-système car il est géré par les professionnels eux-mêmes. Cette autonomie leur garantit des possibilités de promotion et de gestion.

Dans le cadre de cette structure, le modèle C (cfr. O.M.S.) a été choisi c'est-à-dire que les maladies sont soignées par des infirmières diplômées laissant aux aides certaines activités courantes et non infirmières.

3. R.I.M. (résumé infirmier minimum)

Le système de financement des hôpitaux fait actuellement l'objet d'une réorientation, le Ministère de la Santé publique essayant de se fonder sur des groupes homogènes de malades. Les infirmières ont protesté car elles n'acceptent pas de faire simplement partie de ces groupes, mais veulent une approche distincte et complémentaire.

Depuis 1988, tous les services infirmiers des hôpitaux doivent enregistrer certaines activités concernant tous les patients, pendant une période de quinze jours, quatre fois par an.

Les activités enregistrées devraient être l'équivalent des dossiers de soins des patients, et ce système améliore l'élaboration des dossiers de soins.

Les activités enregistrées comprennent 23 facteurs, choisis parmi une liste de 111 actes infirmiers incluant les soins de base, les soins techniques et les actes médicaux confiés.

La présence ou la fréquence de chaque activité infirmière dans une période de 24 heures doit être notée ainsi que des données relatives aux patients et aux personnels. Les données sont collectées de l'hôpital et communiquées au Ministère de la Santé publique, où elles sont traitées. Le but de ce système est de déterminer le profil d'activités des unités de soins d'hôpital, en vue de regrouper les unités de soins qui ont des profils similaires, et qui recevraient à cet égard un financement similaire lorsque le nouveau système aura été mis en place.

Pour développer la politique des soins infirmiers plusieurs infirmier(es) sont attaché(e)s, comme fonctionnaires au Ministère de la Santé Publique.

4. Futur

Grâce à une amélioration des salaires du personnel soignant exécutée en 1992 les problèmes actuels dans le domaine des soins infirmiers ne se situent plus dans ce domaine de revendication. Une recherche actuelle, effectuée par 4 universités prévue dans le cadre d'un accord social "gouvernement-syndicats", indique des défis pour les années prochaines c'est-à-dire :

- l'établissement d'une gestion actualisée au niveau des services infirmiers;
- l'amélioration des communications multidisciplinaires en vue;
- l'augmentation de la qualité des soins infirmiers, un facteur important de satisfaction lié à la professionnalisation des S.I. ce qui nous tient fort à coeur et intéresse les infirmier(es);
- le développement de l'application des soins intégrés par l'engagement de personnel de transport des malades et l'évolution du développement de l'informatique, facteurs contribuant à décharger les infirmier(es) dans leurs tâches organisationnelles, administratives et logistiques.

3 ESPAGNE

Nuria RIUS - Infirmière - Néphrologie - BARCELONE

Pendant l'année 1977 les études d'infirmière à l'université se sont intégrées en Espagne.

L'élaboration de Directives pour le Nouveau Plan d'Etudes a été confiée à un groupe d'infirmières expertes en enseignement et de prestige professionnel reconnu; c'était la première fois que cela arrivait en Espagne, jusqu'à ce moment là les plans d'études d'infirmières avaient été élaborés par d'autres professionnels.

Le Conseil des Universités en 1987 initia la réforme Universitaire pour la modernisation en Espagne des enseignements Universitaires, en prévision de l'incorporation en Espagne du district Universitaire Européen.

Au mois de novembre 1990 a été établi le titre Universitaire Officiel de Diplôme d'infirmière et les directives propres aux plans d'études. Pour accéder à ces études, il faut réaliser 12 ans d'enseignement primaire et secondaire.

Les études d'infirmière se structurent en un premier cycle, d'une durée académique de trois ans et avec un maximum de 2700 heures et un minimum de 1800 heures.

La loi de la réforme Universitaire concède aux universités une certaine autonomie pour le développement de programme d'études.

On réglemente l'obtention du titre d'infirmière Spécialiste en 1987. On demande pour l'obtention de ce titre la possession du titre de diplôme d'Infirmière, de la réalisation de programme de formation d'une spécialité et le passage des épreuves théoriques et pratiques qui y correspondent.

On crée une totalité de sept spécialités. On ne considère en aucune façon la néphrologie comme telle, car on l'intègre dans le tronc commun des soins spéciaux.

Il y a en Espagne un manque de reconnaissance sociale du travail professionnel accompli par l'Infirmière.

Le public en général nous considère comme la personne directement responsable de l'application des soins prescrits par le médecin, mais sans capacité pour assumer des responsabilités ni prendre de décisions.

La grande dissociation qui existe entre la conception de la profession d'infirmière et la pratique sanitaire, conduit à un niveau élevé de frustration.

La reconnaissance sociale pour le travail fourni et les salaires sont insuffisants comparés à d'autres professions qui ont le même niveau. Et de même le manque de flexibilité des horaires, le peu de possibilités de promotion, un degré élevé de dépendance fonctionnelle, l'insuffisante participation dans l'organisation et la prise de décisions. Tout ceci produit une grande insatisfaction professionnelle qui aboutit à l'abandon de la profession par beaucoup d'infirmières.

La position de l'infirmière sur le marché du travail dépend beaucoup des organisations sanitaires. Jusqu'à présent l'Infirmière Espagnole était orientée presque exclusivement vers l'assistance hospitalière mais il y a à peu près trois ans, depuis la réforme Sanitaire du pays, il y a un peu plus d'orientation vers les soins de santé primaires.

Malgré tout, il faut remarquer le haut degré de qualité qu'offrent les infirmières espagnoles. Depuis l'intégration des études d'infirmière à l'Université, elles ont acquis une formation et une responsabilité propre, qui converge avec celles de

l'équipe médicale et paramédicale mais il y a encore des objectifs à conquérir.

Dernièrement, dans quelques centres sanitaires du pays, on a commencé à appliquer des critères de qualité aux plans de soins et en établissant des normes de qualité standardisées qui garantissent des soins optimums.

Un effort est nécessaire à tous les points de vue pour obtenir une amélioration non seulement désirable mais aussi nécessaire.

L'administration a ici une grande responsabilité, ainsi que tous les professionnels de la santé.

Pour remplacer le manque de formation continue dans beaucoup de centres de santé, quelques organismes comme les ordres professionnels et les associations scientifiques d'infirmières ont mis en marche divers plans de formation.

Notre association Espagnole d'Infirmières en Néphrologie (SEDEN), constituée en 1976 a contribué sur tout le territoire National au progrès scientifique, au développement de programmes de prévention de l'Insuffisance rénale chronique et de la formation continue en accord avec les besoins actuels de la profession, à l'élaboration de divers documents comme le plan d'études de la spécialité et le cadre de fonctions d'infirmière en Néphrologie.

Tout cela grâce à l'effort désintéressé de beaucoup de professionnels.

Finalement l'édition d'un livre de soins infirmiers sur l'insuffisance rénale, le premier de cette spécialité édité en Espagne, sera un instrument de travail important pour tous les professionnels du pays et en particulier pour nous qui sommes au service du malade rénal.

4 FRANCE

Renée RIVOALAN : Directrice de l'Institut en soins Infirmiers d'Argenteuil; elle a publié dans le dernier magazine de l'AFIDTN un article concernant la réforme des études. Elle nous trace les grands points du décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière, du décret relatif aux règles professionnelles des infirmières et de la réforme des études.

La profession d'infirmière n'échappe pas au mouvement général d'évolution accélérée de notre société.

