

LA PROFESSION INFIRMIÈRE

UNE VOIX FAITE POUR DIRIGER
LA SANTÉ EST UN DROIT HUMAIN



SANTÉ POUR TOUS SOINS INFIRMIERS, SANTÉ MONDIALE ET COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

JOURNÉE INTERNATIONALE DES INFIRMIÈRES 2019
RESSOURCES ET DONNÉES PROBANTES

CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES





Promoteur du projet: Howard Catton

Auteurs: David Stewart, Erica Burton, professeure Jill White, professeure Marla Salmon, Amanda McClelland

Mise en page et édition: LJJlsey Williamson, Violaine Bobot, Bethany Halpin, Marie Carrillo, Julie Clerget

Comité directeur:

Mme Elisabeth Madigan, Directrice générale, Sigma Theta Tau International

M. Kawaldip Sehmi, Directeur général, International Alliance of Patients' Organizations (IAPO)

Dr Walter De Caro, Consociazione Nazionale delle Associazioni infermiere, M. T.

Dileep Kumar, Président, Jllian Nursing Council

Mme Ellen Ku, Présidente, College of Nursing Hong Kong

M. Michael Larui, Responsable national des soins infirmiers aux îles Salomon, et Président du Secrétariat du Forum des infirmières du Pacifique

Conception: Artifex Creative Webnet Ltd.

Tous droits réservés, y compris la traduction dans d'autres langues. Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite sous forme imprimée, de photostat ou de toute autre façon, ni stockée dans un système de recherche documentaire, ni transmise sous quelque forme que ce soit, ni vendue sans l'autorisation écrite expresse du Conseil international des infirmières. De courts extraits (moins de 300 mots) peuvent être reproduits sans autorisation, à condition d'en Jlliquer la source.

Droits d'auteur © 2019, CII – Conseil international des infirmières, 3, place Jean-Marteau, 1201 Genève, Suisse

ISBN: 978-92-95099-61-6

COMMENT UTILISER LE CONTENU INTERACTIF

Tout au long de cette publication, vous trouverez des marqueurs similaires à ceux mentionnés ci-dessus. Avec votre appareil photo mobile, scannez les marqueurs et ainsi lancez le contenu de la vidéo automatiquement.

Pour voir le contenu, veuillez télécharger n'importe lequel des lecteurs de code QR disponibles sur votre App Store

TABLE DES MATIÈRES

LES MOTS DE LA PRÉSIDENTE DU CII	4
---	---

PREMIÈRE PARTIE

La santé pour tous	5
Les défis qui nous attendent	5
La santé pour tous	7
De la santé pour tous à la couverture sanitaire universelle	9
Les raisons pour lesquelles les infirmières doivent se sentir concernées par les défis de santé mondiale ayant une incidence sur la «santé pour tous»	11

DEUXIÈME PARTIE

Défis relatifs à la santé mondiale se répercutant sur la santé pour tous	14
La santé pour tous et les priorités du CII pour l'année	14
Défi de santé mondiale n°1: les maladies connues et inconnues de nous – épidémies / pandémies	16
Défi de santé mondiale n°2: un produit de notre mode de vie et de notre environnement: Les maladies non transmissibles	22
Défi de santé mondiale n°3: obtenir des résultats sur le plan de la santé qui comptent pour les patients et qui soient à la portée des pays	27
Défi de santé mondiale n°4: un monde qui change	34
Défi de santé mondiale n°5: notre santé mentale et notre bien-être	40
Défi de santé mondiale n°6: les effets de la violence sur les soins de santé et sur nous tous	46

Le leadership (avec une touche particulière)	52
---	----

Aux origines du leadership infirmier	52
Des avancées innovantes dans le domaine de la santé pour tous: le travail des infirmières et du personnel infirmier	54

Crédit Photo – Ministry of Health Taiwan



LES MOTS DE LA PRÉSIDENTE DU CII

Chaque année, le Conseil international des infirmières choisit un thème pour la Journée internationale des infirmières, fêtée le 12 mai, jour anniversaire de Florence Nightingale. Depuis deux ans, nous célébrons cette journée autour du thème *Infirmières: une voix faite pour diriger*. En 2017, nous avons débattu du rôle des infirmières dans la réalisation des objectifs de développement durable et en 2018, nous nous sommes penchées sur le droit fondamental à la santé. Cette année, nous examinons la voix des infirmières à l'aune de la santé pour tous.

Chaque jour, des infirmières à travers le monde plaident pour la santé pour tous dans les contextes les plus difficiles, avec peu de ressources pour assurer des soins de santé à ceux qui en ont le plus besoin. C'est le cas en Ouganda (p. 21), où le personnel infirmier se déplace dans les villages pour donner des conseils de santé de base, notamment en matière d'assainissement et d'hygiène personnelle et domestique. Les infirmières établissent une relation de proximité avec les populations et collaborent avec l'agent sanitaire local du village. On peut également le constater aux États-Unis (p. 6), où les infirmières sont aux côtés des travailleurs sociaux pour développer d'étroites relations communautaires et une expertise locale pour assurer des soins de santé de qualité et des services coordonnés aux personnes sans-abri, dépendantes et en transition après incarcération.

Les infirmières, qui sont au plus près des patients, contribuent également à faire remonter leur voix dans les sphères de prise de décision. La toute première Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle se tiendra durant l'Assemblée générale des Nations Unies en 2019. C'est l'occasion pour les infirmières de se faire entendre. Nous devons être prêtes et le présent document contenant des ressources et des données probantes aidera les infirmières du monde entier à comprendre les divers aspects de la couverture sanitaire universelle et le rôle des infirmières.

Le CII est convaincu que les infirmières, en tant que membres d'une équipe multidisciplinaire, peuvent créer des systèmes de santé tenant compte des déterminants sociaux, économiques, culturels et politiques de la santé. Nous pouvons nous attaquer aux inégalités en matière de santé et, en nous recentrant sur la promotion de la santé et la prévention des maladies à travers une approche axée sur la santé de la population, améliorer la santé de tous, partout dans le monde.

Enfin, nous estimons que le temps est venu pour les infirmières d'affirmer leur leadership. Profession de la santé dont les effectifs sont les plus importants dans le monde, travaillant dans tous les domaines où des soins de santé sont dispensés, les soins infirmiers ont un grand potentiel et une grande valeur s'ils sont utilisés à bon escient pour enfin donner corps à l'idée de la santé pour tous.



Annette Kennedy
Présidente du Conseil international des infirmières

PREMIÈRE PARTIE

LA SANTÉ POUR TOUS



«Il n'y a pas de bien plus précieux au monde que la santé».

– Dr Tedros Adhanomom
Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS¹

Le 12 septembre 1978, 134 pays se sont réunis à Alma-Ata (aujourd'hui Almaty), au Kazakhstan, pour la Conférence internationale sur les soins de santé primaires (SSP). Cet événement a constitué un tournant important dans l'histoire de la santé publique, étant le premier du genre à engager les pouvoirs publics, le personnel de la santé et d'aide au développement et la communauté internationale à protéger et à promouvoir la santé de la population mondiale à travers une approche reposant sur les SSP.²

Les messages de la déclaration étaient forts, car ils soutenaient le leadership communautaire en matière de planification de la santé, la réduction de l'élitisme en médecine moderne et la lutte contre les inégalités sociales, afin d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé.³ C'est à ce moment-là que le message de la santé pour tous a été articulé pour la première fois à travers des directives et des mesures.

Fondamentalement, la Déclaration d'Alma-Ata affirmait que des améliorations en matière de santé ne pouvaient être obtenues qu'en combinant la science de la santé, une économie et des politiques judicieuses et des mesures

contre les injustices sociales. La Déclaration ne craignait pas d'affirmer que «la santé est un droit de l'homme». Tant qu'il y aura des inégalités et des injustices, la santé pour tous ne sera pas assurée.

Quarante ans plus tard, les messages contenus dans la Déclaration d'Alma-Ata sont toujours d'actualité. Bien que des progrès aient été réalisés dans certains domaines depuis 1978, nous avons constaté une évolution de l'ampleur des vulnérabilités en matière de santé. L'évolution de l'environnement et des modes de vie a créé de nouveaux défis en matière de santé: les maladies chroniques tuent désormais plus de personnes que les maladies infectieuses. Les inégalités de richesse et l'exclusion politique demeurent et le fossé entre riches et pauvres s'est creusé. À l'échelon mondial, des liens de plus en plus étroits se sont créés à travers les voyages, les échanges commerciaux et culturels. Cela a conduit à de nouveaux intérêts commerciaux en termes d'alimentation, d'alcool et de tabac, qui souvent font obstacle aux mesures des pays et compliquent leurs actions pour réduire les taux de maladies non transmissibles. Aussi, la santé pour tous n'est pas une fin en soi, mais un appel à des mesures dans le domaine de la justice sociale, avec pour principe fondamental que tous les pays et la communauté internationale s'évertuent à améliorer la santé des populations.

LES DÉFIS QUI NOUS ATTENDENT

Bien qu'il y ait eu d'importants progrès dans les domaines médical et technologique partout dans le monde, les écarts se creusent entre les pays et en leur sein en matière de santé. Les approches biomédicales et technologiques de la santé présentent des limites à l'amélioration de la santé, en particulier lorsqu'on appréhende la santé dans son ensemble, à savoir le «bien-être physique, mental et social complet».⁴ En réalité, on pourrait dire que l'approche biomédicale de la santé a conduit à négliger les autres déterminants de la santé.

La Commission indépendante de haut niveau sur les maladies non transmissibles (MNT) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) – également désignées comme maladies chroniques –, l'a récemment relevé. La Commission indique que si rien ne change, l'objectif de réduire de 30 % les décès prématurés dus aux maladies non transmissibles d'ici à 2030 ne sera pas réalisé. La principale raison étant que: «de nombreux engagements politiques n'étant pas mis en œuvre, les pays ne sont pas sur la bonne voie pour atteindre l'objectif fixé. Les mesures nationales contre les MNT sont, dans le meilleur des cas, inégales. Les investissements au niveau national restent dramatiquement faibles et les fonds mobilisés au niveau international sont insuffisants».⁵ L'approche requise pour réduire la mortalité prématurée passe

par la santé dans toutes les politiques, engageant l'ensemble des pouvoirs publics et de la société, pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé, y compris le mode de vie et l'environnement. Le rapport indique cependant qu'il y a un «manque de volonté politique, de mobilisation, de capacités et d'action sur les MNT». Le rapport conclut que pour réussir, les activités doivent s'inscrire dans une approche fondée sur les droits de l'homme.

Le défi ne concerne pas uniquement les MNT. Les données indiquent qu'au 20^e siècle (figure 4), les catastrophes, la pauvreté, les maladies infectieuses, la guerre et les autres aspects humanitaires se répercutent sur la santé et le bien-être.

Pour que les pouvoirs publics et les services de santé tirent les meilleurs résultats possibles des ressources limitées dont ils disposent, des décisions difficiles devront être prises. Les infirmières sont particulièrement bien placées pour diriger et éclairer la prise de décisions et l'élaboration des politiques en matière de services de santé parce qu'elles défendent leurs patients, ont des capacités à penser de façon scientifique et du fait du nombre et de l'éventail des soins prodigués tout au long de la durée de la vie et du processus de soins.



Étude de cas

Crédit Photo – Cyrus Batheja

ASSURER DES SOINS AUX PATIENTS RÉGULIERS SANS-ABRI, DÉPENDANTS ET EN TRANSITION APRÈS L'INCARCÉRATION

– Dr Cyrus Batheja, États-Unis

Le paradoxe «dépenser plus, obtenir moins» en matière de soins médicaux aux États-Unis est bien documenté. Le sous-investissement dans les services sociaux et la mauvaise coordination des aides sous-tendent un système fragmenté qui ne produit pas les effets escomptés dans le traitement des patients. Les conséquences financières et non financières de soins de santé inefficaces pour les cas les plus complexes se répercutent sur l'État et les collectivités locales à tous les niveaux. Les déterminants sociaux de la santé ont une incidence profonde sur l'efficacité des soins, augmentant le coût des soins de santé. Obtenir les meilleurs résultats possibles pour les cas les plus complexes suppose de relever les défis sociaux qui influent positivement sur la santé. Cela réclame également des modèles de soins spécialisés pour aider les patients traditionnellement marginalisés.

UnitedHealthcare a identifié les défis auxquels sont confrontés des milliers d'Américains et a mis au point une solution au niveau local baptisée myConnections, venant en aide aux patients réguliers des services des urgences qui sont sans-abri, dépendants et en transition après l'incarcération. Grâce à une solution biopsychosociale, fondée sur des données probantes et intégrant les soins de santé et les services sociaux pour améliorer la vie des personnes, les équipes travaillent dans des centres communautaires pour associer logements et services de qualité, sur la base d'éléments concrets et tenant compte des traumatismes, en vue d'obtenir de meilleurs résultats et réduire l'utilisation inefficace des soins de santé pour les

patients à haut risque et à coût élevé. En mettant l'accent sur les déterminants sociaux de la santé, myConnections développe d'étroites relations communautaires ainsi qu'une expertise locale pour assurer des soins de santé de qualité et des services coordonnés aux cas les plus complexes.

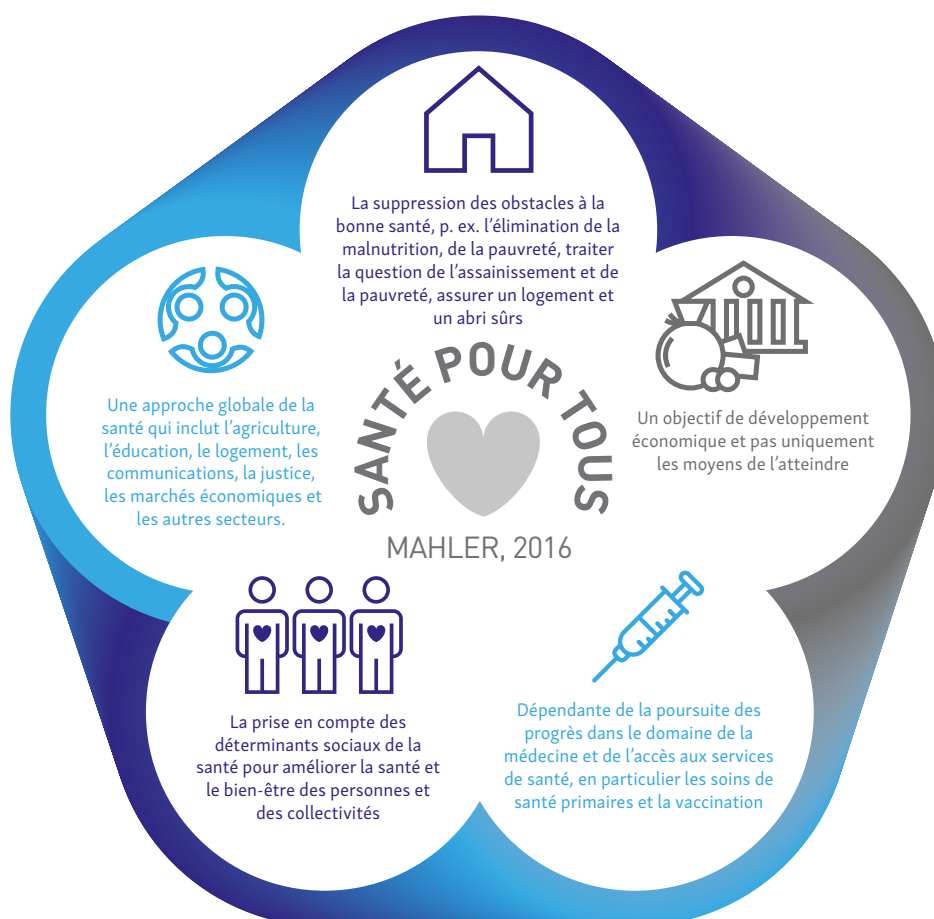
Grâce aux données internes relatives aux demandes médicales, myConnections a créé une technique reposant sur les données pour identifier les «points chauds», à savoir les sous-groupes de patients / membres les plus complexes dans le pays. À travers cette approche, myConnections a identifié plus de 25 000 patients sans-abri, en ciblant les 10 % de cas les plus urgents.

Le modèle de soins de myConnection repose sur des partenariats en tandem entre les travailleurs sociaux et les infirmières, qui sont en relation avec les patients et adaptent le programme en fonction de leurs forces et de leurs souhaits. Le tandem collabore étroitement avec le patient pour l'orienter vers un logement sûr, fourni gratuitement ou à peu de frais durant 12 à 24 mois. Ils les orientent également vers des services de santé comportementale de premier plan comme la thérapie comportementale dialectique, l'assistance pharmacothérapeutique et les soins primaires tenant compte des traumatismes. L'approche comprend des entretiens motivationnels et de la psychologie positive. En outre, le tandem aide aussi les patients à s'orienter vers les bons services sociaux pour bénéficier des prestations de la sécurité sociale et de bons d'alimentation et de logement, afin de favoriser leur autonomie à long terme.

LA SANTÉ POUR TOUS

«La santé pour tous, c'est assurer à tous un accès à la santé dans un pays donné». La santé appréhendée en ce sens ne signifie pas seulement la disponibilité de services de santé, mais un état de santé physique et mentale complet permettant à une personne de mener une vie socialement et économiquement productive.⁶

Figure 1: 'La santé pour tous' est (Mahler, 2016)⁶



Dans ce cadre, la santé est perçue comme un droit de l'homme où le développement social et les facteurs économiques sont une condition préalable à la santé pour tous. L'accent est mis sur la protection et la promotion de la santé, notamment l'élimination de l'exclusion sociale et des disparités dans le domaine de la santé. Cela se répercute positivement sur le développement économique et social et sur la paix dans le monde. La preuve en a été donnée par la Commission Lancet, qui a établi que chaque USD investi d'ici à 2035 rapporterait entre 9 et 20 USD.⁷

Les infirmières sont à l'avant-garde de la promotion des droits du grand public, qu'elles voient comme un droit de l'homme et un devoir pour les personnes de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui leur sont destinés. Le Code déontologique du CII stipule que: «Le respect des droits de l'homme – en particulier le droit à la vie, à la dignité et à un traitement humain, ainsi que

les droits culturels – fait partie intégrante des soins infirmiers. Ces derniers ne sont influencés par aucune considération d'âge, de couleur, de croyance, de culture, d'invalidité ou de maladie, de sexe et d'orientation sexuelle, de nationalité, de politique, de race ni de statut social, autant de particularités qu'ils respectent au contraire. Les infirmières fournissent des services de santé à l'individu, à la famille et à la collectivité et coordonnent cette activité avec celles d'autres groupes qui travaillent dans des domaines connexes. Le besoin de soins infirmiers est universel!»⁸

Les idéaux et les éléments fondamentaux de la santé pour tous annoncés en 1978 ne sont toujours pas réalisés. Toutefois, des progrès notables ont été accomplis à cet égard. L'accord des pays sur les objectifs de développement durable (ODD) va dans le bon sens pour lutter contre les fléaux de notre temps.



Étude de cas

Crédit Photo – Kartika Kurnisari

RACHEL HOUSE – ASSURER DES SOINS PALLIATIFS À LA COLLECTIVITÉ – Indonésie

En Indonésie, il y a 1200 nouveaux cas de cancer chez les patients de moins de 18 ans, ainsi qu'un très grand nombre d'enfants atteints du VIH/SIDA. Ce constat souligne l'énorme besoin en soins palliatifs dans le domaine de la pédiatrie.⁹

Mue par le désir de remédier au manque de services de soins palliatifs pédiatriques, et par la vision d'une Indonésie où aucun enfant ne devrait jamais vivre ou mourir dans la douleur, Rachel House a été le premier service de soins palliatifs pédiatriques créé en Indonésie. La majorité des patients de Rachel House vient des communautés marginalisées où les parents gagnent entre trois et cinq dollars américains par jour. Cela signifie que si les enfants sont hospitalisés plutôt que d'être chez eux, toute la famille devra se passer de nourriture. Face à cette triste réalité, les infirmières ont troqué leurs blouses pour des vestes et des casques de moto, pour circuler dans les rues bondées de Jakarta et fournir des soins palliatifs aux collectivités.

Les infirmières ont piloté la mise en place de ce service vital. Hautement qualifiées et formées pour procéder à des évaluations physiques et psychosociales des patients, les infirmières passent du temps avec les enfants et leurs familles afin de connaître leur histoire et leur situation sociale avant et après la maladie. Les infirmières cherchent à appréhender l'enfant comme une personne avant tout, plutôt que comme un patient présentant des symptômes. Cette approche a créé énormément d'empathie parmi les infirmières et, en fin de compte, un dévouement croissant envers les personnes pour qui elle œuvrent.

Une équipe multidisciplinaire a été créée pour fournir des soins aux enfants. Les infirmières, au cœur de cette équipe, contribuent à construire des réseaux de soutien là où vivent ces enfants: en s'assurant l'appui d'agents sanitaires bénévoles des collectivités locales formés par Rachel House ; en établissant des liens avec les responsables locaux des soins de santé primaires et en les préparant; en veillant à ce que les médicaments requis soient disponibles dans la pharmacie locale ; et en collaborant avec des ONG partenaires pour l'apport en nourriture et le soutien social de l'enfant. L'équipe forme également les communautés pour les aider à accroître la sensibilisation du public et des professionnels aux soins palliatifs et à renforcer les capacités de gestion de la douleur et des symptômes.

Depuis douze ans qu'elle existe, Rachel House s'est occupée de près de 3000 enfants et de leur famille. Considérées comme des leaders à l'échelon national en matière de soins palliatifs pédiatriques à domicile, les infirmières sont régulièrement invitées à partager leurs connaissances avec le personnel soignant dans toute l'Indonésie. En outre, Rachel House assure désormais aux infirmières une formation en soins palliatifs de calibre international et soutient les hôpitaux souhaitant développer des services intégrés de soins palliatifs. Rachel House s'attache à bâtir un écosystème de soins palliatifs à travers l'Indonésie, pour veiller à ce que la gestion de la douleur et des symptômes soit à la portée de tous, pour prévenir et soulager les souffrances.¹⁰

DE LA SANTÉ POUR TOUS À LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

«Nous savons que, lorsque la couverture sanitaire universelle sera réalisée, la pauvreté sera réduite, des emplois seront créés, les économies se développeront et les collectivités seront protégées contre les poussées de maladies. Mais nous savons également qu'il y aura de meilleures perspectives économiques pour les femmes et que la santé et le développement de leurs enfants suivront au même rythme».

Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus,
Directeur général de l'OMS¹¹

La Couverture sanitaire universelle (CSU) répond davantage à l'idée de la santé pour tous que la Déclaration initiale d'Alma-Ata. La principale raison en est qu'elle offre une approche plus exhaustive des services de santé essentiels (plus que les SSP) et tient également compte de l'aspect financier de ces services. Néanmoins, une lacune actuelle de la CSU par rapport à la Déclaration initiale d'Alma-Ata est le manque d'attention accordée à la participation de la famille et de la collectivité aux décisions relatives aux soins de santé. Les prochaines étapes et le prochain défi de la CSU pour les années à venir consisteront à donner les moyens

aux personnes et aux collectivités de participer à la prise de décisions, pour créer un système de soins de santé plus humain, plus autonome et moins coûteux.¹²

Couverture sanitaire universelle

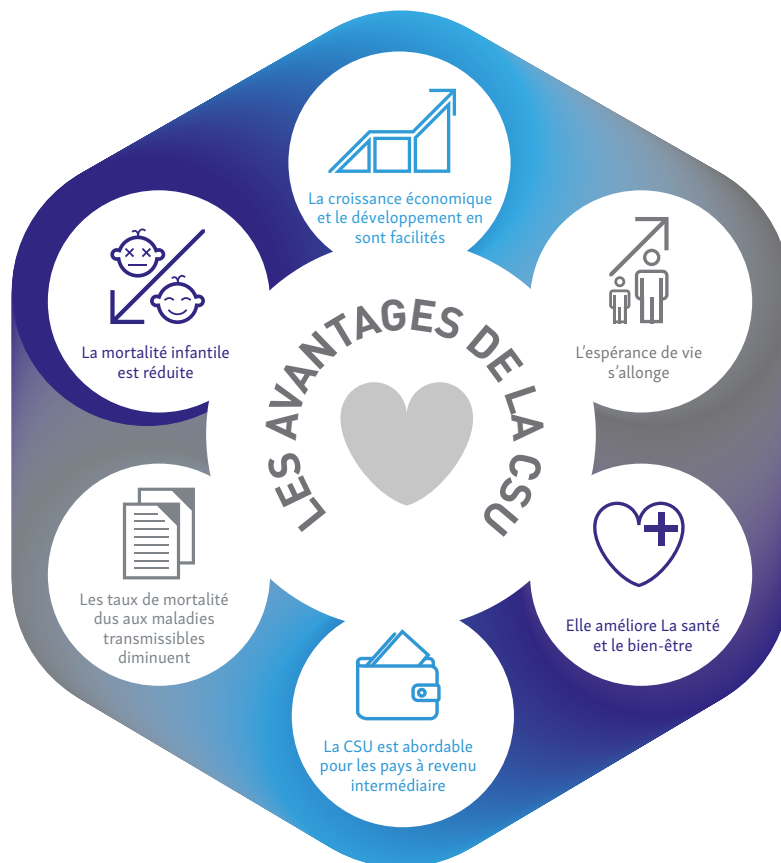
«La couverture sanitaire universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers».¹³

Même si la Déclaration de 1978 sur la santé pour tous a été signée en l'an 2000 avec le soutien massif des pouvoirs publics, l'effet n'a pas duré. Il a fallu plus de 20 ans depuis cette déclaration initiale pour que le mouvement redémarre du fait des défis sanitaires mondiaux tels que le VIH / sida et la tuberculose. Puis en 2005, les pays se sont engagés à réformer les mécanismes financiers afin d'améliorer l'accès aux services de santé. Cet engagement a été tenu huit ans plus tard à la 67^e Assemblée générale des Nations Unies, avec l'adoption d'une résolution approuvant la CSU.¹²

Figure 2: Trois objectifs liés à la CSU



Figure 3: Les avantages de la CSU



LES RAISONS POUR LESQUELLES LES INFIRMIÈRES DOIVENT SE SENTIR CONCERNÉES PAR LES DÉFIS DE SANTÉ MONDIALE AYANT UNE INCIDENCE SUR LA «SANTÉ POUR TOUS»

Selon l'étendue de leur domaine de pratique, les infirmières fournissent des soins appropriés, accessibles et fondés sur des données probantes. Les infirmières travaillent de façon autonome, au sein d'équipes multidisciplinaires et participent à des relations intersectorielles pour:

- Donner la priorité à ceux qui en ont le plus besoin et s'attaquer aux inégalités en matière de santé
- Optimiser l'autonomie, la participation et le contrôle de la collectivité et des personnes
- Veiller à la collaboration et au partenariat avec d'autres secteurs pour promouvoir et optimiser la santé.



