

LA PROFESSION INFIRMIÈRE

UNE VOIX FAITE POUR DIRIGER
ATTEINDRE LES ODD



LE RÔLE DES INFIRMIÈRES DANS L'ATTEINTE DES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

JOURNÉE INTERNATIONALE DES INFIRMIÈRES
RESSOURCES ET TÉMOIGNAGES

CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES



TABLE DES MATIÈRES



Première partie : Introduction	4
Les Objectifs de développement durable et les soins infirmiers	5
Un monde inégal	6
Que sont les Objectifs de développement durable ?	8
Les infirmières et les Objectifs de développement durable	9
Deuxième partie : Les Objectifs de développement durable	10
Objectif 1 : Éradication de la pauvreté	11
Objectif 2 : Faim « zéro » et nutrition améliorée	14
Objectif 3 : Bonne santé et bien-être	17
Objectif 4 : Éducation de qualité	22
Objectif 5 : Égalité entre les sexes	24
Objectif 6 : Eau propre et assainissement	26
Objectif 7 : Énergie propre et d'un coût abordable	28
Objectif 8 : Travail décent et croissance économique	30
Objectif 9 : Industrie, innovation et infrastructure	33
Objectif 10 : Inégalités réduites	36
Objectif 11 : Villes et communautés durables	38
Objectif 12 : Consommation et production responsables	41
Objectif 13 : Lutte contre les changements climatiques	42
Objectif 14 : Vie aquatique	44
Objectif 15 : Vie terrestre	44
Objectif 16 : Paix, justice et institutions efficaces	45
Objectif 17 : Partenariats pour la réalisation des objectifs	47
Troisième partie : Comment pouvez-vous montrer la voie ?	50
Montrer la voie à titre individuel	52
Montrer la voie en tant que profession	54
Montrer la voie en tant que membre d'une équipe multidisciplinaire	54
Diriger et se faire entendre	55
Bibliographie	56

Tous droits réservés, y compris pour la traduction en d'autres langues. La reproduction photomécanique de cette publication, son stockage dans un système d'information, sa transmission sous quelque forme que ce soit et sa vente sont interdits sans la permission écrite du Conseil international des infirmières. De courts extraits (moins de 300 mots) peuvent être reproduits sans autorisation, à condition que la source soit indiquée.

Copyright © 2017 Conseil international des infirmières - 3, place Jean-Marteau, CH-1201 Genève (Suisse)
ISBN: 978-92-95099-42-5 / Design by ACW acw.uk.com

CHERS COLLÈGUES

Au nom du CII, nous souhaitons aux infirmières et aux infirmiers du monde entier une excellente Journée internationale des infirmières !

Cette année, le CII a choisi pour thème : « La profession infirmière : Une voix faite pour diriger – atteindre les objectifs de développement durable ». Par l'ensemble d'outils que nous publions à cette occasion, et par le site Web, la vidéo et la campagne sur les médias sociaux qui le complètent, nous voulons sensibiliser la profession infirmière à ce que sont les Objectifs de développement durable et à l'importance qu'ils revêtent pour nous. Nous voulons également sensibiliser la population, les gouvernements et les autres décideurs aux contributions que les infirmières et les infirmiers apportent déjà à la réalisation des Objectifs de développement durable.

L'ensemble d'outils donne un aperçu des Objectifs de développement durable et de leurs liens avec la profession infirmière. Il contient plus particulièrement un grand nombre d'études de cas qui témoignent du travail remarquable accompli par les personnels infirmiers dans le monde entier pour améliorer l'accès aux soins de santé, éduquer les populations et relever les défis en matière de pauvreté, de nutrition, d'accès à une énergie propre, de lutte contre les inégalités, de durabilité, d'innovation et de justice, qui relèvent tous des Objectifs de développement durable. Les personnels infirmiers – principaux prestataires de soins de santé au profit de toutes les communautés et dans tous les contextes – sont appelés à jouer un rôle central dans la réalisation des Objectifs de développement durable. Mais ils ne réussiront dans cette tâche que si les gouvernements et les dirigeants du monde entier consentent les investissements nécessaires dans la profession infirmière.

Les Objectifs de développement durable nous concernent toutes et tous, dans nos vies professionnelles comme dans nos vies privées. Les infirmières et les infirmiers peuvent exercer un impact réel, et exercent déjà un impact réel. Nous vous invitons donc, en cette Journée internationale des infirmières, à célébrer vos succès, à partager vos expériences et à élever la voix pour diriger nos efforts communs en vue de la réalisation des Objectifs de développement durable.



Judith Shamian
Présidente



Frances Hughes
Directrice générale

INTRODUCTION



Nous connaissons le mot célèbre de Gandhi : « Incarnez le changement que vous voulez voir dans le monde ». Ce mot reflète un excellent sentiment – mais il n’empêche que l’on nous reproche sans cesse de ne pas faire notre part. Les infirmières et les infirmiers, par la profession qu’ils ont choisie, consentent chaque jour de grands sacrifices pour aider autrui et sont considérés comme des personnes angéliques, compatissantes et généreuses, des modèles de comportement. Alors, que pouvons-nous faire de plus ?

Cette année, le CII a choisi pour thème de la Journée internationale des infirmières : « La profession infirmière : Une voix faite pour diriger – atteindre les objectifs de développement durable ». Est-ce à dire que le CII demande aux infirmières d’en faire davantage ? Devons-nous vraiment résoudre tous les problèmes du monde alors que nous sommes déjà surchargées, sous-payées, épuisées et privées de ressources ?

À cette question nous répondons tout simplement : mais vous le faites déjà ! C’est ce que nous voulons vous montrer cette année au moment de rendre hommage aux succès de notre profession. Vous ne réalisez peut-être pas que votre travail contribue déjà à la réalisation des Objectifs de développement durable des Nations Unies. Notre site Web, notre ensemble d’outils, notre vidéo et notre campagne sur les médias sociaux vous aideront à comprendre ce que sont ces Objectifs de développement durable, en quoi ils sont importants et comment vous, comme des millions d’autres infirmières et infirmiers dans le monde, contribuez déjà à leur succès en faisant de la santé une réalité pour des milliards d’individus.

Nous vous invitons dans ces pages à entendre les histoires des héros méconnus des soins infirmiers pour apprendre comment ils s’efforcent d’améliorer la vie de gens par des initiatives liées aux Objectifs de développement durable. À l’occasion de la Journée internationale des infirmières, nous voulons célébrer leur histoire et nous en inspirer en montrant comment elles influencent leur entourage et leurs communautés pour créer un monde en meilleure santé.

« L'apathie règne. Chaque jour qui passe voit son lot de problèmes. Mais s'il est vrai qu'il faut choisir ses combats, il importe aussi de réagir contre ce qui ne va pas. Le leadership consiste à apprendre à réagir de manière efficace. Vous ne serez pas un leader raisonnable si vous n'avez pas l'instinct de dire : "là, ça ne va pas, je dois faire quelque chose." »

– Marla Salmon, ancienne responsable des services infirmiers au Département de la santé et des services sociaux des États-Unis

1.1 LES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE ET LES SOINS INFIRMIERS

Les Objectifs de développement durable ont été adoptés par les Nations Unies en 2015 pour prendre le relais des objectifs du Millénaire pour le développement (2000-2015). Ils consistent en 17 objectifs relatifs aux grands enjeux actuels de développement, notamment mettre un terme à la pauvreté et à la faim, améliorer la santé et l'éducation et combattre les effets des changements climatiques. Les 191 États membres des Nations Unies ont décidé d'atteindre ces objectifs d'ici à 2030. La santé est au cœur du troisième objectif : « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge. » Les soins infirmiers ont clairement un rôle essentiel à jouer pour atteindre cet objectif. Mais le travail des infirmières a aussi un impact majeur sur la réalisation d'autres objectifs, notamment l'éducation et la pauvreté – ce que l'on appelle souvent les « déterminants sociaux de la santé ». Les déterminants sociaux de la santé sont les conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, travaillent et vivent, et qui influencent leur état de santé et leur vie quotidienne. Si les infirmières améliorent la santé, leur travail influence aussi, bien souvent, les déterminants sociaux de la santé. Les infirmières comprennent le lien qui existe entre les conditions de vie en général et la santé des populations et des individus. La documentation que vous lisez en ce moment, et les études de cas qu'elle contient, exposent au grand jour ce lien et expliquent pourquoi les infirmières sont importantes non seulement pour améliorer la santé individuelle mais aussi pour réaliser les Objectifs de développement durable.

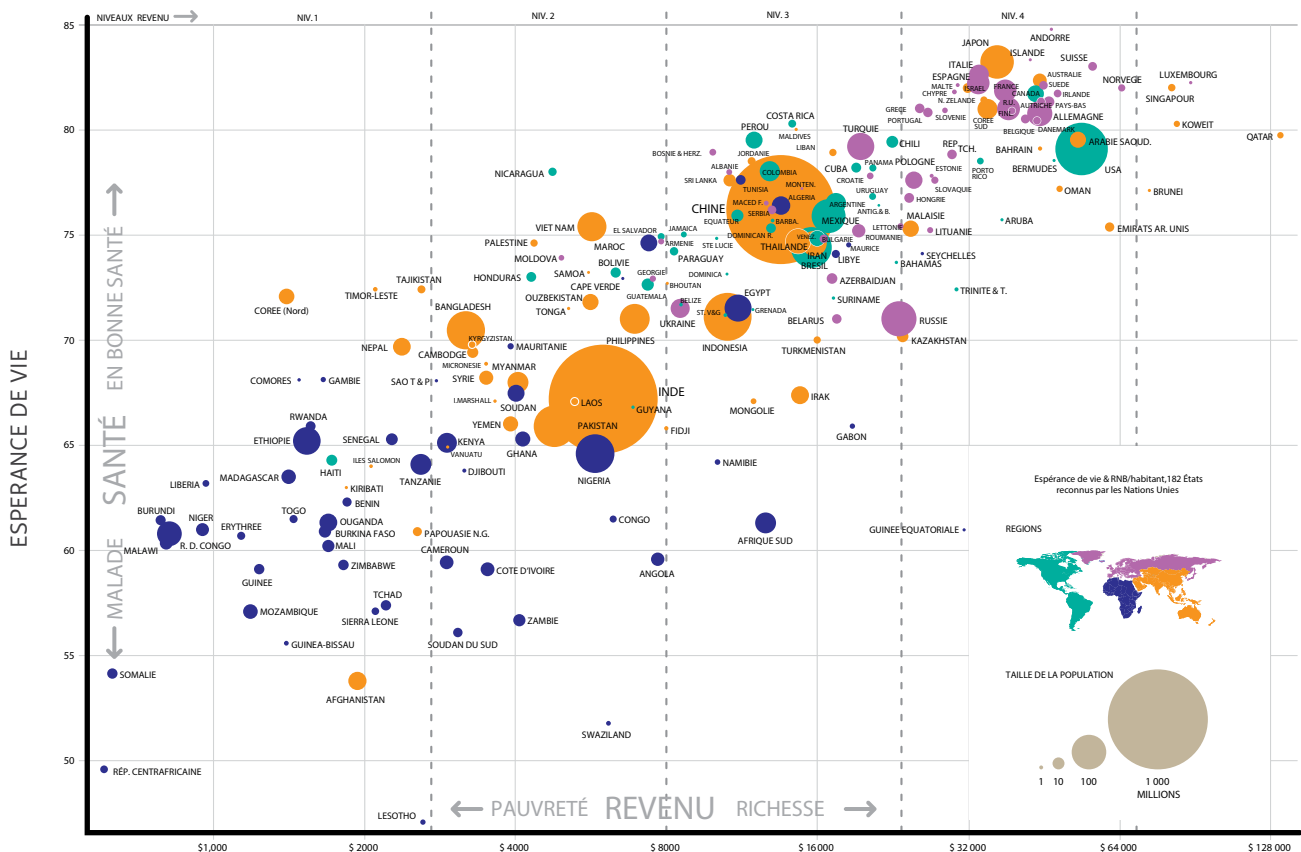


1.2 UN MONDE INÉGAL

Les précédents objectifs du Millénaire pour le développement ont beaucoup fait pour améliorer la vie de millions de personnes dans le monde. Malgré cela, l'écart ne cesse de se creuser entre les riches et les pauvres, entre les personnes malades et bien portantes, entre les personnes instruites et les personnes privées d'éducation. Les Objectifs de développement durable doivent remédier à ces inégalités entre les pays, mais aussi au sein même des pays.