La conférence de Vienne en Mai 1988, en suite aux forums infirmiers organisés "sur la santé pour tous en l'an 2000" a confirmé le sens d'une nouvelle pratique des soins infirmiers.

Les mouvements de 1988 et 1991 ont favorisé le changement, accru le dynamisme, accentué l'émergence de l'identité professionnelle.

1992 :

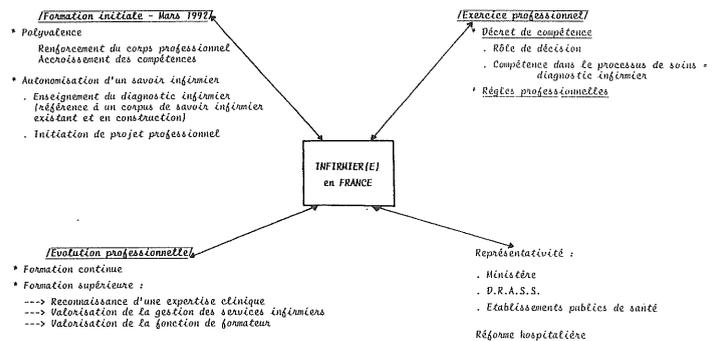
- * Nouveau programme
- * Etudiants-infirmiers
- * Instituts de Formation en Soins Infirmiers aux missions élargies

1993 :

- * Nouveau décret de compétences
- * Les règles professionnelles sont arrivées

- * Les infirmières prennent "place" dans le cadre de la mise en place de la loi hospitalière du 31 juillet 1991 :
 - . organes de décision
 - . structures consultatives
 - . structures de concertation
- * Un nouveau programme de formation "cadre" s'annonce
- * Les possibilités d'études universitaires se précisent : accès de plein droit dans la filière santé, voie de validation des acquis professionnels.

1993 : CHANGEMENT DYNAMIQUE - DEVELOPPEMENT de L'IDENTITE PROFESSIONNELLE



5 GRANDE BRETAGNE

Dame Sheila GUINN - Présidente du Comité permanent des infirmières de la Communauté Européenne - (1983-1992) - ROYAUME UNI

Les soins infirmiers au Royaume Uni

Des changements importants ont eu lieu à la fois dans notre Service de Santé National, qui a un effet considérable sur les soins Infirmiers, et dans les soins Infirmiers; Nous ne sommes pas les seuls ainsi : ceci est arrivé dans tous les pays d'Europe.

CHANGEMENTS DANS LE SERVICE DE SANTE NATIONAL (SSN)

Nous avons en commun avec la plupart des pays une augmentation des demandes des services et une constante escalade des coûts. Notre Service de Santé national (SSN) trouve ses fonds dans l'imposition générale et on peut choisir l'endroit de délivrance des soins. Nous avons eu beaucoup de changements durant les deux dernières décades, mais la réorganisation courante est celle qui porte le plus loin. Les réformes sont en ligne avec l'amélioration de la prévention des maladies et la promotion de la Santé, et une meilleure intégration des services de soins de Santé primaires et secondaires. Nous avons aussi séparé le rôle de l'acquéreur de celui du pourvoyeur des soins. Brièvement, les acquéreurs sont les Autorités de Santé qui transmettent le budget, et qui déterminent les besoins en services de Santé pour leur population, et puis qui acquièrent de celui qui donne les soins (pouvoyeur) - hôpitaux et centre de communauté - dans les meilleurs intérêts du consommateur. Ils conviennent de la charge de travail qui doit être fait et des normes à maintenir. (Le pouvoyeur a maintenant plus d'autonomie dans son management).

Le management général est pratiqué à travers le SSN, avec un Chef Exécutif et des directeurs de Service. Des départements cliniques sont organisés sur le modèle clinique directorial, avec des médecins et Infirmières travaillant ensemble au management des ressources et à la délivrance des soins. Ainsi les décisions de

soins infirmiers sont pris plus près du patient, et le rôle de l'infirmière Chef a changé dans le management des soins infirmiers, plutôt que les lignes de management des Infirmières. La carrière clinique de l'infirmière continue à se développer, avec l'amélioration de l'éducation post basique pour des rôles cliniques spécifiques, et une structure salariale et graduée qui reconnaît les qualifications, l'expertise et les responsabilités. Les programmes d'assurance de la qualité et les audits cliniques sont des activités importantes, et vont en grandissant en sophistication et en force.

Les soins communautaires

En avril, un changement important avec le transfert de l'argent du département central aux autorités locales, pour leur permettre d'accéder, d'acheter et de fournir des soins pour ceux qui en ont besoin dans leur population. Le but est de planifier un "package of care" (ensemble de soins) pour chaque personne, avec une amélioration du support à leur apporter à leur propre domicile, ou si des soins résidentiels sont nécessaires de trouver l'endroit adapté tenant compte du choix personnel. La santé et les services sociaux devront travailler ensemble très étroitement. Cela prendra beaucoup de temps au système avant d'être complètement opérationnel.

La pratique des soins infirmiers

La "valeur des soins infirmiers" a reçu beaucoup d'attention. La Commission d'Audit du Royaume Uni - un corps indépendant - dans son rapport "La vertu des Patients" en regard des soins infirmiers commente qu'un des problèmes majeurs est la sous évaluation des infirmières cliniques. Le RCN "Caring Costs" est la première revue Britannique à approuver les bienfaits d'employer des infirmières qualifiées. Ils examinèrent les études entreprises - Le plus souvent en Amérique du Nord - sur les bienfaits des soins infirmiers efficaces.

Les Infirmières insistent sur une haute proportion d'Infirmières qualifiées dans l'équipe de soins pour procurer à la fois un soin de haute qualité à un coût effectif.

La Charte du Patient

Le SSN a maintenant une Charte du Patient faisant état des droits des patients et aussi des normes qu'ils peuvent espérer recevoir dans chacun des soins primaires ou secondaire. Le premier Ministre annonça vers la fin de 1991 que la Charte inclurait le droit du patient à une infirmière donnée qui serait responsable des soins durant tout son séjour.

La qualité

Le RCN commença son programme de Normes de soins dans les années 70, depuis 1980 il a été établi à Oxford par le Docteur Alison Kitson. Le Dynamic Standard Setting System (DySSSy)(Système de mise en place de Normes) est bien établi au Royaume Uni et son réseau de travail sur l'Assurance de la qualité (QUAN) comprend plus de 2000 membres. Le projet étant maintenant ce réseau de travail en Europe avec une importante convention "EUROQUAN" qui comprend maintenant 14 pays Européens.

Education en Soins infirmiers

Le projet 2000 a été développé pour évaluer les besoins de la santé dans le futur. En achèvement, les étudiants reçoivent une qualification professionnelle en soins Infirmiers et un diplôme de

haute éducation. La première partie des trois années du programme est un programme commun, et les étudiants peuvent ensuite se diriger vers les soins de santé aux enfants, adultes, maladies mentales ou les soins aux personnes avec les difficultés d'érudition. Seuls ceux qui reçoivent la qualification de soins infirmiers aux adultes sont éligibles pour être infirmiers responsables en soins infirmiers généraux, selon la Directive de la C.E.

Les infirmiers ont aussi besoin de formation continue dans leur vie professionnelle. Le Conseil Central en Soins Infirmiers du Royaume Uni, (UKCC) fait état que chaque praticien est responsable de sa propre pratique, et ceci inclue le fait de saisir l'opportunité de maintenir et améliorer les connaissances professionnelles et les compétences.