Défendre les personnes et les collectivités et leur dispenser des soins.

Les infirmières répondent aux besoins des personnes, des collectivités et du monde dans son ensemble en matière de santé. La proximité des infirmières avec les personnes fait partie de cette équation. Les infirmières peuvent fonctionner et fonctionnent avec les personnes et les collectivités et sont les mieux placées pour élaborer des systèmes de santé plus à même de satisfaire les besoins de santé des populations.



Des professionnelles qualifiées susceptibles d'améliorer la santé pour tous.

La profession infirmière est celle qui promeut la santé publique, défend les droits de tous, dont ceux des populations les plus vulnérables, fournit des soins tout au long de la vie et éduque la collectivité pour améliorer la santé et le bien-être. Profession de la santé dont les effectifs sont les plus importants dans le monde, travaillant dans tous les domaines où des soins de santé sont dispensés, les soins infirmiers ont un grand potentiel et une grande valeur s'ils sont utilisés à bon escient pour enfin donner corps à l'idée de la santé pour tous.

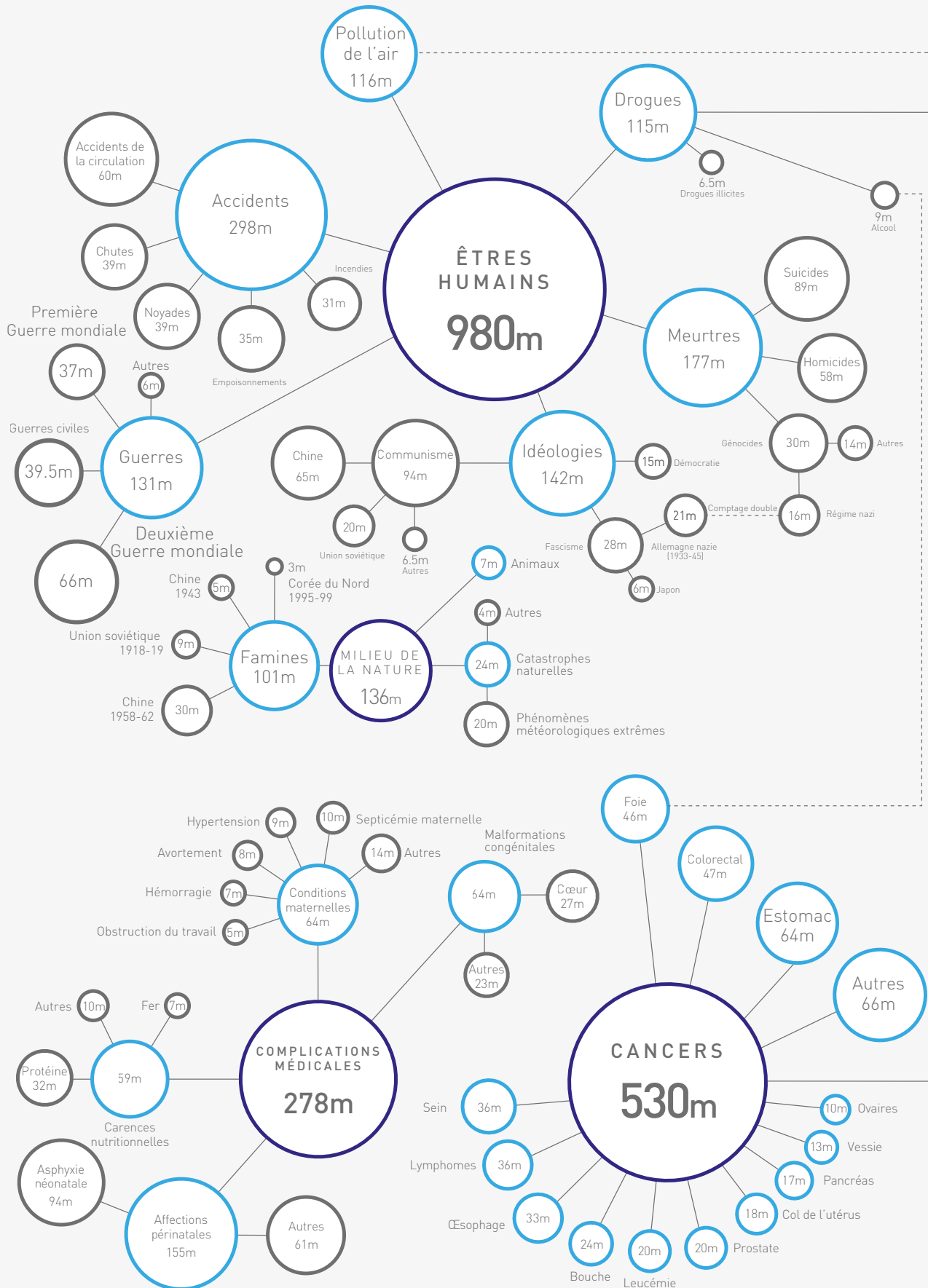


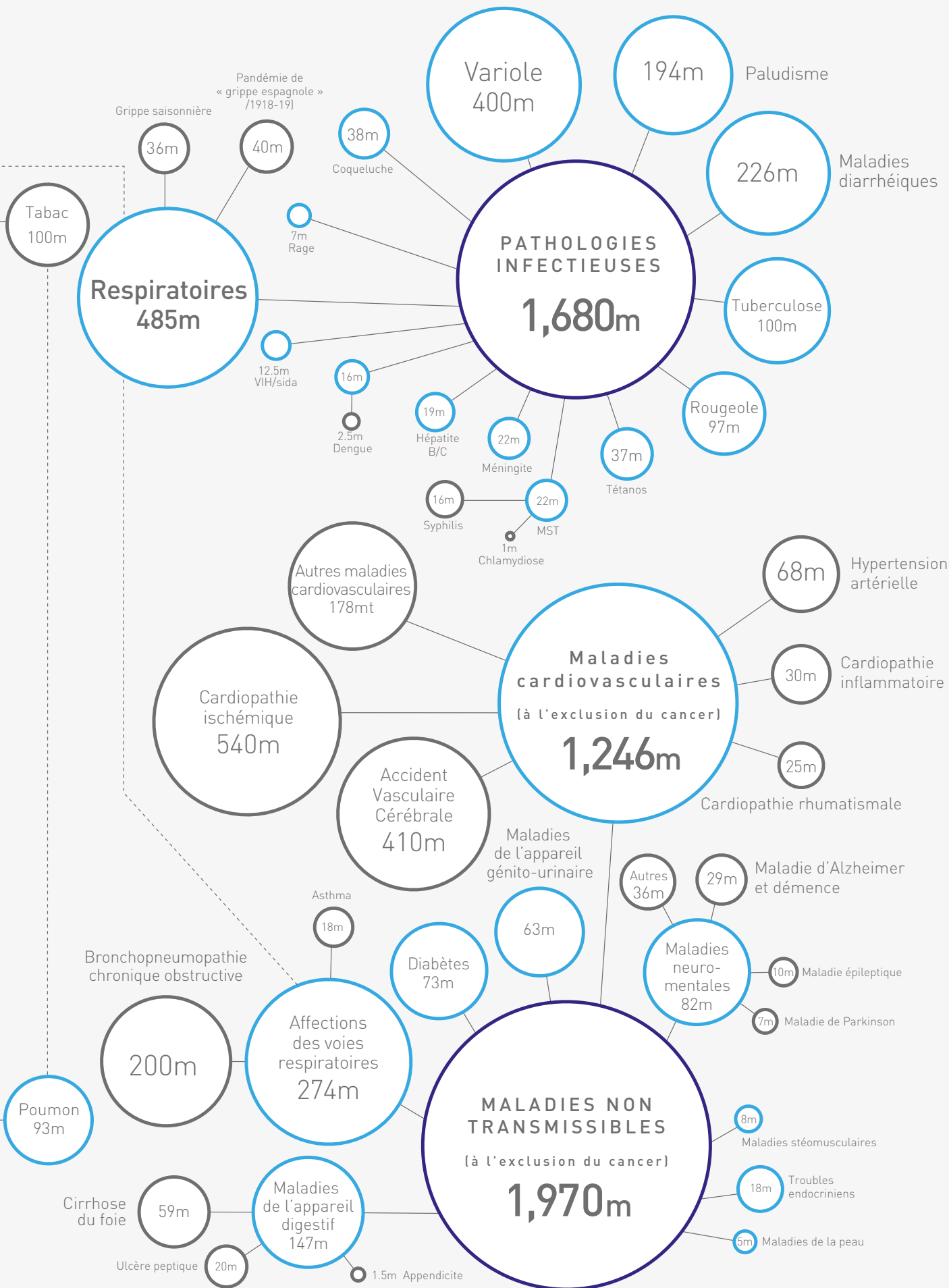
Le monde cherche des moyens de réaliser l'objectif de la santé pour tous.

La Déclaration d'Alma Ata n'a pas abouti à la réalisation de la santé pour tous. Quarante ans plus tard, la moitié de la population mondiale n'a pas accès aux services de santé essentiels.¹⁴ L'idée dominante selon laquelle «la santé est l'absence de maladie» et la prédominance du modèle médical font que la santé pour tous ne sera jamais réalisée. Le vieillissement des populations et l'évolution des maladies exigent une approche différente de la santé qui tienne compte d'un modèle global reposant sur les personnes. Ce cadre est au cœur des soins infirmiers et s'ajoute au développement de l'ensemble des connaissances scientifiques et à la magnitude croissante de l'exercice des soins infirmiers (p. ex. la possibilité de prescrire à, d'intervenir sur et d'orienter des patients, etc.).

Les soins infirmiers, dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire et d'une collaboration intersectorielle, peuvent créer un système de santé tenant compte des déterminants sociaux, économiques, culturels et politiques de la santé, des inégalités en matière de santé, de la promotion de la santé, de la prévention des maladies, du traitement et des soins des malades, du développement des collectivités, des activités de plaidoyer, de la rééducation, des mesures intersectorielles et des approches de santé en direction des populations.¹⁵

Figure 4: Causes de mortalité au 20^e siècle¹⁶
 L'information vaut de l'or (2012)





DEUXIÈME PARTIE

DÉFIS RELATIFS À LA SANTÉ MONDIALE SE RÉPERCUTANT SUR LA SANTÉ POUR TOUS



«La plus grande richesse, c'est la santé». – Virgile

LA SANTÉ POUR TOUS ET LES PRIORITÉS DU CII POUR L'ANNÉE

La Déclaration d'Alma-Ata envisageait une nouvelle façon d'appuyer la santé. Outre l'accès à des services de santé de qualité, elle reconnaissait l'importance des facteurs sociaux, économiques et environnementaux se répercutant sur la santé des personnes et des populations. La Déclaration affirme également que toutes les populations de tous les pays ont un droit fondamental à la santé et que les pouvoirs publics ont la responsabilité de faire respecter ce droit.¹⁷

Dans une série de publications relatives à la Journée internationale des infirmières, La profession infirmière,

une voix faite pour diriger, nous nous sommes attachés à deux éléments: les déterminants sociaux de la santé (Réaliser les objectifs du développement durable – 2017) et l'accès aux services de santé (La santé en tant que droit de l'homme – 2018). Comme il s'agit de la dernière d'une série de trois parties, nous tenons compte des deux éléments en lien avec certains des grands défis mondiaux de notre époque en matière de santé et nous démontrons le rôle important des soins infirmiers en vue d'améliorer la santé et le bien-être des personnes, des collectivités et du monde dans son ensemble.

Figure 5: Défis relatifs à la santé mondiale se répercutant sur la santé pour tous



01 Les maladies connues et inconnues de nous.
– Épidémies / pandémies

02 Un produit de notre mode de vie et de notre environnement -
Les maladies non transmissibles.

03 Obtenir des résultats sur le plan de la santé qui comptent
pour les patients et qui soient à la portée des pays
– La santé axée sur la valeur

04 Un monde qui change – Santé des migrants

05 Notre santé mentale et notre bien-être

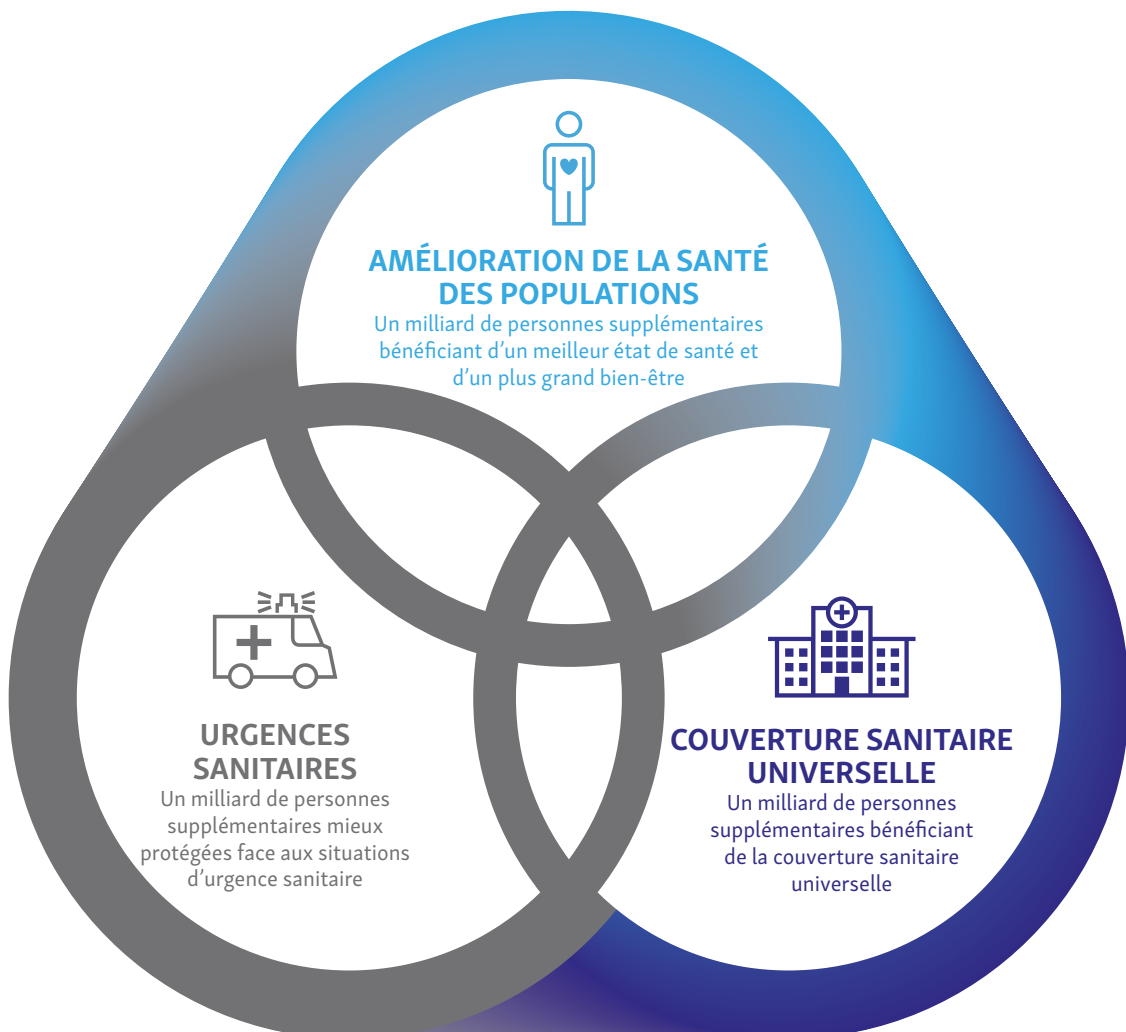
06 Les effets de la violence sur les soins
de santé et sur nous tous.

Les ODD fournissent l’ancrage stratégique et la cohérence à la sécurité sanitaire mondiale, à la CSU et à la santé des populations. Ils soulignent l’importance de poursuivre les activités prioritaires de façon intégrée, dans la mesure où l’une se répercute sur l’autre. C’est pourquoi le plan de travail de l’OMS pour les prochaines années comporte trois priorités stratégiques, baptisées objectif du «triple milliard».

1. Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la CSU
2. Un milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d’urgence sanitaire
3. Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d’un meilleur état de santé et d’un plus grand bien-être



Figure 6: Ensemble de priorités et d’objectifs stratégiques interdépendants pour garantir une vie en bonne santé et le bien-être pour tous, à tout âge, dans le cadre du programme général de travail de l’OMS, 2019-2023¹¹



DÉFI DE SANTÉ MONDIALE N°1 LES MALADIES CONNUES ET INCONNUES DE NOUS – ÉPIDÉMIES / PANDÉMIES



«Les épidémies à l'autre bout du monde sont une menace pour nous tous. Les épidémies ne se limitent pas à l'échelle locale»

Professeur Peter Piot, École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, codécouvreur d'Ebola en 1976

Parmi les diverses urgences sanitaires de grande ampleur, les poussées de maladies infectieuses sont l'une des menaces les plus imminentes auxquelles fait face la population en général.¹⁸ La fréquence des éclosions de maladies infectieuses et des épidémies illustre la menace qu'elles constituent pour la santé publique des collectivités et la nécessité de disposer de systèmes de santé solides et résistants. Les maladies infectieuses peuvent survenir à tout moment et en tout lieu, mais leur intensité est plus forte là où les systèmes de santé sont affaiblis et pris au dépourvu. Ces dernières années, des épidémies de maladies infectieuses se sont déclarées partout dans le monde sans crier gare. Citons la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, le syndrome respiratoire du Moyen-Orient en Corée, le choléra au Yémen, la peste bubonique à Madagascar.¹⁹

Ces poussées ne sont pas nouvelles. L'année 2018 a marqué le centenaire du début de la grande pandémie de grippe de 1918 (couramment appelée grippe espagnole). Bien que les estimations varient, les décès directement attribuables à la grippe se situent entre 50 et 100 millions de personnes. Cela représentait 5 % de la population mondiale de l'époque. Cinq cents millions de personnes furent infectées (un tiers de la population mondiale).²⁰



«Si vous me demandiez les trois choses dont Philadelphie a le plus besoin pour vaincre l'épidémie, je vous répondrais: 'des infirmières, plus d'infirmières et encore plus d'infirmières'».

Fonctionnaire philadelphien, 1918²¹

La pandémie de grippe s'est déclarée pendant la Première Guerre mondiale, au moment où les systèmes de santé étaient les plus faibles. Le personnel infirmier et médical a été siphonné des systèmes de santé du monde entier, car la plupart des travailleurs de la santé qualifiés ont été mobilisés pour soutenir l'effort de guerre en Europe (à titre d'exemple, 80 % des infirmières de la côte Est des États-Unis).²¹ Cela a entraîné une pénurie généralisée d'infirmières.

Alors que la grippe continuait de se propager avec des effets dévastateurs, les infirmières s'occupaient de 50 à 60 patients par jour. Les voisins et même les membres de la famille hésitaient généralement à aider les malades, craignant d'être infectés. En fin de compte, les infirmières se sont retrouvées en première ligne du début à la fin.

Pour répondre à la pénurie de personnel de santé durant cette période, de nombreuses régions du monde ont commencé à suivre différentes voies de formation des professionnels de la santé.

Aux infirmières diplômées se sont ajoutées des infirmières-assistantes, qui ont reçu une formation plus courte, de six mois. Tout semble indiquer que les travailleurs et les bénévoles moins bien formés avaient des taux d'infection plus élevés et des résultats moins bons pour les patients.²²

Il est manifeste que les soins infirmiers étaient d'une importance cruciale et qu'ils constituaient le facteur de survie le plus évident.²¹

Le monde et ses économies se mondialisant de façon croissante, notamment les voyages et les échanges commerciaux internationaux, nous devons envisager la santé dans un contexte mondial. La grippe espagnole a mis 18 mois à se propager à travers le monde. Aujourd'hui, une infection peut potentiellement passer d'un village isolé n'importe où dans le monde à n'importe quelle grande ville, en 36 heures.²³ Si les épidémies peuvent se déclarer là où les systèmes de santé sont faibles et les ressources limitées, l'agent pathogène peut, quant à lui, se propager rapidement et constituer une menace pour n'importe quel pays.

Le Centre for Diseases Control and Prevention (Centre de Prévention et de Contrôle des Maladies) (CDC), a déclaré: «Même si nous ne pouvons pas prévoir exactement où et quand se déclarera la prochaine épidémie ou pandémie, nous savons qu'il y en aura une».²³ Nous entendons souvent parler de l'apparition ou du retour d'une maladie infectieuse quelque part dans le monde. Le Rapport sur la santé dans le monde 2007, intitulé Un avenir plus sûr: la sécurité sanitaire mondiale au XXI^e siècle²⁴ relève que «depuis les années 1970, on découvre de nouvelles maladies émergentes au rythme sans précédent d'au moins une par année».

Quatre-vingts pour cent

des pays évalués ne sont pas prêts à faire face à une épidémie.²⁵

Il existe un grand nombre de risques que des foyers se déclarent et se propagent très rapidement à l'intérieur d'un pays et au-delà des frontières. Voici pourquoi:

- Risque accru de zoonose
- Développement de la résistance aux antimicrobiens
- Dispersion des maladies infectieuses par le biais des voyages internationaux et des échanges commerciaux mondiaux
- Actes de bioterrorisme
- Faiblesse des infrastructures de santé publique.²³

Pour prévenir la prochaine épidémie / pandémie, il est nécessaire de mettre en place:

- Des **systèmes de surveillance** permettant de détecter et de signaler rapidement les cas
- Des **réseaux de laboratoires** pour identifier avec précision la cause de la maladie
- Une **main-d'œuvre qualifiée et compétente** pour identifier, suivre, gérer et contenir les poussées de maladie
- Des systèmes **de gestion des situations d'urgence** pour coordonner une intervention efficace
- Un **accès** à des médicaments sûrs, efficaces et abordables.

6 000 milliards d'USD

Les estimations montrent que les pandémies coûteront probablement plus de 6 000 milliards d'USD au cours du prochain siècle, avec une perte annualisée prévue de plus de 60 milliards d'USD pour les pandémies potentielles. Investir 4,5 milliards d'USD par an dans le renforcement des capacités mondiales pourrait néanmoins éviter ces coûts catastrophiques.²³

Sécurité sanitaire mondiale: chaque infirmière a un rôle à jouer

Lorsque le SRAS s'est déclaré il y a 15 ans, les travailleurs sanitaires présents en première ligne – en particulier les infirmières – étaient au cœur de l'épidémie. Le nombre élevé d'infirmières ayant contracté le SRAS et qui ont succombé à la maladie s'explique par le fait qu'elles étaient les prestataires de soins de santé les plus proches des patients infectés, souvent sans mesures adéquates de lutte contre les infections pour prévenir la diffusion de ce qui s'est révélé être un nouveau virus extrêmement contagieux et facilement transmissible.

La première prise de conscience de l'importance de lutter contre les infections dans les structures de santé remonte à 1858, lorsque Florence Nightingale a vaillamment défendu la nécessité de «ne pas nuire aux malades». Depuis lors, les connaissances théoriques et pratiques en matière de lutte contre les infections ont fait des progrès considérables, même si des lacunes importantes subsistent, en particulier dans les soins de santé de première ligne. Lorsque l'épidémie de maladie à virus Ebola s'est déclarée en Afrique de l'Ouest en 2014, les infirmières et autres personnels de santé présents en première position ont continué de payer le prix fort. Plus de 500 personnes sont mortes du virus Ebola au cours de l'épidémie.²⁶ Les leçons tirées du SRAS et des innombrables épidémies précédentes n'ont pas été pas pleinement appliquées, en particulier dans les milieux pauvres en ressources, aboutissant aux mêmes conséquences tragiques pour le personnel de santé.

