

WORLD HEALTH ORGANIZATION
REGIONAL OFFICE FOR EUROPE



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE

WELTGESUNDHEITSORGANISATION
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

E: 27801

6010

LEGISLATION RELATIVE A LA FORMATION DES PERSONNELS
ET A L'ORGANISATION DES SERVICES INFIRMIERS ET OBSTETRICAUX

Rapport sur la réunion d'un groupe de travail de l'OMS

Hambourg
11-14 décembre 1979

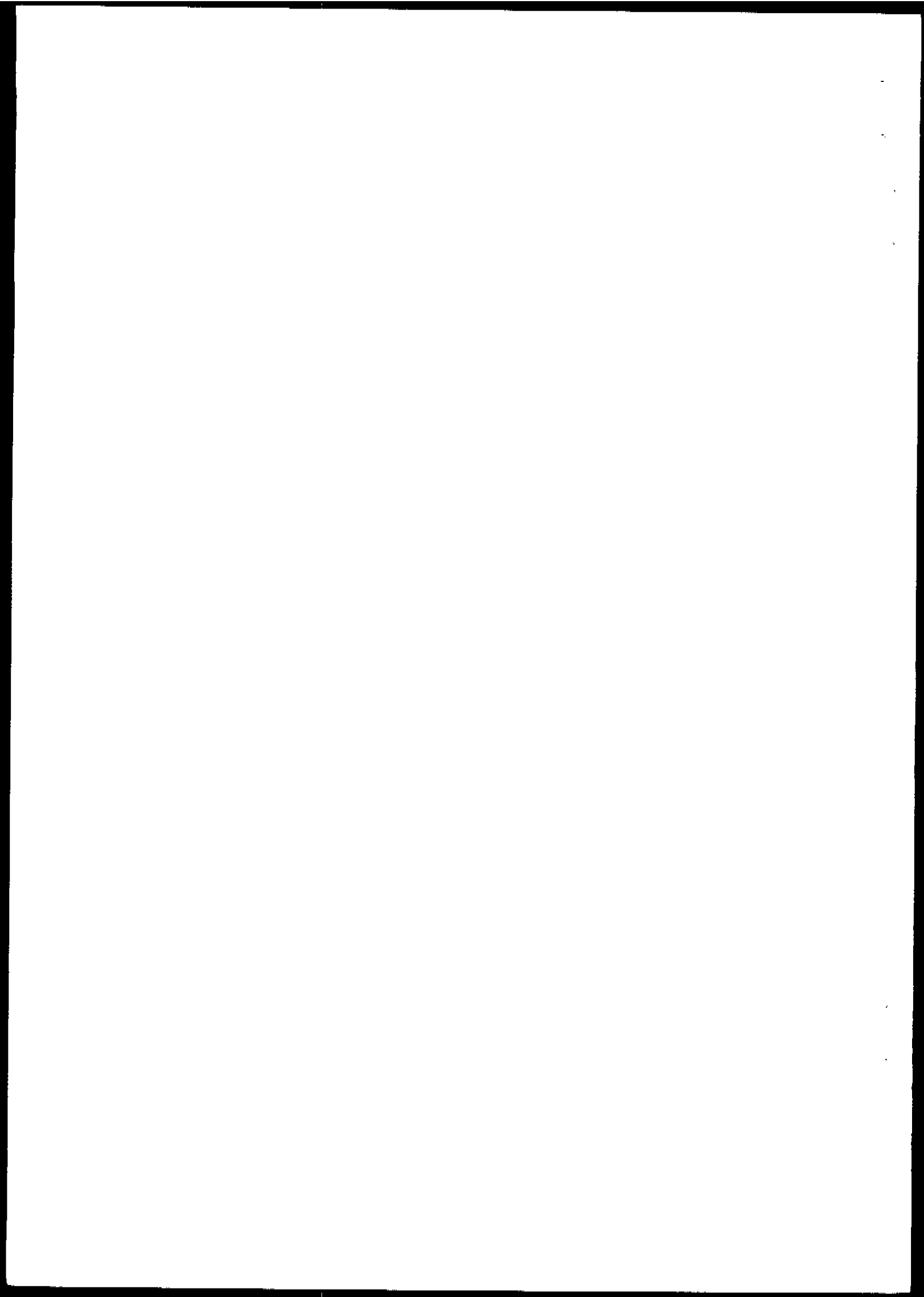
Traduction d'une publication du Bureau régional de l'Europe de l'OMS parue dans la série des Rapports et Etudes EURO sous le numéro 45 et portant le titre "Legislation concerning nursing/Midwifery services and education" (ISBN 92 890 1211 0).

Note

Ce document ne constitue pas une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation ou traduction sans l'autorisation du Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
1. Introduction	1
2. Etat actuel de la législation relative à la formation des personnels et à l'organisation des services infirmiers dans la Région européenne	2
3. Etat actuel de la législation relative à la formation des personnels et à l'organisation des services obstétricaux dans la Région européenne	6
4. Contraintes imposées par la législation à l'action des personnels infirmiers et obstétricaux	10
5. Conclusions et recommandations	11
Annexe 1 Tableau synoptique de la législation sur les soins infirmiers dans 25 pays de la Région européenne de l'OMS	13
Annexe 2 Tableau synoptique de la législation sur les sages-femmes de 24 pays de la Région européenne de l'OMS	25
Annexe 3 Liste des participants.	31



1. Introduction

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a réuni le groupe de travail sur l'invitation de la République fédérale d'Allemagne et en collaboration avec les autorités de la ville de Hambourg.

Le groupe avait pour mandat:

- a) d'étudier l'état actuel de la législation relative à la formation des personnels et à l'organisation des services infirmiers et obstétricaux dans la Région européenne;
- b) de rechercher les parties de la législation qui entravent la création de services infirmiers et obstétricaux au service des patients et des familles;
- c) de faire des recommandations sur les modifications à apporter à la législation;
- d) enfin, de faire des recommandations concernant l'application de ses conclusions dans le programme à moyen terme de l'OMS sur les services infirmiers et obstétricaux en Europe.

Le groupe se composait de 24 participants venus de 14 pays européens et de Nouvelle-Zélande, ainsi que de trois fonctionnaires du Bureau régional. La liste des participants figure à l'Annexe 3.

Mme Helga Eistner, Premier Adjoint au Maire de Hambourg, a souhaité la bienvenue aux participants au nom de sa ville et du Ministère de la jeunesse, de la famille et de la santé de République fédérale d'Allemagne.

Mlle M.O. Abbott, Fonctionnaire pour les soins infirmiers, a ouvert la réunion au nom du Dr Leo A. Kaprio, Directeur régional de l'OMS pour l'Europe. Elle a fait observer que les travaux du groupe concernaient non seulement les infirmières et les sages-femmes, mais aussi toutes les personnes intéressées aux services de santé et, notamment, aux services de soins primaires.

Il est admis que les infirmières, dans leur majorité, sont loin d'être au fait de la législation qui régit leur formation et l'exercice de leur profession. La situation des sages-femmes est légèrement meilleure, malgré une tendance marquée, dans de nombreux pays de la Région, à l'abandon de la pratique indépendante à domicile en faveur de l'emploi dans les hôpitaux. D'ailleurs, il arrive que les sages-femmes n'aient pas connaissance des lois relatives à leur participation aux programmes de planning familial. Depuis 1976, un certain nombre de groupes réunis par le Bureau régional de l'Europe ont attiré l'attention sur les contraintes imposées par la législation actuelle au développement de la formation des personnels et de l'organisation des services infirmiers et obstétricaux. C'est pourquoi le Bureau régional a fait réaliser deux études, l'une sur la législation relative à la formation des personnels et à l'organisation des services infirmiers, l'autre sur celle des services d'obstétrique et de la formation des sages-femmes; il en a confié l'exécution au Dr J. de Moerloose, ex-chef de la section de législation sanitaire au Siège de l'OMS à Genève. Des tableaux synoptiques exposant les résultats de ces études constituent les Annexes 1 et 2 au présent rapport.

Les années 70 ont été marquées, dans la Région européenne, par l'adoption de législations internationales relatives aux personnels infirmiers et obstétricaux dans le contexte d'une part du Marché commun nordique des personnels infirmiers (1968), et d'autre part des Directives et Décisions de la Communauté économique européenne (CEE) relatives aux infirmières chargées des soins généraux^a et aux sages-femmes.^b La Recommandation de 1977 sur le personnel infirmier^c et la Convention sur le personnel infirmier, adoptées en 1977 par la Conférence internationale du Travail, marquent, pour cette décennie, une évolution digne d'attention dans le domaine des services infirmiers.

^a Directives 77/452/CEE et 77/453/CEE du Conseil, en date du 27 juin 1977, et Décision 77/454/CEE du Conseil, en date du 27 juin 1977, relatives aux infirmières chargées des soins généraux. Journal Officiel des Communautés Européennes. Vol. 20, N° L176, 15 juillet 1977.

^b Directives 80/154/CEE et 80/155/CEE du Conseil, en date du 21 janvier 1980, et Décision 80/156/CEE du Conseil, en date du 21 janvier 1980.

^c Conférence internationale du Travail. Recommandations concernant l'emploi et les conditions de travail et de vie du personnel infirmier (Recommandation 157). Genève, Bureau international du Travail, 1977.

2. Etat actuel de la législation relative à la formation des personnels et à l'organisation des services infirmiers dans la Région européenne

Le groupe a étudié le rapport sur la législation relative à la formation des personnels et à l'organisation des services infirmiers dans la Région européenne (document ICP/SPM 007(1)/6). Présentant ce rapport, le Dr J. de Moerloose a mentionné l'enquête sur la législation infirmière dont l'OMS avait publié les résultats en 1953 et qui avait porté sur 20 pays du monde entier; il a fait remarquer que le nouveau rapport concernait le deuxième travail sur ce sujet entrepris par l'OMS, en l'occurrence par son Bureau régional de l'Europe. L'analyse de la législation adoptée dans divers pays présente un grand intérêt et peut servir de point de départ pour plusieurs initiatives, par exemple la modification de la législation d'un pays ou la promulgation d'une loi nouvelle. Remarquant la présence d'un participant venu de Nouvelle-Zélande, le Dr de Moerloose a rappelé que ce pays avait été le premier à adopter, en 1901, une loi sur la pratique infirmière.^a

Il a été souligné qu'il fallait, pour développer efficacement les services de santé, pouvoir s'appuyer sur une législation adéquate. Il faut définir dans la loi les pouvoirs des organismes chargés de l'administration de la santé publique à tous les niveaux, les droits et devoirs des citoyens et les conditions et règles applicables notamment aux professions médicales, infirmières et apparentées. D'autre part, les médecins, les infirmières et les autres travailleurs de la santé doivent se familiariser avec l'infrastructure législative qui régit leur profession et réglemente leur activité.