Il est admis aujourd'hui que certains facteurs sociaux – éducation, statut d'emploi, niveau de revenu, sexe et origine ethnique – influencent directement l'état de santé d'une personne.

Prenons par exemple l'espérance de vie. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) fait état d'un écart de 35 ans d'espérance de vie entre les pays les mieux et les plus mal lotis (**Figure 1**). La **Figure 2** montre que cet écart existe aussi à l'intérieur des pays – et même des pays riches comme l'Angleterre !



RNB/hab. (\$ ajusté à parité de pouvoir 2011d)

Figure 1 : Espérance de vie par pays et revenu annuel

Basé sur un schéma gratuit de www.gapminder.org^[51]

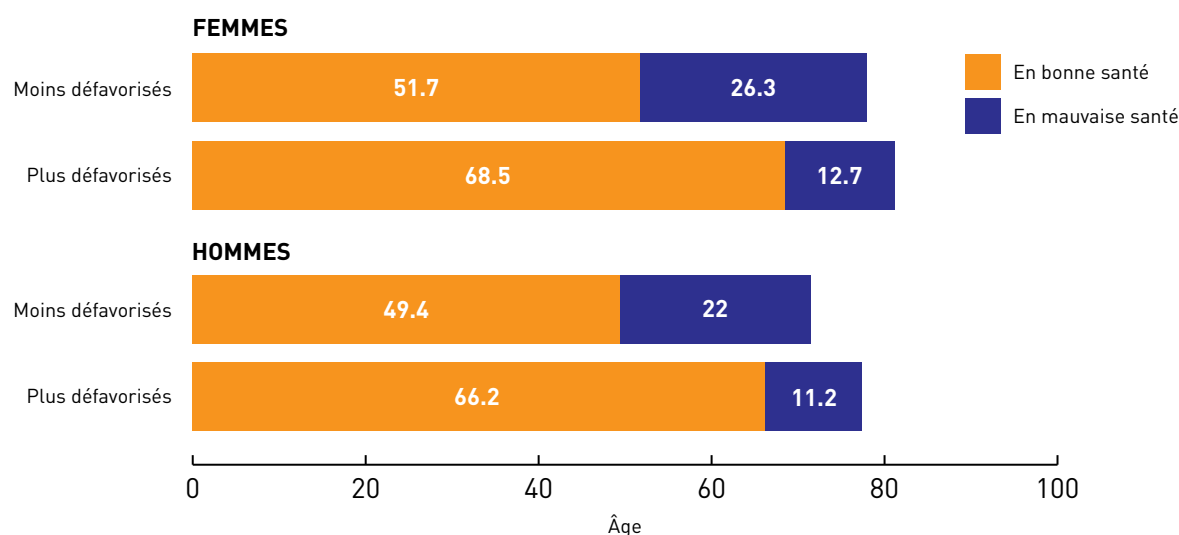


Figure 2. Espérance de vie en années, par niveau de richesse et par état de santé, Angleterre ^[5]

Mais l'espérance de vie n'est pas seulement une question de richesse ou de pauvreté : elle implique aussi la qualité de vie et les écarts observés entre les groupes sociaux et entre les niveaux de revenu. Le même phénomène s'observe partout dans le monde : au statut socio-économique faible sont associés des risques plus élevés de maladie et de mortalité prématurée.

Le problème ne consiste pas uniquement en un accès limité aux services de santé. La mauvaise santé peut être attribuée à l'inégalité des conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Ce sont les inégalités de pouvoir, d'argent, d'éducation et de ressources qui entraînent l'inégalité au quotidien. Ces éléments sont appelés les déterminants sociaux de la santé.^[17]

Équité en santé et déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé sont les conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.^[17] Ces circonstances dépendent de la répartition des moyens financiers, du pouvoir et des ressources aux niveaux mondial, national et local. Les déterminants sociaux de la santé sont largement responsables des inégalités en santé, soit les différences injustes et évitables dans l'état de santé observées au sein des pays et entre les pays.

L'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé sont au cœur du programme de développement durable après 2015 et des efforts pour la réalisation progressive de la couverture sanitaire universelle. Pour réduire les inégalités en santé, il est nécessaire d'aborder de façon intégrée et systématique les Objectifs de développement durable et la couverture sanitaire universelle.^[8]

Il faut également relever que les Objectifs associent de manière inextricable les déterminants sociaux de la santé non seulement au secteur sanitaire, mais encore à l'ensemble des secteurs gouvernementaux (agriculture, eau, logement, éducation, énergie, transports, infrastructure, développement social, protection de l'environnement, gouvernance).

Certes, le troisième objectif de développement durable porte spécifiquement sur la santé (permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) ; cependant les déterminants sociaux de la santé (les « causes des causes ») transparaissent de manière évidente dans tous les Objectifs. Notre rôle en tant qu'infirmières est de nous approprier le langage des Objectifs de développement durable, de le traduire dans le langage des priorités nationales telles que définies par nos gouvernements et enfin de mettre en évidence les liens entre ces Objectifs et les politiques publiques. Nous pouvons influencer dans une grande mesure la réalisation de la plupart des dix-sept objectifs.

S'agissant de la santé, les Objectifs de développement durable reconnaissent l'impact des déterminants sociaux sur la santé et le bien-être. L'OMS reconnaît pour sa part que les circonstances socio-économiques des individus et des groupes ont au moins autant – et souvent davantage – d'influence sur l'état de santé que les soins médicaux et les comportements personnels de santé. Parmi les principaux déterminants sociaux de la santé, citons la pauvreté, l'inégalité économique, le statut social, le stress, l'éducation et les soins dans les premières années de la vie, l'exclusion sociale, le travail et la sécurité de l'emploi, le soutien social et la sécurité alimentaire.

Dans une étude sur la charge mondiale de morbidité,^[10] montre que si les indicateurs de développement que sont le revenu, la formation et le taux de natalité sont cruciaux pour une vie en bonne santé, ils ne sont toutefois pas les seuls facteurs qui déterminent la santé. Plusieurs pays, en dépit de leurs faibles ressources, sont parvenus à améliorer la santé de leurs populations grâce à des progrès dans l'hygiène, dans la vaccination, dans la qualité de l'air respiré à l'intérieur des habitations et dans la nutrition.

L'ouverture perceptible dans le programme de développement durable reflète la nécessité d'envisager de manière globale les racines du développement économique, social et environnemental. La santé des populations engage la responsabilité non seulement du secteur de la santé, mais aussi des secteurs des transports, de l'environnement, du logement, du commerce et de l'agriculture.

1.3 QUE SONT LES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE ?

Les Objectifs de développement durable s'appuient sur le succès des objectifs du Millénaire pour le développement. Mais ils vont très au-delà et traitent d'enjeux relatifs aux populations, à notre planète, à la prospérité, à la paix et à la création de partenariats. En septembre 2015, la communauté internationale a adopté les 17 objectifs et leurs 169 cibles associées. Si ces objectifs et cibles n'ont pas force de loi,

les gouvernements n'en sont pas moins tenus de se les approprier et de créer les cadres nationaux qui permettront de les atteindre. Ces quinze prochaines années, les pays se mobiliseront pour mettre un terme à la pauvreté sous toutes ses formes, pour lutter contre les inégalités et contre les effets des changements climatiques, tout en faisant en sorte que « **personne ne soit laissé de côté.** »^[11]



« Songez à quel point sont exceptionnelles la “santé” et l’“intégrité” de corps et d’esprit. S’il est difficile pour tout un chacun d’être en bonne santé, imaginez la difficulté pour l’infirmière d’aider ses patients : elle doit, en un sens, se mettre “dans la peau” de chacun d’eux pour savoir non seulement ce qu’il veut, mais aussi ce dont il a besoin pour rester en vie et recouvrer la santé. L’infirmière devient, un instant, la conscience de l’inconscient, la volonté de vivre du suicidaire, la jambe de l’amputé, les yeux de l’aveugle, les moyens de locomotion du nouveau-né, les connaissances et la confiance de la jeune mère, la voix de ceux qui sont trop faibles ou timides pour parler... »^[14]

– Virginia Henderson

1.4 LES INFIRMIÈRES ET LES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

Peut-être vous demandez-vous toujours en quoi votre contribution est importante pour la réalisation des Objectifs de développement durable... Plusieurs raisons en réalité expliquent pourquoi les personnels infirmiers doivent tous se préoccuper des Objectifs de développement durable.

1. LES INFIRMIÈRES PRENNENT SOIN D'AUTRUI

Les infirmières entrent dans la profession pour améliorer la santé des personnes et des populations. C'est la base des soins infirmiers. Comme dit le CII dans sa définition de la profession infirmière,^[171] **« les soins infirmiers consistent dans la promotion de la santé, la prévention de la maladie, les soins aux personnes physiquement et mentalement mal portantes et aux personnes handicapées de tous âges, dans tous les contextes de soins primaires, secondaires et tertiaires, y compris les soins communautaires. Dans le champ très vaste des soins de santé, l'infirmière est concernée au premier chef par les réactions des individus, des familles et des collectivités à leurs problèmes de santé existants ou potentiels. »** En tant qu'infirmières, c'est à juste titre que nous sommes concernées par la naissance et la croissance des enfants, et par les conditions de travail, de vie et de vieillissement des adultes.

2. C'EST LA BONNE FAÇON D'AGIR

La dynamique sous-jacente aux Objectifs de développement durable est la justice sociale. Nous devons connaître les Objectifs et y contribuer parce que c'est la bonne façon d'agir. Nous sommes en mesure de prévenir les décès maternels et infantiles, de mettre un terme à la pauvreté, d'améliorer la qualité de vie, de faire en sorte que les enfants vont à l'école, de faire cesser la violence et l'oppression, et d'obtenir la justice. Les Objectifs de développement durable nous donnent l'occasion d'appliquer nos connaissances d'infirmières pour créer un monde meilleur et en bonne santé.

3. LE CHANGEMENT EST POSSIBLE

Les objectifs du Millénaire pour le développement ont permis au monde de réaliser des progrès spectaculaires s'agissant de l'espérance de vie, de la baisse de la mortalité infantile, de la scolarisation d'enfants toujours plus nombreux, de la réduction de la pauvreté extrême et de l'accès à l'eau propre et à l'assainissement. S'il est vrai que les cibles ambitieuses associées aux Objectifs de développement durable entraînent un certain scepticisme, les objectifs du Millénaire pour le développement nous ont montré qu'il est possible de faire des progrès et que la vie d'innombrables personnes en bénéficiera.^[11]


4. IL S'AGIT DE NOTRE SANTÉ

Les Objectifs de développement durable ne concernent pas seulement les personnes vivant dans les pays à faible revenu. Ils nous affectent toutes et tous. La réalisation des cibles améliorera la vie des membres de nos communautés et de nos familles, et même notre propre santé. Les Objectifs de développement durable sont importants parce que nous sommes tous importants.