Induit en partie par les énormes pertes en vies humaines causées par l'épidémie de maladie à virus Ebola, un nouvel élan mondial s'est manifesté pour améliorer la capacité des pays à prévenir, détecter et riposter aux poussées de maladies infectieuses. Un nouvel agent pathogène étant identifié chaque année en moyenne, la question n'est pas de savoir si une nouvelle épidémie va se déclarer, mais quand. Une pandémie mondiale pourrait tuer des millions de personnes, coûter plus de 600 milliards d'USD en termes de santé et de pertes économiques et demander

des années au monde à se relever complètement.²⁷

Il est évident que nous devons être mieux préparés, plus particulièrement en première ligne, là où une épidémie de maladie infectieuse frappera probablement en premier et le plus sévèrement.

Parce qu'une maladie pouvant frapper n'importe où est une menace pour tous, la sécurité sanitaire mondiale admet que le monde a la responsabilité d'aider les pays à renforcer leur capacité à prévenir, à détecter et à riposter aux menaces que constituent les maladies infectieuses. C'est pourquoi, à ce jour, 86 pays ont mené à bien leur évaluation extérieure conjointe (JEE, ou Joint External Evaluation), un processus volontaire, concerté et multisectoriel évaluant la capacité de chaque pays participant à prévenir, détecter et riposter aux risques pour la santé publique. La JEE aide les pays à identifier les lacunes les plus graves de leurs systèmes de santé pour renforcer leur capacité à se préparer et riposter aux menaces pour la santé. Sur ces 86 pays, la grande majorité n'est pas prête à faire face aux menaces que constituent les maladies infectieuses.²⁸

Il est essentiel de combler ces lacunes en matière de préparation. Pour ce faire, le personnel des soins de santé se trouvant en première ligne jouera un rôle central, non seulement pour se préparer à prévenir et riposter aux maladies infectieuses, mais aussi pour veiller à ce que les services de santé soient maintenus durant une crise. Lors de l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, l'accès insuffisant à des services de santé sûrs tels que les soins de maternité, les programmes de vaccination et le traitement du paludisme, a entraîné un nombre considérable de décès et fortement détérioré le système de santé, qui a mis des années à se relever. Les épidémies ont une incidence sur l'ensemble du système de santé.

Garantir la sécurité du personnel infirmier en recourant à la vaccination, à des méthodes adéquates de lutte contre les infections et en assurant l'accès à des ressources appropriées, comme des équipements de protection individuelle satisfaisants, est vital pour la sécurité du personnel et peut également limiter la propagation des infections nosocomiales.

Les infections nosocomiales peuvent être l'un des principaux facteurs de poussée de maladie, à l'origine d'importants groupes de cas et avec une incidence sur la diffusion et la lutte contre l'épidémie. Garantir un environnement sain pour le personnel et les patients assoit la confiance du personnel et de la collectivité en le système de santé et favorise la capacité de fournir des soins efficaces pour tous.

Voici cinq choses particulières que vous pouvez faire en tant qu'infirmière:

1. Veillez à ce que des méthodes et des procédures de qualité en matière de lutte contre les infections soient appliquées, en tout temps.

Le personnel des soins de santé se trouvant en première ligne, il compte régulièrement parmi les premières victimes d'une nouvelle épidémie de maladies infectieuses ; c'est pourquoi il peut devenir hypercontagieux pour la famille, les amis et les collègues. Une vaccination et une mise en place de mécanismes adéquats de lutte contre les infections vous garantissent, ainsi qu'à vos patients, une protection contre les infections évitables.

2. Entrez une JEE et encouragez la participation.

Les problématiques des soins de santé de première ligne sont souvent négligées lors de la planification et de la mise en œuvre des programmes de haut niveau et les infirmières jouent un rôle important dans la promotion des soins et des interventions centrés sur le patient. Vous avez la possibilité de savoir si votre pays a mené à bien une JEE, ainsi que son résultat, sur www.preventepidemics.org.

Veillez à ce que l'avis des infirmières et leur expertise se reflètent dans la planification et l'examen de la sécurité sanitaire à tous les niveaux.

3. Vous avez vu quelque chose, dites-le!

Les infirmières sont les yeux et les oreilles du système de santé. La détection précoce de faits inhabituels est essentielle pour déceler et lutter contre les épidémies, en particulier les infections nouvelles ou émergentes. Une consultation inhabituelle dans une clinique ou un hôpital peut être la première indication d'une nouvelle épidémie qui se déclenche. Les infirmières doivent veiller à ce que les données de surveillance soient adéquatement consignées et que des mesures soient prises. Un signalement précoce peut permettre des mesures rapides pour éviter qu'une épidémie localisée ne s'étende davantage. Vous pouvez prendre connaissance du système en place pour signaler les maladies infectieuses et aider les autres membres de votre équipe de soins de santé à réagir et rendre compte comme il se doit.

4. Participez à la planification de la préparation aux situations d'urgence et aux exercices de simulation.

Les infirmières doivent prendre la mesure des répercussions possibles sur leur domaine clinique ou d'intervention si une épidémie se déclare. Elles doivent contribuer à l'élaboration de plans d'urgence si la chaîne des soins habituelle est dérégulée et définir la façon d'assurer les activités quotidiennes normales pendant et après une situation d'urgence sanitaire publique. Vous pouvez définir les mesures de prévention et de lutte contre les infections qui sont nécessaires, pour veiller à ce que les services ne soient pas interrompus durant une épidémie.

5. Soyez leader. Surtout, les infirmières doivent jouer un plus grand rôle de leadership en matière de planification préalable en cas d'épidémie pour que les plans, les ressources et les interventions soient à la fois fondés sur des données probantes et centrés sur le patient. Des leaders forts, cohérents et bien informés peuvent inspirer les autres et soutenir l'exercice professionnel des soins infirmiers, notamment bien soigner les patients et raffermir les systèmes de soins de santé pouvant dès lors faire face à toute menace pour la santé. **Vous pouvez être ce leader.**

Lorsque la prochaine épidémie se déclarera, les infirmières et autres personnels de la santé se trouvant en première ligne donneront de meilleurs résultats s'ils ont pris part à tous les aspects de la prévention et de la lutte contre les épidémies. Ils agiront promptement et résolument en sachant qu'ils sont protégés, ce qui leur permettra d'assurer le niveau de soins requis pour limiter la diffusion et les répercussions de la maladie. Les épidémies sont inéluctables, mais nous pouvons et nous devons être préparées du mieux possible. Les infirmières sont les premières concernées par les mesures destinées à se préparer à la sécurité sanitaire, et veiller à ce que cela fonctionne est le meilleur moyen d'éviter qu'un simple foyer de maladie ne se transforme en une épidémie dévastatrice.

L'interdépendance de la santé mondiale, de la couverture sanitaire universelle et de la santé publique

La CSU est éminemment corrélée à la sécurité sanitaire mondiale. Les épidémies antérieures concernaient tout particulièrement certaines régions – comme celle d'Ebola en 2014 en Afrique de l'Ouest –, où les pays ont des systèmes de santé affaiblis. Nombre d'autres épidémies ayant suscité partout l'inquiétude se sont produites dans des régions où les systèmes de santé publique n'étaient pas en mesure d'assurer leurs fonctions. Dans l'ouvrage de Heymann et al., il est fait état que: «promouvoir la sécurité sanitaire consiste donc à veiller à ce que des systèmes de santé efficaces existent avant une crise, se maintiennent pendant et après un conflit ou une catastrophe et soient accessibles en tout temps à la population».

1,6 milliard

d'USD, les retombées économiques du virus Ebola en 2014.^{30,31}

La CSU peut atténuer les risques relatifs à la sécurité sanitaire mondiale de différentes façons. Tout d'abord, elle permet un dépistage précoce susceptible de conditionner la durée et la gravité d'une épidémie du fait d'une intervention rapide. Elle peut améliorer l'accès de la population aux services de santé en levant les obstacles financiers et en les protégeant de la ruine financière.

Cela signifie que les personnes sont disposées à se faire soigner plus tôt, le traitement précoce prévenant ainsi la diffusion possible de la maladie. La CSU renforce la confiance de la collectivité, permettant aux personnes de consulter plus tôt lorsqu'une infection se déclare et de suivre plus facilement les conseils du personnel de santé. Les avantages sont plus évidents à mesure que le renforcement des systèmes de santé améliore la CSU comme la sécurité sanitaire mondiale.

«Faire de la santé mondiale une question de soins, pas de peur».

«Lorsque l'on évoque la santé mondiale, on utilise souvent un lexique de menaces, que ce soit la résistance aux agents antimicrobiens, les changements climatiques ou les épidémies. La sûreté et la sécurité sont clairement des éléments vitaux du programme relatif aux systèmes de santé. Mais si la rhétorique de la peur prend le pas sur celle des soins, même le système de santé le mieux doté en ressources ne parviendra pas à assurer des soins de santé équitables. Le rêve d'une couverture sanitaire universelle sera une chimère. L'OMS doit jouer un rôle essentiel pour veiller à ce que les questions de sécurité sanitaire mondiale soient indissociables du caractère solidaire». ^{32, 33}





Étude de cas

Crédit Photo – Uganda Rural Fund

PROGRAMMES DE SENSIBILISATION COMMUNAUTAIRE POUR AMÉLIORER LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE – Ouganda

Le personnel infirmier et les bénévoles engagés par le Fonds rural ougandais s'attachent à améliorer la santé et le bien-être des enfants et des adultes dans les communautés rurales ougandaises.

Autrefois, l'Ouganda avait l'un des pires systèmes de santé au monde. Néanmoins, beaucoup de choses ont changé et les performances du pays ne cessent de s'améliorer. L'accès aux services de santé et les ressources requises pour assurer ces services figurent parmi les principaux obstacles à surmonter.³⁹

Le Fonds rural ougandais (Uganda Rural Fund) vise à améliorer la santé et le bien-être des enfants et des adultes dans les communautés rurales. Pour ce faire, l'accent est mis sur la prévention, plus que sur le traitement. Une grande partie de cette tâche s'effectue dans le cadre d'échanges sur la santé communautaire dans les villages et les écoles locales.

Le personnel infirmier et les bénévoles se rendent dans les villages pour donner des conseils de santé de base, notamment en matière d'hygiène et d'assainissement pour les individus d'une part et les ménages d'autre part (se laver les mains, nettoyer la maison et ses environs immédiats pour éliminer l'eau stagnante qui se transforme généralement en lieu de reproduction pour les moustiques qui transmettent la malaria, faire bouillir l'eau destinée à être bue, se laver les mains en sortant des latrines, conserver les aliments, etc.).

Les infirmières se rapprochent de la communauté et collaborent avec l'agent sanitaire du village local. Les agents sanitaires des villages sont généralement les premiers à intervenir, notamment pour ce qui est de l'éducation sanitaire de base et du suivi médical.

Outre des activités de promotion et de prévention sanitaires, les infirmières assurent des consultations en cliniques, où s'effectuent des examens de santé et des traitements de base. Les cas complexes sont orientés vers l'hôpital.

La consultation facilite le dépistage du VIH et l'accompagnement grâce au partenariat avec Uganda Cares! Le Fonds rural ougandais s'attache également à lutter contre le paludisme, qui est l'une des principales causes de décès et d'invalidité en Afrique. Il fournit aussi un véhicule aménagé destiné à la santé des femmes, rendant plus simple l'accès au traitement pour les femmes et les enfants.



Étude de cas

Crédit Photo – Bronte Martin

MÉCANISMES D'ASSURANCE QUALITÉ POUR LES ÉQUIPES MÉDICALES D'URGENCE

– Bronte Martin, Organisation mondiale de la Santé

Les catastrophes et les épidémies peuvent survenir à tout moment et partout dans le monde, semant en général la désolation, perturbant et menaçant gravement la vie des personnes dans les collectivités. Afin de réduire les pertes humaines évitables et le fardeau de la maladie et de l'invalidité, la coordination est essentielle.⁴⁰ Les équipes médicales d'urgence (ÉMU) constituent une part importante des ressources mondiales de main-d'œuvre dans le domaine de la santé. Tout médecin, infirmière ou équipe paramédicale venant de l'étranger pour dispenser des soins de santé en cas d'urgence doit faire partie d'une équipe ayant la formation, la qualité, l'équipement et le matériel requis pour réagir de façon adéquate, et non représenter un poids supplémentaire pour le système du pays.

L'Initiative ÉMU de l'OMS a été lancée en 2016 pour aider les organisations et les États Membres à renforcer les capacités des systèmes de santé, en coordonnant le déploiement d'équipes médicales de qualité dans les interventions d'urgence. En cas de catastrophe ou de flambée d'une épidémie, plus on intervient rapidement, meilleurs sont les résultats. À ce jour, 22 équipes ont été classées et 70 autres sont en cours de classement.

L'Initiative mondiale ÉMU permet aux pays d'améliorer leurs propres capacités nationales, leur donnant par la suite la possibilité de les utiliser pour aider d'autres pays en cas d'urgence. Les pays qui les reçoivent et les populations touchées peuvent compter sur des ÉMU formées, équipées et aptes à assurer l'intervention promise.

L'Initiative ÉMU facilite et coordonne le placement de chaque équipe, dont les membres ont chacun un profil particulier et polyvalent.⁴¹ Les victimes et leurs familles ont l'assurance que les équipes soignantes qui s'occupent d'elles répondent à des normes minimales de sécurité.

Forte de 22 ans d'expérience en tant qu'infirmière diplômée et de 17 ans en tant que spécialiste de réserve de la Force aérienne royale australienne, Bronte Martin a été témoin directe des destructions et des ravages que peuvent avoir sur un patient, sa famille et les collectivités une catastrophe, une épidémie ou d'autres situations d'urgence soudaines. Grâce à son expérience, ses connaissances et ses compétences lui permettant de répondre aux besoins d'une collectivité, Bronte a été recrutée par le Secrétariat chargé des ÉMU à l'OMS, où elle a été détachée six mois pour élaborer et mettre en place le programme mondial de classification, de mentorat et de vérification, de sorte que des soins médicaux d'urgence internationaux de qualité et validés soient assurés pour faire face aux catastrophes soudaines.⁴² Bronte défend avec ferveur le métier d'infirmière et le rôle prééminent des infirmières dans l'élaboration de résultats de santé de meilleure qualité. Pour elle, les infirmières sont au cœur et aux avant-postes du corps médical, jouant un rôle essentiel en contribuant aux capacités nationales, régionales et mondiales d'intervention sanitaire d'urgence.

DÉFI DE SANTÉ MONDIALE N°2 UN PRODUIT DE NOTRE MODE DE VIE ET DE NOTRE ENVIRONNEMENT – LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES



«La prévention et la lutte en matière de maladies non transmissibles ne doivent pas être perçues comme concurrençant d'autres priorités pour le développement et la santé, mais intégrer les solutions aux initiatives existantes».

S.E. M. Joseph Deiss, Président de l'Assemblée générale des Nations Unies

Quel que ce soit l'endroit dans le monde, il est clair que l'épidémie de maladies non transmissibles grève les budgets des systèmes de santé et détourne les maigres ressources des autres priorités pour le développement et la santé. Comme l'honorable Helen Clark l'a déclaré un jour, «les MNT entravent les économies et la société aux échelons national et mondial». ³⁴ Les MNT privent les gens de leur santé, de leur bien-être et de leurs ressources. Elles alimentent et renforcent les contingents des communautés vulnérables.

68 % de la mortalité mondiale

est causée par un cancer, une maladie cardiovasculaire, une affection respiratoire chronique et / ou le diabète. ³⁵

Cela saute aux yeux dans la région du Pacifique. Pas plus tard que dans les années 1960, le diabète n'était perçu que comme un problème mineur dans les îles du Pacifique. Aujourd'hui, au rythme de 1,3 jour, un Tongien est amputé d'une partie de ses membres inférieurs à cause de cette maladie invalidante. ³⁶ Ce n'est pas propre aux Tonga ; en fait les statistiques sont encore plus terribles dans d'autres îles du Pacifique comme les Fidji, où plus de 800 amputations de membres inférieurs sont répertoriées chaque année. ³⁷ Cette région court les risques et connaît les pourcentages parmi les plus élevés au monde en matière de MNT. L'OMS estime que les MNT représentent l'une des plus graves menaces pour la santé et le développement partout dans le monde. ⁵

En fait, l'OMS considère que la cible d'un tiers de réduction de la mortalité due aux MNT d'ici à 2030, comme le prévoit la cible 3.4 des objectifs de développement durable, ne sera pas atteinte au rythme actuel. ⁵

Les MNT et les facteurs de risque associés sont étroitement liés aux conditions sociales dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Les personnes vivant dans la pauvreté courent un plus grand risque de mourir prématurément d'une MNT ; celles qui vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire ont deux fois plus de risques de mourir prématurément d'une MNT. Le plus lourd tribut des MNT provient de quatre maladies principales: les maladies cardiovasculaires, les cancers, les affections respiratoires chroniques et les diabètes. Chacune de ces maladies peut être en grande partie évitée en s'attaquant aux quatre facteurs de risque suivants: le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool, la mauvaise alimentation et la sédentarité. ⁵

Deux tiers des décès de MNT sont liés

à tabagisme, à l'usage nocif de l'alcool, à une mauvaise alimentation et à la sédentarité. ³⁵

Bien que la menace soit réelle, des mesures peuvent être prises pour enrayer la prolifération des MNT. La bonne nouvelle, c'est qu'en investissant dans des interventions fondées sur des données probantes, on obtient un bon retour sur investissement. L'OMS affirme que chaque USD investi dans une stratégie fondée sur des données probantes en rapporte sept. ³⁸ Aussi, non seulement cela sauvera des vies et améliorera la santé de la population, mais il y aura aussi un avantage économique majeur, en particulier pour les pays à revenu faible et intermédiaire.



Crédit Photo – Melanie Rogers



Étude de cas

Crédit Photo – Pascal Nepa

AMÉLIORER LES SERVICES AUX VICTIMES D'ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX (AVC) – Rita Melifonwu, Nigeria

Selon la World Stroke Organisation (Organisation mondiale contre l'Accident vasculaire cérébral), une personne sur six dans le monde sera victime d'un accident vasculaire cérébral au cours de sa vie.⁴³ Au Nigeria, l'AVC concerne aujourd'hui un nombre croissant d'adultes durant leur vie économiquement active, provoquant chômage et pauvreté chez les personnes qui y survivent. L'AVC a atteint les proportions d'une épidémie, frappant plus de 200 000 personnes par an. 46 % des survivants d'un AVC décèdent dans les trois mois et 30 % d'entre eux dans les douze mois qui suivent l'accident.⁴⁴ Grâce à un modèle de services communautaires, Stroke Action – une association à but non lucratif travaillant avec les survivants, le personnel soignant, les personnes et les organismes partenaires, dont le but est de promouvoir une vie digne et de qualité après un AVC et qui s'appuie sur des données probantes – fournir un éventail de services abordables et multidisciplinaires relatifs aux AVC, pour combler le déficit en soins et rendre les services de base accessibles aux collectivités dont elles prennent soin.

Stroke Action est un service de soins de santé dirigé par une infirmière et le seul lieu de rééducation centré sur la communauté au Nigeria. Il fournit des services visant à réduire les répercussions, les complications et le poids des accidents vasculaires cérébraux, et veille à ce que les survivants et les personnes à risque reçoivent l'aide nécessaire pour être en bonne santé et se sentir bien.

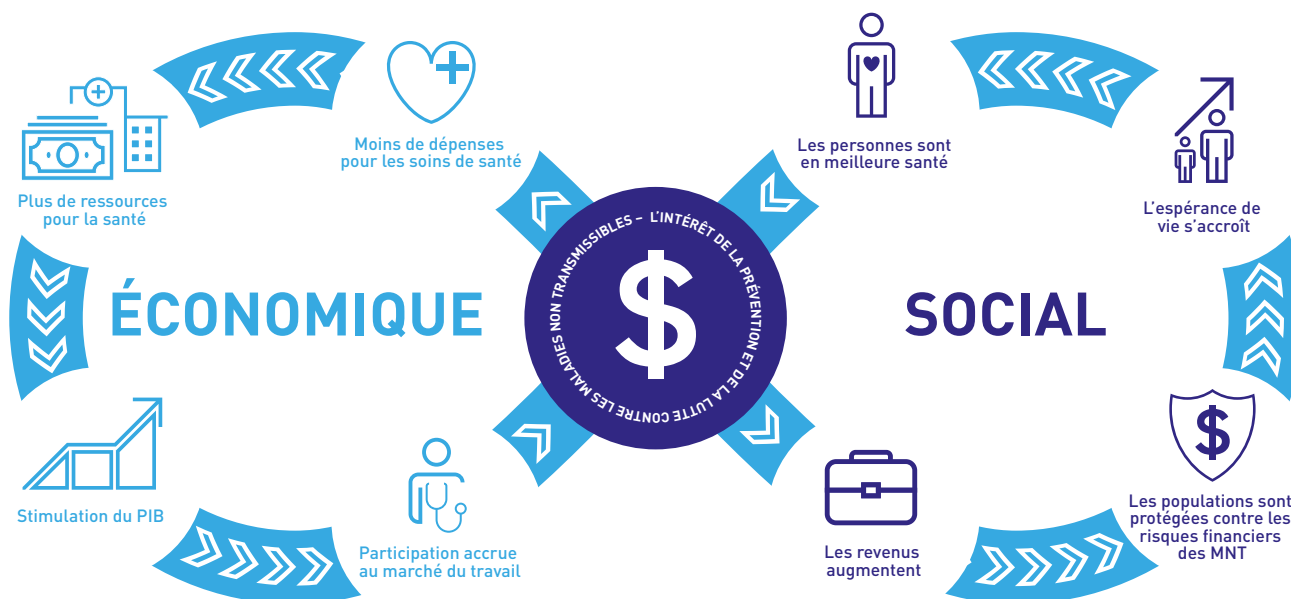
En tant qu'infirmière et défenseur des patients, Rita Melifonwu a plaidé auprès du Ministère fédéral de la santé pour qu'il signe un mémorandum d'accord avec Stroke Action Nigeria et mette en œuvre une campagne nationale

Stop Strokes, comprenant une conférence sur l'AVC, le développement de services AVC, un registre national et une stratégie sur les AVC. Rita a encadré deux victimes d'AVC en âge de travailler, devenues ambassadrices pour les questions relatives aux AVC ; elles ont surmonté la stigmatisation sociale et les obstacles culturels pour s'engager dans la défense des droits et la prise de décision en matière de politiques de l'AVC.

Histoires de patients

Onyinye, une femme diplômée de 33 ans et ancienne responsable en entreprise, a subi un AVC et a été licenciée du fait de son invalidité. Sans emploi, elle ne pouvait plus subvenir à ses besoins, à ceux de sa mère veuve et de ses plus jeunes frères et sœurs. Elle avait une mobilité réduite, elle était aphasique, souffrait de dépression consécutive à l'AVC, socialement isolée et marginalisée. Grâce au soutien de Stroke Action, Onyinye a entrepris avec succès son processus de rééducation après AVC. Elle peut désormais se déplacer, elle n'est plus déprimée, elle défend les intérêts des personnes victimes d'AVC et elle a repris sa place au sein de sa communauté. Onyinye est maintenant agent administratif et ambassadrice en matière d'AVC, Elle reçoit un salaire supérieur au salaire minimum, ce qui lui permet d'améliorer sa qualité de vie.

Figure 7: L'intérêt de la prévention et de la lutte contre les maladies non transmissibles³⁸ – Organisation mondiale de la Santé, 2018



La CSU et les actions des systèmes de santé en matière de MNT

La gestion des crises de maladies infectieuses et l'atténuation du risque de pandémies ont été l'une des forces motrices de la CSU. Mais comme les maladies non transmissibles ont supplanté les maladies transmissibles comme principale cause de mortalité, elles doivent faire partie intégrante de la CSU. L'un des principaux moyens pour y parvenir est de réorienter les SSP vers la gestion des maladies chroniques.

Pour la plupart des patients, les soins primaires sont la passerelle vers le système de soins de santé, mais dans les milieux à ressources limitées, la plupart des SSP sont axés sur les soins actifs épisodiques, dispensés dans les centres secondaires et tertiaires. Les modèles ne mettant pas l'accent sur des soins de santé primaires complets, qui se définissent par des consultations épisodiques, à court terme, ne répondront pas aux besoins requis pour prévenir et lutter contre les facettes complexes des MNT, car ils tendent à se concentrer sur le diagnostic et le traitement immédiat des manifestations aiguës ou des maladies.⁴⁵

Des systèmes de soins primaires plus forts donnent de meilleurs résultats sur le plan de la santé. Les systèmes sont plus forts s'ils sont plus complets, coordonnés, centrés sur la collectivité, universels, abordables et centrés sur la famille.⁴⁶ Pour obtenir le meilleur rapport qualité-prix et les plus grands avantages des SSP, il est essentiel d'adopter un modèle exhaustif. Les différences entre une approche classique et une approche des SSP sont présentées à la figure 8.

Il est établi que la meilleure stratégie pour réduire le risque de MNT consiste à s'attaquer aux facteurs liés au mode de vie et à l'environnement, ce qui passe par des mesures multisectorielles. Toutefois, pour que ces mesures et ces possibilités se concrétisent, le secteur de la santé doit jouer un rôle de direction. Il est également vital que les MNT soient intégrées à la CSU pour combler le déficit de prise en charge des MNT et réduire les taux de décès et d'invalidité évitables pour ceux qui en sont déjà atteints.