Au Royaume Uni les infirmières ont beaucoup d'opportunités pour l'éducation continue et post basique. Ceci inclue les premiers degrés et degrés supérieurs comme les maîtrises et doctorats, et aussi une large variété de cours cliniques reconnus sur le plan National, tels que les soins intensifs et aux coronariens.

Le Conseil Central du Royaume Uni a introduit des propositions pour une éducation post diplôme, comprenant trois années de mise à jour périodique pour les infirmières individuelles ayant à produire l'évidence de connaissances professionnelles appropriées et mises à jour. Le Gouvernement a accepté cela dans le principe, mais aujourd'hui, n'a toujours pas attribué les moyens financiers. En réponse le RCN a lancé "RCN Nursing Update" (mise à jour des soins infirmiers du RCN) qui peut être vu sur un programme T.V. spécial transmis par la BBC, avec des suppléments écrits publiés dans les propres normes de RCN.

Le Conseil Central du Royaume Uni comme autorité compétente a un très grand rôle à jouer et prend pleinement avantage des pouvoirs qui lui sont conférés par la législation. (plusieurs petites publications ont été produites et sont distribuées à toutes les infirmières sur le registre (D.E).

Quelques exemples :

- Code de conduite professionnelle (1984)
- Exercer sa responsabilité (1989)
- Administration des médicaments (1992)

6 ITALIE

Marisa PEGORARO - Infirmière Italienne travaillant dans un service de Dialyse à Milan. Elle est membre du comité de l'EDTNA/ERCA, membre du groupe "Core Curriculum", elle a une part très active au sein de l'Association des Infirmières de Dialyse, Transplantation et Néphrologie en Italie qui est l'EDTNA Italie et est éditeur du journal EDTNA pour l'Italie. Elle vient d'être proposée et acceptée pour être la futur Présidente de l'EDTNA/ERCA.

La question "Comment vivent nos collègues Européens" met en évidence une volonté de dialogue et d'aide réciproque, qui soulage mon esprit professionnel et européen.

En rédigeant cette communication je réalisais comme c'est difficile de donner une idée objective en étant en même temps complètement engagée, soit pratiquement soit émotionnellement, dans cette magnifique et terrifiante profession.

Je me qualifie, avant tout, comme une infirmière. Puis, comme une infirmière de néphro-dialyse. Je crois que la spécialisation, sûrement nécessaire dans notre profession aujourd'hui, ne doit pas être une raison de partage entre les groupes professionnels, mais elle doit servir pour améliorer les standards de soins et élever le statut social et matériel des professionnels. Ça signifie être présent dans le scénario politique global du pays, et même d'Europe.

Les infirmiers/es Italiens/nes vivent, depuis toujours, dans une situation d'insuffisance numérique. Surtout dans les grandes villes du Nord il y a toujours, dans tous les services hospitaliers une pénurie d'infirmières. C'est dû en partie au "turn-over" typique des grandes villes et d'un autre côté aux mauvaises conditions de travail, ou de surtravail, créés par la pénurie. La paye moyenne, depuis le dernier contrat national, est augmentée surtout la compensation pour le service nocturne ou férié.

Ça fait qu'un infirmier gagne entre 1.500.000 et 2.300.000 livres par mois.

Il est bien reconnu que la pénurie d'infirmières n'est pas directement liée à l'argent qu'on gagne : c'est plutôt un ensemble de facteurs parmi lesquels on peut mettre l'impossibilité pratique de faire "carrière", l'absence de hiérarchie professionnelle, très peu de stimulus ou d'aide pour l'étude et la recherche dans les soins infirmiers.

En synthèse on peut dire que la profession est "sûre", mais aussi dure et peu gratifiante dans le temps.

Du point de vue légal, depuis les années 30, la profession d'infirmière est considérée au même niveau que d'autres grandes professions comme les médecins, les avocats, les ingénieurs. Pratiquement, grâce à l'aide des autres passages législatifs, l'infirmière a été contrôlée, surveillée et à mon avis, même épuisée, par la profession médicale. Les raisons historiques et sociales pouvant se retrouver dans la considération que l'on donne à la santé et au bien-être de l'individu et, par conséquent au respect que l'on reconnaît au "guérisseur". Cette position s'est renforcée avec les découvertes de la fin du XIXème, comme la microbiologie, l'hygiène publique, la radiologie. En plus de ça, dans mon Pays l'énorme nombre des religieuses infirmières (50 % dans les années 50-60) a joué un rôle freinant par rapport à la considération sociale et professionnelle.

Depuis 1977 le programme des écoles Infirmières a été uniforme à celui des directives Européennes. Mais une loi ne change pas le modèle comportemental ni l'environnement culturel dans lequel se déroule la profession.

Le système Universitaire des années 70, a permis la formation de beaucoup trop de jeunes médecins qui aujourd'hui vont occuper des positions d'enseignement, de management et de coordination dans les services de santé publics et privés, qui pourraient bien être occupés par des infirmières.

Naturellement, la qualité essentielle étant une licence universitaire, par ailleurs inexistante dans la carrière infirmière, voilà comme on a été épuisé.

En synthèse, la loi nous donne un statut de professionnel, mais tout de suite nous limite dans l'expectative de notre travail à l'hôpital mais encore plus dans le service à domicile, en remettant la responsabilité de nos activités à quelqu'un qui n'a jamais été infirmier.

Pour vous donner un exemple, la gestion de la séance de dialyse n'est pas prévue par la loi italienne, comme compétence infirmière. Ça veut dire que nous travaillons toujours, depuis vingt ans, "hors la loi !". Mais ça ne dérange personne que nous dans notre reconnaissance pécuniaire et sociale. Et on continue à le faire par conscience professionnelle, pour les malades, pour la société dans laquelle on vit. Dans la pratique de tous les jours c'est impossible d'imaginer n'importe quel service de santé public ou privé, sans les infirmières. Pourtant on ne joue jamais un rôle primaire au tableau des décisions.

Cette analyse historique peut bien introduire la nouvelle que je considère très importante pour cette profession dans mon Pays. En 1992 ont été institués les premiers cours Universitaires des études infirmières, dans une branche séparée dans la faculté de médecine. C'est-à-dire que les cours de base, des études d'infirmières vont changer de la façon suivante :

- âge minimum pour s'inscrire aux études d'infirmière 19 ans au lieu de 16;
- baccalauréat;
- on est des étudiants universitaires avec tous les effets.

Je ne veux pas entrer dans les détails. Il y en a beaucoup, plus ou moins importants. Entre nous, infirmières, et les observateurs des affaires sociales (journalistes, administrateurs, politiciens) il y a deux groupes d'opinions. Le premier qui considère cette élévation excessive, pas du tout nécessaire en considération de la force de travail dont on a besoin pour les services sanitaires. L'autre groupe qui considère, depuis 10 ans, comme très nécessaire, une élévation de la culture et connaissances de base des infirmières pour qu'elle/il puisse jouer le rôle qui lui est propre dans la communauté sociale.

Moi, j'appartiens au deuxième groupe. Je pense qu'avoir un parcours universitaire est le premier gros échelon vers une autonomie pratique et culturelle pour qu'on puisse nous définir, rechercher les aspects qui nous appartiennent, qui sommes-nous, et/ou qu'est-ce qu'il faut faire pour devenir, de quelle aide avons-nous besoin et qui seront nos aides-soignants.

Il y a encore un ennemi, le pire, le plus difficile à dénicher : "nous-mêmes", avec nos vieux modèles comportementaux, avec la peur de perdre la petite position acquise durant des années d'attente, avec l'habitude de soumettre nos décisions aux autres, avec notre pauvre self-système.