« Les personnels infirmiers répondent aux besoins de santé des personnes dans tous les contextes et tout au long de la vie. Ils jouent un rôle crucial pour réaliser les initiatives mondiales telles que la couverture sanitaire universelle et les objectifs de développement durable. »

– Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS^[172]



« L'état de santé des citoyens d'un pays en dit long sur la mesure dans laquelle leurs besoins sont comblés, autrement dit la manière dont ce pays crée les conditions qui permettront aux citoyens de mener des vies épanouies. »

– Michael Marmot, Président de l'Association médicale mondiale, 2015-2016^[17]

DEUXIÈME PARTIE

LES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

©John Donnelly / World Bank

Les inégalités sociales se manifestent dans de très nombreux domaines : âge, sexe, race, origine ethnique, religion, langue et santé mentale et physique. Certains groupes sociaux sont particulièrement désavantagés, notamment les personnes sans abri, les migrants, les réfugiés et les demandeurs d'asile. De nombreuses personnes vivent dans la pauvreté absolue, sans aucun soutien financier. Ces inégalités interagissent de manière complexe et déterminent la manière dont les individus naissent, grandissent, vivent et vieillissent. Elles affectent leur santé et leur bien-être, ainsi que leurs chances de réaliser leur potentiel.^[16]

Le présent chapitre montre, grâce à des exemples collectés par le CII, comment les Objectifs de développement durable ont un impact profond sur la santé des individus, des communautés et des pays.



©Scott Wallace / World Bank

OBJECTIF 1 : ÉRADICATION DE LA PAUVRETÉ

Amelie s'est suicidée en mars 2016. Elle avait 10 ans. Dans sa petite communauté de Looma de l'ouest de l'Australie, elle était la dix-neuvième personne à s'ôter la vie en trois mois.^[173] La mort d'un enfant est tragique, surtout quand elle est de son propre fait. S'il importe de tenir compte des circonstances privées qui entourent la mort d'Amelie, il n'en faut pas moins envisager aussi son contexte général. Le taux de suicide chez les jeunes filles aborigènes en Australie est six fois supérieur à celui des jeunes filles non aborigènes. Chez les garçons, le taux de suicide est quatre fois supérieur chez les Aborigènes.^[178] Pourquoi les jeunes Aborigènes sont-ils si nombreux à mettre fin à leurs souffrances de manière aussi dramatique ?

Sir Michael Marmot^[17] définit le suicide comme « une réaction face à un sentiment d'impuissance – une tentative ultime et désespérée de maîtriser une situation devenue incontrôlable ». Le contrôle de son propre destin peut être perçu sous l'angle matériel (moyens financiers nécessaires pour acheter des biens de base tels que la nourriture), psycho-social (moyens de contrôler sa propre vie) et politique (capacité de s'exprimer). La population autochtone de l'Australie se sent impuissante à ces trois titres, comme les personnes désavantagées en général. Le sentiment d'impuissance n'est pas limité à une région. Universel, il détermine non seulement le suicide mais aussi la santé et le bien-être.

La pauvreté est souvent l'ingrédient empoisonné qui crée ce sentiment d'impuissance. La pauvreté affecte la hiérarchie sociale et limite en particulier le développement intellectuel et social des enfants. Dès le plus jeune âge, les conditions sont mises en place qui interdisent à certaines personnes de réaliser leur potentiel. Les faits marquants du début de la vie déterminent dans une grande mesure la vie ultérieure. Les difficultés dans la petite enfance sont ainsi associées à de nombreux désavantages : moins de chances de recevoir une bonne éducation puis d'avoir un travail intéressant, un revenu plus bas, des environnements moins favorables, un mauvais régime alimentaire, un risque supérieur de tabagisme et de consommation d'alcool et de drogues.^[17]

Certaines personnes se heurtent, dès leur plus jeune âge, à des limites qui réduisent leur capacité de jouir des libertés fondamentales qui donnent son sens à la vie et maximisent la santé. La pauvreté déclenche un enchaînement de circonstances dont il est difficile pour quiconque de sortir. Elle perturbe les conditions sociales au sein desquelles les personnes se développent, vivent et vieillissent.^[17]

La pauvreté a également des effets immédiats sur la santé. Elle est en corrélation évidente avec la capacité de se nourrir, de se vêtir et de se loger. Mais la pauvreté affecte aussi la capacité d'une personne d'accéder aux services de santé et de recevoir le traitement qui lui permettront de recouvrer la santé.

Tout au long de l'histoire des soins infirmiers, on a pu soutenir que les infirmières ont été au premier plan des soins et du travail avec les personnes les plus vulnérables et impuissantes. Nous connaissons tous des infirmières prêtes à travailler à la limite du sacrifice pour améliorer la santé d'autrui. Des collègues soignent des prisonniers, quelque crime qu'ils aient pu commettre ; d'autres travaillent dans les rues au contact des personnes sans abri ; d'autres encore prodiguent leurs soins dans des unités mobiles installées dans des camionnettes. Les infirmières prennent en charge tous ceux qui franchissent la porte d'un hôpital et se mettent aussi bien au service des patients dans les endroits les plus reculés et démunis de la planète.

Les soins ainsi prodigués ont non seulement des effets positifs pour la santé, ils font aussi avancer la profession infirmière elle-même. Les infirmières sont souvent appelées à combler le vide là où aucune autre profession ne veut ou ne peut travailler. Cette réalité a changé notre perception – ainsi que celle du public – des rôles et responsabilités des infirmières et a entraîné des modifications de nos domaines de pratique. L'action des infirmières en fait également des témoins directs des causes de la maladie. La voix des soins infirmiers commande le respect car notre profession considère les besoins de santé du patient au-delà du diagnostic médical.

ÉTUDE DE CAS 1.1 : PARTENARIATS INFIRMIÈRES-FAMILLES DANS LES QUARTIERS URBAINS DES ÉTATS-UNIS

« Les infirmières doivent abattre les cloisons entre les professions pour concevoir des interventions d'un bon rapport coût-efficacité afin d'améliorer la vie des patients ayant des besoins sanitaires et sociaux complexes. » - Dr Katherine Kinsey

Le Dr. Katherine K. Kinsey, PhD, RN, FAAN, infirmière, est administratrice et enquêtrice principale auprès des programmes de santé maternelle et infantile à domicile organisés par le National Nurse-Led Care Consortium (NNCC).

Par ses politiques, ses consultations et ses initiatives innovantes, le Consortium soutient des modèles de soins gérés par des infirmières. Deux de ses plus récents succès sont le Philadelphia Nurse Family Partnership (partenariat infirmière-famille, NFP) et le Mabel Morris Family Home Visit Program (programme de santé maternelle et infantile à domicile). Ces deux initiatives basées sur des éléments probants et centrées sur la petite enfance visent des femmes à faible revenu et leurs enfants dans certains des quartiers urbains les plus défavorisés des États-Unis.

Dirigés par des infirmières de santé publique, ces programmes consistent en visites à domicile et en mesures de soutien et d'éducation pour des femmes à faible revenu ayant de jeunes enfants à charge et habitant à Philadelphie (Pennsylvanie). Chaque année, le service prodigue des soins et un soutien à plus de 700 mères et à leurs enfants. La plupart des clientes sont des mères adolescentes afro-américaines (73 %) ou hispaniques (21 %). Leur revenu annuel moyen est inférieur à six mille dollars des États-Unis.

Les bénéficiaires sont en majorité des jeunes femmes enceintes de leur premier enfant. Tout au long du programme, chaque cliente reçoit entre 30 et 50 visites d'une infirmière. Ces visites ont trois objectifs : une grossesse et un accouchement en bonne santé ; la santé et le développement du bébé ; et la vision et les buts de la mère pour l'avenir.

Au fil des ans, les infirmières en charge des visites ont constaté une augmentation du nombre des femmes enceintes en situation de crise, inquiètes pour leur sécurité alimentaire et physique et confrontées à des problèmes de logement et liés à la pauvreté. Plus de 90 % des mères ont vécu trois ou plusieurs expériences difficiles pendant leur enfance : violence physique, sexuelle ou verbale, cohabitation avec un proche atteint de maladie mentale, membre de la famille en détention ou encore confrontation à la violence familiale. Environ 45 % des mères présentent des symptômes de dépression périnatale à leur entrée dans le programme.

Cette évolution a entraîné la conception d'un nouveau partenariat alliant l'assistance juridique et les soins infirmiers.

« Nous avons cherché à établir un nouveau lien avec l'organisation non gouvernementale Health, Education, and Legal Assistance Project : A Medical-Legal Partnership, qui dispose d'une expérience unique dans l'offre de services juridiques gratuits aux mères à faible revenu. Ensemble, nous avons lancé le Nursing-Legal Partnership, » explique le Dr Kinsey.

Dans cette approche, des avocats collaborent étroitement avec des infirmières pour faire en sorte que les jeunes mères aient la possibilité d'élever leurs enfants dans des foyers sûrs et salubres, avec un accès garanti aux prestations publiques. Elles acquièrent de nouvelles compétences à l'appui du développement socioémotionnel et physique de leurs enfants tout en bénéficiant d'une assistance juridique, de telle sorte que les besoins fondamentaux des familles sont remplis. Les infirmières de référence aident aussi de nombreuses jeunes femmes à formuler, pour la première fois, des objectifs personnels.

À ce jour, les infirmières ont effectué des visites chez plus de 3500 femmes et leurs enfants.

La compétence des infirmières diplômées engagées dans le projet est cruciale pour gagner la confiance d'une future mère. L'infirmière l'aidera à surmonter les difficultés émotionnelles, sociales et physiques auxquelles elle est confrontée alors qu'elle se prépare à accoucher dans de bonnes conditions sanitaires. Mais ce soutien avant la naissance n'est qu'un point de départ : l'infirmière continuera en effet à soutenir sa cliente après l'accouchement, en lui enseignant des compétences parentales et de vie qui assureront le développement harmonieux de la mère et de son enfant.

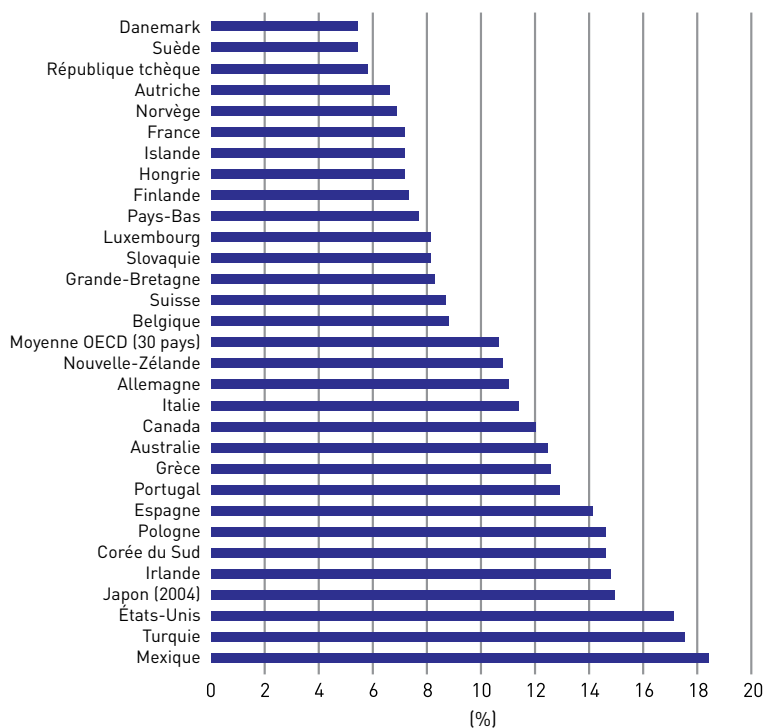
Des avocats spécialisés dans le droit social, de la santé, du logement, de la consommation et d'autres domaines représentent les clientes et collaborent avec les infirmières pour lever les obstacles juridiques potentiellement néfastes pour la santé constatés lors des premiers entretiens avec les clientes.

« L'intervention d'une équipe professionnelle pluridisciplinaire est nécessaire pour briser le cycle de la pauvreté. Nous avons imaginé un modèle infirmier capable de faire le lien entre les services sanitaires, sociaux et de soutien, et de coordonner leur réponse aux besoins des familles. Les soins infirmiers mettant l'accent sur les soins holistiques, les infirmières travaillent de manière naturelle au croisement des services de santé et sociaux », souligne enfin le Dr Kinsey.

Par : Dr Katherine K. Kinsey, directrice du National Nurse-Led Care Consortium (NNCC), Philadelphia Nurse-Family Partnership et du Mabel Morris Family Home Visit Program.