Figure 8: Vers un modèle global de soins de santé primaires⁴⁷
Rogers & Veale, 2000

	SSP CLASSIQUES	SSP EXHAUSTIFS
Vue d'ensemble de la santé	Absence de maladie	Bien-être positif
Centres de contrôle en matière de santé	Médecins traitants	Collectivités et individus
Priorité principale	Éradication de la maladie grâce à l'intervention médicale	Santé assurée grâce à l'équité et l'autonomisation des collectivités
Prestataires de soins de santé	Médecins	Équipes multidisciplinaires
Stratégies pour la santé	Interventions médicales	Collaboration multisectorielle

Voici cinq caractéristiques essentielles d'un système de santé organisé pour prévenir, contrôler et gérer les MNT



1. Coordination des soins

- La coordination des soins est toute activité qui contribue à veiller à ce que les besoins et les préférences du patient en matière de services de santé et de partage d'information entre les personnes, les fonctions et les établissements soient satisfaits au fil du temps
- La coordination des soins est une activité centrée sur la personne, reposant sur le travail d'équipe, conçue pour évaluer et respecter les besoins des personnes et des familles, tout en les aidant à efficacement s'y retrouver dans le système de soins de santé⁴⁸
- Avec l'appui, l'éducation et la formation appropriés, le personnel infirmier est idéalement placé pour coordonner les soins, le soutien et le travail au-delà des limites du système et en étroite collaboration avec les autres membres de l'équipe et les parties prenantes, pour veiller à ce que les personnes reçoivent des soins appropriés et en temps voulu.



2. Approche multidisciplinaire des soins

- Pour les personnes subissant des problèmes très complexes et permanents, des soins multidisciplinaires, intégrés et coordonnés sont nécessaires pour traiter un éventail plus large de défis individuels, sociaux et communautaires
- Établir des relations intégrées entre les professionnels de la santé afin que les spécialistes puissent travailler en équipe pour soigner les patients. Il s'agirait notamment d'une participation conjointe à l'élaboration des plans de traitement, d'un suivi conjoint des progrès et d'un accord commun sur les modifications à apporter aux plans de traitement⁴⁹
- Des processus et des procédures doivent être établis pour gérer les compétences des professionnels de la santé afin de garantir la qualité des soins
- Assurer l'éducation et la formation des professionnels de la santé pour les aider dans l'approche transformationnelle indispensable à la prestation de soins de santé adéquats en termes de prévention, de promotion et de contrôle des MNT⁵⁰
- Normalisation du diagnostic et du traitement pour contribuer à garantir la qualité des normes de soins cliniques.



3. Travailler dans toute l'étendue du domaine de pratique

- Fournir des services d'éducation et de formation de qualité au niveau des premier et deuxième cycles universitaires, pour faciliter des interventions améliorées en matière de prévention, de promotion, de détection précoce et de contrôle des MNT
- Aider toutes les infirmières diplômées à intégrer la prévention des MNT dans leur exercice professionnel et s'assurer que les fonctions de gestion des soins infirmiers / cliniques soient développés dans les soins primaires et communautaires
- Donner plus de poids au leadership infirmier dans la prise de décisions en matière de politiques et de programmes
- Cela suppose d'investir dans le leadership infirmier et dans la recherche en soins infirmiers en matière de MNT, notamment l'efficacité et le rapport coût-efficacité des interventions et traduire les connaissances en pratique reposant sur des données probantes
- Accroître le nombre d'infirmières spécialisées dans les MNT pour améliorer l'accès à des traitements de qualité, rentables et durables
- L'autogestion en matière de MNT et la gestion clinique dirigée par une infirmière optimisent l'usage de la technologie. C'est pourquoi il s'avère nécessaire d'investir dans un nombre suffisant d'infirmières diplômées ayant les compétences et un accès à l'infrastructure et aux technologies appropriées dans le cadre des SSP, pour optimiser les soins à la collectivité
- Tirer parti de la force des campagnes mondiales relatives aux soins infirmiers (p. ex. Nursing Now) pour gérer la dynamique de transformation et l'équipement des infirmières à travers le monde.



4. Améliorer l'accès aux soins

- Les infirmières sont les professionnels de la santé les plus proches de la collectivité – le premier et parfois le seul professionnel de la santé avec lequel une personne sera en contact durant sa vie
- Elles font partie de la collectivité locale et connaissent sa culture
- La philosophie, les valeurs et l'exercice des soins infirmiers signifient que les infirmières ont une vision globale et à long terme des patients et une perspective bio-psycho-socio-environnementale de la santé qui englobe les déterminants de la santé, ainsi que les soins des patients
- Il y a plus de 20 millions d'infirmières dans le monde.



5. Donner les moyens aux personnes et aux collectivités

La recherche montre que l'on obtient de meilleurs résultats de santé avec des patients autonomisés et investis. L'OMS définit l'autonomisation des patients comme « un processus dans lequel les patients comprennent leur rôle, acquièrent les connaissances et les compétences nécessaires pour accomplir une tâche dans un contexte qui prend en compte les différences communautaires et culturelles et encourage la participation des patients ». ⁵¹ L'autonomisation conduit les patients à accroître leur capacité à puiser dans leurs ressources personnelles pour bien vivre et s'y retrouver dans l'univers des soins.



Étude de cas

Crédit Photo – Georgina McPherson

INFIRMIÈRES-SPÉCIALISTES PRODIGUANT DES SOINS RENTABLES ET DE QUALITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ DES FEMMES – Georgina McPherson, Nouvelle-Zélande

La pratique infirmière avancée en matière de santé des femmes est bien établie à l'échelon international depuis plus de 30 ans. Georgina McPherson, infirmière-spécialiste, a mis au point le premier programme de formation des infirmières colposcopistes en Nouvelle-Zélande avec le professeur Ron Jones, au National Women's Hospital. Elle pratique la colposcopie depuis 18 ans et, en 2006, elle a été reconnue première infirmière-spécialiste néo-zélandaise de santé des femmes et première infirmière d'ascendance polynésienne à obtenir cette qualification. Son champ professionnel couvre les services de soins primaires et secondaires, assurant des colposcopies et des consultations cliniques aux femmes de la collectivité, pour améliorer l'accès aux soins des femmes maories et polynésiennes.

En Nouvelle-Zélande, les infirmières-spécialistes étaient des experts médicaux au sein d'équipes ; elles se convertissent peu à peu en chefs d'équipes. Grâce à cette reconnaissance des qualités de prestation de services des infirmières-spécialistes, Georgina a été nommée responsable clinique en 2016 avec l'approbation du Ministère de la santé, un rôle autrefois réservé aux médecins.

Georgina est largement reconnue comme un leader dans son domaine, fournissant des services de soins cliniques de première ligne bien au-dessus des normes du Programme

d'amélioration de la qualité de la colposcopie, et prodiguant des soins d'une qualité exceptionnellement élevée. Percevant certains des problèmes bridant l'accès aux services dans sa communauté, Georgina a établi un nouveau processus clinique. Dans le cadre d'un projet d'utilisation des laboratoires, des directives fondées sur des données probantes ont été mises en œuvre et des changements importants et durables ont été apportés aux tests de laboratoire, permettant d'économiser près de 100 000 dollars néo-zélandais sur douze mois. Ces mesures ont également permis de réduire le nombre de tests inutiles pour les femmes.

Les avantages d'un modèle de soins dirigé par une infirmière-spécialiste montrent qu'elles peuvent assurer des soins cliniques rentables. Le nombre de cliniques annulées dans le cadre de l'organisation de gestion du site a été réduit du fait de la souplesse des infirmières-spécialistes qui pouvaient s'en occuper, ce qui a permis de déployer des infirmières-spécialistes dans d'autres secteurs du service gynécologique. La promotion d'une infirmière-spécialiste en tant que chef clinique a démontré que les infirmières praticiennes peuvent fournir un excellent leadership clinique et diriger des services cliniques pour améliorer la qualité des soins et la prestation de services.

DÉFI DE SANTÉ MONDIALE N°3 OBTENIR DES RÉSULTATS SUR LE PLAN DE LA SANTÉ QUI COMPTENT POUR LES PATIENTS ET QUI SOIENT À LA PORTÉE DES PAYS

Photo Credit – Karen Kasmauski



«Pour des milliards de personnes, la couverture sanitaire universelle sera une coquille vide, sauf si l'amélioration de la qualité des soins devient un élément aussi important que la couverture sanitaire universelle elle-même».

Sania Nishtar, Coprésidente de la Commission indépendante de haut niveau de l'OMS sur les MNT⁵²

Les soins centrés sur l'être humain ont constitué une puissante lame de fond ces dernières années. Mais on voit mal comment de grands systèmes de santé complexes, qui s'efforcent d'être efficaces avec des professionnels très occupés, peuvent s'imprégner pleinement et de façon rentable de cette philosophie. Fortement sollicitée et s'appuyant sur des modèles de paiement basés sur l'activité, la prestation de soins de santé a tendance à se concentrer sur l'analyse scientifique et de gros volumes de soins plutôt que sur la prise en compte du patient en tant que personne. Bien que l'on reconnaisse l'importance des soins centrés sur la personne, leur mise en œuvre se heurte à des difficultés pratiques. Des soins rentables et de meilleurs résultats de santé et des soins centrés sur la personne ne sont cependant pas des notions contradictoires.

L'objectif des soins de santé n'est plus le traitement, mais une meilleure santé

Les soins de santé axés sur la valeur visent à obtenir de meilleurs résultats de santé de façon rentable. Selon The Economist,⁵³ les systèmes de soins de santé devraient passer de systèmes de soins de santé reposant sur l'offre, comme le font les médecins, à une approche centrée sur les besoins des patients. Lorsque les systèmes de santé se rapprochent des patients et de leur famille, la qualité et la sécurité des soins s'améliorent, les coûts diminuent, la satisfaction des prestataires augmente et le ressenti des patients se bonifie. Les soins centrés sur la personne améliorent également les indicateurs économiques financiers, de sécurité et de part de marché.





Étude de cas

Crédit Photo – Beke Jacobs

SOINS INFIRMIERS ET SOINS DE FIN DE VIE – Beke Jacobs, Allemagne

Les données démographiques montrent que l'espérance de vie de la population mondiale augmente. En parallèle, les possibilités de médicalisation, en particulier dans les pays occidentaux, sont proposées selon les normes les plus élevées, permettant de prodiguer de nouveaux traitements aux malades et aux mourants. Cela soulève régulièrement la question des capacités du corps médical lorsqu'il s'agit de satisfaire les souhaits particuliers du patient. Aussi, le contrat social doit refléter la mesure dans laquelle une personne souhaite être traitée médicalement en cas de maladie, de fragilité ou de fin de vie. Ceci est d'autant plus important que les équipes thérapeutiques font souvent face à des décisions graves, dans des situations où le patient ne peut plus exprimer sa volonté.

Beke Jacobs, infirmière diplômée et responsable du Centre d'information des patients de la clinique universitaire du Schleswig Holstein en Allemagne, dispense des conseils pour aider les patients à comprendre les dimensions des décisions concernant le processus de fin de vie et les mandats y afférents.

Les infirmières sont confrontées à de nombreux défis lorsqu'elles prennent en charge des patients qui ont entrepris un traitement palliatif. Il y a non seulement les obligations juridiques complexes et les aspects des soins souhaités concernant la formulation précise et particulière de la directive préalable, mais aussi la compréhension des besoins du patient et des membres de leur famille.

Le travail de Beke est d'informer et de conseiller les patients et leurs proches dans les situations de soins intensifs à l'hôpital, de conseiller le public sur demande et lors de campagnes d'information, gratuitement, par l'entremise de l'hôpital. Grâce à un testament de fin de vie, les patients peuvent définir quelles mesures médicales doivent être entreprises ou abandonnées, s'ils ne sont plus capables de décider par eux-mêmes. Cela garantit le respect de la volonté du patient, même s'il se trouve dans une situation où il ne peut plus s'exprimer clairement.

La profession d'infirmière occupe une place unique. Elle a l'immense responsabilité d'assurer des soins et d'alléger la souffrance, même dans les moments où l'on est le plus vulnérable, comme lorsque l'on est en train de mourir. Les infirmières expérimentées ont la formation, les compétences et l'expérience nécessaires pour comprendre les patients, tenir compte des interventions médicales et de leurs conséquences, de leur condition physique, cognitive, sociale et spirituelle ; ce qui leur permet de prodiguer beaucoup de soins et d'apporter leur soutien au cours des discussions sur les soins de fin de vie. Les infirmières fournissent un service vital pour garantir la dignité et le respect.

Des soins de santé axés sur la valeur: la panacée?

Lors d'une récente conférence sur la santé, un Ministre de la santé a déclaré en préambule de l'événement que le gouvernement s'était engagé à verser deux milliards d'USD supplémentaires au système de santé, soit une hausse de 15 % sur une période de trois ans. Lors de l'intervention, il s'est engagé à augmenter le nombre de médecins, d'infirmières et d'autres membres du personnel du système de santé. Même si le système de santé en avait peut-être besoin, il n'a pas insisté sur l'obtention de meilleurs résultats de santé pour la collectivité, mais sur les moyens à engager pour assurer les services de santé. Avec l'allongement de l'espérance de vie et l'augmentation des modèles de maladies chroniques, cette approche inchangée n'est ni rentable, ni durable. Pour maintenir des soins accessibles, de qualité et centrés sur la personne, les gouvernements et les autres décideurs devront articuler les coûts des soins de santé et les résultats afin d'améliorer la valeur pour les patients, les personnes et la collectivité.

La santé est un important préalable au bonheur et l'un des piliers essentiels d'une économie forte, mais promouvoir un mode de vie plus sain et assurer l'accès à des soins de santé de qualité et abordables constituent d'immenses défis. Il s'avère très difficile pour les pouvoirs publics et les prestataires de soins de santé de maîtriser les coûts, tout en améliorant la santé et le bien-être des populations. Les soins de santé axés sur la valeur sont une approche du système de santé visant à obtenir de meilleurs résultats de santé des patients à meilleur compte. Cette approche consiste à combiner les intérêts du système de santé et ceux des patients.⁵⁵

La valeur doit être créée à tous les niveaux du système de santé, pas uniquement à l'hôpital, dans les interventions spécialisées ou les soins primaires. La valeur est créée lorsque les soins sont dispensés du début à la fin des soins, tout au long de l'évolution de l'état de santé du patient. Améliorer l'état de santé est l'aspect le plus important pour accroître la valeur et réduire les coûts.⁵⁵

Maximiser la valeur pour les patients est au cœur même des soins de santé axés sur la valeur ; en fait il s'agit d'obtenir

les meilleurs résultats de santé, à des coûts et pour une somme d'efforts abordables, en répondant aux attentes. On s'éloigne d'un système de soins de santé reposant sur l'offre et organisé autour de l'activité des médecins, pour se rapprocher d'un système centré sur la personne et organisé en fonction de ce dont les personnes et les collectivités ont le plus besoin. On passe de l'idée de «Qu'est-ce qui ne va pas chez le patient?», à «Qu'est-ce qui compte pour lui?» Comme l'a souligné Sir Robert Francis lors de l'enquête publique dans le Mid-Staffordshire en Angleterre, «la qualité des soins concerne le ressenti du patient comme les résultats de santé, aussi les décisions ayant trait à la qualité doivent-elles prendre en compte le point de vue des patients».⁵⁶

8 millions

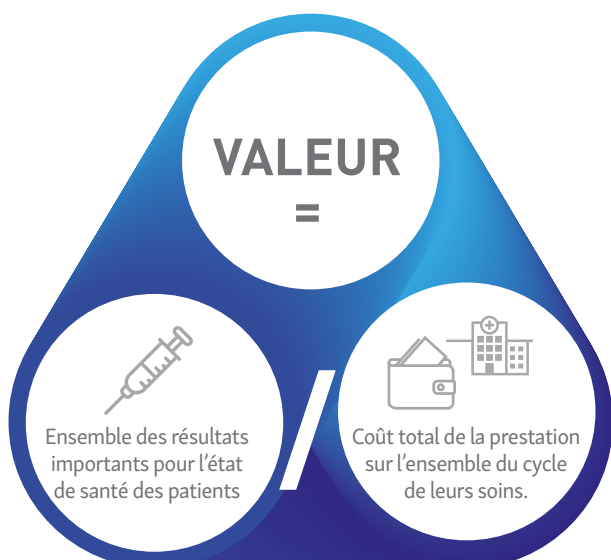
de décès surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI) du fait de la mauvaise qualité des soins de santé⁵²

De nombreux pays ne sont pas à même de fournir le minimum de services de soins de santé élémentaires sûrs et efficaces à l'ensemble de leur population. Même les pays dotés de la CSU luttent pour répondre aux besoins de santé d'une population vieillissante, supporter le fardeau croissant des maladies chroniques, faire face à l'allongement de l'espérance de vie, aux attentes croissantes du public et à la hausse des coûts des soins de santé liés aux nouvelles technologies et aux traitements. La viabilité de la CSU est menacée si les systèmes de santé ne changent pas et ne s'adaptent pas à l'évolution des conditions.

Les erreurs médicales sont la **troisième cause** principale de décès aux États-Unis⁵⁷

À la base, la CSU devait assurer des soins de santé de qualité, accessibles à tous et abordables pour le public comme pour le pays. En d'autres termes, fournir les soins adéquats au moment opportun, par le bon prestataire, tout en réduisant les maux et le gaspillage des ressources au minimum et en ne faisant pas de laissés-pour-compte. Pourtant, des soins de santé de qualité médiocre restent la norme dans les pays à tous les niveaux de revenu. Cela inclut les erreurs de diagnostic, de médication, les traitements inappropriés et inutiles, les établissements ou des pratiques cliniques inadéquats et dangereux. Dans les PRFI par exemple, 10 % des patients hospitalisés peuvent s'attendre à une infection contractée à l'hôpital pendant leur séjour (7 % dans les pays à revenu élevé).⁵⁸ Selon certains rapports, dans plusieurs PRFI,⁵⁹ les prestataires de soins de santé ne sont capables d'établir un diagnostic précis que dans 33 à 66 % des cas, les directives cliniques adéquates n'étant suivies que 45 % des fois. Certaines recherches vont jusqu'à établir que même si l'accès s'améliore partout dans le monde, les avantages pour les patients et les collectivités resteront limités.⁶⁰

Figure 9: Valeur



Une approche des soins de santé axée sur la valeur peut contribuer à mettre en place un système de santé de qualité et abordable. Chaque pays a besoin d'un ensemble différent d'interventions en fonction de ses besoins, mais il existe un certain nombre d'interventions élémentaires et peu coûteuses à la portée de chacun d'entre eux. Une approche axée sur la valeur peut aider à définir et à financer des services qui permettront d'obtenir les meilleurs résultats pour les personnes et la collectivité. Parmi les avantages, cette approche:

- Met le patient au cœur du système des soins de santé
- Oriente le système de santé vers la couverture de l'éventail complet des soins de santé plutôt que sur le seul traitement
- Réorganise les soins autour de l'état des patients, en unités intégrées
- Permet de mesurer les résultats et les coûts pour les patients, les compare, identifie les domaines de variation et encourage l'excellence
- Contribue à donner une idée de la réussite du prestataire de soins de santé et du système
- Favorise les soins multidisciplinaires et l'innovation en matière de soins
- Permet d'orienter les coûts vers ce qui apporte vraiment de la valeur
- Valide les domaines à cibler en termes de développement d'une catégorie de services et d'affiliation.



«Même si le mouvement actuel en faveur d'une couverture sanitaire universelle aboutit

à quelque chose, des milliards de personnes auront accès à des soins d'une telle mauvaise qualité que cela ne leur sera d'aucune utilité, cela leur causera même souvent du tort»

Don Berwick, Président émérite et chercheur principal à l'Institute for Healthcare Improvement⁵²



Les soins de santé axés sur la valeur et le rôle des soins infirmiers

Les soins de santé axés sur la valeur incitent à des soins de santé de qualité et abordables et, à ce titre, favorisent les SSP, une gestion efficace de la santé de la population, une meilleure adhésion des patients et de la collectivité, des soins interdisciplinaires et la collaboration des équipes. Aller plus avant dans cette direction accroîtra les besoins en infirmières diplômées et leur donnera plus d'importance. Pour que le système de santé puisse tirer profit des avantages potentiels des soins de santé axés sur la valeur, les décideurs et les systèmes de santé devront garantir que la profession soit dotée d'une formation et des outils appropriés et qu'elle soit en mesure d'œuvrer dans toute l'étendue du domaine de pratique. La gestion des maladies chroniques par les infirmières est un bel exemple de réussite dans ce domaine, où la durée du séjour est écourtée, les résultats sur le plan de la santé meilleurs et le nombre d'admissions aux urgences réduit. En soutenant les infirmières qui travaillent dans toute l'étendue du domaine de pratique et en s'appuyant de façon efficace sur le leadership infirmier, les systèmes de santé transforment la prestation des soins de santé, en obtenant de meilleurs résultats de santé des personnes et des collectivités à moindres coûts.⁶¹

La collecte et l'analyse des données sur les soins infirmiers constituent le plus grand domaine de progression pour mettre en œuvre et améliorer les soins de santé axés sur la valeur. L'information est essentielle pour prendre les bonnes décisions et fait partie intégrante de la qualité des soins de santé et des résultats y afférents. Les infirmières travaillent dans un milieu où l'information abonde et il y a beaucoup à gagner à la recueillir correctement. Ceci inclut, s'en s'y limiter:

- Une meilleure sécurité des patients
- Une meilleure compréhension des résultats de santé des patients
- Une coordination efficace des soins
- Une meilleure analyse des performances
- L'accès en temps voulu à des informations plus complètes sur les patients
- Une meilleure utilisation des ressources.

Les systèmes de technologies de l'information qui recueillent des données et des informations sur les soins infirmiers peuvent révolutionner le secteur de la santé et contribuer à mettre en place un système de santé axé sur la valeur. L'efficacité s'en voit améliorée, à l'instar du ressenti du personnel, des patients et des familles, ce qui sauvera d'innombrables vies et bonifiera la qualité de vie.



Étude de cas

Crédit Photo – Tommy Walsh – Tallaght Hospital

AMÉLIORER LA RAPIDITÉ DES SOINS DANS LES SERVICES D'URGENCE – Shirley Ingram, Irlande

L'hôpital de Tallaght possède le plus grand service des urgences d'Irlande, soit 48 000 consultations d'adultes par an. L'utilisation des urgences par les résidents est élevée dans les environs directs ;

40 % des ménages interrogés se sont rendus aux urgences pour adultes au cours des douze derniers mois. La douleur thoracique est l'un des principaux symptômes des maladies coronariennes.

Quarante-huit pour cent de l'ensemble des personnes admises aux urgences pour des douleurs thoraciques ont dû se contenter d'un brancard pendant plusieurs jours, en attendant la mise à disposition d'un lit. Sans compter la souffrance du patient, cette situation a posé un vrai problème. Tallaght est une zone socioéconomique défavorisée du sud-ouest de Dublin, où le niveau de facteurs de risque cardiovasculaire est élevé, à l'instar du tabagisme et de l'obésité. Les urgences de l'hôpital de Tallaght sont parmi les plus bondées du pays.

Le service de prise en charge des douleurs thoraciques dirigé par des infirmières de pratique avancée en cardiologie a eu des effets positifs remarquables sur les patients ces trois dernières années, avec peu d'investissement en ressources et en évitant près de 600 hospitalisations de patients par an.

L'objectif global de ce service innovant est de faire en sorte que les patients concernés délestent les urgences pour se rendre au service des douleurs thoraciques dirigé par des infirmières, afin de procéder à une évaluation et des essais plus poussés. Cela permet d'assurer au patient un service sûr et compétent, tout en évitant l'hospitalisation.

Au cours de la première année du service de prise en charge des douleurs thoraciques dirigé par une infirmière de pratique avancée en cardiologie, le nombre d'hospitalisations dans l'unité des douleurs thoraciques a diminué de 36 % et le nombre de brancards dans le service des urgences de 60 %, permettant à l'hôpital de réaliser des économies importantes. Les patients reçoivent également un diagnostic rapide, sont formés à la promotion de la santé et sont rassurés.



Étude de cas

Crédit Photo – Minna Miller

RÔLE DES SOINS INFIRMIERS AU SEIN D'UNE ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE SOIGNANT LES ENFANTS ATTEINTS D'ASTHME – Minna Miller, Canada

Lorsque les infirmières et les infirmières-spécialistes travaillent dans toute la mesure de leur champ d'exercice au sein des équipes interdisciplinaires, les résultats sur l'organisation des soins et la santé des patients s'améliorent. La recherche a démontré que l'approche d'équipe interdisciplinaire en soins pédiatriques de l'asthme réduit le nombre de visites aux urgences et d'hospitalisations, tandis que la pédagogie sur l'asthme améliore les résultats.

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies respiratoires, qui se caractérise par une hyperréactivité des bronches et une obstruction variable des voies respiratoires, entraînant des épisodes récurrents de respiration sifflante, de toux, d'oppression thoracique et de dyspnée. Il touche près de 300 millions de personnes dans le monde ; c'est la maladie chronique la plus répandue dans la population pédiatrique.