Ça c'est aussi beaucoup de théorie, d'acquisition d'un esprit analytique, autocritique. Mais je suis très fortement positive vers le futur. Je crois que les temps changent (comme dans la chanson de Bob Dylan "time are changing") et surtout dans notre secteur d'activité. Les soins infirmiers en néphro-dialyse ont depuis des années expérimenté l'autonomie et l'importance de la préparation professionnelle et donc nous sommes déjà dans le futur.

Les soins infirmiers en néphro-dialyse en Italie sont représentés par la Filiale Italienne de l'EDTNA/ERCA. Actuellement il n'y a aucun cours de spécialisation. En 1978 s'est créé un cours de spécialisation en techniques de dialyse. Aujourd'hui il ne s'agit pas de reprendre le vieux cours, la technique a beaucoup avancé depuis et le cours est toujours le même.

C'est clair, depuis la petite introduction historico-culturelle, que la prochaine spécialisation, post basique, en néphro-dialyse

doit être faite en considération de la nouvelle position de l'école d'infirmières. Donc actuellement c'est impossible de définir quelle serait la position de la formation post basique en Italie.

Ce que le groupe EDTNA est en train de faire à plusieurs niveaux c'est :

- donner des stimuli pour que l'on puisse se rencontrer en organisant chaque année un Congrès National des Infirmières de néphrologie, dialyse et transplantation,
- donner du matériel pour la mise à jour des connaissances à travers la traduction des publications étrangères, par la distribution de la revue EDTNA/ERCA Journal, la production d'un programme software de recherche bibliographique,
- donner la possibilité de travailler en groupes sur des thèmes reconnus comme prioritaires par nos membres (groupes pour la communication régionale et guide pour un Cadre en Néphro-dialyse);
- faire des liaisons avec les instances professionnelles dans les autres Pays en participant aux activités de l'EDTNA/ERCA (Groupe de Core Curriculum et des Standards);
- donner une vision le plus possible ouverte sur la situation professionnelle en Europe et en invitant des représentants étrangers à nos Congrès Nationaux.

La Filiale italienne de l'EDTNA/ERCA a été la première dans l'histoire de l'association Européenne et cela a été un choix possible en considération de la politique économique dans laquelle nous nous trouvons. En Italie il n'existe pas de forte association comme en France, mais l'EDTNA était déjà bien connue au niveau National. Donc le choix a été très facile pour nous. Néanmoins elle a été supportée par des considérations d'ordre :

- **éthico/idéaliste** : se connaître mieux entre professionnels;
- **pratique** : pouvoir travailler comme professionnels dans d'autres pays;
- **professionnel** : une meilleure homogénéité entre le patient et la qualité des services que nous leur offrons;
- **économique** : pouvoir être (potentiellement) présent là où un service de santé devient aussi un facteur économique.

Sûrement les temps politiques et économiques de cette vieille Europe ne semblent pas trop rassurants, mais je crois que les Européens sont en train de se renouveler. Dans mon pays "on bouge beaucoup" et le groupe auquel j'appartiens est très riche en enthousiasme. Si quelqu'un d'entre vous voulait venir travailler un peu chez nous, n'hésitez pas à me contacter pour des renseignements ou une aide, mon adresse est dans la revue de l'EDTNA.

Nous sommes des professionnels de la santé, infirmiers et infirmières Européens, et nous sommes représentés à différents niveaux par des instances professionnelles,

III ROLE DES GRANDES INSTANCES PROFESSIONNELLES, AU SEIN DE L'EUROPE PAR RAPPORT A LA PROFESSION INFIRMIERE ET A LA QUALITE DES SOINS

1 O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé)

Madame ELLIAUTOU,

Quelles sont les activités du Centre Collaborant O.M.S. que vous dirigez :

- donner des conférences auprès de publics professionnels en France et à l'Etranger
- publier des articles dans les revues professionnelles et des actes de colloque dont les thèmes sont :

l'O.M.S. : Orientations sanitaires

Recommandations concernant les professions infirmière et sage-femme

Les programmes Infirmiers

La qualité des soins dans le programme "Santé pour tous" de l'O.M.S. - Europe

Rôle de l'O.M.S. en Europe par rapport à la profession infirmière et à la qualité des soins.

Au bureau régional de l'OMS - Europe, l'Unité Soins Infirmiers et Obstétricaux est dirigée par une infirmière qui porte le titre de Conseiller Régional pour tous les Soins Infirmiers et Obstétricaux.

Jane SALVAGE, infirmière anglaise, occupe ce poste depuis juillet 1991, date du départ à la retraite d'Elisabeth STUSSI, infirmière française.

Jane SALVAGE a été sollicitée pour être présente parmi vous à ce forum. Malheureusement son calendrier, très chargé, ne lui a pas permis de se libérer, elle m'a demandé d'être son porte-parole, ceci entrant dans les attributions du Centre Collaborant OMS en Soins Infirmiers.

L'O.M.S. ET LA PROFESSION INFIRMIERE

Au niveau mondial

Depuis 1977 - 1ère résolution de l'O.M.S. ayant mis l'accent sur le développement des rôles et des fonctions des infirmières et sages-femmes, en relation avec ceux des autres membres de l'équipe de santé, pour optimiser leur contribution à l'atteinte de la Santé pour Tous - l'O.M.S. s'est attachée à promouvoir les soins infirmiers et obstétricaux comme services de santé essentiels dans tous les pays.

L'O.M.S. n'a cessé, depuis cette date, de solliciter les infirmières et sages-femmes pour qu'elles prennent une part active à la stratégie mondiale de la Santé pour Tous en s'engageant résolument dans une approche communautaire de la santé :

- . En 1983, résolution sur le "**rôle du personnel infirmier, sages-femmes dans la stratégie mondiale de la Santé pour Tous**".
- . 1985 - Appel du Dr MAHLER "**Les infirmiers ouvrent la voie**".
- . 1986 - Tokyo - Conférence mondiale "**Le leadership infirmier dans la santé pour Tous**".
- . En 1989 et 1992, deux résolutions consécutives concernent le "**renforcement des soins infirmiers et obstétricaux à l'appui des stratégies de la Santé pour Tous**".

Les termes essentiels de la résolution de 1992 sont :

- . définir les besoins en services infirmiers et obstétricaux;

- . renforcer les capacités de gestion et de direction ainsi que la position du personnel infirmier et des sages-femmes;
- . prendre des mesures pour garantir des services de soins satisfaisants;
- . renforcer la formation pour répondre à l'évolution des besoins de soins de santé de la population;
- . appuyer et promouvoir des recherches sur les services de santé (accent mis sur les S.S.P.);
- . garantir des conditions de travail;
- . allouer des ressources suffisantes aux activités de soins infirmiers et obstétricaux;
- . refléter la contribution des soins infirmiers et obstétricaux dans les politiques de santé.

Au niveau de la région Europe

Pour mettre en place une véritable stratégie de changement afin d'atteindre l'objectif "Santé pour Tous en l'an 2000", le Bureau Régional a élaboré en 1984 les 38 buts de la Santé pour Tous (ces buts ont été révisés en 1991 afin de prendre en compte les progrès réalisés et l'évolution des besoins).

Ces buts mettent en valeur les thèmes suivants :

1. **Equité.** Réduire l'inégalité en matière de soins de santé à l'intérieur et entre les pays.
2. **Promotion de la santé** et prévention de la maladie.
3. **Participation de la communauté.**
4. **Coopération multisectorielle.**
5. **Coopération internationale.**
6. **Système de santé centré sur les soins de santé primaires** répondre aux besoins de santé de chaque communauté par des services procurés aussi près que possible de là où les gens vivent et travaillent, réellement accessibles et acceptables par tous".