Taux de pauvreté relative
 La pauvreté ne concerne pas seulement les pays à revenu faible ou moyen. C'est un phénomène mondial. Le fait que des personnes disposent de davantage de moyens financiers dans certains pays ne signifie pas nécessairement qu'elles ont les ressources nécessaires pour mener un mode de vie sain. La pauvreté relative, définie par rapport aux membres d'une société donnée, varie selon les pays. Les personnes s'appauvrissent quand elles ne sont pas en mesure de suivre le niveau de vie d'une société donnée.^[18]



Ainsi exprimée, une grande partie de la population du monde entier vit dans la pauvreté. La Figure 3 montre les taux de pauvreté relatifs dans les pays de l'OCDE.

Figure 3. Taux de pauvreté relative dans les pays de l'OCDE, milieu des années 2000^[19]



CHAQUE JOUR EN 2014, 42 000 PERSONNES ont dû abandonner leur foyer pour être à l'abri d'un conflit.^[20]



LES PEUPLES AUTOCHTONES représentent environ **5 %** de la population mondiale mais **15 %** des pauvres.^[21]



DANS LE MONDE, 1.2 MILLIARD DE PERSONNES (22 % de la population mondiale) vivent avec moins d'1.25 dollar par jour. Avec un seuil de pauvreté à 2.5 dollars par jour, le taux de pauvreté mondial serait d'environ **50 %, soit 2.7 MILLIARDS DE PERSONNES.**^[22]



Dans les pays en développement (où vivent 92 % des enfants), **7 ENFANTS SUR 100 NE SURVIVENT PAS AU-DELÀ DE L'ÂGE DE 5 ANS.**^[21]



UN TIERS DES PAUVRES dans le monde en développement sont des enfants âgés de 0 à 12 ans.^[21]



OBJECTIF 2 : FAIM « ZÉRO » ET NUTRITION AMÉLIORÉE

Le monde actuel est confronté à peu de problèmes aussi graves que celui de la malnutrition : elle affecte une personne sur trois et, selon les estimations, est la cause sous-jacente de 45 % des décès d'enfants.^[24]

La malnutrition empêche les individus de réaliser leur plein potentiel. Elle se manifeste de nombreuses manières : croissance et développement ralentis des enfants ; propagation des infections ; problèmes de surpoids ou maladies chroniques dues à un apport augmenté en sel, en matières grasses ou en sucre ; et carences en vitamines et minéraux importants.

Les enfants souffrant de malnutrition rencontrent souvent des difficultés scolaires, ce qui limite leurs perspectives d'avenir professionnel. Les adultes souffrant de malnutrition sont moins aptes à travailler, à contribuer à l'économie locale et à prendre soin de leurs familles. Les mères souffrant de malnutrition sont susceptibles d'avoir des enfants en situation d'insuffisance pondérale. Ces derniers, à leur tour, courent un risque plus élevé de souffrir de déficiences physiques et cognitives. Cette situation perpétue le cycle de la pauvreté et de la stagnation économique.^[25] Le problème est tellement préoccupant que l'Organisation mondiale de la Santé considère que la malnutrition est la plus importante menace pour la santé mondiale.^[26]

Bien qu'il soit incorrect de simplement additionner le nombre de personnes souffrant des différents types de malnutrition (car une même personne peut souffrir de plus d'un type), le niveau de malnutrition est stupéfiant.^[26]

SUR UNE POPULATION MONDIALE DE 7 MILLIARDS D'ÊTRES HUMAINS



Environ 2 milliards de personnes en insuffisance de micronutriments



Environ 800 millions de personnes en déficience calorique

SUR 5 MILLIARDS D'ADULTES



Près de 2 milliards d'adultes en surpoids ou obèses



Un adulte sur 12 atteint de diabète de type 2

SUR 667 MILLIONS D'ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS DANS LE MONDE



159 millions d'enfants trop petits pour leur âge (en retard de croissance)



50 millions d'enfants trop légers pour leur taille (décharnés)



41 millions d'enfants en surpoids

57 PAYS SUR 129 DOCUMENTÉS

connaissent des problèmes de surpoids chez les adultes (y compris obésité) en même temps que de sous-nutrition^[26]



©Maria Fleischmann / World Bank

Les conséquences économiques de la malnutrition sont graves. Les Nations Unies évaluent le coût économique de la malnutrition à 3500 milliards de dollars par an. En Afrique et en Asie, on estime que la malnutrition entraîne la perte de 11 % du produit intérieur brut annuel. Chaque dollar investi dans la prévention de la malnutrition dans ces régions entraîne un rendement de 16 dollars.^[26]

Le coût de la malnutrition^[25]



Le coût économique de la malnutrition, à l'échelle mondiale, est estimé à 3.5 trillions d'USD par an



Dénutrition et carences en micronutriments coûtent jusqu'à 2.1 trillions par an



Le coût des maladies non transmissibles liées à l'obésité et au surpoids a été estimé à 1.4 trillion d'USD en 2010



La malnutrition de la mère et de l'enfant est le problème de santé lié à la nutrition qui constitue de loin la charge la plus importante au niveau mondial

Les gouvernements du monde entier cherchent des moyens de résoudre ce problème complexe. Les infirmières apportent une contribution vitale aux progrès dans ce domaine. Elles travaillent en effet dans des secteurs où elles peuvent identifier et traiter les personnes à risque de malnutrition, élaborer de nouveaux modèles de soins pour remédier au problème, adapter les plans de traitement aux conditions

de vie des patients, concevoir des politiques et soutenir des amendements aux lois. Dans certains cas, les infirmières utilisent les médias pour informer le grand public et ainsi influencer les décisions politiques. Les infirmières sont en première ligne de la réalisation de l'objectif consistant à éliminer la malnutrition.

ÉTUDE DE CAS 2.1 : ACCÈS À L'AIDE ALIMENTAIRE EN SYRIE

Khaled Naanaa était infirmier dans la ville de Madaya, en Syrie. En juillet 2015, le régime syrien et ses alliés avaient complètement encerclé la ville par des points de contrôle et des mines, piégeant la population et interdisant l'entrée de toute denrée alimentaire. L'accès à la nourriture était devenu très difficile, au point que plusieurs patients hospitalisés dans l'établissement où travaillait Khaled étaient morts d'inanition. Khaled prit contact avec les Nations Unies pour demander une aide alimentaire d'urgence.

Mais, malgré des demandes répétées, le régime syrien refusait l'accès des Nations Unies à la ville. Khaled a alors envoyé des vidéos et des photos aux médias. Les images sont rapidement devenues virales et ont fait les gros titres en Europe. Elles sont également parvenues aux Nations Unies à New York. Sous la pression, le Gouvernement syrien a finalement autorisé l'entrée d'un convoi humanitaire des Nations Unies dans Madaya. Malheureusement, 28 habitants, dont six bébés, ont succombé à la famine avant l'arrivée de cette aide.^[30]

ÉTUDE DE CAS 2.2 : PRISE EN CHARGE INFIRMIÈRE DE L'OBÉSITÉ SÉVÈRE, AUSTRALIE

« Un programme de soins individualisés gérés par des infirmières pour un contrôle plus étroit de l'évaluation clinique et pour améliorer les résultats cliniques. » - Shirley Lockie

Soixante-six pourcent de la population australienne souffre de surpoids ou d'obésité mais seulement 2 % des personnes concernées bénéficient de services de chirurgie bariatrique. Dans le système public, le temps d'attente pour ces interventions dépasse trois ans. Sans assurance maladie, il n'y a rien d'autre à faire que d'attendre – alors même que votre santé se dégrade.

Shirley Lockie est une infirmière assistante australienne spécialisée en soins pré et post-opératoires bariatriques et généraux. Elle a élaboré un programme complet de suivi et d'orientation des patients devant subir une intervention de chirurgie bariatrique. L'équipe d'intervention consiste en un chirurgien, un diététicien, un psychologue et un coordonnateur de la prise en charge pré et post-opératoire. Continuité des soins, évaluation permanente, planification et communication garantissent la meilleure prise en charge possible des personnes devant subir une intervention de chirurgie bariatrique.

Exemple typique de patient se présentant à la clinique : une femme superobèse atteinte de diabète de type 2, d'hyperlipidémie, d'hyperparathyroïdie et d'hypothyroïdie. Bipolaire, la patiente souffre également de reflux gastro-oesophagien et d'apnée du sommeil. Sans moyens financiers, la patiente consulte dans un centre tertiaire de prise en charge médicale de l'obésité.

Shirley collabore avec l'équipe de santé en charge de la patiente (généraliste, endocrinologue, anesthésiste, chirurgien, diététicien et psychologue) pour définir un schéma de traitement, identifier les risques (effets secondaires du lithium, nausée après opération) et assurer une bonne gestion du diabète. Des protocoles sont définis pour que la patiente sache à quel moment consulter l'endocrinologue et le généraliste pour surveiller son diabète et son hypertension.

Dans le cas cité, un an après l'opération, la patiente a perdu 72 kg, son diabète et son hypertension sont traités et elle suit un programme de gestion des macronutriments. La patiente a vendu sa chaise roulante et s'est inscrite à une formation de réceptionniste médicale.

Par Shirley Lockie, directrice, services pré- et post-opératoires



© Dominic Chavez / World Bank

OBJECTIF 3 : BONNE SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Le monde a subi des bouleversements profonds ces dernières années. Colère contre les élites politiques, devises à la dérive, économies instables, conflits prolongés, tensions ethniques et actes de violence inexplicables. Le terrorisme organisé constitue une menace mondiale et imprévisible. La société n'est pas seule à évoluer rapidement, notre cadre de vie change lui aussi : réchauffement climatique, antibiotiques moins efficaces, progression des inégalités de revenu et explosion des coûts de la santé. Si des progrès sont en train d'être réalisés dans le domaine sanitaire, des écarts persistent entre les pays et au sein des pays en ce qui concerne l'espérance et la qualité de vie.^[34]

Les objectifs du Millénaire pour le développement ont montré que des progrès sont possibles dans le développement, la santé et les résultats de santé. Mais nous voyons déjà apparaître de nouveaux défis. Pour la première fois, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans va dépasser le nombre d'enfants de moins de 5 ans.^[47] Nous constatons aussi un mouvement des régions rurales vers les villes, où vit maintenant plus de la moitié de la population mondiale. Ces nouvelles caractéristiques démographiques sont en train de modifier les profils et problèmes sanitaires.

Aujourd'hui, pour la première fois dans l'histoire, les maladies non transmissibles ont dépassé les maladies contagieuses comme premier facteur de mortalité au niveau mondial. La croissance économique, la modernisation et l'urbanisation facilitent grandement la propagation des modes de vie peu propices à la santé.^[10] Les systèmes de santé étant généralement conçus pour réagir aux infections aiguës, l'évolution actuelle du profil des maladies signifie que de nombreux systèmes ne sont pas prêts à prodiguer des soins à long terme, parfois tout au long de la vie.

Il est important de réfléchir au moyen d'améliorer la qualité de la santé mentale et physique tout au long de la vie. Les preuves disponibles montrent que les personnes atteintes de troubles de santé mentale sont davantage exposées aux maladies transmissibles et non transmissibles ; simultanément, elles sont moins susceptibles de recevoir les soins de santé dont elles ont besoin pour gérer ce type de maladies. Le problème de la santé mentale a été trop longtemps absent de l'ordre du jour international.^[34]

La santé a été reconnue comme l'un des droits fondamentaux de tout être humain en 1946. Malgré cette reconnaissance par la Constitution de l'OMS^[2] et par plusieurs instruments internationaux des droits de l'homme, des centaines de millions de personnes dans le monde n'ont toujours pas accès aux services de santé vitaux et risquent de tomber dans la pauvreté après avoir payé les soins dont elles ont besoin. Plus de cent pays ont commencé à travailler à l'instauration de la couverture sanitaire universelle pour remédier à cette situation.