La clinique interdisciplinaire sur l'asthme de l'hôpital pour enfants fournit des services aux enfants ayant besoin d'un diagnostic d'asthme ou chez qui il a déjà été diagnostiqué, nombre d'entre eux présentant de multiples comorbidités et vulnérabilités liées aux déterminants sociaux de la santé. La clinique est probablement unique en son genre au Canada car elle dispose d'infirmières-spécialistes, d'infirmières diplômées en pédagogie sur l'asthme, d'un pneumologue, d'allergologues, de pédiatres, d'inhalothérapeutes et de techniciens en allergologie, travaillant tous ensemble pour assurer aux enfants asthmatiques des services complets, centrés sur la famille et axés sur le patient. L'objectif est d'améliorer l'accès à des services exhaustifs sur l'asthme (diagnostics, prise en charge et formation) et d'obtenir de

meilleurs résultats de santé des patients (renforcer la lutte contre l'asthme, réduire le handicap et les exacerbations futures, et les séquelles connexes).

Les infirmières-spécialistes sont autonomes et assurent le diagnostic, la prise en charge et la pédagogie en matière d'asthme. Par conséquent, les pédiatres peuvent concentrer leur attention sur les enfants asthmatiques présentant des comorbidités multiples et complexes. Les infirmières diplômées en pédagogie sur l'asthme dispensent au sein de la clinique une formation exhaustive sur l'asthme aux patients et à leurs familles, à tous les niveaux de services susmentionnés.

La clinique interdisciplinaire sur l'asthme est un « guichet unique » pour un diagnostic et un dépistage complet, une prise en charge totale et une pédagogie exhaustive de l'asthme. Entre 2012 et 2016, on dénombre 5 200 consultations de patients accompagnés par leur familles (y compris par télémédecine), dont plus de 60 % qui ont été prises en charge par des infirmières-spécialistes. La clinique est le centre d'excellence provincial pour les soins pédiatriques de l'asthme. La structure de l'équipe facilite l'usage approprié des ressources de la clinique, permettant de réduire sensiblement les temps d'attente pour les nouvelles visites/consultations de patients, qui sont passées de 12-14 mois à deux-trois mois. Les données cliniques démontrent une nette amélioration dans la lutte contre l'asthme, une réduction des consultations aux urgences et des hospitalisations de patients ayant reçu des soins dans la clinique interdisciplinaire sur l'asthme.



Étude de cas

Crédit Photo – Ronan Guillou

METTRE EN PLACE DES COURS DE PRÉPARATION AUX CATASTROPHES DANS LE PROGRAMME D'ÉTUDES DE L'ÉCOLE EN SCIENCES INFIRMIÈRES – Manar Nabolsi, Jordanie

Des programmes pédagogiques de préparation aux catastrophes ont été mis en place dans le cadre des cours de soins infirmiers de l'Université de Jordanie ; ceci afin de contribuer à la formation des infirmières prenant part aux mesures qui ont pour but de gérer les conséquences des catastrophes dans la région.

La Jordanie se trouve dans une zone à haut risque sismique. Le pays est également sujet à des crues subites et des glissements de terrain dans les zones urbaines très densément peuplées et les régions rurales. Les effets des changements climatiques se font fortement sentir dans cette partie du monde où les périodes d'extrême sécheresse dévastent la région à intervalles réguliers. La Jordanie est depuis longtemps une terre d'accueil pour les personnes fuyant la violence dans les pays voisins. L'afflux récent de plus de 600 000 réfugiés a mis à rude épreuve les services essentiels du pays, tels que les soins de santé.

L'Université de Jordanie a introduit la préparation aux catastrophes dans ses programmes d'enseignement supérieur des soins infirmiers. Ces programmes de formation complémentaire ont pour objectif de préparer les infirmières à participer aux mesures nationales de prévention, d'atténuation, de gestion et de récupération après une catastrophe naturelle ou une catastrophe d'origine humaine. À ce jour, 150 étudiants en sciences infirmières, 50 étudiants en master et 10 doctorants ont suivi le cours. Il s'agit du premier cours de ce type dans la région ; il soutient les infirmières œuvrant pour des organisations internationales assurant des services aux réfugiés syriens.

DÉFI DE SANTÉ MONDIALE N°4 UN MONDE QUI CHANGE

Les populations sont en mouvement depuis au moins 60 000 ans. Cependant, le caractère et la démographie des migrations ont changé. La mondialisation a facilité les migrations modernes, augmentant le volume, la diversité, l'étendue géographique et donc de la complexité des migrations internationales.⁹⁷ Les personnes migrent pour de nombreuses raisons, notamment les conflits, la pauvreté, les catastrophes, l'exode rural, l'absence de droits, la discrimination, les inégalités et le manque d'accès au travail décent.

Défis sanitaires relatifs aux migrants, aux réfugiés et aux personnes déplacées

Le nombre de réfugiés et de demandeurs d'asile d'Amérique centrale a quintuplé en seulement trois ans. Le Honduras fait face à une instabilité politique, économique et sociale et affiche l'un des taux de violence les plus élevés au monde. Des familles sont menacées, extorquées et assassinées et des garçons et des hommes sont contraints d'intégrer des bandes organisées. Dans le foyer pour migrants de Reynosa (Mexique), une ville frontalière souvent utilisée comme point de passage pour les demandeurs d'asile aux États-Unis, Médecins Sans Frontières (MSF) et ses équipes d'infirmières, de médecins, de psychologues et travailleurs sociaux prennent en charge l'afflux de personnes fuyant leur pays d'origine. Ils décrivent l'absence de repas pendant des jours et le sommeil dans les gares routières. Les migrants sont souvent victimes de violences physiques et sexuelles, mal nourris, déshydratés et négligés.⁹⁸

244 millions

de migrants au total dans le monde.⁷⁵

175,5 millions

de migrants déplacés volontaires.⁷⁵

68,5 millions

de personnes déplacées de force du fait de risques de persécution, de conflits violents, d'insécurité alimentaire ou de violations des droits de l'homme.⁷⁵

En un peu plus d'un an, 723 000 réfugiés Rohingyas ont fui le Myanmar pour le Bangladesh et les flux ne tarissent pas.⁹⁹ Le HCR rapporte que les familles arrivent à pied après avoir marché pendant des jours à travers la forêt dense et les montagnes, avec peu de nourriture et souffrant de diverses maladies. Une fois arrivés, ils rejoignent les 600 000 personnes vivant dans un camp de 13 km². Ils sont confrontés à des problèmes d'accès aux services de santé élémentaires, à des

niveaux élevés de maladies transmissibles, en particulier d'infections respiratoires et de maladies diarrhéiques, mais aussi aux risques de glissements de terrain et d'inondations.

44 400 personnes par jour sont forcées de fuir leur foyer en raison de conflits ou de persécutions.⁷⁵

Ce ne sont là que deux exemples parmi des centaines de cas de figure auxquels les migrants, les réfugiés et les personnes déplacées (MRPD) sont souvent confrontés. La migration influe sur plusieurs déterminants de la santé et du bien-être des personnes, des familles et des collectivités, mais aussi sur la santé de la population. Les conséquences de la migration sur la santé et le bien-être sont multidimensionnelles et présentent un ensemble complexe de défis pour les déterminants de la santé.

On suppose souvent à tort que les besoins en termes de soins de santé des MRPD sont en tous points les mêmes pour tous les groupes. Les besoins physiques, psychologiques, spirituels, culturels et sociaux des familles et des individus peuvent être très différents et sont influencés par un certain nombre de facteurs.^{100, 101} Les besoins en termes de soins de santé des groupes déplacés de force en Syrie seront très différents de ceux des migrants économiques arrivant en Australie.

Une autre idée répandue est que la santé des MRPD est plus mauvaise que celle de la population du pays de destination. Les situations rencontrées pendant la durée de la migration peuvent varier en fonction de facteurs tels que les raisons de migrer, les conditions de vie pendant le transit et la destination. Cependant, comme de nombreux MRPD sont déplacés de force, leurs besoins en soins de santé peuvent être exacerbés par les privations, la souffrance physique et le stress, qui se manifestent tout au long de la durée de la migration. L'exclusion juridique, économique et sociale qui peut survenir pendant le transit et à l'arrivée à destination renforce la complexité de la situation. Les MRPD peuvent également être victimes de discrimination, de violence, d'exploitation, de détention, d'accès restreint ou à l'absence d'accès à l'éducation, de traite des êtres humains, de malnutrition et d'accès restreint ou à l'absence d'accès aux services de santé essentiels ou de prévention.¹⁰¹

Mais ce n'est pas toujours le cas, de nombreux migrants se déplacent sans incident et sont en très bonne santé lorsqu'ils arrivent à destination. Des pratiques sanitaires et culturelles différentes peuvent avoir des effets protecteurs et une meilleure incidence sur la santé et le bien-être que celles du pays de destination. «L'effet de la bonne santé des immigrants» est bien documenté.¹⁰² Si l'on excepte certains taux plus élevés de maladies infectieuses, dont la tuberculose et le VIH, les immigrants sont souvent en meilleure santé que la population du pays d'accueil. C'est pourquoi il est préférable d'éviter les postulats sur l'état de santé des MRPD.

Il convient néanmoins de se pencher sur certaines problématiques prioritaires en matière de santé. Les enfants, les femmes, les personnes âgées et les personnes handicapées sont particulièrement vulnérables et sont souvent victimes de discrimination, d'exploitation et d'abus physiques, sexuels et psychologiques.¹⁰¹ Les besoins en matière de santé sexuelle et reproductive devraient être mis au premier plan, car le risque de violence sexuelle et sexiste augmente du fait de la migration. En outre, la violence sexuelle et sexiste est courante dans les situations de conflit et utilisée de façon croissante comme arme de guerre.

En 2017, la moitié des réfugiés avaient moins de 18 ans.⁷⁵ Un grand nombre d'entre eux sont non accompagnés ou séparés de leur famille. Les enfants sont particulièrement vulnérables et des actions prioritaires ciblées doivent être menées pour minimiser les répercussions de la migration sur leur santé et leur bien-être.

Plus de 40 %

d'entre eux se trouvent dans le camp de Kutupalong au Bangladesh, plus de 40 % des enfants accusent un retard de croissance.

La santé mentale devrait également être une priorité absolue. Le dur vécu des MRPD relevé plus haut, conjugué à tout ce qui s'est potentiellement passé avant la migration et aux degrés élevés de stress, entraînent des taux plus élevés de souffrance morale. Les MRPD sont exposés à un risque plus élevé de troubles mentaux, y compris de SSPT, de dépression et de psychose, exacerbé par l'absence généralement de soutien social et de soins de santé mentale une fois arrivés à destination.¹⁰³



L'histoire de Joseph, responsable des soins infirmiers dans un camp de réfugiés au Sud-Soudan.

La santé des migrants – clé de voûte de la CSU

Les MRPD peuvent être confrontés à des problèmes de santé particuliers. L'objectif est de leur permettre l'accès à des services de santé de qualité. Non seulement à eux, mais également à tous. Quels que soient l'endroit et le contexte, les soins de santé doivent être disponibles. La question des migrations sera déterminante pour la réalisation des ODD et de la CSU. L'importance de la migration pour le développement est évidente – elle a un rapport direct avec au moins huit des ODD, dont la santé, l'éducation, la pauvreté, l'égalité des sexes, le travail décent, les villes durables et l'action climatique.

Un tiers

des réfugiés syriens souffrent de dépression, d'anxiété et des symptômes du SSPT.

L'égalité d'accès aux soins de santé est un droit de l'homme. Ce droit est néanmoins trop souvent foulé du pied du fait des multiples obstacles entravant l'accès aux soins de santé nécessaires aux MRPD. L'évolution des schémas et la complexité croissante des migrations de population augmentent le risque que les besoins de santé des migrants ne soient pas satisfaits. Au niveau individuel et familial, les facteurs qui influent sur l'accès sont la capacité à s'y retrouver dans le système de santé, le vécu et les attentes en matière de soins de santé, la barrière linguistique et culturelle, la honte / l'opprobre, la peur de l'expulsion, le manque de ressources financières, les croyances et les comportements en matière de santé.^{104, 105}

L'incapacité de certains pays à trouver les bonnes réponses s'explique en partie par les mouvements migratoires historiques qui ont modelé les politiques, les programmes et les stratégies des systèmes de santé et qui souvent, n'ont pas évolué. En outre, la prestation de soins de santé dépend en général du statut juridique ou administratif des personnes. De nombreux MRPD sont en situation irrégulière et sans papiers, ce qui leur ferme l'accès aux soins.¹⁰⁶ Les programmes de santé opèrent souvent une distinction, au niveau des indicateurs de santé, entre la population migrante et le reste de la population du pays.¹⁰⁰ Comme les mouvements migratoires ont changé, ces programmes sont dépassés en termes de besoins sanitaires des MRPD. Régulièrement, la santé du MRPD n'est pas intégrée dans les plans nationaux et régionaux et les pays ne sont pas préparés à soutenir la charge supplémentaire qu'ils constituent pour leurs systèmes sanitaires et sociaux.

Le document Santé, systèmes de santé et santé mondiale¹⁰⁰ aborde la santé migratoire sous l'angle d'un programme fédérateur, réunissant la santé mondiale, le développement durable et les déterminants sociaux de la santé (Figure 10). Il perçoit les phases de migration comme intégrées et non pas seulement limitées à la phase d'arrivée, ce sur quoi l'on se concentre en général. Il fait aussi la différence entre les populations MRPD arrivées suite à une crise et les migrations structurelles et régulières de population.

Figure 10: Développer une approche intégrée et dynamique pour améliorer la santé des migrants *Adapté de 100*

MIGRATION ET SANTÉ – UN PROGRAMME FÉDÉRATEUR

DÉPLACEMENTS MASSIFS ET GRAVES DUS À UNE CRISE DE RÉFUGIÉS ET DE MIGRANTS

DES FLUX DE POPULATION STRUCTURELS, À LONG TERME, ÉCONOMIQUES ET INDUITS PAR LES DISPARITÉS

VULNÉRABILITÉ ET RÉSILIENCE

Réduire la vulnérabilité et améliorer la résilience des migrants, des communautés et des systèmes d'accueil, en se fondant sur le modèle des **déterminants sociaux de la santé**, ainsi que sur les principes d'équité

SANTÉ MONDIALE

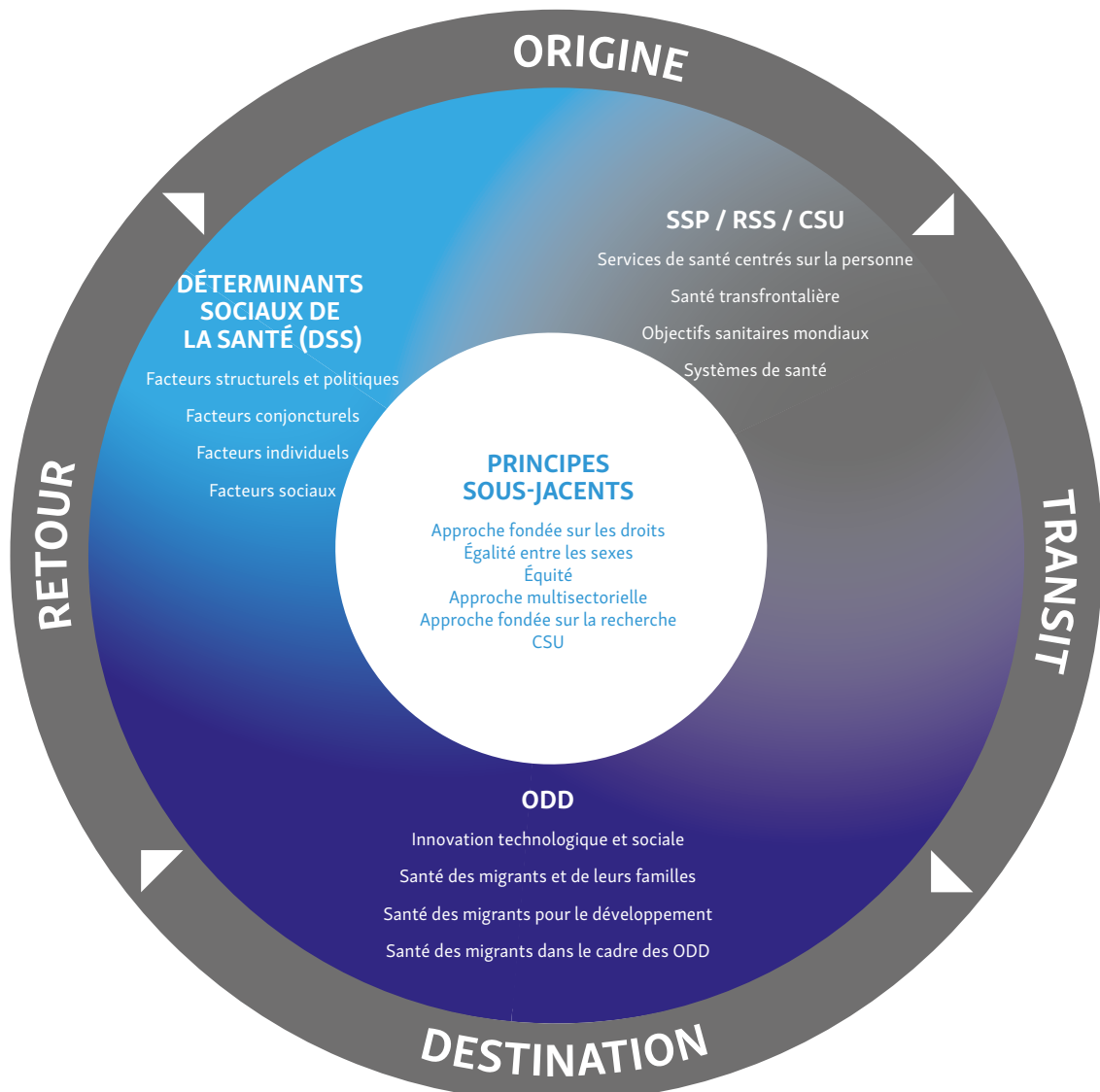
Promouvoir des approches de la santé préventives et curatives afin de réduire le fardeau de la morbidité pour les migrants et les communautés d'accueil, calibrées sur les principes suivants :

- couverture sanitaire universelle (CSU)
- soins de santé primaires (SSP)
- renforcement des systèmes de santé (RSS)

DÉVELOPPEMENT

Veiller à ce que la santé des populations migrantes fasse partie intégrante du développement économique durable et humain ;

calibrage sur les objectifs de développement durable (ODD)



Les différences sont énormes en matière de services de santé en fonction des réalités et des capacités de l'échelon national, définies par les lois, les règlements, les politiques et les priorités. Toutefois, la migration doit être abordée sous l'angle de la coopération et de façon exhaustive. Le Cadre de l'OMS sur la santé des MRPD énonce les principes directeurs suivants en matière de santé des MRPD:¹⁰⁴

- Le droit de jouir du plus haut degré possible de bien-être physique et mental
- L'égalité et la non-discrimination
- L'accès équitable aux services de santé
- Des systèmes de santé centrés sur la personne, tenant compte des besoins des réfugiés, des migrants et des rapports hommes-femmes
- Des pratiques sanitaires non restrictives fondées sur l'état de santé
- Des approches engageant l'ensemble des pouvoirs publics et de la société
- La participation et l'insertion sociale des réfugiés et des migrants
- Les partenariats et la coopération.

Nous devons non seulement garantir la santé et le bien-être des MRPD, mais aussi disposer de systèmes de santé publique forts, qui anticipent et interviennent de façon efficace lorsqu'il y a d'importants mouvements de population. Les mouvements de population menacent d'accroître la diffusion, potentiellement incontrôlable, de maladies transmissibles. En 2014, le monde a été témoin d'une poussée de maladie à virus Ebola qui s'est propagée plus vite et plus loin que jamais auparavant. Elle a détruit les systèmes de santé déjà fragiles en Sierra Leone, au Libéria et en Guinée, qui n'étaient pas préparés à faire face à une épidémie de cette ampleur et de cette complexité médicale. En outre, le quasi effondrement des systèmes de santé de ces pays a entraîné une dégradation des systèmes éducatifs, de la sécurité publique et de l'économie. Cet événement et d'autres récents événements de santé publique équivalent ont mis en lumière le rôle important que jouent les migrations en termes de sécurité sanitaire mondiale.¹⁰⁰

Le rôle des soins infirmiers pour assurer l'accès à l'un des groupes de population les plus vulnérables

Il est probable que le premier contact des MRPD avec le système de soins de santé sera avec une infirmière. Les infirmières sont compétentes pour fournir aux MRPD et à leur famille des soins dignes et respectueux des sensibilités liées à l'éthique, à la culture et au sexe, tenant compte de l'imbrication de leurs besoins et défis physiques, psychosociaux, spirituels, culturels et sociaux. C'est déterminant pour accroître et garantir l'acceptabilité des services de santé, essentielle à l'accès aux soins de santé. Les infirmières sont encouragées à développer et à perfectionner en permanence leur propres compétences culturelles et à veiller à ce qu'elles soient intégrées à la prestation des soins.

Les SSP demeurent l'outil le plus important pour développer la CSU. C'est souvent le premier contact des MRPD avec le système de santé. Les infirmières sont des leaders en matière de SSP et se trouvent en première ligne sur le terrain. Elles peuvent établir des relations de confiance et être un soutien dès la première rencontre, ce qui facilitera les consultations ultérieures. Les infirmières jouent le rôle de prestataire de soins de santé, d'éducatrice, de coordonnatrice des soins et d'appui. Ce sont des professionnelles qui entretiennent des liens essentiels entre les personnes, les familles et les collectivités et tous les domaines des systèmes sociaux et de santé. Un haut degré de collaboration et d'intégration des services entre ces systèmes aideront à réduire les barrières qui entravent l'accès aux soins. Les infirmières jouent un rôle important dans les initiatives communes visant à répondre aux besoins immédiats et à long terme des MRPD en matière de santé et de soins infirmiers et œuvrent à mettre au premier plan les questions de santé sexuelle et reproductive, de vulnérabilités liées à l'âge, de violence sexiste et de santé mentale.

Le cadre de travail de l'OMS établit des priorités pour promouvoir la santé des MRPD.¹⁰⁴ Dans leurs rôles de praticiennes, d'éducatrices, de chercheuses, de personnalités influant sur les politiques et de cadres, les infirmières peuvent contribuer et contribuent à la réalisation de ces priorités. Il s'agit notamment de:

- Défendre la prise en compte de la santé des MRPD dans l'action aux niveaux mondial, régional et national et dans la planification d'urgence
- Promouvoir des politiques sanitaires, une protection juridique et sociale et l'intervention de programmes qui tiennent compte des besoins des réfugiés et des migrants
- Renforcer les capacités d'action sur les déterminants sociaux de la santé
- Renforcer les systèmes de suivi et d'information sanitaires
- Progresser plus vite vers la réalisation des ODD, y compris vers l'instauration de la CSU
- Réduire la mortalité et la morbidité parmi les MRPD, moyennant des interventions de santé publique à court et à long terme
- Protéger et améliorer la santé et le bien-être des femmes, des enfants et des adolescents qui vivent dans des camps de réfugiés et de migrants



Philomena, Nigeria, s'occupe d'enfants souffrant de malnutrition.

- Promouvoir la continuité et la qualité des soins
- Mettre au point, renforcer et appliquer des mesures pour la santé et la sécurité au travail
- Promouvoir l'égalité des sexes et autonomiser les femmes et les filles réfugiées et migrantes,
- Soutenir des mesures tendant à améliorer la communication et à combattre la xénophobie
- Renforcer les partenariats et les mécanismes de coordination et de collaboration intersectoriels, interpays et interinstitutions.

Les soins s'adaptant aux particularités culturelles sont des soins tenant compte de la diversité de race, d'appartenance ethnique, d'âge, de sexe, d'orientation sexuelle, de handicap, de statut social, de croyances religieuses ou spirituelles et de nationalité ; tiennent également compte du fait que certaines populations risquent d'être discriminées ; et que des besoins de santé différents peuvent se traduire par des disparités dans les services de santé.

La promotion et la protection de la santé des migrants sont essentielles à la réalisation de la CSU et devraient faire partie intégrante de toute stratégie en la matière. Les migrations se répercutent de façon importante sur les objectifs et les cibles du développement durable, non seulement sur ceux en rapport avec la santé, mais également sur plusieurs autres. Assurer des services de santé de qualité protège la santé de la population mondiale et stimule le développement social et économique. Surtout, l'égalité d'accès à des soins de santé de qualité est un droit de l'homme. L'incidence des migrations sur la santé et le bien-être des personnes, des familles et des collectivités est complexe et multiforme. Une approche intégrée et collaborative engageant l'ensemble de la société est nécessaire si nous voulons remédier à cette situation. Les infirmières jouent un rôle crucial en vue d'assurer la santé pour tous.