Les participants ont cité des exemples de l'importance de la législation pour le développement des services de santé face à l'évolution de la société. A ce sujet, il leur a été rappelé que l'OMS avait émis, depuis 1950, un certain nombre de recommandations destinées à améliorer les services infirmiers, dans l'intention de mobiliser la participation active des infirmières aux décisions relatives aux services de santé, ainsi que d'améliorer la formation et la pratique infirmières. Or, ces recommandations restent pratiquement lettre morte là où aucune loi nationale ne vient leur donner effet. Par ailleurs, la définition légale de l'infirmière dans les lois nationales prévoit souvent qu'elle ne travaille que sous la direction ou le contrôle d'un médecin. Cette définition, qui confine l'infirmière dans un "rôle subalterne", contredit celle que le Conseil international des infirmières (CII) a adoptée en 1975.^b Les contradictions de cette nature débouchent inévitablement sur des confusions et des conflits.

On a rappelé aux participants que l'analyse de la législation infirmière en Europe portait sur 25 des 32 Etats Membres de la Région.^c Des problèmes de traduction des textes originaux et, dans certains cas, le manque de sources d'informations valables et fiables, ainsi que des modifications fréquentes et non codifiées des législations, ont rendu difficile l'exposé de la situation en juillet 1978, date où l'étude s'est terminée.

^a Recueil international de législation sanitaire, 4(4): 464 (1953).

^b La définition de l'infirmière adoptée par le CII à l'usage de tous les pays, a été approuvée par le Conseil des représentants nationaux (CRN), organe de tutelle du CII, réuni du 4 au 8 août 1975 à Singapour. Son libellé est le suivant : "L'infirmier/ère est une personne qui a terminé avec succès un enseignement infirmier de base et qui est apte et habilité(e) dans son pays à exercer la profession d'infirmier/ère. L'enseignement infirmier de base est un programme d'études officiellement reconnu qui donne les larges et solides connaissances que nécessite l'exercice des soins infirmiers, et établit les fondations d'une formation supérieure qui développe des compétences spécifiques. La formation de l'infirmier/ère de première catégorie le/la prépare, grâce à l'étude des sciences relatives au comportement humain, à la vie et aux soins infirmiers, ainsi qu'à l'expérience clinique, à une pratique, et à assumer la responsabilité de l'administration des soins infirmiers et le rôle de "leader" de la profession. L'infirmier/ère diplômé(e) (infirmier/ère de première catégorie), a la responsabilité d'organiser, de donner et d'évaluer les soins infirmiers dans tous les domaines pour la promotion de la santé, la prévention de la maladie, les soins aux malades et leur réadaptation; l'infirmier/ère est un membre de l'équipe de santé. Dans les pays où il y a plus d'une catégorie de personnel infirmier, le programme de formation de l'infirmier/ère assistant(e) (infirmier/ère de deuxième catégorie), le/la prépare, grâce à des études théoriques en soins infirmiers et des stages pratiques, à donner les soins infirmiers en coopération avec et sous la supervision d'un(e) infirmier/ère diplômé(e)."

^c Par suite de l'admission de Saint-Marin en mai 1980, la Région Européenne de l'OMS compte aujourd'hui 33 membres actifs.

Comme on pouvait s'y attendre, les différences entre systèmes socio-économiques et politiques des pays de la Région européenne se retrouvent dans leurs dispositions législatives concernant la formation et la pratique infirmières. Ces différences commencent cependant lentement à s'estomper grâce aux accords multinationaux conclus au sein de divers groupements de pays, la CEE par exemple. Mais de profondes divergences subsistent encore clairement d'un pays à l'autre, notamment dans le détail des fonctions que l'infirmière peut exercer et des actes qu'elle peut accomplir.

Certaines tendances marquées qui se dégagent des législations dans l'ensemble de la Région, méritent pourtant d'être relevées. D'une part, la formation et les conditions de la pratique infirmière se concentrent, en général, sur la médecine curative plutôt que sur la connaissance approfondie du contenu des soins infirmiers. La preuve en est que les législations prévoient de plus en plus de cours d'enseignement avancé dans des branches hautement techniques de la médecine, par exemple les soins infirmiers de neurochirurgie ou de dialyse rénale, ou encore les soins infirmiers intensifs. D'autre part, les législations tendent de plus en plus à prévoir le transfert des infirmières après recyclage d'une équipe de base à une autre pour passer par exemple de la psychiatrie à la médecine générale. Enfin, les législations font généralement mal la distinction entre les infirmières de première et deuxième catégorie.

Les principales dispositions de la législation infirmière concernent l'instruction et la formation. Elles portent sur l'agrément des écoles, les conditions d'admission, le contenu des programmes d'études et les règlements d'examen, qui varient considérablement d'un pays à l'autre.

L'âge minimum moyen d'accès à la formation est de 17 ou 18 ans. Dans certains pays, on note une tendance à l'abaissement de cet âge minimum; dans d'autres, les candidates doivent subir un examen d'entrée; ailleurs encore, elles doivent produire des certificats de bonne santé et de vaccination, mais là aussi les conditions changent d'un pays à l'autre.

L'agrément des écoles d'infirmières relève dans certains pays du Ministère de la santé, dans d'autres du Ministère de l'éducation et dans d'autres encore conjointement des deux administrations. Ailleurs, il est délégué à une institution ou une commission spécialement constituées pour conseiller le Ministre de la santé en la matière.

A peu d'exceptions près, la durée du programme de préparation au diplôme d'infirmière est de 3 ans, allant d'un minimum de 22 mois à un maximum de 5 ans selon le niveau d'instruction générale préalable des candidates. Il existe des différences frappantes entre les programmes et entre les règles d'examen, ainsi que dans la mesure dans laquelle la législation les détaille. Les programmes d'enseignement infirmier de base de certains pays constituent des programmes d'études avancées dans d'autres pays.

La législation de certains pays prescrit en détail les programmes, celle d'autres pays ne concerne que les examens, tandis que celle d'autres pays encore couvre ces deux points en grand détail.

La législation de la plupart des pays limite le droit d'exercer aux seules titulaires d'un diplôme d'infirmière. En outre, la loi de nombreux pays de la Région restreint l'usage du titre d'"infirmière". Dans presque tous les pays, l'infirmière est tenue avant de pouvoir exercer, de faire homologuer son diplôme par l'autorité compétente. Celle-ci peut retirer le permis d'exercer ou annuler l'homologation du diplôme selon des procédures ou des dispositions déterminées par la loi.

Poursuivant la présentation de l'étude, Mme I.H. Haugen a évoqué les changements apportés aux services de santé de plusieurs pays de la Région, ainsi que les efforts croissants déployés pour développer les soins primaires et les soins extra-hospitaliers. Il ressort clairement de l'étude que les législations applicables à la formation et à la pratique infirmières se concentrent encore sur les services hospitaliers, avec une prolifération de cours spécialisés d'infirmierie hospitalière et des programmes d'enseignement essentiellement techniques. On peut se demander s'il est nécessaire, voire opportun, de réglementer et contrôler l'enseignement infirmier autant qu'on le fait aujourd'hui.

Les relations entre infirmières diplômées et personnels infirmiers auxiliaires ont leur importance et méritent qu'on y prête attention. Dans certains pays, les deux groupes sont visiblement distingués, dans d'autres il faut être auxiliaire avant d'être infirmière, tandis qu'ailleurs encore le personnel infirmier auxiliaire existe, mais la loi n'en parle pas. Les législations s'orientent pourtant vers l'établissement d'une relation plus étroite entre les deux groupes et, en l'occurrence, elles s'alignent sur les réalités.

La multiplication des professions de la santé pose un problème croissant dans bien des pays. Il ressort de l'étude que, dans certains d'entre eux, les infirmières peuvent se spécialiser dans des disciplines médico-techniques, qu'elles ne sont alors plus considérées comme des infirmières proprement dites, et que leur activité relève alors de dispositions législatives distinctes. Le groupe a critiqué cette pratique qu'il a jugée contestable.

Il est intéressant de constater qu'il existe peu de dispositions législatives concernant l'éthique infirmière. Peut-être considère-t-on que ce sujet n'est pas du ressort de la loi, ou bien que la profession est capable de fixer elle-même ses règles déontologiques.

Pour ce qui est de l'homologation et du permis d'exercer, la plupart des pays de la Région tiennent des registres officiels des infirmières et accordent l'homologation ou le permis d'exercer sans limitation de durée. Il faut par contre, pour que ces registres aient quelque valeur, qu'ils soient régulièrement mis à jour.

Plusieurs législations énumèrent, et souvent en détail, les devoirs des infirmières et les actes qu'elles peuvent ou non accomplir. On peut se demander si ces règles détaillées imposent plus clairement à l'infirmière que des règles moins précises le rôle d'assistante du médecin. Il est évident que le rôle du médecin, qui est de poser un diagnostic et de prescrire un traitement, et celui de l'infirmière qui consiste à appliquer le traitement, à observer le patient et à lui donner des soins, ne sont pas considérés comme complémentaires l'un de l'autre, ni d'égale importance pour le patient, et la législation actuelle traduit cet état d'esprit.

De même que les programmes détaillés et obligatoires de formation du personnel infirmier peuvent entraver le progrès, les listes détaillées d'obligations peuvent mettre obstacle au développement de la profession.

Les législations nationales ne contiennent pas toutes des indications claires concernant les responsabilités en cas d'accident dû à la négligence, à une erreur ou à une faute professionnelle du personnel infirmier. On pourrait envisager de confier l'étude de cet aspect des législations à un groupe de travail qui se réunirait par la suite.

La présentation de l'étude a été suivie d'un débat aussi long qu'animé. Le groupe est convenu que, pour protéger patients et praticiens,^a le développement des services de santé, services infirmiers compris, doit s'appuyer sur une législation adéquate. Il faut, par conséquent, définir dans la législation les devoirs des organismes chargés de l'administration des services de santé, les droits et devoirs des citoyens et les conditions et règles applicables à la formation des personnels et à l'exercice des professions de la santé, y compris celle d'infirmière. La loi doit décrire avec clarté les fonctions de la profession d'infirmière conçue en tant que discipline distincte d'un ensemble de services de santé organisés, plutôt que dresser une liste détaillée des devoirs et des activités de l'infirmière. Il faut éviter de surcharger la loi de détails et admettre que l'attribution de fonctions n'implique pas la nécessité de détailler dans la loi les actes qui correspondent à ces fonctions; quand l'infirmière est appelée à exercer de nouvelles fonctions, et que la loi ne les lui interdit pas, elle doit pouvoir le faire dans l'intérêt public. Le groupe a particulièrement insisté sur la complémentarité entre prescriptions médicales et soins infirmiers.

Le groupe a remarqué que c'était la première fois que le Bureau régional de l'Europe consacrait une réunion à la législation, et il a jugé qu'il devait examiner en détail les fondations législatives de la formation du personnel et de l'organisation des services infirmiers et obstétricaux. Les pays accordent actuellement davantage d'attention aux services de soins primaires extra-hospitaliers et au travail d'équipe. Avec les nouvelles législations de portée internationale, il devient encore plus urgent d'informer les infirmières et autres travailleurs de la santé des lois nationales relatives à la formation des personnels et à l'organisation des services infirmiers. La nouvelle législation internationale met en évidence l'intérêt d'une codification régulière de la législation infirmière qui en facilitera la compréhension.

De même qu'elles doivent connaître le contenu de la législation qui les concerne, les infirmières doivent participer à l'élaboration des lois qui régissent leur formation et l'exercice de leur profession.