« C'est une folie de prétendre que la santé des individus serait déconnectée de leurs conditions sociales. Aucun patient, assuré ou non, ne devrait se voir refuser l'accès aux soins, quel que soit son état de santé. C'est ma conviction profonde, que je me bats pour appliquer tous les jours de ma carrière professionnelle. »

– Ruth Lubic, infirmière et sage-femme, cofondatrice de la National Association of Childbearing Centres^[32]

Les principes de la couverture sanitaire universelle sont :



Le Dr Margaret Chan, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, a observé à ce propos que

« la couverture sanitaire universelle est, parmi toutes les mesures possibles, l'un des facteurs d'égalité sociale les plus puissants. Elle est l'expression suprême de la justice. La santé publique a les moyens d'aider notre monde agité et déséquilibré par l'intermédiaire de systèmes de santé ouverts et en bon état de fonctionnement qui contribuent à la cohésion, à l'équité et à la stabilité sociale. Les systèmes de santé de ce type préservent l'unité des sociétés et permettent de réduire les tensions sociales. »^[34]

La couverture sanitaire universelle a de nombreux effets positifs : travailleurs plus efficaces, enfants moins souvent absents de l'école, recul de la pauvreté et de l'inégalité, sociétés plus harmonieuses et croissance plus robuste et durable. Au point de vue économique, la couverture sanitaire universelle est un bon investissement. L'OMS estime que chaque dollar investi dans la santé des pays en voie de développement génère entre 9 et 20 dollars de croissance.^[35]

La profession infirmière défend depuis longtemps la couverture sanitaire universelle. Le Code déontologique du CII pour la profession infirmière^[36] appelle ainsi les infirmières à plaider « pour l'équité et pour la justice sociale dans la répartition des ressources et dans l'accès aux soins de santé et aux autres services sociaux et économiques ». Les infirmières sont engagées en faveur de la couverture sanitaire universelle. Elles ont conscience des tendances dans les soins de santé, de leurs coûts ainsi que des exigences accrues placées dans la pratique quotidienne des soins infirmiers.

En dépit de ce que les infirmières peuvent offrir, la profession est soumise à des contraintes. Certains obstacles de nature réglementaire et institutionnelle imposent ainsi des limites au domaine de pratique des infirmières. Ces obstacles doivent être levés de telle sorte que les systèmes de santé puissent tirer parti de tous les avantages liés à la formation, aux compétences, à l'expérience et aux connaissances des infirmières.

D'autres contraintes relèvent d'attitudes parfois solidement ancrées dans les opinions et les politiques des associations nationales de médecins. Certains professionnels de la médecine estiment que permettre aux infirmières d'exercer dans toute l'étendue de leur domaine de pratique pourrait nuire à la qualité des soins. Cette opinion est largement contredite par les preuves qui démontrent que les infirmières prodiguent des soins de qualité, d'un bon rapport coût-efficacité et accessibles, avec des résultats cliniques et un taux de satisfaction des patients au moins aussi bons que ceux atteints par le corps médical.^[37]

Mais la maximisation du potentiel des soins infirmiers ne suffira pas, à elle seule, à résoudre le problème. Comme le souligne l'OMS, « pas de santé sans ressources humaines ».^[38]

Pour atteindre la couverture sanitaire universelle, il faudra investir davantage dans le renforcement des ressources humaines pour les soins infirmiers, de manière à disposer d'effectifs suffisants et prêts à remplir leur mission. Sans investissement soutenu dans les ressources humaines, il ne sera pas possible de parvenir à la couverture de santé universelle ni de la maintenir, en termes d'accessibilité et de qualité des soins prodigués.

La couverture sanitaire universelle ne pourra être réalisée qu'avec le leadership et l'apport des personnels infirmiers. Il faudra pour cela assurer la participation des infirmières au-delà de la seule pratique clinique. Les responsables de la profession infirmière devront être associés aux mesures politiques et économiques ainsi qu'aux réformes adoptées aux niveaux local, national et mondial.

ÉTUDE DE CAS 3.1 : SOUTIEN AU TRAVAIL DES INFIRMIÈRES, CUBA

« Pour les infirmières, la meilleure manière de soutenir le développement de la profession consiste à instaurer un climat de coopération dans des lieux de travail valorisants et stimulants, dans le cadre d'une réflexion éthique et interdisciplinaire. » - Dr Idalmis G. Infante

Le système de santé cubain est réputé dans le monde entier pour son excellence et son efficacité. Malgré les ressources limitées dont elle dispose du fait des sanctions commerciales qui la frappent depuis les années 1960, Cuba est parvenue à garantir l'accès aux soins à tous les segments de la population et à obtenir des résultats en matière de santé et de bien-être parmi les meilleurs au monde.^[39]

Plus que tout autre État, Cuba envoie ses personnels médicaux en grand nombre dans les pays à revenu bas à moyen pour les aider à renforcer leur système de santé. Cuba a ainsi été parmi les premiers pays à réagir à la crise d'Ébola en Afrique de l'Ouest.^[40]

Le succès du système de santé cubain est à mettre au compte de son approche préventive des soins. Pour le Dr. Idalmis G. Infante Ochoa, Infirmière générale de Cuba, le succès du système de santé cubain repose en grande partie sur son personnel infirmier. Les infirmières mettent l'accent sur des soins personnalisés, complets et de qualité, ainsi que sur l'utilisation rationnelle des ressources humaines et techniques, grâce à un climat de travail positif, conformément aux normes de la pratique professionnelle compétente et responsable.

Les autorités cubaines soutiennent la profession infirmière et reconnaissent son importance dans les prises de décision. Des infirmières participent activement à l'élaboration des politiques et aux prises de décision du ministère de la santé. Les infirmières chefs de file sont représentées aux niveaux national, provincial, municipal et institutionnel, où leur contribution joue un rôle décisif pour les résultats du système de santé. Cent pour-cent de la population de Cuba peut accéder en tout temps à une infirmière ou à un infirmier, dans les campagnes comme dans les villes.^[41]

Les infirmières sont responsables :

- Des normes d'éducation et de réglementation de leur profession ;
- De la planification des effectifs ;
- De la direction et de la poursuite de recherches de haute qualité ;
- De la conception et du développement de modèles de soins ;
- De la formulation d'une approche multisectorielle de la prestation des soins.

Sous l'orientation de l'Infirmière générale, Cuba a appliqué des politiques de soutien au perfectionnement professionnel des infirmières. Des filières claires et des incitations ont été introduites en faveur de la formation universitaire aux soins infirmiers et de santé au niveau du master et du doctorat. Les infirmières travaillent selon une approche multisectorielle des soins de santé en collaboration étroite avec les autres praticiens, les prestataires de soins secondaires, les institutions de formation, les chercheurs, les systèmes sociaux et d'autres agences gouvernementales, de manière à appliquer une approche complète des soins de la personne et des collectivités.



Par : Dr Idalmis G. Infante Ochoa, Office des soins infirmiers, Cuba

ÉTUDE DE CAS 3.2 : ÉLIMINER LES OBSTACLES JURIDIQUES À L'ACTIVITÉ DES INFIRMIÈRES PRATICIENNES, CANADA

« **Malgré certains progrès, de nombreuses lois fédérales doivent encore être amendées. Sans ces changements, de nombreuses Canadiennes et Canadiens resteront confrontés à des obstacles dans l'accès aux soins.** » - Carolyn Pullen

Depuis plus de vingt ans, les infirmières praticiennes sont devenues une catégorie régulée de prestataires de soins de santé au Canada, avec pour fonction d'améliorer l'accès des citoyens aux soins de santé primaires, en particulier les populations autochtones vivant dans les régions rurales et isolées. Aujourd'hui, on compte près de cinq mille infirmières praticiennes au Canada, la majorité étant membres d'équipes de santé multidisciplinaires. Ces infirmières praticiennes sont les principaux prestataires de soins de santé pour plus de trois millions de Canadiennes et Canadiens.

Depuis l'introduction de ce rôle, de nombreuses lois provinciales, territoriales et fédérales ont été progressivement modernisées pour permettre la reconnaissance et l'enregistrement des infirmières praticiennes en tant que professionnelles autorisées à prodiguer une gamme de services de santé. Cependant, de nombreux amendements doivent encore être introduits pour étendre la portée du rôle d'infirmière praticienne et élargir ainsi l'accès aux soins.

Un certain nombre d'amendements permettent d'ores et déjà aux infirmières praticiennes de signer un certain nombre de documents légaux et administratifs attestant qu'elles ont examiné ou traité un patient et évalué son éligibilité à tel ou tel programme fédéral.

La Colombie-Britannique est en tête de la suppression, au niveau provincial, des obstacles empêchant la modernisation de la loi pour reconnaître les infirmières praticiennes. En 2014, les Ordres des infirmières et des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique ont collaboré pour résoudre ce problème par le biais de l'adoption de la Loi provinciale n° 17, qui vient amender neuf autres Lois.

Parallèlement aux progrès réalisés dans les provinces, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) et ses partenaires – notamment l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en pratique avancée et l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada – continuent de faire pression sur les autorités fédérales pour qu'elles apportent des amendements similaires au niveau fédéral. Mineurs, les amendements nécessaires auraient cependant pour effet, pris collectivement, d'améliorer grandement l'accès aux soins.

L'AIIC continue de plaider fortement au niveau fédéral pour l'amendement de 34 articles de la loi fédérale. Elle est en train d'élaborer un projet de loi omnibus qui pourrait régler le problème définitivement en 2017. Les initiatives de l'AIIC ont déjà eu pour résultat de sensibiliser fortement les politiciens et parlementaires au niveau fédéral et d'obtenir leur soutien en faveur du changement.



La couverture sanitaire universelle est indispensable : **PLUS D'UN MILLIARD DE PERSONNES N'ONT TOUJOURS PAS ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DE BASE.**^[35]



AU MOINS 400 MILLIONS DE PERSONNES DANS LE MONDE n'ont pas accès à un ou plusieurs services de santé essentiels.^[35]



En moyenne, les dépenses directes des patients représentent environ **32 %** des dépenses de **SANTÉ DE CHAQUE PAYS.**^[35]



Un quart de la croissance des revenus dans les pays en voie de développement entre 2000 et 2011 est imputable aux progrès **RÉALISÉS DANS LA SANTÉ.**^[35]

Par : Carolyn Pullen, directrice des politiques, de la représentation et de la planification stratégique de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada



© Dominic Chavez / World Bank

ÉTUDE DE CAS 3.3 : ÉBOLA / SIERRA LEONE

« L'organisation et l'application de programmes sanitaires améliorés dans certaines régions particulièrement isolées et difficiles d'accès doivent bénéficier de mesures de sensibilisation et de soutien : on s'assurera ainsi que les initiatives de santé mondiales atteignent bien les personnes qui en ont besoin et qu'elles contribuent à la réalisation des objectifs de développement aux niveaux international et local. » - Amanda McClellan

En 2014, le monde entier se focalisait sur la Sierra Leone confrontée à une flambée de maladie à virus Ebola. On estime que 22 000 personnes ont contracté le virus et que plus de 9 000 personnes en sont mortes. La maladie a eu un effet dévastateur sur le pays : des familles ont été déchirées et des enfants ont perdu leurs parents au milieu de troubles civils et de pénuries alimentaires.^[84]

Le système sanitaire entier était au bord de l'effondrement. De nombreux professionnels de la santé ont succombé à la maladie. Les hôpitaux débordaient de patients atteints de la maladie à virus Ebola. Cette situation a entraîné des problèmes d'accès aux services de santé au détriment des femmes sur le point d'accoucher et des personnes atteintes de maladies telles que le paludisme, la pneumonie et la diarrhée.

Amanda McClellan, infirmière diplômée australienne, est conseillère pour les crises mondiales de santé publique auprès de la Fédération internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. De juin 2014 à janvier 2015, elle était déployée en Afrique de l'Ouest, travaillant entre la Sierra Leone, le Libéria et la Guinée. Amanda était responsable de la direction des opérations sanitaires contre la maladie à virus Ebola pour le compte de la Fédération, assumant à cette occasion le rôle de conseiller technique. Dans ce cadre, elle a appuyé la formation et la supervision de 200 personnels cliniques et de 6000 volontaires.