Crédit Photo – ICN Conseil international des infirmières



Crédit Photo – Stephen Gerard Kelly

Étude de cas

ASSURER DES SOINS DE SANTÉ AUX IMMIGRANTS – Rebecca A. Bates, États-Unis

Les populations réfugiées aux États-Unis sont souvent dans l'impossibilité d'accéder aux services de soins de santé, les politiques et les mécanismes de paiement faisant obstacle aux soins. Adams Compassionate Healthcare Network (ACHN) – le réseau de soins de santé Adam Compassionate - élimine plusieurs de ces obstacles. Clinique gratuite en banlieue de Virginie, l'ACHN entend fournir des soins de santé de qualité et fondés sur des données probantes à toute personne pauvre et ne disposant pas d'assurance. La plupart des patients sont des immigrants et des réfugiés de pays à majorité musulmane, souffrant de maladies chroniques. Ils ne sont généralement pas assurés et n'ont guère eu la possibilité d'accéder à des services de soins de santé dans leurs pays d'origine. Certaines personnes se heurtent à des problèmes de transport, qui les poussent à renoncer aux services de soins de santé au profit d'approvisionnement en nourriture, de logement et d'emploi. Cela entraîne des arrêts de travail et des hospitalisations pour diabète non contrôlé, des problèmes d'hypertension, de maladie cardiovasculaire et de cancer non diagnostiqué. La plupart des patients de l'ACHN font également face à des obstacles financiers et liés à la langue ou à l'analphabétisme.

En tant que centre de soins de santé primaires, l'ACHN couvre la plupart des besoins de ses patients, parmi lesquels on peut citer les soins primaires, l'orientation vers des soins spécialisés et les services sociaux, le suivi et l'évaluation des maladies chroniques, l'analyse des incidences grâce à un registre des maladies chroniques visant à identifier les patients les plus à risque dans l'éventualité d'interventions ciblées, le calcul du coût des soins pour l'ensemble des services fournis, et le plaidoyer pour l'expansion de Medicaid et la mise en place de politiques favorables aux réfugiés. Ce modèle de soins permet une évaluation et un traitement exhaustifs de tous les patients. La télésanté a été mise en

place en tant qu'outil pour renforcer les liens avec le patient et en tant que moyen pour faire appel à des traducteurs, le cas échéant. Des partenariats communautaires avec des spécialistes et des services sociaux aident à lutter contre la précarité en termes de nourriture, de logement et d'emploi ; ils veillent à ce que les patients aient accès aux services dont ils ont besoin pour optimiser leur santé et leur bien-être.

Depuis la création de la clinique il y a cinq ans, des services d'une valeur de près d'un million d'USD ont été fournis pour soigner 1 500 personnes non assurées. L'année dernière, les consultations ont augmenté de 31 %, les heures de bénévolat de 207 % et un service de physiothérapie, une clinique ophtalmologique et une prise en charge de la douleur ont été mis en place sur le site.

Histoires de patients

Asha*, une réfugiée arrivée récemment d'Iraq, s'est présentée avec un dossier médical faisant apparaître une grosseur du sein depuis six mois qu'elle n'avait pas pu faire évaluer, faute d'accès aux services de soins. L'ACHN a assuré un bilan diagnostique et l'orientation vers un traitement dont elle avait besoin pour soigner son cancer du sein. La clinique l'a aidée à faire une demande de prise en charge caritative à l'hôpital local, à coordonner ses rendez-vous chez le spécialiste, et a continué de lui fournir des services de soins primaires pendant et après le traitement.

*Le nom a été changé

DÉFI DE SANTÉ MONDIALE N°5 NOTRE SANTÉ MENTALE ET NOTRE BIEN-ÊTRE

Photo Credit – ICN Conseil international des infirmières



«L'approche actuelle de la psychiatrie passe quasi outre les univers sociaux dans lesquels surviennent les problèmes de santé mentale et s'évertue à devenir biomédicale comme d'autres branches de la médecine, à l'instar de la cardiologie ou de l'oncologie. Or, la psychiatrie doit être beaucoup plus ancrée dans l'univers personnel et social des gens». Dr Vikram Patel, Codirecteur du Centre de lutte contre les maladies chroniques à la Public Health Foundation of India

Sous-évaluée et souffrant de sous-investissement

Même dans les systèmes de santé modernes à travers le monde, les besoins des personnes se présentant à l'hôpital pour une crise de trouble mental ne sont pas satisfaits. Le système est à ce point défaillant qu'il est probable qu'un patient souffrant de troubles mentaux attende plus longtemps que les autres patients pour être examiné et traité. Par conséquent, de nombreux patients souffrant de troubles mentaux quittent les urgences de leur propre fait et malgré les recommandations contraires.⁶²

Moins de deux USD

le niveau des dépenses en santé mentale dans les PRFI.⁶³

L'accès à des services de santé mentale de qualité et abordables atteint des niveaux critiques à l'heure actuelle. L'OMS estime que près des deux tiers des personnes que l'on sait souffrir d'une pathologie mentale, ne vont jamais se faire soigner auprès d'un professionnel de la santé. Le rejet social, la discrimination et les négligences empêchent ces malades de bénéficier des traitements.⁶⁴

Les troubles mentaux

représentent la principale cause d'invalidité et de maladie dans le monde.⁶³

Lorsque les personnes sont prises en charge, les violations des droits de l'homme restent une pratique courante ; elles peuvent être maltraitées, détenues de force ou enfermées. La qualité des soins est également inappropriée – par exemple, pour les personnes souffrant de troubles dépressifs, seule une personne sur cinq dans les pays à revenu élevé et une personne sur 27 dans les PRFI reçoit le juste minimum de traitement.⁶⁵

1,1 milliard

de personnes atteintes de troubles mentaux ou liés à l'utilisation de substances.⁶⁶

Ces statistiques révèlent la honte nationale et internationale. Des mesures doivent être prises par nos pouvoirs publics, qui sont en partie responsables de la situation dans laquelle nous nous trouvons.

L'Atlas de la santé mentale⁶³ montre que 40 % des pays n'ont aucune politique de santé mentale et plus de 30 % n'ont pas de programme dans ce domaine. En outre, un pays sur quatre n'a pas de législation protégeant et promouvant la santé et le bien-être des populations.

275 millions

de personnes souffrent de troubles anxieux.⁶⁶

Cette situation, quelle qu'en soit la norme, est une tragédie mondiale. Des réformes et des investissements urgents sont nécessaires pour répondre aux besoins de santé et de bien-être des personnes souffrant de la principale cause d'invalidité et de maladie dans le monde, à savoir les troubles mentaux.

Santé mentale pour tous

Partout dans le monde, les soins en matière de santé mentale et de toxicomanie manquent de ressources. En intégrant des cibles et des indicateurs dans le cadre des ODD, de nombreuses personnes, peut-être des millions, pourraient recevoir les soins dont elles ont besoin. Mais pour le concrétiser, il faut une couverture de la santé mentale pour tous et l'insertion sociale. Il faut changer le regard des gens et rendre les sociétés intégratrices pour lever les obstacles aux soins de santé et s'attaquer aux déterminants de la santé mentale. Il est clair qu'il existe de multiples facteurs sociaux, psychologiques et biologiques pouvant déterminer le niveau

de santé mentale d'une personne, à chaque instant. Des mesures devront donc être prises à de multiples niveaux, mais avant tout chose, la santé mentale doit être mieux intégrée au programme de santé publique et aux SSP.

La santé mentale ne fait pas de discrimination.

Récemment, un milliardaire australien a quitté ses fonctions au sein du Conseil d'administration du plus grand casino et centre de villégiature de la région car il luttait sans cesse contre la dépression et l'anxiété.

La Commission indépendante de haut niveau de l'OMS sur les maladies non transmissibles a fait un grand pas en avant pour traiter cette problématique, en intégrant les troubles mentaux dans la liste des MNT. Les MNT comme la santé mentale sont largement fonction de l'environnement et des conditions sociales dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, évoluent, travaillent et vivent. Elles ont un certain nombre d'éléments en commun:⁶⁷

- Les troubles mentaux sont souvent déterminés par l'environnement et les conditions sociales dans lesquelles les gens vivent, ainsi que par l'exposition à des facteurs de risque (p. ex. l'alimentation, la consommation d'alcool et l'usage de drogues)
- Les troubles mentaux peuvent survenir à n'importe quel moment de la vie, sont souvent durables (chroniques) et requièrent une prise en charge et un soutien à long terme plutôt qu'un traitement ponctuel
- Les troubles mentaux se conjuguent souvent avec d'autres MNT physiques. Les personnes atteintes de maladie mentale sont souvent dans un plus mauvais état de santé que la collectivité en général.

Les patients atteints de maladie mentale grave ont une espérance de vie réduite de **10 à 25 ans.**⁶⁸

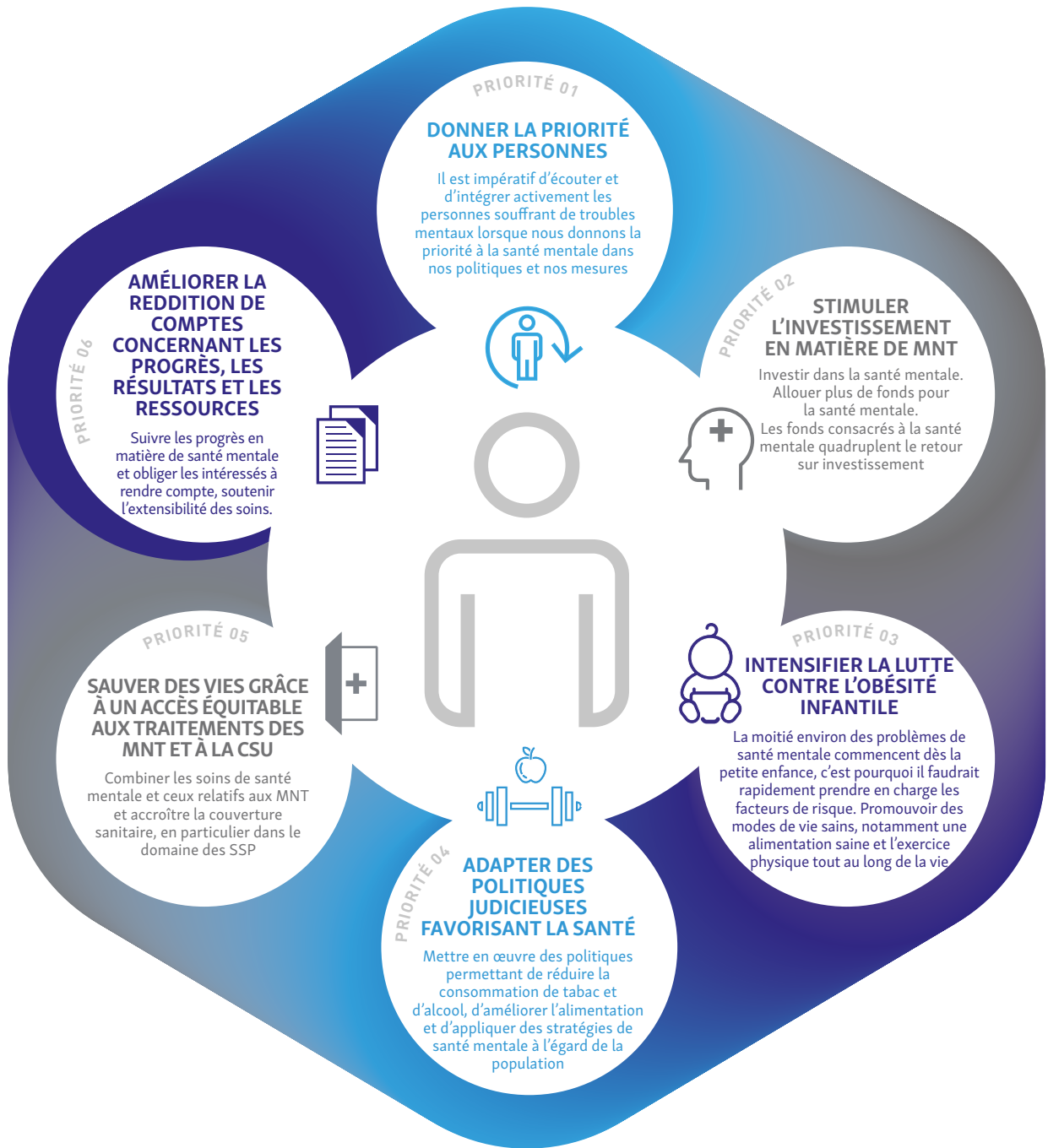
La Fédération mondiale pour la santé mentale a recommandé six priorités à la Commission indépendante de haut niveau de l'OMS sur les MNT pour traiter les problèmes de santé mentale. Celles-ci sont présentées à la figure 11.



«Attendre, attendre et attendre, avoir l'impression que ça ne finira jamais». Patient souffrant de troubles mentaux attendant qu'on s'occupe de lui, dans un service d'urgence⁶⁹



Figure 11: Six priorités pour relever les défis en matière de santé mentale



Pour faire avancer le programme de lutte contre les MNT, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une résolution,⁷⁰ le 10 octobre 2018, intitulée Déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Le CII salue et appuie les actions convenues dans les résolutions, en particulier:

- Les approches globales associant tous les pouvoirs publics et la société
- L'élaboration de services et de traitements complets pour les personnes atteintes de troubles mentaux et d'autres problèmes de santé mentale
- La promotion de l'accès à des services abordables en matière de diagnostic, de dépistage, de traitement et de soins.

Bien qu'il salue ces stratégies, le CII s'inquiète du manque de reconnaissance du rôle du personnel de santé en matière de soins, de plaidoyer et de leadership pour ce qui touche à la santé mentale et aux MNT. Le CII s'inquiète également de l'absence du public et de la collectivité dans l'élaboration des politiques, des stratégies ou des lois relatives à la santé mentale et aux MNT. Les soins centrés sur la personne et l'adhésion des collectivités doivent être au cœur de tout plan d'application futur.

4 % du PIB

Le coût de la maladie mentale (OCDE) est estimé à 4 % du PIB. En d'autres termes, pour chaque 10 % de personnes soignées, le PIB augmenterait de 0,4 %.

Dix milliards d'USD

Le coût de la maladie mentale pour les entreprises.

Principales caractéristiques d'un système de santé conçu pour relever le défi de la santé mentale

Il n'existe pas de solution miracle pour atténuer le poids de la maladie mentale. Il faut une approche globale et intégrée qui reconnaisse le rôle important que jouent les systèmes de santé en matière de direction et de coordination de la lutte contre les MNT. Des systèmes de santé solides et résistants, capables de répondre aux besoins des personnes et des collectivités, devraient présenter les principales caractéristiques suivantes:⁷¹

1. L'élaboration de lois, de politiques et de plans cohérents et conséquents, en consultant et en faisant adhérer le public, les professionnels de la santé (en particulier les infirmières) et la collectivité
2. Un système de santé doté de ressources suffisantes pour satisfaire la demande tout au long du processus de soins (en mettant l'accent sur la prévention et la promotion) et en appliquant le principe de proportionnalité universelle pour promouvoir l'équité d'accès. Un système de santé bien doté en ressources dispose d'un nombre suffisant de professionnels de la santé aux compétences adéquates. Cela inclut également un cadre de travail sûr
3. Des SSP intégrés qui gèrent de façon proactive la santé et le bien-être de la collectivité. Les gestionnaires de cas (ou infirmières pivots) et les infirmières certifiées en santé mentale ont démontré qu'elles améliorent le parcours des patients et l'intégration des services de santé
4. Des services de santé mentale spécialisés et suffisamment accessibles pour fournir des soins efficaces et en temps voulu en cas de crise. Dans l'idéal, ces soins spécialisés devraient être dispensés dans le cadre d'une approche multidisciplinaire des soins
5. Un système de santé qui utilise une approche centrée sur l'être humain pour les soins et fait respecter les droits du public
6. L'accent mis sur des soins de santé mentale axés sur la valeur, ce qui signifie que les systèmes de financement promeuvent des modèles de soins donnant de bons résultats, avec des moyens raisonnables. Il faut hiérarchiser les priorités des services et prévoir les mesures incitatives adéquates pour obtenir les résultats escomptés
7. Améliorer l'accès à des médicaments de qualité et abordables
8. Fournir des informations pour appuyer la gestion de l'état de santé de la population, la coordination des activités, l'amélioration de l'autogestion et le suivi du rendement. L'informatique infirmière est particulièrement importante, car les infirmières sont celles qui soignent en premier ressort au sein de la collectivité, en milieu clinique et hospitalier et ces informations peuvent être utilisées pour soutenir un personnel efficace et performant
9. Un personnel de santé immédiatement opérationnel, assurant des interventions centrées sur la personne et prêtant des services reposant sur les données les plus probantes à disposition. Il s'agit notamment:
 - a. De faire appel de façon plus systématique à des infirmières de pratique avancée en santé mentale
 - b. D'élaborer et de mettre en œuvre des modèles de gouvernance et de réglementation adéquats pour aider les professionnels de la santé dans l'exercice de leurs fonctions. Dans certaines circonstances, cela peut signifier d'assouplir les restrictions qui leur sont imposées par des cadres réglementaires inappropriés
 - c. Des modèles de financement et de rémunération adéquats. L'adoption de l'innovation et des pratiques dépend fortement des politiques de paiement et des remboursements
 - d. Soutenir les ressources en personnel hautement qualifié et compétent en intégrant la santé mentale dans les programmes de premier cycle et la formation professionnelle continue ; la pratique spécialisée par la formation de deuxième cycle et la réévaluation de la recherche en sciences infirmières.

Des soins axés sur la collaboration: un modèle type pour assurer des soins accessibles et de qualité à un prix abordable

À travers des investissements bien ciblés, il est possible d'améliorer la qualité et l'accès à des services de santé et d'obtenir en retour une meilleure santé mentale de la population. L'exemple suivant propose un modèle reposant sur des données probantes, susceptible de donner d'excellents résultats sur le plan de la santé et d'offrir des avantages économiques et des gains de productivité supplémentaires aux collectivités.

Les soins axés sur la collaboration sont un modèle de soins de santé qui vise à améliorer les résultats chez les patients à travers la coopération interprofessionnelle. Cela inclut la collaboration entre les SSP et les soins spécialisés œuvrant ensemble avec un large éventail de professionnels de la santé.

L'équipe est dirigée par un gestionnaire de soins, qui est souvent une infirmière. Cela s'explique par le fait que les infirmières sont les seules spécialistes cliniques qui ont reçu une formation particulière pour comprendre le rôle des autres prestataires de soins de santé. Ces connaissances constituent une base solide pour une collaboration réussie.

Une caractéristique fondamentale des soins axés sur la collaboration est qu'ils encouragent la participation active du patient et de sa famille au processus de traitement. Le gestionnaire de cas encourage cette participation ; il est chargé d'établir un plan de soins structuré auquel participe l'équipe multidisciplinaire. Il veille également à ce que tous les canaux de communication entre les professionnels associés soient ouverts pour dispenser des soins de santé physique et mentale.⁷²

Une communication efficace est essentielle au bon fonctionnement du modèle de soins axés sur la collaboration. Les infirmières sont généralement très compétentes pour faire preuve d'adaptabilité, d'empathie et ont de bonnes aptitudes à la communication, ce qui constitue une combinaison forte pour tenir le rôle de gestionnaire de cas. En outre, les infirmières formées sont capables de comprendre et d'évaluer les besoins cliniques, émotionnels et sociaux du patient et font donc appel aux ressources disponibles pour créer et appliquer un plan de soins axé sur la personne.⁷³

L'analyse des modèles de soins axés sur la collaboration démontre que non seulement ils sauvent des vies et améliorent les résultats de santé, mais ils constituent également un excellent retour sur investissement. Pour chaque USD investi, il y a un rendement de 3 USD.⁷²



Étude de cas

Crédit Photo – Stephen Gerard Kelly

AMÉLIORER LA SANTÉ PHYSIQUE DES PATIENTS DE SERVICES PSYCHIATRIQUES HOSPITALISÉS DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ MENTALE

– Amy Wallace, Australia

Les statistiques montrent que les personnes atteintes d'une maladie mentale meurent jusqu'à 25 ans plus jeunes que la population en général, du fait de problèmes de santé physique évitables. Il est prouvé que le masquage diagnostique influe directement sur les soins de santé physique que reçoivent les personnes bénéficiant de soins de santé mentale, les symptômes de la maladie physique étant souvent négligés et perçus comme des signes de leur état mental. Les problèmes de santé évitables favorisent une réduction de l'espérance de vie.

Le centre de santé de Graylands Wellness a été créé en 2016 pour répondre aux besoins de santé physique et mentale des patients. La clinique Wellness est un service essentiel contribuant à améliorer l'espérance de vie des patients souffrant de troubles mentaux au Graylands Hospital, le plus grand hôpital de santé mentale d'Australie-Occidentale. L'évaluation et la gestion des problèmes de santé physique évitables et l'adoption d'approches ciblées en matière de soins de santé physique, favorisent considérablement cette amélioration. L'infirmière clinicienne spécialisée en soins de santé primaires dirige le service et tous les projets connexes. Le personnel infirmier adopte de manière proactive les initiatives et se porte volontaire pour aider et représenter les comités y afférents.

Au cours des douze mois de ce projet, 101 renvois vers le médecin généraliste ont été constatés (comparé à 25 seulement durant les douze mois précédant le lancement) et 70 autres vers l'infirmière clinicienne spécialisée en soins de santé primaires. Ainsi, la majorité des personnes bénéficiant de soins hospitaliers ont désormais la possibilité d'accéder à des soins de santé physique particuliers à l'hôpital.

Histoires de patients

Beth*, une femme de 55 ans, présentant une manie accompagnée de traits psychotiques, semblait rechuter à cause de son trouble bipolaire. Il s'est avéré qu'elle avait en réalité pris de fortes doses de corticostéroïdes pendant une période prolongée et que sa psychose était induite par les stéroïdes. Pendant que l'équipe traitait ses symptômes de maladie mentale, Beth a identifié sa polyarthrite rhumatoïde (PR) comme étant sa principale source d'inquiétudes dans la vie. Sans de bâton de marche et de stéroïdes pour réduire son inflammation et sa douleur, et ne pouvant voir ses spécialistes en soins généraux habituels, son bien-être s'en est fortement ressenti. L'infirmière clinicienne spécialisée en soins de santé primaires a pu rapidement convoquer Beth pour un examen en physiothérapie et lui fournir un déambulateur pour l'aider à marcher. Le médecin généraliste s'est mis en relation avec son conseiller en PR pour évoquer d'autres options d'anti-inflammatoires outre les stéroïdes, et a assuré la liaison avec Beth pour l'aider à définir ce qui était le mieux pour elle. Le soulagement de la douleur a été consigné sur une fiche et une pédagogie sur la posologie de ce médicament a été délivrée au patient, autant de mesures qui ont contribué à dissiper l'anxiété, la douleur et l'inflammation de Beth, répondant ainsi à ses principales inquiétudes. Beth était éminemment reconnaissante de pouvoir échanger avec quelqu'un comprenant ses souffrances, ce qui l'a rassurée.

*Le nom a été changé

DÉFI DE SANTÉ MONDIALE N°6 LES EFFETS DE LA VIOLENCE SUR LES SOINS DE SANTÉ ET SUR NOUS TOUS

Crédit Photo – Haiyan Bronte



«Une injustice commise quelque part est une menace pour la justice dans le monde entier». Martin Luther King Jr

Le 10 décembre 2018 a marqué le soixante-dixième anniversaire de la Déclaration universelle des droits de l'homme de l'Assemblée générale des Nations Unies, l'un des documents les plus traduits au monde – soit en plus de 500 langues.⁷⁴ Bien que soixante-dix ans se soient écoulés depuis une guerre mondiale, le monde est encore loin d'être parvenu à la paix, à la justice et à l'égalité.

68,5 millions

de personnes déplacées de force.⁷⁵

Selon l'Indice mondial de la paix 2018, le monde est de moins en moins pacifique.⁷⁶ Aussi, le nombre de déplacés est d'une ampleur jamais atteinte.

Les conflits ont des conséquences énormes sur les soins de santé. Les conflits et la violence perturbent et affaiblissent gravement les systèmes de santé. La Croix-Rouge a déclaré: «L'une des premières victimes de la guerre est le système de santé lui-même».

4,200

200 personnes ont été victimes de violences contre les soins de santé entre 2012 et 2014³⁰

La loi stipule que les hôpitaux, les ambulances et les professionnels de la santé ne devraient jamais être ciblés dans l'exercice de leurs fonctions. La réalité est bien différente. Le manque d'accès sûr aux soins de santé provoque des souffrances indicibles à des millions de personnes dans le monde entier.³⁰ Les populations ne peuvent pas recevoir de soins et les services vitaux, à l'instar des services de maternité, de soins infantiles et de vaccination sont interrompus. La perturbation des services de santé a des conséquences immédiates et sur le long terme. Par exemple, l'OMS estime que plus de la moitié des établissements de santé du Yémen ne sont pas opérationnels. Cela provoque des épidémies mortelles de choléra et de diphtérie et des niveaux catastrophiques de malnutrition.⁷⁷

90 %

des victimes des guerres actuelles sont des civils.⁷⁸

Les conflits prolongés ont affaibli la santé et les systèmes de santé au point que d'anciennes maladies (p. ex. le choléra), des maladies presque totalement éradiquées (p. ex. la polio) et de nouvelles maladies se développent et se propagent au-delà des frontières. Si le monde souhaite que les ODD soient réalisés avec succès, il doit veiller à ce que son message affirmant que «personne ne soit laissé pour compte» soit vraiment suivi d'effet.⁷⁹ Cela passera en partie par la mise en œuvre de la CSU. La difficulté repose sur le fait que la CSU est mise en œuvre par les pays ; or, que se passe-t-il lorsque l'État s'effondre ou qu'il ne souhaite pas sa mise œuvre, voire qu'il se rend complice de violations des droits de l'homme?