^a "Le but de la législation sur les soins infirmiers est de protéger la santé de la communauté contre les agissements de personnes non qualifiées et, d'autre part, de protéger et de reconnaître les capacités et les titres des infirmières qui sont formées de manière régulière". Recueil international de législation sanitaire, 4(4): 465 (1953).

La législation infirmière de la plupart des pays de la Région contient beaucoup de dispositions détaillées relatives à la formation et centrées sur les services hospitaliers; aussi l'image traditionnelle de l'"infirmière hospitalière" reflète-t-elle clairement cet état de choses. Les participants ont considéré que les législations qui s'attachent essentiellement aux soins hospitaliers et curatifs plutôt qu'à la promotion de la santé, à la prévention des maladies et aux soins psycho-sociaux, ne répondent pas aux besoins d'aujourd'hui et risquent même de contrecarrer la création de services de santé mieux adaptés à ces besoins.

Depuis 1950, l'OMS ne cesse pas de préconiser le choix, pour la formation infirmière de base, d'une formation aux soins de médecine générale. Or, il ressort du rapport étudié par le groupe que les catégories d'infirmières définies à l'occasion de l'enquête de 1953 sur les législations infirmières (infirmières généralistes, infirmières de psychiatrie ou de santé mentale, infirmières de pédiatrie ou des enfants malades et, dans certains cas, infirmières de santé publique), subsistent encore aujourd'hui. Les conditions d'accès à la formation ne sont généralement pas les mêmes pour toutes ces catégories, et pourtant, dans la plupart des pays de la Région, toutes les infirmières, si elles parviennent avec succès au terme de leur formation, peuvent se voir homologuer comme infirmières diplômées et porter légalement le titre d'"infirmière" ou son équivalent.

Le groupe a constaté que les dispositions législatives sont toujours plus nombreuses à permettre au personnel infirmier de passer après recyclage d'une catégorie de base à l'autre, et qu'un certain nombre de cours de formation avancée à des spécialités médico-techniques sont sanctionnés par la loi, ce qui aboutit à une gamme étendue de diplômes, à une prolifération des catégories de personnel infirmier et à un cloisonnement des prestations. L'institution, dans certains pays, de cours de spécialisation pour le personnel infirmier auxiliaire (ou de deuxième catégorie) complique encore les choses.

Il faut admettre qu'en continuant à autoriser des programmes infirmiers différents, menant tous à un diplôme et au titre d'infirmière de première catégorie, la loi ne vise qu'à la formation d'infirmières pour les hôpitaux. Il est rare de trouver des dispositions législatives concernant la formation aux soins infirmiers extra-hospitaliers et à la pratique de ces soins (visiteurs sanitaires, infirmières de quartier). Il faudra donc déployer des efforts énergiques pour modifier cette partie fondamentale de la législation afin de développer les services de soins primaires et de mettre au point, pour le personnel infirmier, des programmes de recyclage et de formation permanente, comme l'a préconisé en 1977 l'Assemblée mondiale de la Santé dans sa résolution WHA30.48.^a

Le groupe a ensuite longuement débattu de l'état actuel de la législation, dans le contexte d'une part des propositions avancées par un Comité d'experts de l'OMS réuni en 1974 dans le dessein de modifier la formation et la pratique infirmières,^b d'autre part de la Recommandation et de la Convention concernant le personnel infirmier adoptées en 1977 par la Conférence internationale du Travail.^{c,d} Le groupe a reconnu qu'il fallait d'urgence modifier les lois afin de permettre le développement des services infirmiers extra-hospitaliers et il a approuvé la proposition d'imposer comme condition d'accès à la formation infirmière un niveau d'instruction générale équivalent à celui exigé pour l'entrée à l'université. Il sera peut-être difficile de le faire dans certains pays, mais le groupe s'est entièrement accordé à considérer qu'il fallait atteindre cet objectif.

En ce qui concerne l'homologation et le permis d'exercer, le groupe a insisté sur la nécessité de mettre régulièrement à jour les registres professionnels. Plusieurs participants ont été d'avis que l'octroi du permis d'exercer une profession infirmière devait être subordonné à un recyclage, condition déjà prévue dans la législation de quelques pays de la Région. Le groupe a été unanime à penser qu'il fallait absolument rafraîchir ses connaissances pour rester compétent. Cependant, la majorité des participants ont estimé que la formation permanente ne devait pas être obligatoire. Ils ont considéré qu'il appartenait aux praticiens de s'informer des nouvelles connaissances dans

^a Recueil des résolutions et décisions. Vol. II (1973-1978), p. 33.

^b OMS, Série de rapports techniques, N° 558. Les Services infirmiers des collectivités, 1974.

^c Conférence internationale du Travail. Recommandation concernant l'emploi et les conditions de travail et de vie du personnel infirmier (Recommandation 157). Genève, Bureau international du Travail, 1977.

^d Conférence internationale du Travail. Convention concernant l'emploi et les conditions de travail et de vie du personnel infirmier (Convention 149). Genève, Bureau international du Travail, 1977.

leur partie et à leurs employeurs de leur permettre de conserver leur compétence. Il fallait se demander s'il ne convenait pas de prévoir dans la loi des dispositions pour obliger les employeurs à faciliter ces recyclages, considérant à cet égard la Recommandation de l'OIT concernant le personnel infirmier, et notamment sa partie VI, paragraphe 24.^a

Lors du débat sur la relation entre personnels infirmiers de première et de deuxième catégorie, il a été précisé que, là où c'était possible, la législation devait favoriser l'esprit de coopération entre travailleurs de la santé de toutes catégories. La législation infirmière n'est pas un fait isolé et il faut la replacer dans le contexte général de la législation relative à tous les autres travailleurs de la santé. L'étude a pourtant révélé qu'il fallait absolument veiller, dans la législation infirmière, à spécifier les conditions dans lesquelles le personnel infirmier auxiliaire peut parvenir au statut de personnel qualifié. Il est assez troublant d'observer avec quelle facilité les infirmières accèdent à la première catégorie dans certains pays. Dans d'autres pays, en revanche, la législation n'accorde aucun crédit pour l'expérience pratique ni pour la formation antérieure aux infirmières auxiliaires qui s'inscrivent dans une école d'infirmières : si elles sont acceptées, il leur faut suivre la filière complète de formation. D'après le groupe, il ne semble y avoir aucune raison logique de ne pas prendre en compte, dans des conditions déterminées par la loi, la formation infirmière antérieure et l'expérience pratique, et de ne pas réduire alors la durée des études prévues dans le programme ouvrant accès à la première catégorie. Il faudrait aussi considérer le niveau minimum d'instruction générale requis en tenant compte des conditions nationales d'admission aux cours de formation des personnels infirmiers de première catégorie.

Horris quelques dispositions concernant le secret des dossiers, la législation ne se préoccupe que très rarement des questions d'éthique. On peut en conclure qu'en général c'est la profession qui établit elle-même ses codes déontologiques et qui les applique sans avoir recours à la législation. Tout le personnel infirmier doit, cependant, avoir pleinement conscience de sa responsabilité, de respecter les règles d'éthique de sa profession. Il peut se référer sur ce point au Code des infirmières, élaboré par le CII^a et fondé sur le Code international du CII relatif à l'éthique de la profession d'infirmière, dont la première publication remonte à 1953 et qui est largement accepté comme guide d'action inspiré des valeurs et des besoins de la société.

Le groupe a noté, en ce qui concerne le planning familial et le rôle des infirmières en général, que les problèmes démographiques actuels et l'intérêt que de nombreux Etats Membres manifestent pour les activités en rapport avec la santé de la famille (par exemple espacement des naissances, santé maternelle et infantile, grossesses de l'adolescence, utilisation de produits et de dispositifs contraceptifs) obligent à définir clairement le rôle de l'infirmière (et celui de la sage-femme) dans ce domaine. Cette définition devra autoriser légalement l'infirmière qualifiée à conseiller et à administrer des produits contraceptifs, ainsi qu'à placer des dispositifs intra-utérins, lorsque le pays où elle pratique admet l'emploi de ces moyens.

3. Etat actuel de la législation relative à la formation des personnels et à l'organisation des services obstétricaux dans la Région européenne

Le groupe a pris connaissance du rapport sur l'étude de la législation relative à la formation des personnels et à l'organisation des services obstétricaux (document ICP/SPM 007(1)/7), qui couvrait 24 des 32 pays de la Région.^b Cette étude, qui a fait suite à celle qui concernait la

^a Voici le texte de ce paragraphe :

"24(1) Le personnel infirmier désireux et capable de suivre des programmes d'enseignement et de formation continus devrait bénéficier de facilités à cet effet. 24(2) Ces facilités pourraient consister en l'octroi de congés-éducation payés ou non payés, l'adaptation des horaires de travail et le paiement des frais d'études ou de formation; chaque fois que cela est possible, le personnel infirmier devrait bénéficier de congés-éducation payés conformément à la convention sur le congé-éducation payé, 1974. 24(3) Les employeurs devraient fournir le personnel et les moyens nécessaires pour la formation en cours d'emploi du personnel infirmier, de préférence sur le lieu de travail. Source : Conférence internationale du Travail. Recommandation concernant l'emploi et les conditions de travail et de vie du personnel infirmier (Recommandation 157). Genève, Bureau international du Travail, 1977.

^b Conseil international des infirmières. Code des infirmières. Genève, 1973.

^c A la suite de l'admission de Saint-Marin en mai 1980, la Région européenne de l'OMS compte aujourd'hui 33 Membres actifs.

législation infirmière, exposait l'état de la législation relative aux services et personnels d'obstétrique en janvier 1979. Comme dans le cas de la législation infirmière, et pour les mêmes raisons, les informations concernant certains pays faisaient défaut au moment de l'étude et, là encore, la diversité des systèmes socio-économiques de la Région se retrouve dans les législations nationales.

Présentant le rapport, le Dr J. de Moerloose a rappelé l'enquête de 1954 sur la législation relative aux services et personnels d'obstétrique,^a qui portait sur 32 pays du monde entier. Il a souligné que l'étude actuelle était le deuxième travail de ce genre entrepris par l'OMS, cette fois par le Bureau Régional de l'Europe.

Il existe des législations en matière d'obstétrique depuis plusieurs siècles. Dans le canton de Genève, en Suisse, cette législation remonte même à 1569.^b Plusieurs pays régissent par une même loi fondamentale le statut des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes, par exemple, en Belgique où la loi de 1818 est restée en vigueur jusqu'en 1957. En étudiant les législations, on peut constater que l'obstétrique était, et reste toujours dans certains pays de la Région, l'apanage des femmes, au contraire de la pratique infirmière.

Au fil des ans, l'image de l'obstétrique et des soins obstétricaux s'est modifiée, d'abord en raison du nombre croissant des accouchements en milieu hospitalier - bien que, dans certains pays de la Région, beaucoup de mères semblent vouloir en revenir aux accouchements à domicile - ensuite parce que la profession médicale s'intéresse de plus en plus à ce qu'il est convenu d'appeler l'accouchement "normal". Les fonctions de la sage-femme ont changé, et elle est appelée à travailler désormais en coopération étroite avec le médecin. Il n'en reste pas moins qu'en cas d'urgence, elle doit toujours pratiquer des accouchements "anormaux", ce qui implique de sa part une énorme responsabilité, et suppose une formation préalable; la formation théorique et pratique des sages-femmes prévoit d'ailleurs cette situation dans la plupart des pays. On trouve un exemple des dispositions législatives à cet égard dans le cas de l'accouchement par le siège, dont certains pays autorisent la pratique à la sage-femme dans des conditions déterminées, tandis que d'autres la lui interdisent.