De manière tragique, les cadavres des victimes de la maladie à virus Ebola sont des foyers de contagion. En Sierra Leone, de nombreuses infections étaient dues aux rites et conditions d'inhumation des victimes. L'une des grandes responsabilités d'Amanda a consisté à faire en sorte que les inhumations soient à la fois sûres et conformes aux usages culturels. L'encadrement et le coaching des personnels de santé étaient deux autres éléments importants de son rôle.

Pour rendre les communautés plus résilientes face aux chocs, il est indispensable d'aider les personnels de santé locaux et les volontaires de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge à se préparer à réagir plus efficacement aux situations d'urgence sanitaire et de catastrophe. Les programmes de la Fédération ont pour objectif déterminant de collaborer avec les communautés à la création de systèmes de santé plus solides, capables de réduire la faim et d'améliorer les résultats de santé.

Outre son travail de terrain, une grande partie des activités d'Amanda consiste à représenter la Fédération dans des instances techniques et de coordination pour garantir la reconnaissance aux plus hauts niveaux du rôle des communautés, des volontaires et des personnels de santé locaux.



© Khasar Sandag / World Bank

OBJECTIF 4 : ÉDUCATION DE QUALITÉ

Pemiscot County est une commune rurale de 20 000 habitants du sud-est du Missouri, aux États-Unis. Un quart environ de sa population est Afro-américaine, 30 % vit sous le seuil de pauvreté, 18 % n'a pas achevé l'éducation secondaire et le taux de chômage dépasse 10 %. Les facteurs de risque d'augmentation de la charge de morbidité dans cette région sont anormalement élevés et, par conséquent, Pemiscot connaît le taux de maladie cardio-vasculaire le plus élevé de l'État. Une étude^[52] réalisée sur place a montré que les niveaux d'éducation expliquent en grande partie cette charge de morbidité.

On considère que le niveau scolaire est un important déterminant social de la santé. L'éducation joue un rôle central dans la création d'opportunités d'emploi futures ; elle influence nos décisions et nos choix ; et nous permet de mobiliser des ressources sociales et personnelles vitales pour notre santé physique et mentale. Concrètement, le niveau scolaire est un indicateur fiable de la santé et de la qualité de vie à long terme.

L'éducation peut apporter de nombreux avantages aux individus, aux familles, aux communautés et aux pays, notamment des emplois et des revenus, mais aussi des avantages sociaux.

Cependant, tous les enfants n'ont pas accès au secteur des soins de santé pour recevoir des soins complets. De nombreux obstacles – géographiques, financiers, socioculturels, liés aux transports et à la disponibilité des services – s'opposent à l'accès aux soins de santé. C'est pourquoi des infirmières travaillent avec des prestataires du secteur de l'éducation pour promouvoir la santé, prévenir les maladies, effectuer des dépistages précoces et détecter les maladies. La collaboration avec le secteur de l'éducation peut réduire les obstacles dans l'accès aux soins.



UN ENFANT NÉ D'UNE MÈRE SACHANT LIRE A 50 % de chances supplémentaires de survivre au-delà de l'âge de 5 ans.^[54]



171 MILLIONS DE PERSONNES POURRAIENT ÊTRE TIRÉES DE LA PAUVRETÉ si tous les élèves quittaient l'école munis de compétences élémentaires en lecture.^[54]



Le taux de scolarisation des enfants dans le primaire atteint désormais **91 % DANS LES PAYS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT – MAIS 57 MILLIONS D'ENFANTS NE SONT TOUJOURS PAS SCOLARISÉS.**^[54]



103 MILLIONS de jeunes dans le monde n'ont pas appris à lire ni à écrire et **PLUS DE 60 % D'ENTRE EUX SONT DES FEMMES.**^[54]



DANS LES PAYS DE L'ORGANISATION POUR LA COOPÉRATION ET LE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE), UN HOMME DIPLÔMÉ DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ÂGÉ DE 30 ans vivra huit ans de plus qu'un autre homme n'ayant pas achevé l'éducation secondaire.^[53]



80 % DES DIPLÔMÉS DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR VOTENT, CONTRE SEULEMENT 54 % des jeunes adultes n'ayant pas achevé leur éducation secondaire.^[53]



LE TABAGISME EST BEAUCOUP PLUS FRÉQUENT CHEZ LES PERSONNES MOINS INSTRUITES.^[54]



AMÉLIORER L'ÉDUCATION DES FILLES AIDE LES FEMMES À MAÎTRISER LEUR FÉCONDITÉ. Au Mali, les femmes ayant suivi une scolarité secondaire ou supérieure ont en moyenne trois enfants, contre sept en moyenne chez les femmes n'ayant pas été scolarisées.^[54]

ÉTUDE DE CAS 4.1 : EDUCATION PLUS HEALTH, USA

« Education Plus Health étend le rôle des infirmières scolaires à une offre de soins de santé plus complète, de manière à assurer l'accès de chaque élève aux soins primaires holistiques et aux services de prévention. » - Julie Cousler Emig



Aux États-Unis, comme dans de nombreux autres pays, les personnes – en particulier les enfants vivant dans la pauvreté – sont confrontées à une multitude d'obstacles potentiels dans l'accès à des soins de haute qualité. Dans les quartiers très pauvres de Philadelphie, la santé des enfants est avant tout compromise par l'asthme et le diabète, deux maladies exacerbées par les taux élevés d'obésité (22 % des écoliers étaient considérés comme obèses l'an dernier).

Julie Cousler Emig est directrice exécutive d'Education Plus Health, une organisation à but non lucratif qui a pour objectif d'améliorer les résultats de santé et scolaires en permettant aux enfants d'accéder à des soins de haute qualité et à une éducation en santé au sein même des écoles. La grande majorité d'entre elles (75 %) proposent également des services de santé mentale.

Education Plus Health est conçue pour répondre aux besoins des quartiers mal desservis où vivent de nombreux écoliers très pauvres, les plus exposés aux obstacles qui empêchent tout accès régulier aux soins de santé. L'organisation a élaboré une approche innovante, basée sur des preuves, pour mieux répondre aux besoins de santé des écoliers au moyen de soins de prévention et primaires aigus.

Le projet atteint 7000 enfants par le biais de 15 dispensaires gérés par des infirmières dans des écoles. Education Plus Health est un modèle infirmier d'un bon rapport coût-efficacité géré par des infirmières de pratique avancée, qui collaborent avec des infirmières assistantes diplômées pour prodiguer des soins infirmiers et primaires dans les établissements scolaires. Les infirmières de pratique avancée s'efforcent d'obtenir la collaboration avec le foyer médical des élèves et avec des spécialistes, pour prodiguer aux enfants vulnérables une gamme très complète de soins de santé holistiques.

Les écoliers bénéficiant du programme reçoivent tous les subventions fédérales pour les repas pris à l'école, réservées en principe aux enfants dont la famille vit sous le niveau de pauvreté. De nombreux écoliers vivent dans des logements sociaux, d'autres sont, ou ont été, sans abri. L'objectif est de combler les inégalités en vertu du principe selon lequel la santé est directement corrélée aux résultats scolaires : une action simultanée sur la santé et sur l'éducation est donc déterminante pour améliorer les chances des enfants. Ce modèle créé un cadre optimal permettant aux infirmières de pratique avancée de suivre les enfants ayant des besoins de santé particuliers ; de collaborer avec des prestataires et spécialistes de soins primaires dont le temps passé auprès des enfants est limité aux visites ou aux séjours à l'hôpital ; et d'intervenir rapidement au profit de tous les enfants en proie à un problème de santé aigu.

Le succès d'Education Plus Health est étayé par près de 40 ans de recherche attestant tant l'impact positif des dispensaires scolaires sur le bien-être et les résultats des enfants que les économies qu'ils entraînent pour la société.

Entre autres succès, le programme est parvenu à réduire l'absentéisme scolaire, surtout chez les écoliers asthmatiques. Les élèves obtiennent de meilleures notes, sont moins souvent absents et en retard, participent davantage, ont moins de problèmes de discipline et un taux d'échec scolaire réduit. Le programme limite en outre le recours inutile aux services d'urgence, entraîne une réduction générale du coût des assurances publiques et fait baisser le taux d'hospitalisation des enfants asthmatiques. De plus, 56 % des enfants asthmatiques ont amélioré leur participation scolaire ces trois dernières années.

Le modèle améliore enfin l'accès des jeunes aux services de santé mentale : les écoliers vivant en ville et ayant un problème de santé mentale sont 21 fois plus susceptibles de consulter un service de santé scolaire qu'un dispensaire communautaire traditionnel d'ultime recours.



© Scott Wallace / World Bank

OBJECTIF 5 : ÉGALITÉ ENTRE LES SEXES

Dans certains pays d'Afrique, les adolescentes sont sept fois plus susceptibles d'être infectées par le VIH que les adolescents, et le sida est la première cause de mortalité chez les jeunes filles et les femmes en âge de procréer.^[55] Cette tragédie est le symptôme évident d'une grande injustice : l'inégalité entre les hommes et les femmes. L'égalité entre les sexes est un droit humain fondamental. Malgré cela, les jeunes femmes et les filles ne sont toujours pas traitées sur un pied d'égalité. Nombre d'entre elles, interdites de prendre des décisions concernant leur propre santé ou leur propre corps, ne sont pas en mesure de réduire leur vulnérabilité face à des maladies telles que le sida. Elles ne peuvent pas non plus décider à quel âge se marier ni avec qui, quand avoir des relations sexuelles, comment se protéger ou combien d'enfants elles auront. Elles sont également victimes de violences physiques et sexuelles à une fréquence alarmante.

L'inégalité entre les sexes a des effets profonds et omniprésents dans toutes les sociétés. Fondamentalement, l'égalité entre les hommes et les femmes est importante car elle affecte la capacité des individus de faire des choix concernant leurs droits fondamentaux en tant qu'êtres humains. L'inégalité entre les sexes a des conséquences négatives pour la santé de millions de femmes et de filles, notamment des pratiques discriminatoires à l'encontre des filles dans l'alimentation, les violences sexistes, le manque d'accès aux ressources et aux opportunités et l'incapacité de participer aux décisions concernant sa propre santé. Des partis pris sexistes existent dans l'exercice du pouvoir, dans le partage des ressources, dans l'accès aux prestations, dans les normes et les valeurs, ainsi que dans l'organisation des services.

Majoritairement féminine, la profession infirmière peut apporter une contribution importante à la réduction des inégalités en santé entre les sexes dont elle est le témoin. Le Conseil international des infirmières a joué un rôle clé dans la création d'ONU Femmes. Des infirmières de tous les pays ont écrit au Groupe de haut niveau sur la cohérence du système des Nations Unies pour dire leur soutien à la création de cette organisation unique chargée de remplir le mandat des Nations Unies en matière d'égalité des sexes et d'autonomisation des femmes. Selon Paula Donovan, conseillère principale pour les questions relatives aux femmes et aux enfants de l'Envoyé spécial des Nations Unies pour le sida en Afrique, les infirmières ont joué à cette occasion un rôle plus important que toute autre force de lobbying. Mme Donovan estime que l'ampleur de la mobilisation des infirmières a eu une influence considérable et a convaincu les membres du Groupe de haut niveau de prendre la question au sérieux.^[57]

La profession infirmière favorise l'égalité entre les sexes. Si notre profession n'a pas été considérée comme étant exclusivement féminine – et ne doit pas l'être –, les femmes composent actuellement la grande majorité des ressources humaines en soins infirmiers. En choisissant de devenir infirmières, de nombreuses femmes et jeunes filles dans le monde accèdent à une éducation formelle et suivent des programmes de formation, gagnent un revenu et obtiennent le respect de leur communauté. Elles s'affranchissent ainsi du cycle de la pauvreté. En outre, une main-d'œuvre infirmière compétente, qualifiée et autonome peut aider d'autres femmes à améliorer leur santé et leur bien-être.^[58]

– All-Party Parliamentary Group on Global Health, Triple Impact Report: How Nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth.