23 pays

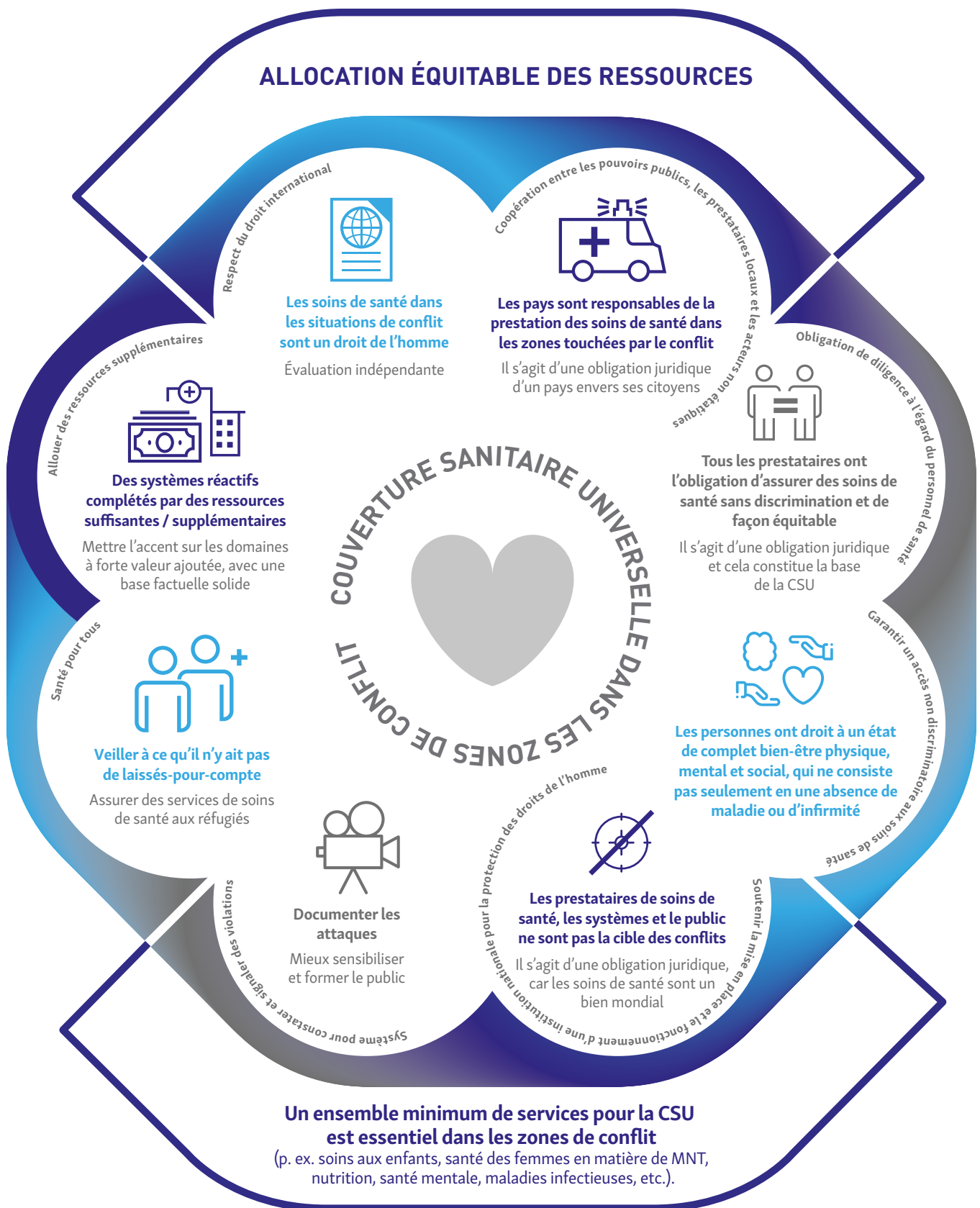
le nombre de pays en guerre où des attaques ont été perpétrées contre le personnel de santé.⁸⁰

Comment se fait-il que même des services élémentaires tels que les soins de maternité, la vaccination et les épidémies ne peuvent être assurés / gérés? Il s'agit d'une question extrêmement complexe à laquelle il n'y a pas de réponse simple, mais la santé du monde est en jeu et nous sommes «aussi forts que notre maillon le plus faible».



Ahmed, blessé par balle dans la bande de Gaza.

Figure 12: Stratégies pour faire progresser la CSU dans les situations de conflit Adapté de 81



Nuire à ceux qui soignent

La violence contre la santé ne se limite pas aux zones de conflit ou de guerre. La violence est une réalité quotidienne dans le monde entier pour le personnel de santé. Cela inclut les agressions physiques, sexuelles ou verbales violentes des patients et parfois de leur famille. Le problème est si aigu qu'à travers le monde, les soins infirmiers sont considérés comme un métier plus dangereux que policier ou gardien de prison. En Espagne, la situation est devenue si grave qu'un observatoire national de la violence faite au personnel de santé a été créé pour recueillir des informations et élaborer des stratégies visant à lutter contre la violence. Au Pakistan, le personnel soignant se fait tirer dessus, kidnapper ou tuer.⁸²

38 %

du personnel soignant subit des violences physiques.⁸³

Le personnel de santé est exposé à des risques particuliers, propres à l'environnement de travail. Il est en première ligne dans des situations stressantes, imprévisibles et potentiellement instables, pouvant être aggravées par la drogue ou d'autres substances. La situation est telle que les professionnels de la santé, les infirmières en particulier, s'attendent à subir de la violence, voire acceptent l'idée qu'elle fait partie de leur travail. Pourtant la violence prélève son tribut physique et psychologique et a des conséquences sur la façon dont les infirmières interagissent avec les patients et leur famille. Ces conséquences psychologiques incluent la peur, l'anxiété, la tristesse, la méfiance et la dépression. La recherche a ainsi démontré qu'en raison de la violence, les infirmières peuvent perdre en empathie, la qualité des soins en pâtissant. Il existe un lien évident entre la violence et les effets néfastes qui en résultent.⁸⁴

La violence faite aux infirmières peut également avoir des conséquences sanitaires et économiques graves pour les infirmières et le système de santé dans lequel elles travaillent.

Parmi les conséquences économiques sur le système de santé, citons les arrêts maladie, les poursuites judiciaires, la réduction de l'efficacité du personnel, du recrutement et du maintien en poste du personnel. Cela s'ajoute aux pressions déjà élevées auxquelles le système de santé fait face lorsqu'il tente de répondre à la demande de services de santé de la collectivité.⁸⁵

Les répercussions des conflits et de la violence sur la CSU

Il est hautement improbable que les pays touchés par des pénuries de personnel de santé et / ou leur mauvaise répartition réalisent la CSU. La productivité, l'efficacité et la qualité des soins de santé dépendent grandement du nombre, des aptitudes et des compétences du personnel infirmier. Les pénuries et les taux de roulement élevés de personnel infirmier sont donc un sujet grave dans le monde entier. Bien qu'il s'agisse d'un sujet complexe, la violence et les conflits influent énormément sur les ressources humaines de la santé.

9 millions

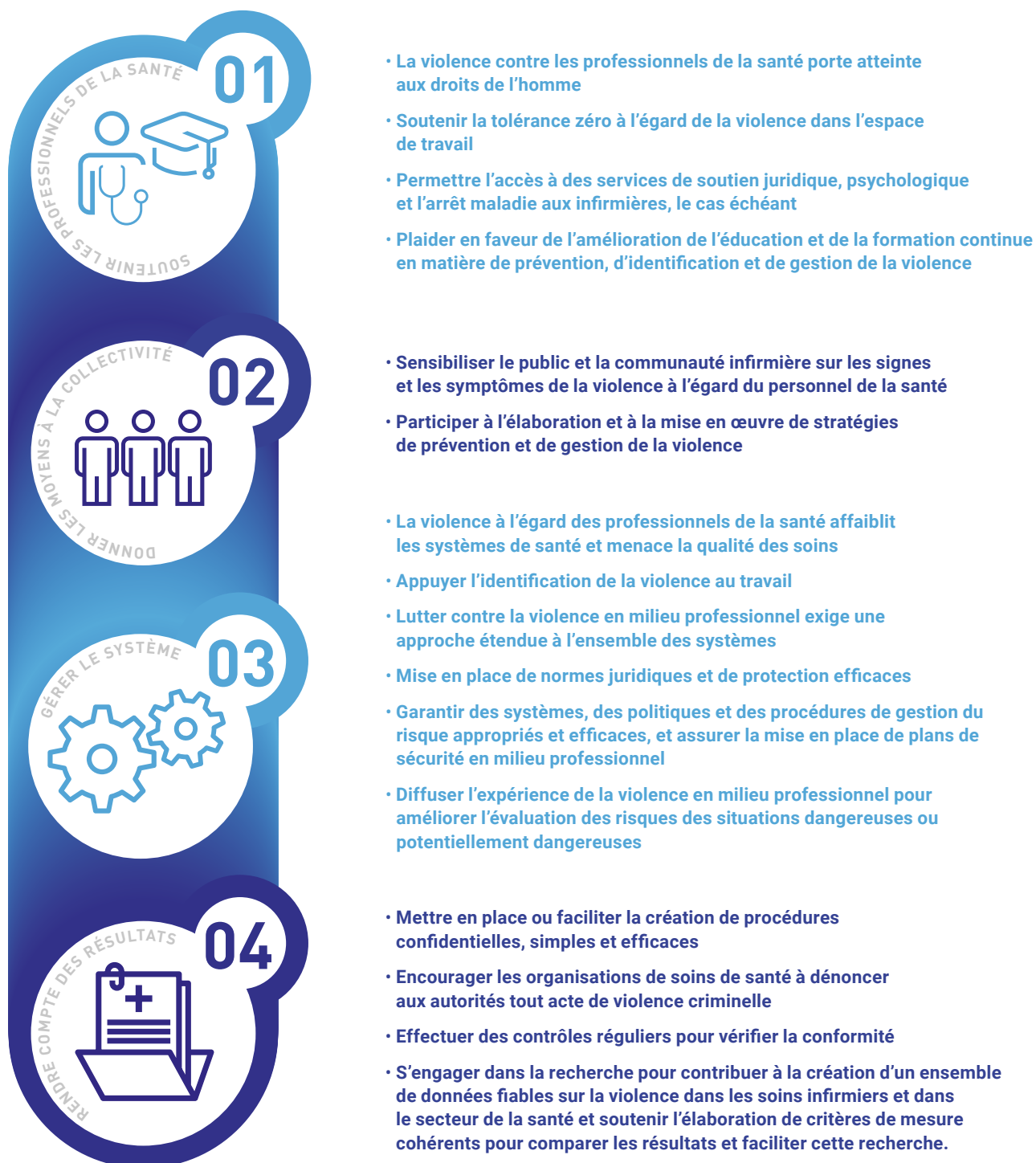
soit l'estimation chiffrée de la pénurie d'infirmières en 2013⁸⁶

La violence faite aux infirmières menace la prestation de soins efficaces et enfreint les droits de l'homme. Cela porte atteinte à leur dignité et à leur intégrité personnelle. C'est une attaque contre le système de santé lui-même.

Les attaques, les brutalités et les agressions faites au personnel infirmier constituent un risque important pour la solidité des systèmes de santé et pour le développement et la pérennité de la CSU. Des mesures de protection doivent être mises en place pour garantir des cadres de travail sûrs et respectueux. La violence à l'égard des professionnels de la santé sur le lieu de travail est souvent un problème social occulté, peu reconnu par les pouvoirs publics et la collectivité. Cette question doit figurer en bonne place à l'ordre du jour de la communauté internationale et des mesures doivent être prises par les pouvoirs publics, les décideurs, les formateurs, les chercheurs, les gestionnaires de la santé et surtout, les belligérants et les collectivités. Les infirmières doivent être respectées et valorisées, car elles sont en première ligne pour maintenir et veiller à un meilleur état de santé et de bien-être possibles.⁸⁷ L'un des principes fondamentaux de la Stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030⁸⁸ stipule que les acteurs doivent «soutenir les droits individuels et professionnels de tous les soignants, notamment le droit à un environnement de travail décent et sûr, loin de toute discrimination, coercition ou violence».



Figure 13: Stratégies de réduction de la violence faite aux infirmières Adapté de 89



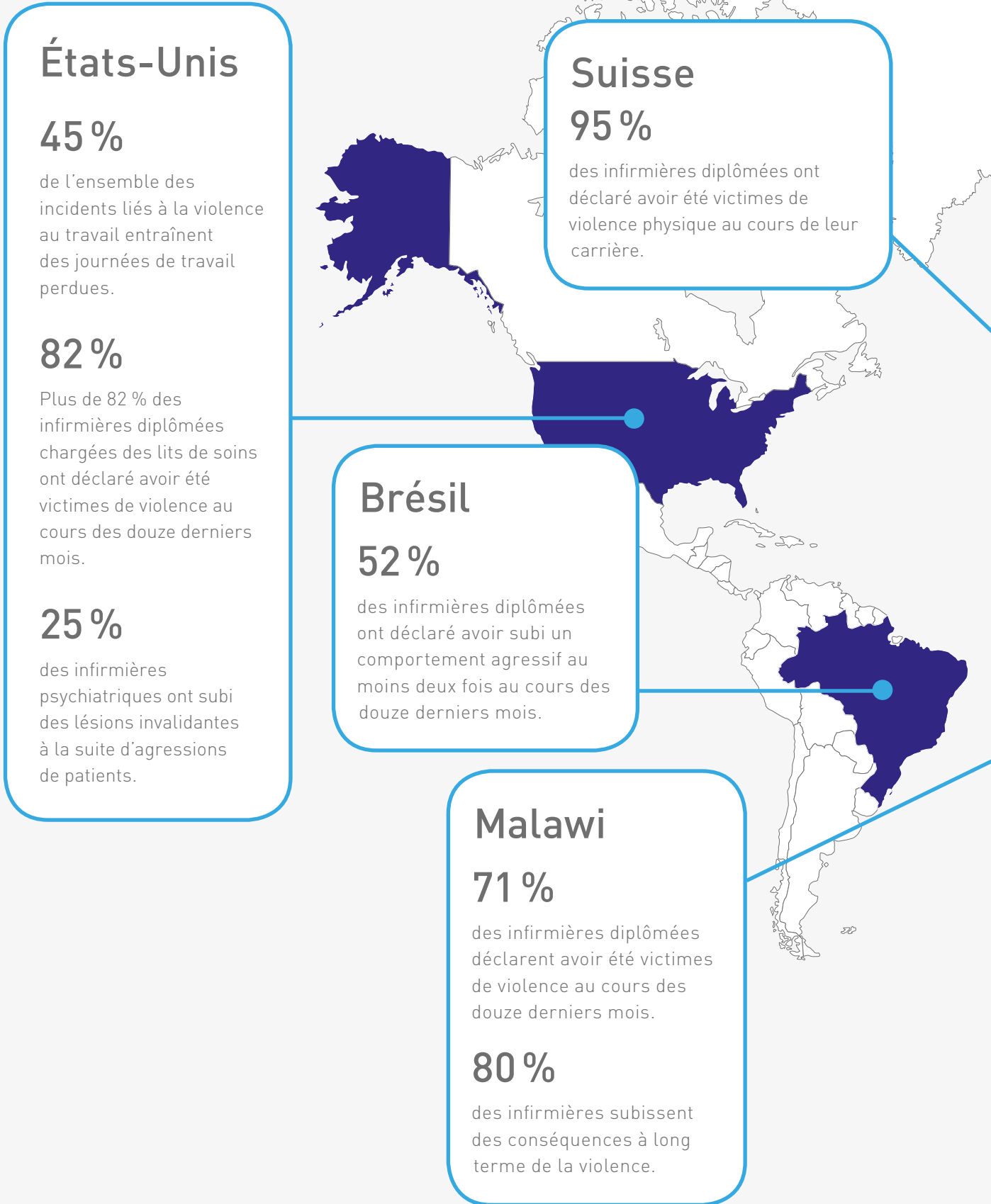
Call for Action

En 2002, l'OMS, l'OIT, l'ISP et le CII ont élaboré des Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé.⁹⁰ Ces directives ont été rédigées pour aider les pouvoirs publics, les employeurs, les travailleurs, les syndicats, les organismes professionnels et le public. Plus de 16 ans se sont écoulés depuis la publication du rapport. Si un certain nombre d'éléments sont toujours

pertinents aujourd'hui, de nouvelles recherches et éléments de preuves devraient être utilisés pour actualiser le rapport et fournir des directives plus claires aux pays. Le CII invite les autres partenaires à une collaboration en vue d'actualiser ce rapport et de mettre au point des indicateurs permettant de mesurer les progrès dans ce domaine.

Figure 14: Nuire à ceux qui prennent soins des populations, similarités mondiales alarmantes^{84, 87, 91-96}

(Koehn, 2017), (Gacki-Smith et al., 2009), (Nurses Notes, 2011), (Locke, Bromley, & Federspiel, 2018)



Royaume-Uni

29 %

des infirmières diplômées ont déclaré avoir été victimes de violence au cours des douze derniers mois.

22 %

des infirmières ont déclaré avoir été victimes de violence une fois ou plus au cours du dernier mois dans 10 pays européens.

Chine

8 %

des infirmières diplômées ont déclaré avoir été agressées physiquement.

72 %

ont signalé avoir fait l'objet de violence non physique.

Iran

53 %

des infirmiers diplômés ont déclaré avoir été victimes de violence physique au cours des douze derniers mois.

Arabie Saoudite

80.6 %

des infirmières diplômées ont déclaré avoir été victimes de violence au cours des douze derniers mois.

Afrique du Sud

85 %

des infirmières diplômées ont déclaré avoir été victimes de violence au cours des douze derniers mois.

Australie

7^{ème}

C'est la septième profession la plus dangereuse d'Australie.

21 %

des infirmières diplômées ont déclaré avoir été agressées physiquement.

90 %

du personnel des urgences a été victime d'une forme de violence.

Changing
diabetes

Crédit Photo – Manar Nabolssi

TROISIÈME PARTIE

LE LEADERSHIP (AVEC UNE TOUCHE SPÉCIALE)

À L'ORIGINE DU LEADERSHIP INFIRMIER

Le leadership est une notion familière aux soins infirmiers. Notre histoire regorge d'infirmières dont le leadership a transformé les sociétés et les systèmes. Chaque infirmière, où qu'elle soit, peut confronter son propre vécu à celui de ces leaders. Pratiquement toutes les infirmières ont entendu parler de Florence Nightingale. Si la nature de son leadership a été quelque peu occultée par les beaux discours prononcés sur sa personne, elle, était bien consciente de ce que signifie le leadership infirmier et pourquoi il compte vraiment. Elle estimait que l'éducation était un fondement essentiel de ce leadership. Elle saisissait très bien la souffrance humaine et les réalités de la vie de tous les jours servaient de point d'ancrage à son activisme. Le leadership de Nightingale était résolu et profond parce qu'elle comprenait la souffrance à travers le prisme des forces qui dépassent chaque individu. Elle percevait que bien souvent les causes et les solutions à la souffrance se situaient au niveau des systèmes comme de la société. C'est pourquoi elle les ciblait dans son engagement en tant que leader.

Aujourd'hui encore malheureusement, nous rencontrons ce genre d'histoires qui ont inspiré et aiguillonné le leadership de Nightingale. Elles sont très importantes parce qu'elles nous aident à comprendre les vrais problèmes, que nous pouvons contribuer à résoudre. Ces histoires éclairaient et nourrissaient son travail et elle comprenait que chaque histoire constituait le point de départ du changement mais que tout cela ne suffisait pas à faire évoluer le système. C'est pour cela qu'elle a systématiquement documenté ces réalités, pour les rendre accessibles et compréhensibles à celles et ceux qui peuvent amener des changements au niveau des systèmes et de la société.

Le leadership de Nightingale a pris de l'ampleur au fur et à mesure qu'elle gagnait la confiance d'un large cercle d'amis influents, mais aussi de ceux qu'elle représentait – elle ne perdait jamais de vue les raisons de son engagement. S'il s'agissait au départ de soldats sur les champs de bataille, leur nombre a augmenté jusqu'à inclure les plus vulnérables et les plus pauvres de la société britannique. Le cheminement de Nightingale a été compliqué et jonché d'obstacles ; elle a dû faire face au mépris des autres à l'égard de la souffrance humaine. Sa persévérance s'est révélée juste et a montré la voie, permettant au leadership infirmier d'aller de l'avant vers l'objectif de la santé pour tous.

Le leadership de Nightingale fournit un cadre très solide pour mieux comprendre les points de vue et les positions des alliés et des adversaires, permettant d'élaborer des stratégies informant des progrès et de supprimer les obstacles sur le chemin.

Elle a compris qu'un leadership efficace et orienté vers un but précis exige:

- d'identifier le problème
- d'être de plein pied dans la réalité
- de resituer la question dans une échelle systémique plus large
- d'agir en ayant une vision claire de la question et en s'appuyant sur des données probantes
- de gagner la confiance de ceux dont vous êtes le porte-parole et de vos interlocuteurs pour faire adhérer ceux qui ont de l'influence
- de comprendre toutes les parties prenantes, leur pouvoir et leurs positions et être prêt à persévérer pour ce qui doit être réalisé.

D'une simplicité trompeuse, l'exercice de ce leadership est déterminant pour transformer les injustices et les iniquités dont les infirmières sont témoins au quotidien en changements nécessaires pour réaliser la santé pour tous. Les infirmières à travers le monde sont peut-être les mieux placées de tous les professionnels de la santé pour se faire le porte-parole des plus vulnérables et des exclus. Nous savons que dans de nombreux pays, les soins infirmiers sont considérés comme la profession en qui l'on peut avoir le plus confiance. Y a-t-il meilleur point de départ pour le leadership que cette confiance – et le privilège et la responsabilité qui vont avec? Il est grand temps. Et nous, infirmières du monde entier, pouvons contribuer à transformer les histoires de ceux auxquels nous sommes au service en politiques et en systèmes requis pour réaliser la santé pour tous.



Étude de cas

Crédit Photo – Marco Di Lauro

SOINS INFIRMIERS ET POLITIQUES – UN RENFORCEMENT EN CONTINU – Juliana Lunguzi, Malawi

Le Malawi est confronté à un certain nombre de défis en matière de soins de santé, notamment le manque de ressources humaines, d'infrastructures sanitaires et autres, de médicaments essentiels et d'autres facteurs influant sur les déterminants sociaux de la santé, à l'instar de la pauvreté. Ainsi, les principaux besoins du pays en matière de santé concernent la santé maternelle et infantile, le VIH / sida, le paludisme et la tuberculose.¹⁰⁷

L'honorable Juliana Lunguzi est parlementaire au Malawi et représente Dedza East. En tant que spécialiste de la santé publique et infirmière diplômée d'État, Juliana possède une expérience et des connaissances importantes, très utiles au Comité et dans ses fonctions de Ministre suppléante de la santé. En tant qu'infirmière en santé publique, elle a pu constater les effets directs des déterminants de la santé sur sa collectivité. Elle utilise cette connaissance scientifique du processus morbide et des besoins globaux des personnes au sein de la collectivité pour défendre leurs intérêts.

Juliana prodigue des conseils sur l'orientation de la santé au Malawi et pousse le Gouvernement à rendre compte de la mise en œuvre de ces politiques. Elle met à la disposition du Parlement une vaste gamme de compétences ainsi qu'une vision globale de la santé. C'est ce qui ressort clairement de la manière dont elle défend les intérêts de la population dans le cadre des politiques débattues au Parlement.

Membre du Parlement, Juliana affirme qu'elle n'en reste pas moins une infirmière, et plus particulièrement une infirmière en santé publique. Elle est convaincue que son expérience en tant qu'infirmière l'a préparée à son travail de politicienne et qu'elle est bien placée pour édicter le changement permettant d'améliorer le bien-être des populations du Malawi. L'une des raisons pour lesquelles Juliana s'est lancée dans la politique réside dans le fait qu'elle voulait faire une différence «à grande échelle surtout». Dans son activité d'infirmière, elle pouvait voir les difficultés auxquelles les gens font face au quotidien. Frustrée de l'inaction des politiciens, et plutôt que de se lamenter sur leur immobilisme, elle a décidé d'agir et d'être un leader du changement.

DES AVANCÉES INNOVANTES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ POUR TOUS: LE TRAVAIL DES INFIRMIÈRES ET DU PERSONNEL INFIRMIER

Les infirmières s'adaptent en élargissant ou en réduisant leurs rôles, ou en les infléchissant, de façon créative et ingénieuse pour répondre aux conditions et aux besoins changeants des systèmes de santé dans lesquels elles évoluent.

Il y a partout des populations vulnérables et les infirmières ont trouvé des moyens de répondre à leurs besoins. En voici quelques exemples:

- les communautés rurales mal desservies (les «médecins volants» se mettent au service des infirmières effectuant des examens de santé lors des ventes de bovins dans les confins australiens ou les infirmières-spécialistes dans les communautés inuites du Canada – voir JII 2018)
- les prisonniers et les détenus (où les infirmières cherchent à fournir tout l'éventail des services, souvent du fait de problèmes liés aux déterminants sociaux de la santé)
- les réfugiés et les migrants (dans les camps en attendant leur réinstallation et à leur arrivée dans un nouveau pays)
- les personnes et les familles dans les zones de conflit (à travers des organisations comme le CICR, SOS ou MSF)
- les victimes de catastrophes naturelles ou d'origine humaine
- les populations menacées par des poussées de maladie ou des épidémies (voir p.16)
- les personnes et les familles ne pouvant pas accéder aux systèmes et aux services de soins de santé ou interagir adéquatement avec eux (infirmières pivots, aide aux familles pour leur permettre de comprendre la nécessité de l'hospitalisation, son déroulement et la transition une fois de retour chez eux)
- les populations à haut risque, où une aide est nécessaire pour une cohorte de patients spécifique (voir l'étude de cas, p. 6).