Il existe dans la Région trois types de programmes d'éducation et de formation conduisant au diplôme de sage-femme^a : a) les programmes où la formation de la sage-femme se distingue totalement de celle de l'infirmière; b) ceux où l'accès aux études de sage-femme est subordonné à l'acquisition préalable d'un diplôme d'infirmière, l'obstétrique étant considérée comme une spécialité de la pratique infirmière; enfin c) ceux qui sont en quelque sorte un dosage de a) et de b), et où les deux premières années préparent à la pratique infirmière, la dernière étant consacrée à l'obstétrique. A ce sujet, il a été rappelé au groupe qu'un Comité d'experts de l'OMS réuni en 1955 avait estimé qu'il fallait combiner le plus possible les formations à la pratique infirmière et à l'obstétrique,^a proposition initialement faite par le premier Comité d'experts sur la pratique infirmière réuni en 1950.^b Les programmes d'éducation et de formation des sages-femmes dans la Région, tels qu'ils sont actuellement conçus, diffèrent notamment par l'âge requis à l'entrée à l'école d'obstétrique et par la durée du programme. L'âge d'admission est plus élevé si l'étudiante doit déjà avoir un diplôme d'infirmière. Par ailleurs, dans certains pays, la durée du programme des études avancées d'obstétrique est désormais de deux ans au lieu d'un. En conséquence, les études préparant au diplôme d'infirmière-sage-femme durent au minimum cinq ans, dans de nombreux pays de la Région.

^a Recueil international de législation sanitaire. 5(3): 433-482 (1954).

^b Recueil international de législation sanitaire. 5(3): 434-435 (1954).

^c Le Comité d'experts de l'OMS sur le rôle de la sage-femme dans la protection de la maternité (OMS Série de rapports techniques, N° 331, 1966) a pris comme base de discussion la définition suivante de la sage-femme : "Une sage-femme est une personne qualifiée pour pratiquer des accouchements. Elle a reçu une formation lui permettant de donner les soins et les conseils nécessaires à la mère pendant la grossesse, le travail et la période puerpérale, de procéder sous sa propre responsabilité aux accouchements normaux, et de prendre soin des nouveau-nés. Elle doit être à tout moment capable de reconnaître les signes qui dénotent une anomalie ou un risque d'anomalie nécessitant l'intervention d'un médecin, ainsi que de prendre les mesures d'urgence qui s'imposent si elle ne peut obtenir un secours médical. Qu'elle exerce dans un hôpital, dans un centre de santé ou au domicile des intéressées, elle a un rôle important à jouer dans l'éducation sanitaire de la famille et de la collectivité. Dans certains pays, ces attributions s'étendent au domaine de la gynécologie, de la planification de la famille et de la protection infantile".

^d OMS. Série de rapports techniques, N° 93, 1955. La formation des sages-femmes.

^e OMS. Série de rapports techniques, N° 24, 1950. Soins infirmiers.

La législation relative à l'obstétrique insiste sur l'étendue de la compétence des sages-femmes et perpétue le principe selon lequel elles n'interviennent que lors de grossesses ou accouchements normaux, ainsi que pour dispenser des soins à la mère et au nourrisson dans la période puerpérale. Quelques pays admettent des dérogations à cette restriction, ce qui se traduit par des différences considérables entre législations. Il est bon de signaler ici les propositions faites par un Comité d'experts réuni en 1970 par l'OMS^a et concernant la pratique de la profession de sage-femme et les actes de sa compétence. Ces propositions concernent les soins à la mère et au nourrisson, ainsi que d'autres "fonctions" de la sage-femme, notamment sa participation au planning familial dans ses aspects psychologiques, sociaux et culturels, et l'administration de médicaments ocytociques.

L'étude révèle qu'il existe des différences entre programmes d'éducation et de formation des sages-femmes. Les pays membres de la Communauté européenne arriveront sans doute à une plus grande uniformité entre eux grâce aux directives qui vont être prochainement adoptées.

Dans certains pays, la loi prévoit des études avancées d'obstétrique, par exemple pour préparer à l'enseignement de la profession. Il convient pourtant de relever une réalité tout à fait particulière à la législation relative aux personnels d'obstétrique, à savoir que presque tous les pays de la Région imposent par la loi aux sages-femmes de suivre régulièrement des cours de recyclage. Si elles ne se conforment pas à cette obligation, elles sont passibles d'une suspension du permis d'exercer.

Dans la plupart des pays, les autorités sanitaires locales supervisent l'activité des sages-femmes exerçant dans leur circonscription.

Comme pour les infirmières, la législation n'accorde l'autorisation d'exercer qu'aux titulaires du diplôme de sage-femme homologué par l'autorité que désigne la législation. Si les pratiques infirmière et obstétrique se rapprochent de plus en plus l'une de l'autre, notamment au niveau de la formation, les législations qui les concernent restent indépendantes dans la plupart des pays européens. Les directives de la CEE, destinées aux deux professions en sont la preuve. Pour ce qui est de la législation, les dispositions concernant la formation des sages-femmes sont le plus souvent distinctes de celles concernant la pratique de l'obstétrique et, dans quelques pays, ces dernières énumèrent en quelque détail les actes professionnels que les sages-femmes sont habilitées ou non à accomplir. De plus, l'éthique professionnelle, l'emploi des médicaments et la composition de la trousse de la sage-femme font, dans certains pays, l'objet de nombreuses règles détaillées.

Poursuivant la présentation du rapport, Mme O.Y. Pouvreau-Romilly a aussi mentionné la CEE et en particulier les travaux de son Comité de liaison pour les sages-femmes qui affirme, dans ses conclusions, que la profession de sage-femme est indépendante de celle d'infirmière.

Certains points qui ressortent de l'étude revêtent une importance particulière. Il apparaît que le titre de "sage-femme" n'a pas la même signification dans tous les pays de la Région. On note aussi deux conceptions très différentes de la formation : la première exige une formation préalable à la profession infirmière, tandis que selon la deuxième la formation des sages-femmes est indépendante (celle de l'accès direct). On a donc l'impression qu'il existe deux sortes de sages-femmes : l'"infirmière accoucheuse" et la "sage-femme". Certains pays admettent les deux possibilités, réduisant dans ce cas, la durée de la spécialisation des infirmières diplômées, mais pas systématiquement, comme le prouve le cas des Pays-Bas. Dans certains pays, l'infirmière peut encore devenir sage-femme après un an d'études complémentaires. Cependant, le programme d'études dure trois ans en général, deux ans en Irlande et quatre ans en Grèce.

Le tableau synoptique de l'Annexe 2 n'indique pas le niveau d'instruction général requis pour accéder à la formation de sage-femme. Les programmes des cours ne peuvent manifestement pas être les mêmes lorsque les niveaux d'instruction générale requis à l'admission diffèrent. Il est bien connu que le fait d'élever le niveau d'accès aux études n'empêche pas de recruter un personnel en nombre suffisant pour les besoins d'un pays. Ainsi, en France, depuis l'institution d'un concours d'entrée au niveau du baccalauréat scientifique, le nombre des candidates a dépassé de dix fois celui des places disponibles.

La sage-femme doit savoir reconnaître une grossesse et en suivre l'évolution, afin de permettre à la mère d'accoucher en toute sécurité d'un bébé vivant. Dans certains pays, elle peut être appelée à utiliser des techniques de pointe pour arriver à ce résultat. Même si la sage-femme

^a OMS. Série de rapports techniques, N° 457, 1970. Prévention de la mortalité et de la morbidité périnatales.

a besoin des instructions d'un médecin pour procéder à des actes médicaux, elle doit être préparée à accomplir, en cas d'urgence, des actes normalement considérés comme réservés aux médecins, et à en prendre l'entière responsabilité.

Certaines disciplines de formation et de pratique sont communes aux personnels infirmiers et obstétricaux, à savoir l'éducation sanitaire, la prévention des maladies et les soins. A l'hôpital, la sage-femme fait partie de l'équipe de soins d'obstétrique, soit à titre indépendant soit sous la direction d'un médecin.

Il ressort clairement de l'étude qu'il faut préciser la terminologie en la matière, par exemple dans la distinction entre soins infirmiers et soins d'obstétrique. Dans le second cas, il est nécessaire de distinguer actes obstétricaux et soins d'obstétrique. Lorsqu'elle examine une femme pour déterminer l'état de sa grossesse, la sage-femme peut être amenée à accomplir des actes obstétricaux que la loi réserve exclusivement à la sage-femme ou au médecin. Il arrive aussi qu'on appelle soins d'obstétrique des actes qu'une infirmière peut accomplir sur les instructions d'un médecin.

Ce sont pourtant les différences entre législations qui obligent à réunir des groupes de travail de ce type. La mobilité croissante des professionnels de la santé d'un pays à l'autre augmentera vraisemblablement dans l'avenir, et bientôt notamment dans la Communauté européenne. Il faut donc s'attacher de bonne foi et dans un espoir de compréhension mutuelle à établir des règles communes.

Les débats du groupe ont d'abord porté sur la situation faite aujourd'hui par les législations nationales de la Région à la profession de sage-femme, puis sur les diverses filières conduisant au diplôme de sage-femme, sur la durée des études et les conditions d'accès à ces écoles, et enfin sur les règles de l'exercice de la profession et la question du planning familial.

Le groupe a noté la décision, prise par le Comité de liaison de la CEE pour les sages-femmes, de distinguer totalement cette profession de celle d'infirmière, même si, dans certains pays, les sages-femmes possèdent aussi un diplôme d'infirmière. Un participant a fait valoir que, tout comme l'obstétrique est une branche de la médecine, la profession de sage-femme fait partie de la profession infirmière et d'autres membres du groupe ont considéré que cette opinion méritait d'être étudiée plus avant. Il a été reconnu que la plupart des pays de la Région établissent dans leur législation une distinction entre la profession d'infirmière et celle de sage-femme. Le groupe n'a pas perdu de vue non plus que, dès 1950, l'OMS avait recommandé de combiner l'étude de l'obstétrique avec celle des soins infirmiers.^a Certains de ses membres ont souligné que les programmes de formation professionnelle de base des infirmières devaient comporter un enseignement adéquat des soins à apporter à la mère avant, pendant et après l'accouchement, et des soins à dispenser aux nouveau-nés.

Le groupe a reconnu l'importance du progrès que représente, dans quelques pays de la Région, l'intérêt croissant porté par le corps médical aux accouchements normaux. On ne sait pas vraiment si cette tendance tient à l'augmentation du nombre des médecins ou bien à la diminution de l'effectif des sages-femmes dans certains pays. Les participants n'ont pas manqué de relever que les médecins demandent des honoraires plus élevés pour les soins d'obstétrique, sans que la mère ou l'enfant ne bénéficient apparemment de soins de meilleure qualité.