495 MILLIONS DE FEMMES sont illettrées (64 % de tous les adultes illettrés).^[56]



PROPORTION DE FEMMES DANS LES PARLEMENTS NATIONAUX : 27 %.^[56]



Pour un travail équivalent, **UNE FEMME REÇOIT UN SALAIRE INFÉRIEUR DE 20 % à 30 %** à celui d'un homme.^[56]



1 FILLE SUR 9 EST MARIÉE avant l'âge de 15 ans.^[56]

- 1 fille sur 3 a été victime de violence physique ou sexuelle
- 5 % des femmes ont subi un viol avant l'âge de 15 ans
- 500 000 femmes risquent de subir une mutilation génitale
- Les femmes courent un plus grand risque d'être victimes de la traite des êtres humains

ÉTUDE DE CAS 5.1 : LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH, ZAMBIE

En Zambie, des infirmières travaillent en partenariat avec d'autres organisations pour faire en sorte que les droits des femmes soient respectés dans le cadre de la prise en charge et du traitement des personnes vivant avec le sida.

Le diocèse catholique de Ndola a lancé un programme intégré de prise en charge du sida prévoyant la collaboration entre les services infirmiers et médicaux, le système de soutien social et économique, et les intervenants des droits de l'homme, de l'assistance juridique et de la prise en charge psychologique. Des partenariats étroits ont été créés avec des organisations gouvernementales et non gouvernementales pour prodiguer des soins au niveau communautaire. Au sein de dispensaires et dans les contextes communautaires, des infirmières informent les familles de la transmission du VIH et de la tuberculose, en s'employant à combattre les idées fausses à ce propos. Les infirmières sensibilisent les familles et les proches concernés à l'importance d'aimer et de soutenir les personnes vivant avec le sida, s'efforçant par là même de réduire la stigmatisation.

Dans le cadre de leur travail, les infirmières collaborent avec les institutions judiciaires, les volontaires des droits de l'homme et d'autres secteurs pour assurer une protection légale contre la maltraitance des enfants et contre les violences envers les femmes. Les infirmières aident également les veuves à éviter que leurs biens ne soient saisis par les familles de leurs maris décédés. Grâce à l'action des infirmières, les femmes sont désormais plus nombreuses à solliciter les soins et les traitements dont elles ont besoin.^[60]

L'Afrique du Sud, pour sa part, a lancé des programmes intégrant la prise en charge du VIH dans les services de soins infirmiers primaires. Des infirmières en santé primaire dispensent une thérapie antirétrovirale de première ligne, des conseils en matière de santé sexuelle et d'autres soins holistiques.^[61] Elles sont parvenues ainsi à augmenter le nombre des femmes ayant accès à un traitement, en particulier après des abus sexuels. L'objectif est de réduire, par un meilleur accès à la thérapie antirétrovirale, la propagation du VIH dans les régions où la couverture médicale est insuffisante.

ÉTUDE DE CAS 5.2 : INÉGALITÉS ENTRE LES SEXES DANS LES SOINS INFIRMIERS, ÉTATS-UNIS

« Le fait de comprendre que les infirmières sont des professionnelles autonomes, dotées d'une formation scientifique renforcera les soins, la formation et la recherche en soins infirmiers. Les infirmières pourront ainsi sauver davantage de vies humaines. » - Sandy Summer

La profession infirmière n'est pas épargnée par le problème de l'inégalité entre les sexes. La profession étant encore majoritairement féminine, la manière dont les infirmières sont traitées reflète souvent le traitement réservé aux femmes en général dans une société donnée.

Malheureusement, les médias présentent souvent les infirmières comme l'incarnation de stéréotypes féminins : servantes incompetentes, objets sexuels, anges ou viragos. Les médias d'information ont toujours tendance à mettre l'accent sur le travail des médecins et à négliger les accomplissements des infirmières dans les domaines clinique et de la recherche. Dans les séries télévisées, les médecins – en général des hommes – assurent les soins importants tandis que les infirmières, presque toujours des femmes, se contentent de jouer les utilités, sans autonomie ni compétences. Cette caractérisation reflète tantôt une intention comique de la part des créateurs, tantôt le besoin de remplir un quota de diversité ethnique à moindre coût. Et, naturellement, les médecins se comportent en héros face à des infirmières respectueuses.

Même les programmes « progressistes » qui mettent en scène des femmes médecins et, pourquoi pas, des hommes infirmiers, tendent à refléter les mêmes préjugés, avec en prime le stéréotype d'infirmiers homosexuels ou faibles. La publicité exploite l'image de l'« infirmière coquine », suggérant que les infirmières ont pour fonction essentielle de servir de partenaires sexuelles aux patients ou aux médecins. Les médias reflètent ainsi les préjugés sur la profession infirmière dans une société globalisée.

La profession doit rejeter ces préjugés. Sandy Summers, infirmière, plaide depuis longtemps pour cette cause. Elle a fondé l'organisation internationale à but non lucratif The Truth About Nursing, qui remet en question les stéréotypes et informe au sujet de l'importance des soins infirmiers. Sandy travaille sans relâche depuis 2001 pour donner des représentations exactes de notre profession et pour confronter les médias à l'image fautive qu'ils donnent des infirmières. Le site Web de The Truth About Nursing, qui analyse la place des soins infirmiers dans les médias, a lancé de nombreuses campagnes mondiales de sensibilisation avec, à la clé, des changements concrets dans de nombreux programmes et campagnes de publicité.



© Arne Hoel / World Bank

OBJECTIF 6 : EAU PROPRE ET ASSAINISSEMENT

Scovia, 16 ans, vit dans le village d'Opolin, en Ouganda. Elle espère suivre une scolarité normale et recevoir un jour une formation d'infirmière « pour sauver la vie des gens ».

Pour l'instant, des diarrhées régulières et son cycle menstruel empêchent Scovia d'aller normalement à l'école.

Son établissement n'est pas équipé en eau pour se laver et dispose de très peu de toilettes. Scovia ne peut se laver les mains après être allée aux toilettes ou pendant ses règles, elle a donc peur de toucher quoi que ce soit et de manger. Comme ses camarades, elle tombe régulièrement malade et manque l'école. Elle a des difficultés à préparer ses examens, qu'elle rate souvent. Cette situation est source de détresse pour Scovia, qui voit fondre ses espoirs de devenir infirmière et de sortir du cycle de la pauvreté.^[62]

La facilité d'accès à une eau salubre est élément important de la santé publique, que cette eau soit utilisée comme boisson, dans le cadre domestique, dans la production alimentaire ou à des fins récréatives. De meilleures conditions sanitaires et un système d'approvisionnement en eau plus efficace sont indispensables pour améliorer la vie de millions de personnes, stimuler la croissance économique des pays et réduire la pauvreté.

Le manque d'eau salubre dans les institutions de soins de santé est dramatique. Une étude réalisée en 2015 dans 54 pays à revenu faible ou intermédiaire a montré que plus d'un tiers de 66 000 institutions de santé ne disposaient pas d'eau ni de savon en quantité suffisante pour permettre au personnel et aux patients de se laver les mains et de maintenir une hygiène élémentaire.^[67]

L'eau et les toilettes insalubres comptent parmi les cinq premières causes de décès de femmes dans le monde. Sans ces services de base, les établissements de santé ne peuvent prévenir ni contrôler efficacement les infections, ce qui fait courir aux mères et à leurs enfants de grands risques pendant l'accouchement. Dans les maternités qui ne disposent pas de latrines, les femmes sont parfois obligées de sortir pour se soulager. Elles tendent à quitter les lieux quelques heures avant d'accoucher, ce qui leur laisse peu de temps pour recevoir conseils et soutien.^[68]

La prestation de services de qualité et l'amélioration de la santé dépendent très largement de l'accès à une eau salubre, à l'assainissement et à l'hygiène dans les institutions de santé. L'hygiène des mains est l'une des interventions les plus rentables pour protéger la santé. Les infirmières jouent à cet égard un rôle déterminant pour faire en sorte que le lavage des mains soit possible dans chaque institution de santé.



Dans le monde, **1.8 MILLIARD DE PERSONNES UTILISENT DES POINTS D'EAU CONTAMINÉS** par des matières fécales.^[63]



L'eau contaminée peut transmettre des maladies comme la diarrhée, la dysenterie, la typhoïde et la poliomyélite. On estime que l'eau de boisson contaminée est à l'origine chaque année de **502 000 DÉCÈS PAR DIARRHÉE.**^[63]



Les points d'eau non améliorés alimentent **663 MILLIONS DE PERSONNES, DONT 159 MILLIONS QUI DÉPENDENT DES EAUX DE SURFACE.**^[63]



On estime qu'au moins **10 % DE LA POPULATION MONDIALE** consomme des aliments contaminés par des eaux usées.^[64]

ÉTUDE DE CAS 6.1 : AMÉLIORATION DE L'HYGIÈNE, OUGANDA

Philomena Okello est infirmière surveillante chef à l'hôpital de référence de Lira, en Ouganda. L'hôpital a une capacité nominale de 22 femmes, mais en reçoit jusqu'à cent par jour. Philomena est témoin direct des effets dévastateurs du manque d'eau salubre et d'assainissement dans les établissements de santé ougandais. Elle est cependant convaincue que « s'ils en avaient la possibilité, les usagers exigeraient d'avoir accès à une eau salubre ».

Philomena a insisté pour que les gens connaissent l'importance de l'eau salubre, de l'assainissement et de l'hygiène, et qu'ils exigent de pouvoir en bénéficier. Elle encourage ses collaborateurs et ses patients à participer au mouvement qu'elle a lancé pour défendre ce droit. « Nous n'avons pas seulement le droit d'être entendus, mais aussi le droit d'être écoutés et de participer. C'est la seule manière d'apporter un changement durable », relève-t-elle.^[69]

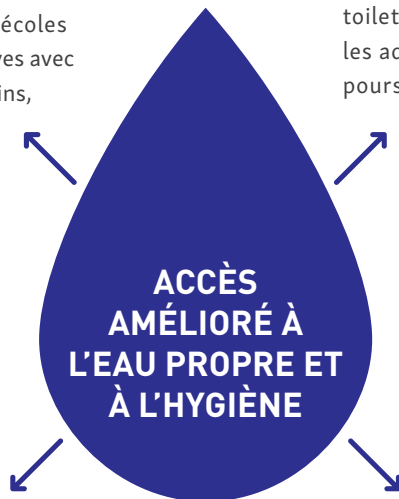
Philomena a donc pris la tête d'un mouvement de professionnels de santé et d'acteurs communautaires désireux d'améliorer l'accès à une eau salubre, à l'assainissement et à l'hygiène dans les hôpitaux. Depuis deux ans, cette initiative a entraîné des améliorations radicales.

Faim

L'accès à l'eau favorise la sécurité alimentaire. Les récoltes plus abondantes réduisent la faim. Les écoles peuvent nourrir les élèves avec le produit de leurs jardins, ce qui réduit les coûts.

Éducation

Les élèves libérés des corvées d'eau peuvent retourner en classe. Avec des toilettes propres et sûres, les adolescentes peuvent poursuivre leur scolarité.



Pauvreté

L'accès à l'eau peut rompre le cycle de la pauvreté.

Santé

Eau salubre, mains propres, corps en bonne santé. Moins de temps perdu à cause de la maladie : les individus retournent au travail plus vite et se libèrent de la pauvreté.

Une étude réalisée dans 66 000 établissements de santé de pays à revenu faible ou moyen a abouti aux constatations suivantes :^[67]



Présence d'un point d'eau ou d'une alimentation en eau dans l'établissement ou à proximité (dans un rayon de 500 mètres) pour la boisson, l'hygiène personnelle, les activités médicales, le ménage, la blanchisserie et la cuisine
– 38 % SANS ACCÈS.



Présence de latrines ou de toilettes dans l'établissement (sans considération de l'état de fonctionnement des installations d'assainissement ni de leur accessibilité)
– 19 % SANS ACCÈS.