Participation des infirmières à la politique européenne de la Santé pour Tous.

- . 1986-1987 - Mobilisation des infirmières et de sages-femmes par l'organisation des forums nationaux.
- . 1988 - Conférence de Vienne (1ère conférence européenne sur les soins infirmiers).

Pour aider les Etats Membres à mettre en oeuvre les recommandations de la conférence de Vienne, un programme infirmier planifié sur 6 ans (1990-1995) est mis en place; ses résultats seront présentés dans une 2ème conférence européenne sur les soins infirmiers (1995 ou 1996).

Les principaux axes de ce programme sont :

- Réorienter la formation et la pratique infirmière : "Nursing in Action Project".
- Travailler à l'assurance de la qualité des soins.
- Mettre en place une législation professionnelle.
- Travailler à résoudre les problèmes de personnel.

Le "Nursing in Action Project" (Projet Soins Infirmiers en Action)

Partant d'une conception des soins infirmiers et des fonctions de l'infirmière :

La mission des soins infirmiers :

Aider les individus, familles et groupes à connaître et atteindre leur potentiel physique, mental et social et réaliser cela dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent.

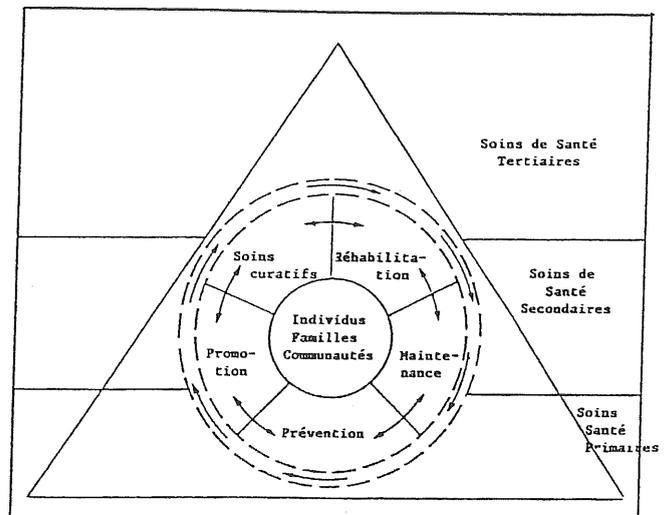
Les fonctions de l'infirmière :

- Promotion et maintien de la santé.
- Prévention de la maladie.
- Soins au cours de la maladie et de la réhabilitation.

Ceci demande à l'infirmière de :

1. Dispenser et organiser les soins infirmiers directs.
2. Enseigner les patients/clients.
3. Enseigner les autres personnels de santé.
4. Participer pleinement dans l'équipe sanitaire.
5. Développer une pratique de soins infirmiers basée sur une pensée critique et la recherche.

La pratique infirmière est représentée par le schéma suivant :



Le projet se propose d'impulser un rôle infirmier approprié aux besoins de santé des populations.

COMMUNAUTE ECONOMIQUE EUROPEENNE

2 Influence de la CEE sur notre profession ?

Dame Sheila QUINN

Le rôle réduit de la Commission de la Communauté Européenne sera mentionné, spécialement dans la DG3, et les Comités Conseils des soins infirmiers.

L'accent sera mis sur le besoin des professions de prendre une avance, et spécialement ceux qui ont des réseaux Européens tels que l'AFIDTN, l'EDTNA/ERCA ou la Société des soins Infirmiers aux cancéreux..

La profession devra mettre en place et contrôler les normes qu'elles croient essentielles.

3 Ministères

Anita SIMOENS De SMET, représente le Ministère de la Santé et de l'environnement en Belgique. Quel est le rôle des infirmières Conseil dans les Ministères des différents pays Européens par rapport à la population infirmière en général ?

La qualité des soins infirmiers n'est pas purement une philosophie, un concept ou une approche - c'est tout concrètement une nécessité, une politique internationale et une base pour l'amélioration de la Santé Publique et une stratégie européenne pour la professionnalisation des soins infirmiers.

Nous constatons que de plus en plus de problèmes financiers amènent à des interventions purement économiques sans que les objectifs de la Santé Publique soient suffisamment tenus en ligne de compte. Les années futures apporteront davantage des défis pour les professionnels de santé qui devront aux termes de normes de qualité concrétiser non seulement les droits des patients mais aussi les acquis de l'art infirmier.

Pour faire face à ce défi, c'est-à-dire améliorer la qualité des soins infirmiers tout en répondant à un surcroît de besoins de la population avec moins de ressources, il faudrait de plus en plus respecter la gestion et le management professionnel au niveau des services infirmiers. Le rôle des professionnels à cet égard devrait surtout s'effectuer dans le cadre :

- des organes d'avis qui fonctionnent dans le cadre des services de soins;
- des associations professionnelles qui pourront se charger de l'établissement des normes de qualité.

En effet nous sommes conscients qu'à l'avenir il faudrait, responsabiliser les agents locaux dans le cadre des structures et avec les moyens mis à la disposition des autorités nationales et la C.E.

De plus en plus l'attention devra être portée sur le "produit", le "outcome" et moins sur les "structures".

Dans cette perspective, davantage d'attention doit être apportée à l'efficacité et des critères et des normes, auxquelles les produits devront répondre, devront être formulés.

Vu l'intérêt particulier des praticiens à cet égard, les autorités devront initier et soutenir des projets de surveillance de la qualité décentralisés en collaboration avec les professionnels du terrain.

Des critères de qualité doivent être formulés et approuvés par des experts (des pairs) pour qu'ils puissent devenir des normes.

Les autorités pourront soutenir des projets.

p. ex. des projets de démonstration concernant certains processus de soins avec :

- multidisciplinarité
- des conseils d'avis scientifiques
- banques de données de référence.

La C.E. actuellement compétente pour la libre circulation et la formation pourrait davantage élargir ses compétences spécialisées, entre autres la formation permanente (se fait déjà actuellement). L'organisation et l'activité professionnelle = matière nationale.

4 EDTNA/ ERCA (Association Européenne des Infirmières de Dialyse, Transplantation et Néphrologie/Association Européenne des Soins Rénaux)

Colin ALDRIDGE, Président, de l'EDTNA,

En 1971, suivant l'avance de leurs collègues, un groupe d'infirmiers en néphrologie créèrent l'Association Européenne des Infirmières de Dialyse, Transplantation et Néphrologie.

Leur but était de faciliter les échanges d'information et les expériences entre les infirmières "pionniers" travaillant au traitement de l'insuffisance rénale. Dans ces jours excitants d'évolution et innovation, les membres de l'Association augmentèrent rapidement. Le succès de l'EDTNA stimula la création de plusieurs Associations nationales d'Infirmières.

Quand je rejoins l'EDTNA pour la première fois en 1976, les "Non-Infirmiers" pouvaient devenir membre comme "Membres Associés"; peu de temps après, tous les membres de l'équipe multidisciplinaire étaient des membres ordinaires de l'Association, et c'est ainsi que fut rajouté la seconde partie du nom "ERCA" (Association Européenne des Soins Rénaux).

Durant le début des années 80, les dirigeants élus de l'Association se concentraient sur le développement des éléments clés des services de l'Association à ses membres. La Conférence annuelle, le journal trimestriel, le Newsletter bisannuel et dans quelques pays, les séminaires Nationaux.