Le groupe a jugé qu'il fallait dans les législations multinationales qui sont en train de prendre forme dans la Région, aboutir à des compromis sur les conditions d'accès aux études d'obstétrique. Il a noté que les pays de la CEE s'étaient accordés à cet effet sur un minimum d'instruction générale, sans exclusion pour autant les candidatures d'étudiantes possédant un niveau d'instruction plus élevé. Le groupe s'est pourtant prononcé en faveur du niveau d'entrée à l'université, que préconise comme minimum exigible la Conférence internationale du Travail dans sa recommandation de 1977 sur le personnel infirmier^b compte tenu du degré d'instruction générale des populations des divers pays de la Région.

Le groupe a estimé qu'il fallait prêter davantage attention à la diversité des types de programmes préparant au diplôme de sage-femme, et celle des conditions d'accès aux études. Concernant l'incidence de ces différences sur la pratique de la profession de sage-femme, les participants

^a OMS, Série de rapports techniques, N° 24. Les soins infirmiers, 1950.

^b Conférence internationale du Travail. Recommandation concernant l'emploi et les conditions de travail et de vie du personnel infirmier (Recommandation 157). Genève, Bureau international du Travail, 1977.

ont noté l'exemple de la Norvège où seules les sages-femmes possédant un diplôme d'infirmierie générale peuvent pratiquer de façon indépendante; celles qui n'ont suivi que des cours d'obstétrique exercent sous la direction d'un médecin ou d'une infirmière-sage-femme. Or, comme il n'existe pas en Norvège de programme de formation directe à l'obstétrique, toutes les sages-femmes "subalternes" doivent donc être originaires d'autres pays.

Un nombre substantiel de participants sont convenus qu'il fallait décrire en détail la pratique, les obligations et les fonctions des sages-femmes. Il faut se demander cependant si cette description doit être incorporée dans la loi ou bien dans des codes de pratique. D'une part, les codes permettent une adaptation plus aisée au changement, mais, d'autre part, la loi a pour but de protéger à la fois les consommateurs de soins et les praticiens. Il faut que la législation soit judicieusement équilibrée pour éviter une description exagérément détaillée de l'exercice de la profession, tout en la protégeant. S'ils n'ont aucune force légale, les codes déontologiques sont un des moyens les plus efficaces pour veiller au respect des règles de la profession. Quelle que soit la forme donnée à la description de la pratique professionnelle, il faut en confier l'élaboration et la révision éventuelle à un organe officiellement constitué et composé en majorité de sages-femmes. Il doit en aller de même pour l'élaboration des règles de pratique et des codes déontologiques.

Le groupe a estimé que la sage-femme, comme d'autres personnels de santé, avait une contribution à apporter à la santé de la famille et au planning familial, dont l'étude doit être inscrite au programme de formation des sages-femmes dans les Etats Membres où il a été institué. La législation et les codes de pratique de ces pays devraient élargir les fonctions des sages-femmes et leur permettre de donner des conseils sur la contraception, d'administrer des produits anticonceptionnels et de placer des dispositifs intra-utérins quand leur emploi est autorisé.

4. Contraintes imposées par la législation à l'action des personnels infirmiers et obstétricaux

Le groupe de travail a estimé que la législation imposait souvent des contraintes à la prestation de soins infirmiers et obstétricaux aux individus et aux familles dans le cadre des services de santé et de soins primaires ambulatoires. Cela tient :

a) à la nature de la législation infirmière, qui confère essentiellement à l'infirmière le rôle d'auxiliaire de médecine curative plutôt que celui de prestataire de soins infirmiers de nature à contribuer à la santé, et qui, dans bien des pays, fait des infirmières et des sages-femmes des subordonnées à l'intérieur des services de santé;

b) au contrôle de la formation des personnels et des services infirmiers, que la loi de presque tous les pays confie à des organismes où les infirmières, quand elles y sont représentées, se retrouvent en minorité. Que la loi désigne comme organe de tutelle le ministère de la santé, celui de l'éducation, ou les deux conjointement, le statut de la formation infirmière ne change guère : dans presque tous les pays de la Région, elle reste en dehors du système national d'éducation, ce qui a de multiples conséquences; en premier lieu, le diplôme d'infirmière n'a aucune valeur académique et en second lieu, fait important, son acquisition n'incite pas sa titulaire à entreprendre des travaux de recherche ni à améliorer systématiquement la qualité de ses prestations;

c) à la description détaillée des programmes d'éducation et de formation infirmière, qui est le fait des législations de presque tous les pays. Beaucoup d'entre elles prévoient peu de dispositions, sinon aucune, concernant la formation aux soins infirmiers proprement dits, ni dans les programmes de base présidant à la formation des personnels infirmiers de toutes catégories, ni dans les programmes d'études avancées. Le groupe a estimé que les progrès dans ce domaine étaient entravés par le fait que les lois favorisent l'étude avancée de spécialités médicales plutôt que celle des soins infirmiers, continuent de distinguer plusieurs types d'infirmières soignantes de première catégorie et prévoient des niveaux d'instruction générale différents comme conditions d'accès à la formation infirmière de base. Certains pays devront faire une distinction beaucoup plus nette entre les conditions d'accès aux études et la durée des programmes de formation des personnels infirmiers de première et de deuxième catégorie;

d) aux dispositions réglementaires concernant l'homologation et le permis d'exercer une profession infirmière. Pratiquement aucun pays de la Région n'exige la remise à jour des inscriptions et le permis d'exercer est délivré à vie, sans que l'infirmière soit tenue de prouver, à intervalles réguliers, qu'elle conserve un minimum de compétence. Si les registres étaient régulièrement remis à jour, ils apporteraient pourtant une information précieuse, si ce n'est indispensable, pour la planification des ressources en personnel et la planification économique des prestations de santé.

Le développement des prestations est entravé aussi lorsque les dispositions légales ne sont pas respectées, et notamment lorsqu'on emploie le terme d'infirmière comme titre ou préfixe pour désigner différentes catégories de personnel infirmier auxiliaire. Quand la loi réserve le titre d'"infirmière" aux seules titulaires d'un diplôme valable, le fait de ne pas protéger ce titre ne constitue pas seulement un manquement à la loi, mais se répercute aussi sur la qualité des services infirmiers et sur l'image que l'opinion publique se fait de l'infirmière;

e) à la législation relative aux sages-femmes qui concerne essentiellement la pratique indépendante de la profession et les cas d'accouchements normaux. Cette approche est censée favoriser des prestations obstétricales de haute qualité. Pourtant, le groupe a jugé que les dispositions qui prévoient des modalités diverses d'accès aux études d'obstétrique et des durées de formation différentes dans bien des pays de la Région contrecarrent l'administration de ces prestations, de même d'ailleurs que les terminologies mal définies et l'absence, dans de nombreux pays, de dispositions concernant les études avancées d'obstétrique;

f) au contrôle de la formation des personnels et des services d'obstétrique, que la loi de presque tous les pays confie à des organismes où les sages-femmes se retrouvent en minorité. Comme celui des soins infirmiers, l'enseignement de l'obstétrique dans presque tous les pays de la Région n'entre pas dans le cadre national de l'éducation, et les conséquences de cet état de choses sont semblables dans les deux cas.

5. Conclusions et recommandations

Le groupe a dressé la liste des points auxquels, à son avis, il fallait attacher une attention particulière au moment de rédiger ou de réviser les législations relatives à la formation des personnels et à l'organisation des services infirmiers et obstétricaux. Ces points sont les suivants :

1. Il faut élever le niveau d'instruction générale exigible pour l'accès à la formation d'infirmière ou de sage-femme.
2. La législation doit s'abstenir de toute description détaillée du contenu des programmes de formation de base et remplacer cette description par un libellé selon lequel les programmes de formation aux soins infirmiers et obstétricaux doivent apporter une base solide pour la pratique de ces soins dans la société contemporaine et pour la formation avancée dans ces branches.
3. Il est souhaitable que la législation définisse les fonctions de l'infirmière et de la sage-femme, plutôt que la nature de leurs actes et leurs obligations.
4. C'est à des infirmières et des sages-femmes dûment qualifiées qu'il appartient de diriger les établissements d'enseignement de leur profession.
5. Il faut créer des cours de formation aux professions d'infirmière et de sage-femme dans des instituts d'études supérieures et notamment dans les universités où sont étudiées d'autres disciplines de la santé, la médecine par exemple.
6. Il faut créer et remettre à jour régulièrement, tous les ans ou tous les deux ans, des registres centraux des infirmières et des sages-femmes.
7. Il faut confier la formation des personnels et l'organisation des services infirmiers et obstétricaux à des organismes officiels composés en majorité d'infirmières et de sages-femmes respectivement.
8. Les infirmières et les sages-femmes doivent participer aux décisions concernant les services de santé et à l'élaboration des lois relatives à leur profession.
9. Il faut protéger les titres d'"infirmière" et de "sage-femme" dans la législation comme dans le vocabulaire courant.
10. Il faut donner au personnel auxiliaire d'infirmier et d'obstétrique la possibilité d'accéder au statut d'infirmière ou de sage-femme au terme d'une formation spécialisée, ou après avoir acquis l'expérience du travail.
11. Les employeurs doivent faciliter les études avancées et la formation permanente de leur personnel d'infirmier et d'obstétrique.

12. Il faut créer des codes de déontologie et de pratique pour compléter la législation.

13. Il faut codifier à intervalles réguliers la législation existante.

En outre, le groupe a recommandé d'inclure les dispositions suivantes dans le programme à moyen terme de l'OMS concernant les services infirmiers et obstétricaux en Europe.

14. Le Bureau régional devrait s'efforcer, par son programme d'activités conjointes, de faire mieux connaître l'infrastructure législative de la formation des personnels et de l'organisation des services infirmiers et obstétricaux ainsi que d'encourager la création, dans les programmes de formation aux soins infirmiers et obstétricaux, de cours sur cette législation au niveau national, et autant que possible, multinational.

15. Il conviendrait de publier les études du Bureau régional sur les législations relatives à la formation des personnels et à l'organisation des services infirmiers et obstétricaux, étant donné la valeur qu'ils revêtent en tant que documents de référence contenant des informations sur un très grand nombre de pays de la Région européenne.

16. Il conviendrait de réunir dans cinq ou six ans un deuxième groupe de travail sur la législation relative à la formation des personnels et à l'organisation des services infirmiers et obstétricaux, de préférence en collaboration avec l'OIT, afin de dresser le bilan des progrès réalisés dans ce domaine.