Ces exemples peuvent aider à éclairer le travail d'autres infirmières dans des situations semblables. Il existe néanmoins d'innombrables exemples non documentés et perdus pour la base de connaissances partagées participant au progrès.

Il est essentiel que nous continuions de formuler les besoins des personnes vulnérables, d'évaluer et de partager le succès des programmes que nous concevons, d'examiner et de publier des rapports sur les programmes que nous mettons en place et de faire le travail de mise à l'échelle et d'intégration des initiatives dont nous savons qu'elles donnent de bons résultats. L'approche du leadership de Nightingale nous guide en cela. L'examen des ressources de 2018 concernant la Journée internationale des infirmières permet d'en savoir plus (<https://2018.icnvoicetolead.com/>).

Les infirmières se sont également aperçues qu'il est parfois nécessaire de dépasser ses fonctions pour poursuivre la quête «infirmière» de la santé pour tous. Elles ont constaté que leur influence peut être mieux ciblée pour peser sur les décideurs politiques, en se trouvant plus près de là où les décisions sont prises. Pour ce faire, elles siègent au sein de conseils, liés à la santé ou non, mais dont les mesures se répercutent sur la santé, à l'instar des conseils scolaires, des conseils locaux, en devenant membre d'organismes de santé nationaux ou mondiaux, ou en intégrant un gouvernement.

Partout dans le monde, les infirmières se rendent compte que l'influence politique est plus efficace lorsqu'elle est au cœur même de l'élaboration des politiques, au moment où le problème est défini et les solutions proposées.

Amanda McClelland, qui a passé des années sur la crise d'Ebola en Afrique, a pris la tête des fonctions de représentation, de leadership et de défense des intérêts mondiaux de la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Basée à Genève après des années de travail sur le terrain, Amanda décrivait, en tant qu'infirmière, ce qu'elle apportait à ces débats de haut niveau.

Lors de ces réunions de haut niveau, mon rôle était de traduire, de faire remonter des informations du terrain, d'expliquer les complexités et la difficulté de mettre en œuvre concrètement ces programmes, puis de retourner sur place et de répercuter les données scientifiques ou les recommandations de ces réunions, afin que l'on puisse les mettre en œuvre sur le terrain...

J'ai ajouté un aspect de mobilisation sociale et communautaire aux débats sur la stratégie globale et il m'a progressivement été suggéré de montrer ce point de vue lors des conférences de santé publique à travers le monde. Mon message a toujours été le même: la collectivité doit être au cœur de toute planification d'urgence sanitaire. C'est incroyable comme ces conseils qui relèvent du bon sens sont souvent accueillis avec surprise.¹⁰⁴ (pp. 274-275)

Faire progresser les compétences en leadership et permettre aux infirmières de peser d'un plus grand poids sur les politiques est au cœur des activités du CII. Il est essentiel que les infirmières aient voix au chapitre dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé, pour en assurer l'efficacité et l'adéquation aux besoins réels des patients, des familles et des collectivités partout dans le monde. Les infirmières représentent la plus vaste profession de santé dans le monde. Nous travaillons dans tous les domaines où sont dispensés des soins de santé. Si l'on investit dans notre profession, nous sommes en mesure de réaliser l'objectif de la santé pour tous.



Étude de cas

Crédit Photo – Kim Harper

INFIRMIÈRES AU SEIN DES CONSEILS D'ADMINISTRATION – Kim Harper, États-Unis

La Nurses on Boards Coalition (NOBC) entend mettre en place des communautés de la santé, aux États-Unis et ailleurs dans le monde, en assurant l'intégration d'un plus grand nombre d'infirmières au sein des conseils d'administration, des comités et des commissions d'entreprise, du secteur de la santé et autres. C'est en faisant entendre la voix des infirmières dans les cercles de décisions que les soins de santé pourront s'améliorer.

La NOBC représente 28 organisations nationales de soins infirmiers et d'autres organisations cherchant à améliorer la santé au sein des sociétés grâce à une présence accrue des infirmières dans les conseils d'administration, les comités et les commissions d'entreprise et d'autres secteurs en relation avec la santé. L'objectif de la coalition est d'améliorer la santé de tous les citoyens, en assurant une place aux infirmières dans les sphères de prise de décision en matière de soins de santé. La principale stratégie consiste à occuper au moins 10 000 sièges au sein de conseils d'administration d'ici à 2020 et à faire prendre conscience que tous les conseils bénéficieraient du point de vue unique des infirmières dans la réalisation des objectifs d'une meilleure santé et de systèmes de soins de santé efficaces et efficients.

Composée de douzaines de bénévoles réparties dans la totalité des 50 États et du district de Columbia, la NOBC assure des ressources pédagogiques pour l'auto-évaluation, l'acquisition des compétences requises pour siéger à un conseil, et informe les infirmières adéquatement qualifiées sur les opportunités de postes au sein de Conseils d'administration demandeurs. Grâce à des recherches sur les compétences attendues pour siéger au sein d'un conseil, la NOBC a élaboré un modèle de compétences et un modèle de préparation aux conseils d'administration que les infirmières peuvent consulter pour se préparer à siéger dans un conseil et renforcer les qualités qu'elles possèdent déjà. La NOBC travaille également avec les conseils d'administration souhaitant pourvoir un poste afin d'identifier les candidates répondant le mieux à leurs besoins.

Cette coalition extrêmement prometteuse d'organisations de soins infirmiers a permis à des centaines de milliers d'infirmières d'œuvrer ensemble à un objectif unique: améliorer la santé des populations grâce aux infirmières présentes dans les sphères de prise de décision relatives aux soins de santé des collectivités. Le travail de la NOBC est devenu un mouvement aux États-Unis et des échanges ont lieu avec d'autres pays souhaitant reproduire ces actions.

REFERENCES

1. Ueberschlag, L. WHO's Dr Tedros: "It's Not Often You Get A Second Chance, But This Year, We Do". 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://www.healthpolicy-watch.org/whos-dr-tedros-its-not-often-you-get-a-second-chance-but-this-year-we-do/>.
2. World Health Organization. Almaty celebrates the official 40th birthday of primary health care. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <http://www.euro.who.int/en/countries/kazakhstan/news/news/2018/09/almaty-celebrates-the-official-40th-birthday-of-primary-health-care>.
3. Sheikh, K. 'Health for All' forty years on. 2018 [cited 2018 10 October]; Available from: <http://jordantimes.com/opinion/kabir-sheikh/%E2%80%98health-all%E2%80%99-forty-years>.
4. World Health Organization. Definition of health from WHO Constitution. The same is reaffirmed by the Alma Ata Declaration. 2006 [cited 2018 1 October]; Available from: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
5. WHO JI Independent High-level Commission on Noncommunicable Diseases. Time to Deliver: Report of the WHO JI Independent High-level Commission on Noncommunicable Diseases. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272710/9789241514163-eng.pdf>.
6. Mahler, H., The Meaning of "Health for All by the Year 2000". *Am J Public Health*, 2016. 106(1): p. 36-8.
7. Yamey, G., et al., Investing in Health: The Economic Case. 2016: Doha.
8. Conseil international des infirmières. The ICN code of ethics for nurses. 2012; Available from: <http://www.icn.ch/who-we-are/code-of-ethics-for-nurses/>.
9. Centre for Health Market Innovations. Rachel House Pediatric Palliative Care 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <https://healthmarketinnovations.org/program/rachel-house-pediatric-palliative-care>.
10. Rachel House. How We Began. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <http://rachel-house.org/about-us/how-we-began/>.
11. Ghebreyesus, T.A. Gender equality must be at the core of 'Health for All'. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2018/gender-equality-health-for-all/en/>.
12. Pandey, K.R., From health for all to universal health coverage: Alma Ata is still relevant. *Global Health*, 2018. 14(1): p. 62.
13. World Health Organization. What is health financing for universal coverage? 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/.
14. The Lancet, The Astana Declaration: the future of primary health care? *Lancet*, 2018. 392(10156): p. 1369.
15. Primary Health Care Research and Information Service. Introduction to primary health care. 2017 [cited 2017 31 March]; Available from: http://www.phcris.org.au/guides/about_phc.php.
16. Information is beautiful. 20th Century Death. 2012 [cited 2018 30 October]; Available from: http://infobeautiful3.s3.amazonaws.com/2013/03/iib_death_welcome_collection_fullsize.png.
17. Ghebreyesus, T.A., et al., Primary health care for the 21st century, universal health coverage, and the Sustainable Development Goals. *Lancet*, 2018. 392(10156): p. 1371-1372.
18. Morse, S.S., Public health surveillance and infectious disease detection. *Biosecurity & Bioterrorism*, 2012. 10(1): p. 6-16.
19. World Health Organization. Disease outbreaks by year. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <http://www.who.int/csr/don/archive/year/en/>.
20. Centres for Disease Control and Prevention. History of 1918 Flu Pandemic. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/1918-commemoration/1918-pandemic-history.htm>.
21. Elizabeth Hanink. Nursing During the Spanish Flu Epidemic of 1918: Fine in the morning, dead by nightfall. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://www.workingnurse.com/articles/Nursing-During-the-Spanish-Flu-Epidemic-of-1918>.
22. The United States World War One centennial Commission. Nurses We Remember. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://www.worldwar1centennial.org/JIlex.php/nurses-we-remember.html>.
23. Centres for Disease Control and Prevention. Why It Matters: The Pandemic Threat. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fieldupdates/winter-2017/why-it-matters.html>.
24. World Health Organization, The world health report 2007: a safer future: global public health security in the 21st century. 2007, WHO: Geneva.
25. Prevent Epidemics. Bringing attention to epidemic preparedness. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://preventepidemics.org/about/>.
26. World Health Organization. Ebola health worker infections. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <https://www.who.int/features/ebola/health-care-worker/en/>.
27. World Bank. Pandemic Preparedness and Health Systems Strengthening: Pandemics, which are large disease outbreaks that affect several countries, pose major health, social, and economic risks. 2018 [cited 2018 30 November]; Available from: <http://www.worldbank.org/en/topic/pandemics>.
28. JEE Alliance. Joint External Evaluation. 2018 [cited 2018 30 November]; Available from: <https://www.jeealliance.org/global-health-security-and-ihp-implementation/joint-external-evaluation-jee/>.
29. Heymann, D.L., et al., Global health security: the wider lessons from the west African Ebola virus disease epidemic. *Lancet*, 2015. 385(9980): p. 1884-901.
30. ICRC. The Issue: A humanitarian issue of critical concern. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <http://healthcarejllanger.org/the-issue/>.
31. Jain, V. and A. Alam, Redefining universal health coverage in the age of global health security. *BMJ Glob Health*, 2017. 2(2): p. e000255.
32. Decoster, K. UHC and global health security: Two sides of the same coin? 2017 [cited 2018 1 October]; Available from: <http://www.internationalhealthpolicies.org/uhc-and-global-health-security-two-sides-of-the-same-coin/>.
33. UNHCR. Figures at a Glance. 2015 [cited 2016 7 December]; Available from: <http://www.unhcr.org/en-au/figures-at-a-glance.html>.
34. Clark, H. Helen Clark: Keynote Address on "Non-communicable Diseases – a Sustainable Development Priority for Pacific Island Countries". 2016 [cited 2018 3 March]; Available from: <http://www.undp.org/content/undp/en/home/presscenter/speeches/2016/06/20/helen-clark-keynote-address-non-communicable-diseases-a-sustainable-development-priority-for-pacific-island-countries-.html>.
35. NCD Alliance. Making NCD prevention and control a priority, everywhere. 2018 [cited 2018 18 October]; Available from: <https://ncdalliance.org/>.
36. Matoto, V., et al., Burden and spectrum of disease in people with diabetes in Tonga. *Public Health Action*, 2014. 4(Suppl 1): p. S44-9.

37. Pacific Islands Report. Nearly 800 Amputations From Diabetes Complications In Fiji Last Year. 2017 [cited 2018 2 March]; Available from: <http://www.pireport.org/articles/2017/07/17/nearly-800-amputations-diabetes-complications-fiji-last-year>.
38. World Health Organization, Saving lives, spending less: A strategic response to noncommunicable diseases. 2018, WHO: Geneva.
39. Bulamu Healthcare. The State of Healthcare in Uganda. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <https://bulamuhc.org/healthcare-in-uganda/>.
40. World Health Organization. Strengthening Country Coordination of Emergency Medical Teams. 2017 [cited 2018 30 November]; Available from: https://extranet.who.int/emt/sites/default/files/EMTCC_PhotoStory.pdf
41. World Health Organization. Emergency Medical Teams. 2018 [cited 2018 30 November]; Available from: <https://extranet.who.int/emt/>
42. National Critical Care and Trauma Response Centre (NCCTRC). Bronte Martin. 2018 [cited 2018 30 November]; Available from: <https://www.nationaltraumacentre.nt.gov.au/about-us/our-people/ms-bronte-martin>
43. World Stroke Organisation. Facts and Figures about Stroke. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <https://www.world-stroke.org/component/content/article/16-forpatients/84-facts-and-figures-about-stroke>.
44. Akutu, G. Stroke Action Nigeria, WSO partner to improve access to treatment. 2017 [cited 2018 30 October]; Available from: <https://guardian.ng/features/nigerias-health-sector-is-lacking-in-stroke-services-provision/>.
45. Kane, R., R. Priester, and A. Totten, Meeting the challenge of chronic illness. 2005, Johns Hopkins University Press: Baltimore.
46. Hansen, J., et al., Living In A Country With A Strong Primary Care System Is Beneficial To People With Chronic Conditions. *Health Aff (Millwood)*, 2015. 34(9): p. 1531-7.
47. Rogers, W. and B. Veale, Primary Health Care: a scoping report. 2000, National Information Service, Department of General Practice, Flinders University: Adelaide.
48. Agency for Healthcare Research and Quality. What is care coordination? 2014 [cited 2017 20 April]; Available from: <http://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/improve/coordination/atlas2014/chapter2.htm>
49. Swerissen, H. and S. Duckett, Chronic failure in primary care. 2016, Grattan Institute.
50. Kane, J., et al., A systematic review of primary care models for non-communicable disease interventions in Sub-Saharan Africa. *BMC Fam Pract*, 2017. 18(1): p. 46.
51. World Health Organization. Patient empowerment and health care. 2009 [cited 2018 30 November]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK144022/>.
52. National Academies of Sciences, E., and Medicine., Up to 8 million deaths occur in low- and middle-income countries yearly due to poor-quality health care. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://www.sciencedaily.com/releases/2018/08/180828104034.htm>.
53. The Economist Intelligence Unit. Value-based healthcare: A global assessment. 2016 [cited 2018 30 October]; Available from: http://vbhcglobalassessment.eiu.com/wp-content/uploads/sites/27/2016/09/EIU_Medtronic_FJllings-and-Methodology.pdf
54. Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. Patient-centred care: Improving quality and safety by focusing care on patients and consumers. 2010 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/PCCC-DiscussPaper.pdf>.
55. Deloitte. Journey to value-based care. 2015 [cited 2018 30 November]; Available from: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/us/Documents/life-sciences-health-care/us-lshc-journey-to-value-based-care-final.pdf>.
56. Francis, R., Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. 2013: London.
57. Makary, M.A. and M. Daniel, Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ*, 2016. 353: p. i2139.
58. Organisation for Economic Cooperation and Development. Health at a glance 2017: OECD Indicators. 2017 [cited 2018 1 October]; Available from: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.
59. World Bank. DataBank: Service Delivery Indicators. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <http://databank.worldbank.org/data/source/service-delivery-Indicators>.
60. Leslie, H.H., et al., Effective coverage of primary care services in eight high-mortality countries. *BMJ Glob Health*, 2017. 2(3): p. e000424.
61. McCleery, M. Value-Based Care Elevates the Role of the Registered Nurse in Primary Care. 2018 [cited 2018 20 October]; Available from: <https://www.hfma.org/Content.aspx?id=54348>.
62. Willis, O. Emergency departments in 'crisis' as mental health patients left waiting: new report. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <https://www.abc.net.au/news/health/2018-10-08/emergency-department-mental-health-crisis/10344852>.
63. World Health Organization, Mental Health Atlas 2014. 2015, World Health Organization: Geneva.
64. World Health Organization. Mental disorders affect one in four people. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: https://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/.
65. Frankish, H., N. Boyce, and R. Horton, Mental health for all: a global goal. *Lancet*, 2018.
66. Our World in Data. Mental Health. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <https://ourworldindata.org/mental-health>.
67. NCD Alliance, World Federation of Mental Health, and Mental Health Innovation Network. Linking Mental Health and NCD Alliance Campaign Priorities for the 2018 United Nations High-Level Meeting on NCDs. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: https://enoughncds.com/wp-content/uploads/2018/06/Linking_Mental_Health_NCDs_HLM3_Priorities_2018.pdf.
68. World Health Organization. Premature death among people with severe mental disorders. [cited 2018 30 November]; Available from: https://www.who.int/mental_health/management/info_sheet.pdf.
69. Miller, B. Mental health patients waiting for hours, sometimes days in emergency departments. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <https://www.abc.net.au/news/2018-02-26/mental-health-patients-waiting-hours-days-in-emergency-ward/9484346>.
70. United Nations. Seventy-third session Agenda item 119: Resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2018. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/73/2.
71. European Observatory on Health Systems and Policies. Leapfrogging health systems responses to noncommunicable diseases. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <http://www.lse.ac.uk/lse-health/assets/documents/eurohealth/issues/EH-v24n1-March18.pdf>.
72. KPMG. Investing to Save: The economic benefits for Australia of Investment in Mental Health Reform. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: https://mhaustralia.org/sites/default/files/docs/investing_to_save_may_2018_-_kpmg_mental_health_australia.pdf.
73. Health Insights. Nurses in collaborative care teams. 2017 [cited 2018 30 October]; Available from: <https://healthtimes.com.au/hub/nursing-careers/6/guidance/healthinsights/nurses-in-collaborative-care-teams/2879/>.

74. Whiting, K. 4 things to know about the state of conflict today. 2018; Available from: <https://www.weforum.org/agenda/2018/09/4-things-to-know-about-conflict-today/>.
75. UNHCR. Figures at a glance. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <http://www.unhcr.org/en-us/rohingya-emergency.html>.
76. Institute for Economics & Peace. Global peace JIlex 2018: Measuring peace in a complex world. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <http://visionofhumanity.org/app/uploads/2018/06/Global-Peace-JIlex-2018-2.pdf>.
77. MSF. Impact 2017: Conflict & Violence. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://www.doctorswithoutborders.ca/impact-2017-conflict-violence>.
78. Kaldor, M., *New & old wars: Organized violence in a global era*. 2012, Polity Press: Chichester.
79. Health Systems Global. Universal Health Coverage in Crisis-Affected Contexts: The Rhetoric and the Reality. 2017 [cited 2018 1 October]; Available from: <http://www.healthsystemsglobal.org/blog/254/Universal-Health-Coverage-in-crisis-affected-contexts-the-rhetoric-and-the-reality.html>.
80. International Committee of the Red Cross. *Health Care in Danger*. 2015 [cited 2018 30 November]; Available from: <file:///C:/Users/goste/Downloads/icrc-002-4237.pdf>.
81. Thompson R and K. M., *Healthcare in Conflict Settings: Leaving No One Behind*. Doha., 2018, World Innovation Summit for Health: Qatar.
82. Nathe, M. *Workers Takes a Toll—on Us All*. 2017 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://www.intrahealth.org/vital/everyday-violence-against-health-workers-takes-toll%E2%80%94us-all>.
83. World Health Organization. *Violence against health workers*. 2018 [cited 2018 1 October]; Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/.
84. Roche, M., et al., *Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes*. *J Nurs Scholarsh*, 2010. 42(1): p. 13-22.
85. Victorian Auditor-General. *Occupational Violence Against Healthcare Workers*. 2015 [cited 2018 1 October]; Available from: https://www.parliament.vic.gov.au/file_uploads/20150506-Occ-Violence_gccfNRDF.pdf.
86. World Health Organization, *Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016–2020*. 2016, WHO: Geneva.
87. Bofoa, I.M., *The effects of workplace respect and violence on nurses' job satisfaction in Ghana: a cross-sectional survey*. *Hum Resour Health*, 2018. 16(1): p. 6.
88. World Health Organization, *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. 2016, WHO: Geneva.
89. Conseil international des infirmières. *Prevention and management of workplace violence*. 2017 [cited 2018 30 October]; Available from: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_PS_Prevention_and_management_of_workplace_violence.pdf.
90. International Labour Organization, et al., *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*. 2002, ILO: Geneva.
91. Cribb, R. *Workplace violence makes nursing one of Canada's most dangerous professions*. 2015 [cited 2018 1 October]; Available from: <https://www.thestar.com/news/canada/2015/10/31/workplace-violence-makes-nursing-one-of-canadas-most-dangerous-professions.html>.
92. Bordignon, M. and M.I. Monteiro, *Violence in the workplace in Nursing: consequences overview*. *Rev Bras Enferm*, 2016. 69(5): p. 996-999.
93. Jiao, M., et al., *Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: a cross-sectional survey*. *BMJ Open*, 2015. 5(3): p. e006719.
94. Pich, J. *Violence against nurses is on the rise, but protections remain weak*. 2017 [cited 2018 30 November]; Available from: <https://theconversation.com/violence-against-nurses-is-on-the-rise-but-protections-remain-weak-76019>.
95. Campbell, A.F. *Why Violence Against Nurses Has Spiked in the Last Decade*. *The Atlantic* 2016 [cited 2016 2 December]; Available from: <http://www.theatlantic.com/business/archive/2016/12/violence-against-nurses/509309/>.
96. HSJ and Unison. *Violence against NHS staff: a special report by HSJ and Unison*. 2018 [cited 2018 30 November]; Available from: <https://guides.hsj.co.uk/5713.guide>.
97. Czaika, M. and H. de Haas, *The globalization of migration: has the world become more migratory?*. *International Migration Review*, 2014. 48.
98. MSF. *Central America: Fleeing an invisible war*. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <https://www.msf.org.uk/article/central-america-fleeing-invisible-war>.
99. UNHCR. *Rohingya emergency*. 2018 [cited 2018 30 October]; Available from: <http://www.unhcr.org/en-us/rohingya-emergency.html>.
100. Gushulak, B. *Health, health systems, and global health: Thematic discussion paper*. 2017 [cited 2018 30 October]; Available from: https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/DMM/Migration-Health/Global%20Health%20paper%2C%20final%20Sept%202017.pdf.
101. United Nations. *General Assembly resolution 71/1, New York Declaration for Refugees and Migrants, A/RES/71/1*. 2017 [cited 2018 30 October]; Available from: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/71/1.
102. Kennedy, S., et al., *The healthy immigrant effect: Patterns and evidence from four countries*. *Journal of International Migration & Integration*, 2015. 16(2): p. 317-332.
103. World Health Organization. *Stepping up action on refugee and migrant health: Outcome document of the High-level Meeting on Refugee and Migrant Health*. 2015 [cited 2018 30 October]; Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/298196/Stepping-up-action-on-refugee-migrant-health.pdf.
104. World Health Organization. *Migrants populations, including children, at higher risk of mental health disorders*. 2017 [cited 2018 30 October]; Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2017/04/migrant-populations,-including-children,-at-higher-risk-of-mental-health-disorders>.
105. O'Donnell, C.A., et al., *Reducing the health care burden for marginalised migrants: The potential role for primary care in Europe*. *Health Policy*, 2016. 120(5): p. 495-508.
106. Hacker, K., et al., *Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review*. *Risk Manag Healthc Policy*, 2015. 8: p. 175-83.
107. AFRO WHO. *Malawi WHO Country Office: 2015 Annual Report*. 2015 [cited 2018 21 November]; Available from: <https://afro.who.int/sites/default/files/2017-06/malawi-who-country-office-2015-annual-report.pdf>.
108. McClelland, A (2017) *Emergencies Only* Sydney: Allen & Unwin.
- Gacki-Smith, J., Juarez, A. M., Boyett, L., Homeyer, C., Robinson, L., & MacLean, S. L. (2009). *Violence against nurses working in US emergency departments*. *J Nurs Adm*, 39(7-8), 340-349. doi:10.1097/NNA.0b013e3181ae97db.
- Koehn, E. (2017). *Here are Australia's 10 most dangerous jobs*. Retrieved from <https://www.smartcompany.com.au/people-human-resources/workplace-health-safety/here-are-australias-10-most-dangerous-jobs/>.
- Locke, L., Bromley, G., & Federspiel, K. (2018). *Patient violence: It's not all in a day's work*. *American Nurse Today*, 13(5), 10-13.
- Nurses Notes. (2011). *Workplace Violence*. Retrieved from <http://blog.nursesnotes.org/about/workplace-violence>.





www.icnvoicetolead.com

Pour suivre les discussions utilisez :
#VoiceToLead et **#IND2019**

www.icn.ch