À la fin des années 80, l'Association avait grandi au point qu'il n'était plus possible qu'elle soit entièrement managée par des bénévoles. Nous avons maintenant un bureau directeur à Genève qui gère tous les services aux membres, tient les finances de l'Association, et procure une grande variété de services administratifs.

Simultanément, nous avons commencé une révision importante des structures de management de l'Association et des communications internes qui sera bientôt achevée.

Au début de cette année nous avons confié à un service professionnel, le management des Conférences; c'est une compagnie travaillant au Royaume Uni.

Actuellement, le journal et le Newsletter qui sont chacun publiés en 6 langues sont managés par des éditeurs bénévoles dans chacun des pays. Un développement futur permettra peut-être de rémunérer des compagnies de publications professionnelles pour la production de ces outils de travail vitaux pour l'Association. Le Newsletter est publié depuis peu en Grec. Toute la traduction des manuscrits pour ces publications est faite par des membres bénévoles.

IV EST-CE QUE DES NORMES DE SOINS SONT REALISABLES, APPLICABLES, MESURABLES EN EUROPE ?

Avant de nous poser la question, essayons de voir ce que sont des normes de soins et pourquoi des normes de soins ?

1 - Anne-Marie ELLIAUTOU, Des normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers ont été publiées par le ministère de la Santé en France.

Ces normes sont le résultat d'un travail fait en collaboration avec l'O.M.S. d'un groupe francophone,

Travaux sur l'assurance de la qualité dans la pratique infirmière à l'OMS-Europe.

* **Depuis 1982**, le Bureau Régional a organisé une série de groupes de travail d'expression anglaise pour le développement de normes professionnelles :

1ère réunion - 1982 - en Norvège

Description de la situation dans les différents pays participants et déclarations générales utiles, notamment sur la philosophie et les valeurs qui sous-tendent l'élaboration de normes professionnelles.

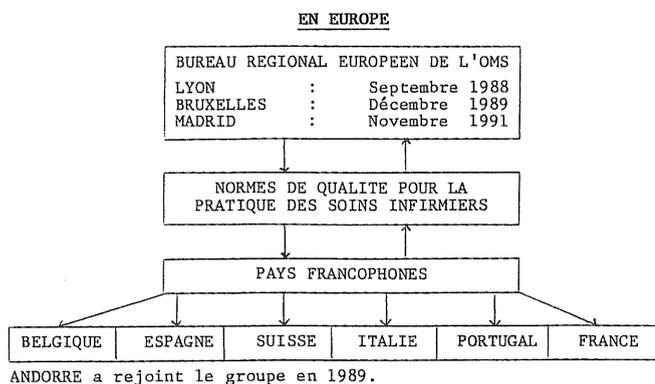
2ème et 3ème réunion - 1984 et 1986 - à Bruxelles

Mise en place d'un matériel.

4ème et 5ème réunion - 1987 et 1989 - à la Haye

Examen et directives concernant le rôle du consultant pour l'assurance de la qualité dans la pratique infirmière.

* **En 1988**, création d'un groupe de travail d'expression française qui se réunira 3 fois.



Le travail de ce groupe a été centré sur l'atteinte du but 31 de la politique européenne de la Santé pour Tous.

O.M.S. - 1985 - BUT 31

"D'ici 1990, tous les états membres devraient avoir instauré des mécanismes efficaces pour assurer la qualité des soins aux patients, dans le cadre de leurs systèmes de santé"

REVISION - 1991

D'ici l'an 2000, il devrait exister dans tous les Etats Membres des structures et des processus assurant l'amélioration continue de la qualité des soins de santé et le perfectionnement et l'usage appropriés des technologies de santé.

Le travail des 3 réunions a permis d'émettre des recommandations générales applicables dans tous les pays. Ces recommandations s'adressent aux gouvernements, aux associations professionnelles, aux professionnels et aux usagers; elles concernent à la fois la législation, la pratique, la formation et la recherche; elles s'appliquent à tous les secteurs d'activité de la pratique infirmière.

Texte des recommandations :

- Pour faciliter l'atteinte du but 31, il est recommandé que les autorités gouvernementales élaborent, avec la partici-

ipation des infirmières, une législation concernant les mécanismes d'évaluation de la qualité des soins. Cette législation devra promouvoir l'évaluation de la qualité des soins infirmiers aux niveaux national, régional et local et indiquer les moyens financiers et humains à allouer pour en permettre une réalisation efficiente. Bien que la diminution des dépenses de santé soit une préoccupation majeure des gouvernements et administrateurs, il est recommandé que celle-ci ne se fasse pas au détriment de la qualité.

- Les organisations professionnelles d'infirmières et toutes autre instances concernées, dans chacun des Etats Membres, développeront des mécanismes d'élaboration de normes basés sur un cadre de référence en soins infirmiers, elles en assureront leur diffusion, leur mise en oeuvre et leur mise à jour à intervalles réguliers.

- Toutes les infirmières, qu'elles exercent en milieu hospitalier ou dans la communauté, seront responsables d'intégrer les résultats obtenus - grâce à l'évaluation de la qualité des soins - dans leur pratique professionnelle et les moyens nécessaires leur seront alloués. Pour les soutenir dans ce domaine, le service infirmier assumera la responsabilité d'obtenir des ressources financières et humaines incluant la création de postes d'experts en qualité aux niveaux national, régional et institutionnel.

- Pour faciliter le développement d'approches méthodologiques, tenant compte de la spécificité des soins infirmiers, il est indispensable d'introduire les résultats des recherches en soins infirmiers dans tous travaux relatifs à la qualité des soins, d'encourager la recherche en évaluation de la qualité des soins et d'attribuer des subventions à cette fin.

- Pour stimuler la réflexion des experts en qualité et assurer une diffusion et un partage des informations, des mécanismes d'échange seront renforcés ou créés (réseaux, centres collaborateurs, publications, congrès, etc.).

- Les usagers/bénéficiaires participeront à l'élaboration de politiques relatives à la qualité des soins à tous les niveaux (national, régional, local ou institutionnel) et seront impliqués dans la mise en oeuvre de ces politiques et dans leur évaluation. Cela implique qu'un partenariat entre professionnels et usagers/bénéficiaires soit créé, que ces derniers aient accès à une information de qualité, qu'ils soient représentés dans les instances de décision des établissements et services de soins pour exprimer leurs points de vue et participer aux prises de décisions relatives à la qualité des soins infirmiers.

- La formation des formateurs et des "conseillers en qualité" devra être organisée afin de leur permettre de concevoir, soutenir, développer et mettre en oeuvre des projets d'évaluation ainsi que la recherche.

. Une formation à la qualité devra être incluse dans les programmes de formation en soins infirmiers à tous les niveaux (base, cadre, supérieur).

. Une formation continue sera organisée pour étendre la compétence des infirmières et autres personnels de santé aux nouvelles approches de qualité.

. Des mécanismes pour assurer la cohérence entre enseignement théorique et application pratique seront créés et mis en place.

. Les conseillers(ières) en qualité à tous les niveaux seront des personnes ressources pour l'élaboration de tous programmes de formation à la qualité des soins, certains devront agir à titre de formateur.

* Projets de travail de groupe d'expression française.

A la dernière réunion, tenue à Madrid, l'OMS a demandé aux pays engagés de prendre en charge le travail à poursuivre.

Le groupe a proposé la création d'un "réseau d'informations et de rencontres" pour soutenir le développement de projets de qualité. En particulier pour aider chaque pays à élaborer ses propres normes, pertinentes avec les valeurs, les conceptions et la pratique professionnelle de son contexte : "les normes doivent s'inspirer de la pratique et en même temps servir à inspirer la pratique". Monique CHAGNON, Expert OMS.