Annexe 1

TABLEAU SYNOPTIQUE DE LA LEGISLATION SUR LES SOINS INFIRMIERS
DANS 25 PAYS DE LA REGION EUROPEENNE DE L'OMS

Programmes d'enseignement infirmier de base

Pays	Lois fondamentales et règlements d'application	Autorité responsable de l'enseignement	Infirmière générale	Infirmière pédiatrique	Infirmière psychiatrique	Infirmière de santé publique	Enseignement et formation supérieurs	Infirmière auxiliaire	Immatri-culation et/ou autorisation d'exercer	Définition et fonctions
Algérie	Décret 1968 Décret 1973	Ministère de la santé publique Ministère de l'intérieur	Agente paramédicale avec 2 ans de formation; âge d'admission à l'école : 18-30 ans			Agente paramédicale spécialisée, avec 3 ans de formation		Aide paramédicale, avec une année de formation		La fonction d'infirmière est bien élaborée et définie
Allemagne, République fédérale d'	Loi générale de 1965 Ordonnance de 1966 Législation en révision	Une autorité du Land désignée par le Gouvernement du Land donne son agrément aux écoles	3 ans âge d'admission : 18 ans	1 année de formation post-universitaire	Infirmière psychiatrique : 1-2 ans, à temps partiel; infirmière de salle d'opération : 1 an; soins anesthésie, soins intensifs : 2 ans à temps partiel; monitrice, administratrice ou infirmière de district : 1 an; administration des salles et des services cliniques : 3 mois			1 an; âge d'admission : 18 ans	Dans les Länder, Ministère de la santé et des affaires sociales; autorisation de pratiquer donnée par le Bureau de la zone sanitaire du Land	

Programmes d'enseignement infirmier de base

Pays	Lois fondamentales et règlements d'application	Autorité responsable de l'enseignement	Infirmière générale	Infirmière pédiatrique	Infirmière psychiatrique	Infirmière de santé publique	Enseignement et formation supérieurs	Infirmière auxiliaire	Immatri-culation et/ou autorisation d'exercer	Définition et fonctions
Autriche	Loi fédérale de 1961 (telle que modifiée) Loi fédérale de 1967 Ordonnance 1969 Ordonnance 1973 Loi fédérale : texte intégral de 1974 Loi fédérale : amendement 1975	Ministère fédéral de la santé et de l'environnement	4 ans	4 ans	3 ans	Postes dans l'enseignement ou l'administration : 4 mois de formation après 3 ans de pratique professionnelle au minimum; pour une infirmière ayant obtenu son diplôme dans une des trois catégories précé-dentes, une année supplémentaire avec possibilité d'obtenir un diplôme supérieur dans une spécialité médicale, par exemple en physiothérapie	Assistante de salle : 185 heures; instrumenta-tiste : 135 heures; Age d'admission 17 ans	Assistante de salle du Land; l'exercice indéfini pendant de la profession infirmière peut aussi être autorisé par l'instance locale du Land	Autorité locale de la santé du Land; l'exercice indéfini pendant de la profession infirmière peut aussi être autorisé par l'instance locale du Land	L'infirmière y compris l'infirmière auxiliaire, est définie en termes très généraux
Belgique	Ordonnance royale 1957 Ordonnance royale 1960 Ordonnance ministé-rielle 1963 Ordonnance royale 1967 Loi 1974	Ministère de l'éducation et Ministère de la santé publique	3 ans; Age 18 ans le 31 décembre de l'année durant laquelle a lieu l'examen d'entrée	3 ans Les deux premières années sont les mêmes pour toutes les infirmières (y compris infirmière générale et infirmière de santé publique)	3 ans	Niveau universitaire: 2-3 ans Diplôme de science hospitalière	Assistante hospitalière: 2 ans et une année supplémentaire pour obtenir un certificat d'infirmière hospitalière avant de commencer à exercer	Assistante hospitalière: 2 ans et une année supplémentaire pour obtenir un certificat d'infirmière hospitalière avant de commencer à exercer	Diplôme signé par le Ministère de la santé; enregistrement auprès de la commission médicale de la province	En 1974 les activités des infirmières ont été définies

Programmes d'enseignement infirmier de base

Pays	Lois fondamentales et règlements d'application	Autorité responsable de l'enseignement	Infirmière générale	Infirmière pédiatrique	Infirmière psychiatrique	Infirmière de santé publique	Infirmière de santé publique (supérieure)	Enseignement et formation supérieurs	Infirmière auxiliaire	Immatri-culation et/ou autorisation d'exercer	Définition et fonctions
Danemark	Loi 1956 Ordonnance 1957 Marché commun nordique pour le personnel infirmier 1968 Décret 1974 La Loi danoise doit être révisée	Service national de santé, avec des experts en éducation nommés par le Minis-tère de l'intérieur	6 mois de préparation de base, suivis de 3 ans d'études	Age d'admission: 18-25 ans			10 mois (formation supérieure)	Infirmière de santé publique : 10 mois Radiologiste : 6 mois Anesthésiologiste : 2 ans Degré supérieur comme monitrice, chef de salle ou infirmière-chef : 10 mois	Assistante en soins infirmiers et soins infirmiers à domicile : 2 ans; infirmière psychia-trique : 1 an infirmière soignante : 1 an	Service de santé national	Sont définies les fonctions des infirmières pour soins à domicile et des infirmières de santé publique
Espagne	Décret 1953 Décret royal 1977	Ministère de l'éducation; examen Ministère du travail pour les écoles créées par le Ministère de la sécurité sociale nationale	3 ans plus d'entrée Age d'admission : 17 ans. Le titre plus élevé de diplomado en enfermeria s'obtient en 3 ans dans des écoles liées aux universités					Le diplomado en enfermeria peut obtenir le grade de licenciado après 2 ans d'études; un titre de doctorado peut être obtenu par les futurs directeurs d'école	Aide pour les soins cliniques, 3e niveau		Les fonctions de l'infirmière sont définies, de même que celles de l'aide pour les soins cliniques
Finlande	Loi sur les soins infirmiers 1929 Loi 1962 Ordonnance 1966 Loi 1967 Ordonnance 1968 Marché commun nordique pour le personnel infirmier, 1968	Ministère de l'éducation; et demi Commission nationale de perfectionnement des écoles. Département de la santé publique et de l'enseignement de l'économie domestique	Deux ans et demi Age d'admission : 18-30 ans Perfectionnement des infirmières soignantes : 18 mois				Une année complémentaire	Spécialisation en soins infirmiers médicaux, chirurgicaux, en anesthésiologie, comme instrumentiste, comme infirmière pédiatrique et psychiatrique. Formation supérieure comme infirmière-chef, enseignante, directrice d'école d'infirmière	Infirmière soignante, aide-infirmière en psychiatrie, aide-infirmière en pédiatrie, aide hospitalière : 1-2 ans	Ordre national des médecins, pour immatriculation et autorisation d'exercer	

Programmes d'enseignement infirmier de base									
Pays	Lois fondamentales et règlements d'application	Autorité responsable de l'enseignement	Infirmière générale	Infirmière psychiatrique	Infirmière de santé publique	Enseignement et formation supérieurs	Infirmière auxiliaire	Immatri-culation et/ou autorisation d'exercer	Définition et fonctions
France	Code de la santé publique, articles 473-483 Décrets et ordonnances de 1958 à 1977	Ministre de la santé publique (avec la collaboration du Conseil national de perfectionnement des écoles d'infirmières)	28 mois Age d'admission : 17 ans et 8 mois au 1er janvier qui suit l'examen d'admission	28 mois	12 mois de formation complémentaire	Infirmière pédiatrique : 10 mois et demi; instrumentiste: 9 mois Anesthésiste : 2 ans Monitrice et administratrice (niveau universitaire)	Personnel infirmier de 3e niveau seulement : 1 an	Dans chaque département, registres tenus à jour par la Préfecture; diplôme délivré par le Ministère de la santé publique	Définition modifiée récemment, avec une liste des fonctions exercées
Grèce	Décret 1948 Décret 1970 Décret 1977	Ministère de la protection sociale	3 ans après l'examen d'entrée Age d'admission : 18-30 ans; formation supplémentaire de 28 mois pour les infirmières soignantes qualifiées. Les infirmières formées aux frais de l'Etat doivent 3 ans de service selon décision du Ministère de la protection sociale	Infirmière visiteuse : une année à la suite des 3 ans de formation infirmière générale	Infirmière de médecine et de chirurgie : laryngologie, cardiologie, urologie, ophthalmologie, chirurgie thoracique, neuro-chirurgie, instrumentiste, réanimation et réadaptation; ainsi qu'en soins infirmiers de pédiatrie et de psychiatrie	En soins infirmiers	1 an (avec possibilité d'accéder à une formation plus élevée)	Ministère de la protection sociale	Il existe une liste res-trainte de fonctions

Programmes d'enseignement infirmier de base

Pays	Lois fondamentales et règlements d'applicati- on	Autorité responsable de l'ensei- gnement	Infirmière générale	Infirmière pédiatrique	Infirmière psychiatrique	Infirmière de santé publique	Enseignement et formation supérieurs	Infirmière auxiliaire	Immatricula- tion et/ou autorisation d'exercer	Définition et fonctions
Irlande	Loi sur les infirmières 1950	Commission des soins infirmiers (An Bord Altranais) nommée par le Ministre de la santé	3 ans Age d'admission : 17 ans	3 ans	3 ans de formation pour les soins aux handicapés mentaux	Formation complémen- taire : 36 semaines	Monitrice en soins cliniques : 6 mois; enseignante en soins infirmiers : 2 ans; formation supérieure en soins infirmiers de psy- chiatrie et de pédiatrie : 78 semaines	Infirmière auxiliaire	Conseil des infirmières	
Islande	Loi 1962 Loi 1965 Décret 1966	Ministère de la santé et Ministère de l'éducation	3 ans Age d'admission : 18-30 ans examen d'entrée				Soins infirmiers de santé publique : 1 an; soins infirmiers de pédiatrie : 1 an; soins infirmiers de psychiatrie: 15 mois; anesthésiologie : 1 an	Aide infirmière : 8 mois	Ministère de la Santé	
Italie	Loi fondamentale sur la santé publique, 1934 Loi 1954 Décret 1959 Décret 1974 Décret 1975 Loi 1976	Ministère de la santé, Ministère de l'éducation et Consiglio Superiore di Sanità. Pour les visiteuses de santé, autorisa- tion aussi exigée du Ministère du travail et de la sécurité sociale	3 ans Age d'admission : 16 ans au 31 décembre de l'année au cours de laquelle les études commencent			Formation complémen- taire pour visiteuse de santé : 10 mois	Infirmière pédiatrique, psychiatrique, de salle, instrumentiste, en cardiologie, en soins intensifs, en gériatrie, en néphrologie. Diplôme supérieur pour directrice de services infirmiers : 2 ans (à l'université)	Infirmière assistante : 1 an	Immatricula- tion auprès de l'autorité communale du lieu où l'infirmière compte exercer; diplômes délivrés par le ministère responsable de l'agrément de l'école	Liste de fonctions très détaillée

Programmes d'enseignement infirmier de base

Pays	Lois fondamentales et règlements d'application	Autorité responsable de l'enseignement	Infirmière générale	Infirmière pédiatrique	Infirmière psychiatrique	Infirmière de santé publique	Enseignement et formation supérieurs	Infirmière auxiliaire	Immatri-culation et/ou autorisation d'exercer	Définition et fonctions
Luxembourg	Loi 1967 Règlement 1969 Règlement 1974 Règlement 1977	Ministère de la santé	Ministère de 3 ans Age d'admission : 17 ans			Formation complémentaire : 2 ans, pré-cédée de 2 ans de pratique	Soins infirmiers de pédiatrie : 1 an; soins infirmiers de psychiatrie : 1 an; anesthésiste : 18 mois. Grades infirmiers : infirmière-chef, directrice d'école, directrice du personnel infirmier : 1 an supplémentaire	2 ans Age d'admission : 17 ans	Ministère de la santé	Les fonctions sont spécifiées
Malte	Règlement 1971 Loi 1973 Applique les dispositions adoptées par le General Nursing Council d'Angleterre/Galles	Ministère de la santé et Conseil des soins infirmiers et obstétricaux	Ministère de 3 ans Age d'admission :						Conseil des soins infirmiers et obstétricaux (Nursing and Midwifery Board)	
Maroc	Ordonnance 1957 Décret et ordonnance 1958 Dahir 1960 Ordonnance 1961 Ordonnance 1962 Dahir 1963	Ministère de la santé et Service central de la formation professionnelle	Ministère de 2 ans Age d'admission :			1 an complémentaire	Soins infirmiers d'obstétrique, de neuropsychiatrie, d'anesthésie et réanimation : 1 an pour chaque spécialité	19 mois		

Programmes d'enseignement infirmier de base

Pays	Lois fondamentales et règlements d'application	Autorité responsable de l'enseignement	Infirmière générale	Infirmière pédiatrique	Infirmière psychiatrique	Infirmière de santé publique	Enseignement et formation supérieurs	Infirmière auxiliaire	Immatri-culation et/ou autorisation d'exercer	Définition et fonctions
Norvège	Loi 1948 Loi 1957 Loi 1960 Loi 1969 Marché commun nordique pour le personnel infirmier 1968	Ministère des affaires sociales	3 ans Age d'admission : 18-30 ans	3 ans	3 ans	Formation complémentaire : 1 an	Soins infirmiers de psychiatrie : 1 an; d'obstétrique : 1 an et de même pour plusieurs autres spécialités	1 an	Direction sanitaire de l'Etat	Devoirs des infirmières de santé publique

Pays-Bas	Loi 1921 Ordonnance 1975	Ministère de la santé et de l'environnement, Ministère de l'éducation et des sciences	Diplôme A : 3 ans et 3 ans et 6 mois Age d'admission : 17 ans et 7 mois HBOV ^a 3 ans HBOVb 4 ans	Diplôme B : 3 ans, la formation pour l'obtention du diplôme A étant réduite à 18 mois. Diplôme Z : 3 ans. Soins infirmiers aux sujets dont le développement mental est insuffisant	Formation complète : 22 mois	Soins infirmiers de pédiatrie, de maternité et de district : 2 ans. Soins primaires généraux, éducation pour la santé, soins de santé mentale communautaire, etc., soins infirmiers de pédiatrie (pour titulaires du diplôme A) : 11 mois	2 ans	Ministère de la santé : registre en 3 parties pour les diplômés A, B et Z	
----------	-----------------------------	---	---	--	------------------------------	---	-------	---	--

a Formation professionnelle de niveau moyen.

b Formation professionnelle de niveau supérieur.

Programmes d'enseignement infirmier de base

Pays	Lois fondamentales et règlements d'application	Autorité responsable de l'enseignement	Infirmière générale	Infirmière pédiatrique	Infirmière psychiatrique	Infirmière de santé publique	Enseignement et formation supérieurs	Infirmière auxiliaire	Immatri-culation et/ou autorisation d'exercer	Définition et fonctions
Pologne	Loi 1935 Décret 1950 Ordonnance 1953 Ordonnance 1955 Loi 1960 Instruction 1961 Instruction 1976 La législation infirmière est en révision	Ministère de la santé et de la protection sociale	Infirmière de 2 ans Age d'admission : 17 ans. Examen d'entrée obligatoire. En outre, des écoles spéciales assurent un enseignement général en soins infirmiers : 5 ans Age d'admission : 15-17 ans	Infirmière pédiatrique	Infirmière psychiatrique	Infirmière de santé publique	Soins infirmiers d'obstétrique, de psychiatrie, de pédiatrie et pour instrumentiste : 2 ans	11 mois, avec possibilité d'accéder au grade d'infirmière	Le département de la santé et de la protection sociale du voivode est responsable des immatriculations et autorisations d'exercer	Les fonctions de l'infirmière sont définies dans la loi de 1935
Portugal	Décret-Loi 1952 Décret-Loi 1974 Ordonnances et décrets 1952-1975	Ministère des affaires sociales et Institut national de la santé "Dr Ricardo Jorge". Plus récemment, Ministère de l'éducation	3 ans Age d'admission : 18 ans L'école relevant du Ministère de l'éducation assure un programme de 4 ans à l'éducation				Soins infirmiers d'obstétrique : 1 an, supprimés depuis 1974. 1 an, en réadaptation : 1 an. Formation supérieure au grade des enseignantes : 2 ans	Auxiliaires de psychiatrie : Possibilité d'accéder au grade d'infirmière de troisième classe		

Programmes d'enseignement infirmier
de base

Pays	Lois fondamentales et règlements d'application	Autorité responsable de l'enseignement	Infirmière générale	Infirmière pédiatrique	Infirmière psychiatrique	Infirmière de santé publique	Enseignement et formation supérieurs	Infirmière auxiliaire	Inscription et/ou autorisation d'exercer	Définition et fonctions
République démocratique allemande	Règlement 1962 Règlement 1971; tous les textes ont été intégrés en un seul en 1975. Voir Beruf für Dich, Postdam, 1975	Ministère de la santé et des affaires sociales	3 ans Age d'admission non spécifié	3 ans		Formation complète : 2 ans	Soins infirmiers de district et autres spécialisations ; en médecine du travail comme instrumentiste, en anesthésiologie, en soins intensifs, en dialyse et transplantation rénale, et en neuropsychiatrie. Formation supérieure pour le grade d'infirmière chef de salle, de directrice et de consultante	3 ans (mais le niveau d'instruction exigé pour l'admission des candidats est moins élevé)	Section de la santé publique et des affaires sociales du conseil de la localité où est situé l'école	Fonctions spécifiques pour les diverses catégories de personnel infirmier
Royaume-Uni	Loi sur les infirmières 1957. Règlement sur les infirmières 1969 Règlement concernant les infirmières stagiaires 1969 Règlement 1973 Règlement 1976	General Nursing Council d'Angleterre/Galles General Nursing Council d'Ecosse; Joint Nursing and Midwives Council d'Irlande du Nord	3 ans Age d'admission : 17 ans et 11 mois	3 ans	3 ans pour i) soins aux malades mentaux ou ii) soins aux personnes dont le développement mental est insuffisant	Visiteuse de santé : 10 mois	Pour la préparation à l'enseignement et à l'administration des soins infirmiers, il existe un programme universitaire conduisant au grade de bachelier et de master. Des spécialisations existent en soins infirmiers d'ophtalmologie, d'orthopédie, de thoracologie et dans 30 spécialités cliniques pour lesquelles la formation dure de 2 à 12 mois	2 ans pour les infirmières stagiaires de la division I'Etat	Le General Nursing Council de la division territoriale	La fonction de visiteuse de la santé est définie

Programmes d'enseignement infirmier de base

Pays	Lois fondamentales et règlements d'application	Autorité responsable de l'enseignement	Infirmière générale	Infirmière pédiatrique	Infirmière psychiatrique	Infirmière de santé publique	Enseignement et formation supérieurs	Infirmière auxiliaire	Immatri-culation et/ou autorisation d'exercer	Définition et fonctions
Suède	Règlement de la Couronne 1954 Règlement de la Couronne 1957 Ordonnance royale 1958 Marché commun nordique pour le personnel infirmier 1968 Ordonnance de la Couronne 1972 Ordonnance 1975	Ministère de l'éducation et des affaires culturelles et Commission nationale de la santé et de la prévoyance sociale	5 semestres Age d'admission : 18 ans	Infirmière pédiatrique	Infirmière psychiatrique	Infirmière de santé publique	Seulement après 6 mois de pratique, spécialisations en soins infirmiers de médecine et de chirurgie, gériatrie, anesthésiologie, soins intensifs, comme instrumentiste, en soins infirmiers de pédiatrie : 2 semestres; en psychiatrie : 1 semestre. Formation supérieure à l'enseignement infirmier (56 semaines) et à l'administration des soins infirmiers (40 semaines)	Infirmière auxiliaire	3 semestres: Conseil national de la santé et de l'infirmière et de l'infirmière voyancé auxiliaire sont définies	Les fonc-tions de l'infirmière et de l'infirmière voyancé auxiliaire sont définies
Suisse	Ordonnance fédérale 1951	Croix-Rouge suisse	3 ans Age d'admission : 18 ans	Infirmière de maternité et infirmière pédiatrique : 3 ans	Infirmière 3 ans	Infirmière de maternité et infirmière pédiatrique : 3 ans	1 an et demi	La Croix-Rouge signe les diplômes de l'école. La pratique est contrôlée par l'autorité cantonale qui accorde également les autorisations d'exercer	La Croix-Rouge signe les diplômes de l'école. La pratique est contrôlée par l'autorité cantonale qui accorde également les autorisations d'exercer	

Annexe 2

TABLEAU SYNOPTIQUE DE LA LEGISLATION SUR LES SAGES-FEMMES
DE 24 PAYS DE LA REGION EUROPEENNE DE L'OMS

<u>Pays</u>	<u>Législation fondamentale</u>	<u>Accès à la formation</u>	<u>Qualification infirmière préalable</u>	<u>Durée des études de la formation</u>	<u>Autorité responsable dans la formation ou la pratique</u>	<u>Le planning familial</u>	<u>Observations</u>
Algérie	Décrets 13 août 1964 7 octobre 1963 30 mai 1968 5 juin 1973 Arrêtés : 4 mai 1973 6 avril 1977	18-32 ans pour les infirmières 18-27 ans pour les sages-femmes rurales Examen d'entrée		3 ans 1 an pour les sages-femmes rurales	Ministère de la Santé	Inclus dans la formation	
République fédérale d'Allemagne	Loi de 1938 sur les sages-femmes Arrêtés 16 septembre 1941 25 mars 1963 Règlement fédéral 19 juin 1958 Arrêté de Hambourg 25 juillet 1961	18-35 ans		2 ans - réduction de 6 mois si infirmière de médecine générale ou de pédiatrie ou de 3 mois si infirmière de maternité		Inclus dans les plans du nouveau programme de formation	Recyclage obligatoire de 2 semaines tous les 5 ans
Autriche	Avis officiel 12 novembre 1963 Arrêté 16 novembre 1971 Arrêté 3 avril 1970	17-35 ans		2 ans - 1 an si infirmière diplômée	Ministère fédéral de la Santé et de la Protection de l'Environnement		Les sages- femmes doivent être membres de l'Association des sages-femmes existant dans chaque province Recyclage obligatoire tous les 5 ans
Belgique	Ordonnance royale : 17 août 1957 Arrêté ministériel : 1er août 1963 Ordonnances de la Couronne : 16 octobre 1962 10 novembre 1967	18 ans pour le premier examen		3 ans - 1 an si infirmière diplômée. Les 2 premières années sont un tronc commun pour les infirmières et les sages- femmes	Ministère de la Santé publique et de la Famille, et Ministère de l'Éducation	Inclus dans la formation	