Il faut, en effet, assurer la pertinence continue avec la pratique mais aussi viser le but même d'une norme de qualité qui est d'améliorer et de développer cette pratique.

Ceci entraîne deux exigences :

. Mobilisation des professionnels et des usagers pour concevoir les normes et élaborer les critères qui permettront d'évaluer le niveau atteint.

. Révision périodique des normes qui doivent évoluer avec les conceptions et les pratiques.

Le groupe devrait se réunir à Lyon au printemps 1994 sous l'égide du Centre Collaborant OMS en Soins Infirmiers.

La mise en place de ce réseau d'expression française a aussi pour finalité de permettre des liens avec le réseau EuroQUAN d'expression anglaise déjà bien structuré et dans lequel sont intégrés quasiment tous les pays du groupe francophone.

Ainsi, grâce à ces deux réseaux, s'alimentant l'un l'autre, les choses ne peuvent que progresser en Europe, tout au moins dans les pays participants.

Cependant, et je terminerai par là au nom de l'OMS, la progression de la profession infirmière, grâce à la qualité du service qu'elle rend, ne peut se regarder dans le seul cadre restreint de la CEE.

Il est nécessaire d'étudier comment nous allons pouvoir aider les pays du centre et de l'est européen. Nous avons commencé à Madrid : la Bulgarie et la Roumanie ont participé à nos travaux, la France est très engagée auprès des infirmières roumaines.

2 Dame Sheila QUINN

La réponse aux trois parties de la question peut être "Oui". Ce sera un dur travail. L'O.M.S. nous a donné un bon départ dans ce sens avec ses parties travaillant à préparer des facilitateurs dans les différents pays, entre 1979 et 1986. Maintenant, nous avons EUROQUAN, qui a démarré il y a 18 mois, et qui comprend maintenant 14 pays. Il y a deux réunions dans l'année : la dernière en Italie en Avril, et la prochaine sera en Irlande en Septembre. De nouveau, la profession aura à établir et contrôler ses propres normes.

3 Anita SIMOENS

Les normes de soins sont surtout souhaitables et réalisables à condition que :

- le degré de motivation des professionnels de santé et des administrateurs d'organismes de soins soit important car c'est un facteur critique du succès de tout programme d'assurance de la qualité;

- la procédure d'assurance de la qualité atteint son efficacité maximale lorsqu'elle est intégrée à la procédure existante de gestion de l'organisme de soins. Il appartient donc à chaque département hospitalier et à chaque élément d'un organisme de soins de définir sa propre structure et le rôle de son personnel en ce qui concerne l'assurance de la qualité;

- il est indispensable, pour pouvoir choisir des indicateurs de bonne qualité, de se fonder sur l'expérience des autres pays et de tenir compte des possibilités concrètes de collectes de données, d'analyses et d'interventions;

- étant donné l'importance vitale de pouvoir se baser, pour l'assurance de la qualité, sur les informations complètes et précises concernant les soins, il est indispensable de disposer d'un personnel qualifié pour la tenue des dossiers médicaux et infirmiers, d'experts de systèmes d'information et d'analyses des données.

Il appartiendra aux personnels de santé, en collaboration avec les organismes d'assurance de la qualité, au niveau des hôpitaux ou dans le secteur des soins primaires, de décider des aspects de soins à prendre en compte, de choisir les indicateurs de qualité à utiliser, d'interpréter les données recueillies et de prendre des mesures pour résoudre les problèmes identifiés.

A cet effet, des "network" internationaux pourront se développer avec des "keypersons" locaux afin de promouvoir l'avancement des travaux locaux. Ces personnes fonctionneront en plus comme personne de référence dans le domaine concerné. Des publications régulières refléteront à la fois les évolutions mais seront aussi les stimuli.

Ce sont par contre des organismes extérieurs qui devront veiller à ce que la surveillance de la qualité ait effectivement lieu, à ce que les résultats de ces activités et l'interprétation des données soient valides, à ce que des mesures correctives soient prises et, en fin de compte, à ce qu'il en résulte une réelle amélioration des résultats de soins. Ainsi des questionnaires de la C.E. serviront comme cadre de référence. Les banques de données internationales seront la base pour les organismes internes d'assurance de la qualité.

Les informations présentées de manière systématique sur l'efficacité et les résultats comparatifs en matière de qualité pourront alors amener à vérifier si les résultats obtenus par l'organisme de santé sont acceptables par comparaison à ces indicateurs généraux de qualité.

Les activités d'assurance de la qualité doivent être inscrites au budget normal de chaque organisme de soins. Le processus d'assurance de la qualité ne peut fonctionner efficacement si l'on n'a pas prévu les ressources d'informations locales mais aussi internationales.

Il faudrait, dans le cadre de la surveillance, porter une attention particulière aux services ou maladies à haut risque pour le patient, ou à propos desquels on a des raisons de penser qu'il existe des problèmes de qualité. Dans les hôpitaux, on peut citer par exemple des aspects tels que :

- l'utilisation des produits sanguins;
- les infections nosocomiales.

Enfin, les mesures adoptées pour remédier à un problème identifié devront s'attaquer aux causes véritables de celui-ci.

Les états membres pourront reprendre ces normes tout en tenant compte de leur situation financière, de leur niveau de développement, de la politique, etc.

Des normes de qualité aboutissent à des épargnes car elles amènent plus vite à la guérison et évitent les complications.

4 Colin ALDRIDGE

Vers des Normes Cliniques et d'éducation dans les soins rénaux.

Comme les services de base et de management de l'Association étaient stabilisés, il était naturel pour les membres de tous les pays d'Europe de commencer à aborder des sujets professionnels dans les soins rénaux.

Dans le début des années 1970 on pensait que le nombre de patients recevant une thérapie de substitution rénale s'étendrait de façon exponentielle. Au lieu de cela, la population des patients dialysés a augmenté inexorablement à un taux d'environ 7,5 % par an. En 1993 le nombre de patients recevant un traitement par dialyse dans le monde entier passera à 500.000, et barrant un effondrement majeur dans le monde de l'économie, on s'attend à ce que ce nombre dépasse 800.000 à la fin du siècle.

A un coût moyen mondial de 30.000 \$ par an par patient, l'addition totale pour le traitement de l'insuffisance rénale au stade terminal excédera 14 billions \$ US cette année. Ce coût de 30.000 \$ sera considéré en comparaison au produit intérieur brut de 20.000 \$ par personne dans les 9 plus riches pays du monde. En contraste, en Inde le coût par patient par an est bien au dessous de la moyenne du monde à 7000 \$. Cependant ceci doit être comparé au produit intérieur brut par personne de ce pays qui est de seulement 300 \$.

Un patient en Inde requiert les rentrées annuelles de 23 citoyens pour survivre.

La hausse continue de la demande des traitements de dialyse peut certainement être prévisible pour continuer jusque bien après le début du siècle à venir quand les xénotransplantations commenceront à faire quelque impact sur la population dialysée. Nous ne devrions pas nous attendre à ce qu'il y ait une avance importante en technologies génétiques qui aurait comme conséquences une découverte dans la prévention de l'insuffisance rénale au stade terminal.

Nous pouvons donc nous attendre à une augmentation de la pression du haut vers le bas sur les coûts du traitement, et avec une telle pression viendra la tendance inévitable de couper les coins et de réduire la qualité du traitement et des soins. Il est de la responsabilité d'Associations telles que l'EDTNA/ERCA et l'AFIDTN qui travaillent de concert d'établir des normes géné-

rales de traitement et d'éducation et de s'assurer que ceux qui souffrent d'insuffisance rénale au stade terminal en Europe puissent accéder à un haut standard de soins, uniforme.