<u>Pays</u>	<u>Législation fondamentale</u>	<u>Accès à la formation</u>	<u>Qualification infirmière préalable</u>	<u>Durée des études de la formation</u>	<u>Autorité responsable dans la formation ou la pratique</u>	<u>Le planning familial</u>	<u>Observations</u>
Danemark	Loi : 31 mars 1953 (modifiée 1972) Lois : 7 juin 1972 7 mai 1975 30 novembre 1976 Décret : 25 juin 1967 Arrêté : 2 décembre 1976	20 ans 1 année préalable de travaux pratiques obligatoires dans un établissement, hôpital, par exemple		3 ans - 2 ans pour les infirmières diplômées	Ministère de l'Education	Inclus dans la formation	
Espagne	Arrêté 4 décembre 1953 Décret 18 janvier 1957 Ordonnance 23 février 1957 Ordonnance 5 septembre 1964 Décret 17 novembre 1960 Décret 28 février 1963 Arrêté 4 novembre 1969	Moins de 45 ans	Diplôme de <u>ayudante</u> <u>técnico</u> <u>sanitario</u>	1 an	Ministère de l'Education	Inclus dans la formation	Les candidates à des études de puéricultrice (d'une durée de 8 mois) doivent avoir un diplôme de sage-femme. Il n'appar- tient pas aux sages-femmes de donner des conseils sur la contra- ception
France	Loi sur le Code de santé publique 17 mai 1943 Code de déontologie des sages-femmes 30 septembre 1949 (modifié 1976) Arrêté 30 septembre 1975 Décret 2 janvier 1976 Loi 31 décembre 1976	18 ans Examen d'entrée		3 ans 2 ans si infir- mière ou assis- tante sociale	Ministère de la Santé Publique	Contraception inscrite au programme de 3ème année	Certificat d'aptitude à l'enseignement de la profes- sion institué en 1976
Irlande	Loi sur les infirmières 28 novembre 1950 Règlement des infirmières 24 juillet 1971	50 ans. Les candidates doivent être infirmières homologues	Obligatoire	1 an	An Bord Altranais	Inclus dans la formation	Le Bord peut imposer un recyclage
Islande	Loi 20 mai 1964	20-30 ans		2 ans	Ministère de la Santé publique		

<u>Pays</u>	<u>Législation fondamentale</u>	<u>Accès à la formation</u>	<u>Qualification infirmière préalable</u>	<u>Durée des études de la formation</u>	<u>Autorité responsable dans la formation ou la pratique</u>	<u>Le planning familial</u>	<u>Observations</u>
Italie	Loi de santé publique 27 juillet 1934 Loi 15 octobre 1936 Décret 24 juillet 1940 (modifié) Décrets 7 mars 1975 13 septembre 1975	18-30 ans		2 ans (depuis 1957) 3 ans (avant 1957) 2 ans également si infirmière diplômée	Ministère de la Santé publique Ministère de l'Education		
Luxembourg	Loi 18 novembre 1967 Règlement 13 juillet 1969		Diplôme d'infirmière	2 ans	Ministère de la Santé publique	Inclus dans la formation	
Malte	Règlement 13 août 1971 Loi 11 mai 1973	21-35 ans	Qualification d'infirmière homologuée	1 an	Direction des infirmières et soeurs-femmes		
Maroc	Dahir 19 février 1960 Ordonnance 20 juin 1973	21 ans pour exercer			Ministère de la Santé publique		
Norvège	Décret royal 23 juin 1950 Ordonnance 27 novembre 1951 Loi 28 avril 1972 Règlement 27 février 1973	22-35 ans	Obligatoire	1 an			Accès à un enseignement avancé du planning familial
Pays-Bas	Décrets 24 août 1974 19 septembre 1974 final Ordonnance 5 décembre 1974	21 ans pour avoir accès à l'examen 19 septembre 1974 final		3 ans, également si infirmière	Ministère de la Santé publique et de l'Hygiène de l'Environnement	Inclus dans la formation	
Pologne	Ordonnance 16 mars 1928 Règlement 25 septembre 1928 une profession Instruction 27 juin 1960 8 août 1962 16 juillet 1976 Arrêté 27 août 1963	Moins de 35 ans ou moins de 45 ans si la candidate exerce déjà une profession		2 ans 1/2	Ministère de la Santé et des Affaires sociales		Recyclage obligatoire tous les 5 ans. Accès à des cours sur la contraception

<u>Pays</u>	<u>Législation fondamentale</u>	<u>Accès à la formation</u>	<u>Qualification infirmière préalable</u>	<u>Durée des études de la formation</u>	<u>Autorité responsable dans la formation ou la pratique</u>	<u>Le planning familial</u>	<u>Observations</u>
Portugal	Arrêté 22 mars 1956 Décret 31 août 1967 Circulaire ministérielle 8 août 1977		Obligatoire	1 an	Ministère des Affaires sociales et Institut national de la Santé "Dr Ricardo Jorge"	Inclus dans la formation	
République démocratique Allemande	Règlement 30 octobre 1962			3 ans - 1 an si infirmière ou infirmière de pédiatrie	Ministère de la Santé publique	Inclus dans la formation	Les sages-femmes ont accès à une formation avancée
Royaume-Uni Angleterre et Pays de Galles	Loi sur les sages-femmes 1951 Règlement des sages-femmes 1955 (modifié)	20-50 ans	Qualification d'infirmière (pour la plupart des sages-femmes)	1 an	Direction centrale des sages-femmes	Inclus dans la formation	Le personnel d'encadrement des sages-femmes doit avoir 3 ans d'expérience dans la profession et avoir suivi un cours spécial. Les sages-femmes peuvent acquérir un diplôme d'aptitude à l'enseignement. Recyclage obligatoire
Ecosse		20 ans	Qualification d'infirmière	1 an	Direction centrale des sages-femmes pour l'Ecosse		
Irlande du Nord		20-50 ans	Qualification d'infirmière	52 semaines	Conseil des infirmières et des sages-femmes d'Irlande du Nord		
Suède	Règlement de la Couronne 11 novembre 1955 (amendé jusqu'en 1978) Ordonnance 3 juin 1955		Obligatoire	50 semaines	Direction nationale de la santé et de la protection sociale	Les sages-femmes ayant reçu la formation voulue peuvent donner des conseils et administrer un traitement en matière de contraception	Le recyclage n'est plus obligatoire
Suisse	Législation cantonale de Genève (loi de 1926-1970)	20-35 ans		2 ans	Département cantonal de la Santé		Recyclage obligatoire

<u>Pays</u>	<u>Législation fondamentale</u>	<u>Accès à la formation</u>	<u>Qualification infirmière préalable</u>	<u>Durée des études</u>	<u>Autorité responsable de la formation dans la formation ou la pratique</u>	<u>Observations</u>
Tchéco- slovaquie	Arrêtés 13 juin 1966 3 août 1971 Instructions 1er juillet 1967 27 juillet 1972			4 ans	Ministère de la Santé Ministère de l'Éducation et parentale font normalement partie des fonctions de la sage-femme	Les cours périodiques de recyclage sont obli- gatoires. Accès à une formation avancée. Les sages-femmes appartiennent à la caté- gorie des "agents de santé de niveau inter- médiaire" et portent le titre d'infirmière- sage-femme
Turquie	Lois 14 avril 1928 25 juin 1956			4 ans y compris 2 ans de formation infirmière de base. 3 ans pour les sages-femmes rurales	Ministère de la Santé	Les sages- femmes qui ont suivi un cours de planning familial doivent dis- penser des conseils de contraception
Union des républiques socialistes soviétiques	Voir Rapport sur le séminaire itinérant concernant les soins infirmiers en URSS, 23 mars - 14 avril 1970 Document WHO/NURS/71.80			2 ans 1/2 à 3 ans 1/2 selon le niveau d'instruction préalable	Ministère de la Santé Parait être inscrit au programme public	On distingue les sages- femmes des feldshers- accoucheurs

Annexe 3

LISTE DES PARTICIPANTS

CONSEILLERS TEMPORAIRES

Mme M. Baechtold
Conseillère pédagogique, Adjointe du Chef du Service de la formation professionnelle,
Croix-Rouge Suisse, Berne, Suisse

Mlle E.A. Bent
Director of Education, Royal College of Midwives Trust, Londres, Royaume-Uni

Mme M. Berankova
Clinique de Neurologie, Université Charles, Prague, Tchécoslovaquie

Dr G. Colzi
Juriste, Florence, Italie

Mlle F. Dittrich
Chef du Service des soins infirmiers, Gouvernement de la Province de Styrie, Graz, Autriche

Mme I.H. Haugen
Directrice du Service des Soins infirmiers des Services de Santé norvégiens, Oslo, Norvège

Mme C. Horstman
Directrice pédagogique par interim, Collège des Soins infirmiers, Berlin-Büch, République
démocratique allemande

Mme M.L. Knight
Nurse Adviser (Education), Division of Nursing, Department of Health, Wellington,
Nouvelle-Zélande

Dr D. Krebs
Conseillère en soins infirmiers, Conseil international des Infirmières, Genève, Suisse

+ Mlle G. van Massenhove
Directrice de l'Ecole des Cadres infirmiers, Bruxelles, Belgique

Dr P.I. Mintchev
Professeur associé, Département d'Enseignement médical, Académie de Médecine, Sofia, Bulgarie

Dr J. de Moerloose
Ancien Chef du Service de la Législation sanitaire, Organisation mondiale de la Santé, Genève,
Suisse

Mme U. Peretzki^a
Département des Soins et Services infirmiers, Syndicat des Services publics, des transports et
des communications, Stuttgart, République fédérale d'Allemagne

Mme O.Y. Pouvreau-Romilly
Comité de Liaison des Sages-Femmes de la CEE, Paris, France

Mme A. Sahini-Kardasl
Directrice de l'Ecole supérieure des soins infirmiers de l'Eglise grecque "Olympias", Athènes,
Grèce

Mme L. Schlüter
Service de Santé, Hambourg, République fédérale d'Allemagne

^a Frais de participation non assurés par l'OMS.

- M. R. Schulze-Husmann
Ministre fédéral de la Jeunesse, de la Famille et de la Santé, Bonn, République fédérale
d'Allemagne
- M. V. Sielaff^a
Service de Santé, Hambourg, République fédérale d'Allemagne
- Mme D. Simonot^a
Conseillère technique, Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, Paris, France
- Mlle M. Storey
Registrar, General Nursing Council for England and Wales, Londres, Royaume-Uni (Rapporteur)
- Mme I. Valle
Directrice du Personnel infirmier, Loimaa, Finlande
- Mme N. Vorob'eva
Secrétaire internationale, Comité central du Syndicat des travailleurs médicaux, Moscou, URSS
- Mme R. Weinrich
Directeur exécutif, Association professionnelle allemande des infirmiers et infirmières,
Francfort, République fédérale d'Allemagne (Présidente)
- Mme I. Witte^a
Rédactrice en chef, Deutsche Krankenpflege Zeitschrift, Stuttgart, République fédérale
d'Allemagne

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Bureau régional pour l'Europe

- Mlle M.O. Abbott
Fonctionnaire pour les soins infirmiers (Secrétaire)
- Mlle W. Haddad
Fonctionnaire régional pour la Planification familiale
- Mlle G. Pinet
Consultante, Service de la Législation sanitaire

^a Frais de participation non assurés par l'OMS.