A cette fin, en 1991 des commissions de l'EDTNA/ERCA furent mises en place simultanément pour produire un travail et créer des normes Européennes de pratique clinique et un programme Européen d'éducation pour les infirmières en néphrologie. Des Membres de tous les pays d'Europe furent recrutés pour travailler dans ces commissions, et les résultats de leur travail sera présenté oralement et en poster à la Conférence annuelle de Glasgow en Ecosse. Il est de notre intention de faire circuler les premiers documents produits à toutes les associations nationales et aux experts et individus expérimentés dans le domaine des soins infirmiers en néphrologie.

Ce processus de consultation commencera au début de l'année 1994.

Augmentation de l'influence de l'EDTNA/ERCA

Ecrire des normes et des lignes de conduite est une difficulté en soi, mais demander et obtenir leur acceptation générale est une complète nouvelle tâche. Dans le but d'augmenter la reconnaissance de l'association et l'influence de sphère, nous avons désigné des agents de liaison avec la Communauté Européenne et l'O.M.S. Nous espérons développer un bon travail de relations avec ces deux importantes organisations.

5 Waltraud KUNTZLE responsable du groupe "Core Curriculum" de l'EDTNA

Avant de répondre aux questions, je voudrais d'abord demander : A quoi servent-elles ?

Quand on parle de normes de soins, quelques uns peuvent penser à quelque chose de limitatif, rigide, déjà périmé.

Nous n'aimons pas que quelqu'un règle notre façon de travailler car chacun est expérimenté et fait de son mieux.

Et pourtant, vues de près, les normes de soins ont un aspect très positif pour établir ou garder une qualité de soins.

Une Europe qui s'ouvre, de gré ou de force, vers tous les côtés va vivre beaucoup de changements. Pour les malades et pour notre travail, il est donc indispensable d'appliquer des normes de soins et des normes éducatives pour maintenir la qualité des soins en périodes économiquement difficiles;

Exemple :

La pénurie de personnel nous mène à engager des infirmières de pays où la formation et les moyens matériels sont différents des nôtres.

Il est alors très important d'avoir à la disposition des normes de soins pour encadrer le nouveau personnel. L'EDTNA a accepté le défi et est en train d'établir des normes en néphrologie et d'établir un plan d'étude pour la formation de l'infirmière Néphrologique.

Pour le programme de formation, nous n'avons pas eu de grandes difficultés pour formuler les parties essentielles, nécessaires pour la formation d'infirmières qualifiées en Néphrologie.

Nous présenterons le plan d'études lors de la conférence de Glasgow en septembre 1993, après il sera présenté à la Commission Européenne à Bruxelles.

L'échange au niveau International, qui s'établit au niveau de l'EDTNA satisfait les objectifs de l'O.M.S., spécialement les buts 30 et 31 (qualité des soins et technologie appropriée).

Je suis convaincue que des normes soient premièrement nécessaires, donc réalisables, elles doivent correspondre aux besoins de qualité de soins, donc qualité de vie pour le malade, de coût et de rendement pour l'administration, et elles seront un excellent instrument pour évaluer ou contrôler la qualité des soins.

6 Anne-Marie CADART, infirmière en dialyse de 1975 à 1989, devenue Directrice Administrative de l'AFIDTN en 1989 après avoir travaillé bénévolement au sein de cette Association depuis sa création en 1980.

Membre de l'EDTNA/ERCA depuis 1975, éditeur du journal et du Newsletter EDTNA pour la France.

Membre du groupe qui élabore des Normes Européennes de pratique des soins en Néphrologie comme représentant de la France.

Il est clair que les infirmières de néphrologie requièrent une éducation continue dans le domaine de leur spécialité.

Elles reçoivent une petite éducation en néphrologie durant les études de base d'infirmière et la technologie de dialyse est rapidement évoquée, garantissant des infirmières bien informées et pleines de connaissances pour exécuter les soins aux patients insuffisants rénaux.

Les infirmières de néphrologie ont souvent un rôle étendu qui correspond à une responsabilité croissante.

Cependant une base de connaissances est vitale pour assurer la sécurité du patient.

L'éducation mène à la qualité des soins qui alternativement peut être liée à la rentabilité.

Une association professionnelle d'infirmières a l'obligation de fournir des mesures pour juger de la compétence de ses membres et évaluer la qualité de la pratique des soins.

Une des premières fonctions de notre Association Européenne est d'établir, de mettre à jour et d'améliorer des normes de pratique clinique qui en elles-mêmes mèneront à l'éducation continue.

UTILISATION DU DOCUMENT

En Europe des différences majeurs existent par rapport aux langues, aux cultures, aux religions, aux législations, à la politique de santé et aux budgets des soins de santé.

Ces différences auront certainement un impact sur le processus de mise en oeuvre de normes Européennes de soins infirmiers en Néphrologie. D'ailleurs, les Normes Européennes de pratique des soins infirmiers en Néphrologie seront éditées dans de grandes lignes. Les détails finals de ces standards doivent être faits au niveau local par des structures Nationales adaptées à des besoins spécifiques, aux problèmes ou à la politique de chaque pays.

Pour faciliter cette initiative locale, nous proposons :

1° de développer un réseau de personnes Clés régionales pour faciliter l'exécution de normes locales, aussi bien que pour agir en tant que ressource pour évaluer et contrôler le degré d'activité dans les centres locaux.

2° de publier régulièrement des rapports à présenter aux membres du groupe de normes Européennes et au comité principal.

3° d'encourager les normes nationales à être publiées dans les journaux, sous forme de posters à présenter dans les congrès de néphrologie, nationaux ou internationaux.

La philosophie de ces normes est commune à celle des normes d'enseignement

Les composants clés sont :

I. Des besoins professionnels

II. La pratique en matière de soins infirmiers

III. La recherche en soins infirmiers

Des normes ont été établies concernant :

l'éducation de l'équipe

le support psychologique

la discontinuité du traitement

dans chacune des spécificités suivantes :

* Traitement conservateur

* Hémodialyse

* Dialyse péritonéale

* Pédiatrie

* Insuffisance rénale aiguë

* La transplantation

Chacune sous la même forme c'est-à-dire :

* des critères de structure

* des critères de processus

* des critères de résultat

Ce travail, tout comme celui du groupe Core Curriculum a été présenté à la Conférence Internationale de l'EDTNA/ERCA à Glasgow.

V CONCLUSION

Les infirmiers(res) ont-elles envie de bouger, la libre circulation sera-t-elle aisée ?

La reconnaissance des diplômes est-elle sans problème ?

Qu'est-ce que l'Europe peut apporter aux Infirmier(es) ?

Qu'est-ce que les Infirmières peuvent apporter à l'Europe ?

Une fois de plus je tiens à remercier chaleureusement tous nos invités mais aussi tous les auditeurs de leur participation. Beaucoup de questions se posent encore, aussi et surtout par rapport à tout ce que nous avons encore à faire les uns et les autres pour améliorer toujours la qualité des soins que nous donnons aux patients. L'union fait la force, c'est bien connu, alors unissons nos efforts, Européens que nous sommes, pour progresser.

Si ce forum vous a intéressés, si vous souhaitez obtenir des renseignements sur l'un ou l'autre de nos invités, ou sur les publications existantes, vous pouvez le faire au siège de l'AFIDTN.