Disponibilité de postes de lavage des mains au savon ou avec une solution à base d'alcool dans l'établissement
– 35 % SANS ACCÈS.

Figure 4. Impact de l'eau propre sur la santé^[70]



OBJECTIF 7 : ÉNERGIE PROPRE ET D'UN COÛT ABORDABLE

À Totorabamba, au Pérou, Espirita, accroupie devant un feu de bois, fait griller des grains d'orge. Sur sa tête, le plafond de chaume est couvert d'une épaisse suie noire, rappel des particules qu'Espirita respire à chaque fois qu'elle prépare à manger. Pour les millions de personnes qui font la cuisine dans des conditions similaires, cela revient à fumer près de 400 cigarettes – par jour.^[74]

La pollution de l'air à l'intérieur des habitations affecte surtout les personnes vivant dans les pays à revenu faible ou moyen, soit 82 % de la population mondiale.^[75] Cette pollution, qui fait partie des dix risques majeurs pour la santé,^[10] entraîne davantage de décès dans ces pays que l'eau insalubre.

Selon l'OMS, 22 % des décès dus aux bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO) sont imputables à la pollution de l'air à l'intérieur des habitations par des combustibles solides. Les BPCO entraînent le décès de bébés en insuffisance pondérale à la naissance, des pneumonies chez les enfants et des problèmes de cœur et de poumons chez les adultes. Les Nations Unies estiment que près de trois milliards de personnes font la cuisine sur des feux de bois et dans des fours traditionnels.^[75]



CHAQUE ANNÉE, 4.3 MILLIONS DE DÉCÈS PRÉMATURÉS DUS À DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

(telles qu'accidents vasculaires cérébraux, maladies ischémiques du cœur, bronchopneumopathies chroniques obstructives et cancer du poumon) sont attribués à l'exposition à la pollution de l'air à l'intérieur des habitations.^[77]



2.8 MILLIARDS DE PERSONNES UTILISENT DU BOIS, DU CHARBON, des déchets animaux ou végétaux pour cuire leurs aliments ou se chauffer.^[76]



+50 % DES DÉCÈS PRÉMATURÉS DUS À LA PNEUMONIE CHEZ LES ENFANTS de moins de 5 ans sont causés par la respiration de particules (sue) issues de la pollution de l'air à l'intérieur des habitations.^[76]

L'accès insuffisant à une énergie propre a de graves répercussions sanitaires. Ce problème affecte la capacité de communiquer des messages de promotion de la santé et de prévention, de même que les conditions qui déterminent directement la santé (par exemple : accès à l'eau salubre, pollution de l'air à l'intérieur des maisons, malnutrition) ; il limite le nombre des services pouvant être prodigués de manière sûre par les institutions de santé (stockage des médicaments, radiothérapie, par exemple) ; et dissuade les agents de santé de travailler dans ces domaines (à cause, notamment, de l'isolement et de l'impossibilité d'exercer avec les outils adéquats).

Il faut donc avoir bien conscience de l'importance d'une énergie propre et de ses effets sur la santé et sur la prestation des services. (Figure 5) Tous les jours, les infirmières prennent soin de personnes comme Espirita. Dans ce cadre, nous devons nous demander comment aider les patients alors que nous les renvoyons là où ils sont tombés malades.



...Chaque année, plus d'un million et demi de personnes décèdent des effets de la pollution de l'air à l'intérieur des habitations – un bilan plus lourd que celui du paludisme et de la tuberculose...^[73]

– Nations Unies



ACCÈS AUX COMBUSTIBLES ET ÉNERGIES PROPRES : 58 %.^[76]



1.1 MILLIARD DE PERSONNES privées d'électricité.^[76]



+4 MILLIONS DE PERSONNES MEURENT CHAQUE ANNÉE PRÉMATURÉMENT DE MALADIES DUES À LA POLLUTION de l'air à l'intérieur des habitations par la cuisson avec des combustibles solides.^[77]

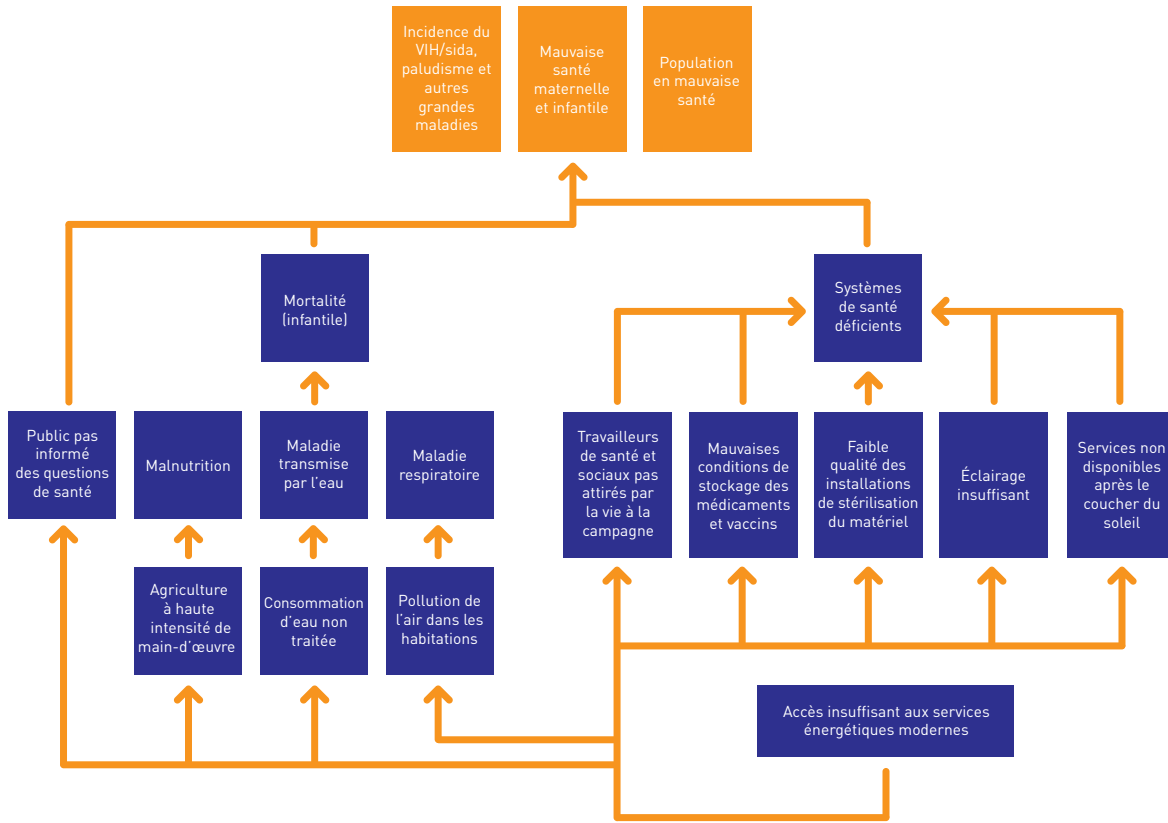


Figure 5. Impact sanitaire de l'accès insuffisant à l'énergie^[78]

ÉTUDE DE CAS 7.1 : LUTTE CONTRE LES BRONCHOPNEUMOPATHIES CHRONIQUES OBSTRUCTIVES, CHINE

Les bronchopneumopathies chroniques obstructives sont d'importantes causes de morbidité et de mortalité en Chine. Elles sont dues à plusieurs facteurs, notamment le tabagisme, la susceptibilité génétique et la pollution de l'air à l'intérieur des habitations due à l'utilisation de combustibles solides.^[79]

Une BPCO est une maladie respiratoire caractérisée par une obstruction progressive des voies respiratoires qui n'est pas entièrement réversible. La charge de morbidité est élevée car les BPCO entraînent des incapacités et une perte de qualité de vie. Elles constituent en outre une lourde charge économique pour les patients, le traitement coûtant près de 40 % du revenu annuel moyen des personnes vivant dans les villes et les campagnes chinoises.

À Guangzhou, des infirmières ont lancé un service de santé respiratoire qui a permis d'améliorer la vie de nombreux patients atteints de BPCO. Le service est axé sur les patients ayant un risque élevé d'admission à l'hôpital. Il comprend une classification des patients selon le risque, une évaluation globale des besoins de chaque patient, des visites à domicile si nécessaire, un volet de responsabilisation du patient et un service de contact 24 heures sur 24. Le programme a réduit les manifestations aiguës, amélioré la qualité de vie liée à la santé et diminué les frais médicaux des patients.^[80]



© Dominic Chavez / World Bank

OBJECTIF 8 : TRAVAIL DÉCENT ET CROISSANCE ÉCONOMIQUE

La flambée de maladie à virus Ébola en 2014 a eu un effet dévastateur dans plusieurs pays d'Afrique. Elle a entraîné la mort de milliers de personnes et a considérablement détérioré les conditions sociales et économiques. La flambée a exposé au grand jour une faiblesse des systèmes nationaux de santé publique et de l'aide d'urgence internationale : la disponibilité des effectifs et des ressources nécessaires pour gérer l'épidémie.^[133]

Le 17 mars 2016, l'OMS annonçait la fin de la flambée de maladie à virus Ébola dans la Sierra Leone ^[84] Aujourd'hui, ce pays reste en état d'alerte pour éviter la résurgence de l'épidémie.

Mais – fait particulièrement préoccupant – le personnel infirmier sierra-léonais n'a pas reçu de salaire depuis plusieurs mois. Infirmières et infirmiers travaillent souvent de manière bénévole. Ils sont donc en train de quitter la profession pour chercher des emplois leur garantissant un revenu.

Non seulement cette situation compromet la fourniture des services de santé, elle met en outre la Sierra Leone à risque de ne pouvoir faire face à une prochaine épidémie.^[85]

L'existence de ressources humaines pour la santé très qualifiées et très bien formées est indispensable pour améliorer les résultats de santé aux niveaux local, national et mondial. En 2013, l'OMS publiait un rapport intitulé : Une vérité universelle : pas de santé sans ressources humaines.^[38] Les conclusions du rapport soulignent que les progrès réalisés dans la santé peuvent être attribués à la disponibilité accrue de professionnels de la santé.

On pourrait croire que l'investissement dans les personnels et l'infrastructure de santé constitue une charge pour l'économie. En réalité, l'effet est inverse. Le secteur de la santé est un secteur clé, générateur d'emplois. La demande en services de santé ne cesse d'augmenter, créant au passage des millions de nouveaux postes de travail. Le rendement des investissements consentis dans la création de nouveaux postes en santé est estimé à 1 pour 9. La recherche dans ce domaine suggère en outre qu'à chaque année supplémentaire d'espérance de vie correspond une augmentation de 4 % du PIB.^[88]

La Commission de haut niveau des Nations Unies sur l'emploi en santé et la croissance économique^[88] a relevé que les investissements dans l'emploi en santé peuvent renforcer les économies, rapprocher les pays de la couverture sanitaire universelle et faire rempart contre les flambées épidémiques telles que la maladie à virus Ébola. Compte tenu de la pression démographique et de l'incidence des maladies non transmissibles, environ 40 millions de travailleurs de santé seront nécessaires au niveau mondial en 2030.

Pour disposer de cette main-d'œuvre, il faudra appliquer des stratégies capables d'attirer des candidats dans la profession infirmière et de les y retenir. Les stratégies de recrutement et de fidélisation des personnels infirmiers doivent résoudre certains problèmes dans l'éducation – notamment la question de l'abandon des étudiants en premier cycle universitaire, l'accès aux formations de troisième cycle et les possibilités de carrière et de perfectionnement professionnel continu ; dans l'offre de salaires adéquats ; dans les conditions d'emploi, notamment la dotation et les mélanges de compétences, les horaires et les mesures pour permettre aux personnels infirmiers de concilier leur vie professionnelle et familiale ; et faciliter l'instauration de cadres de travail sûrs, salubres et gratifiants.

« J'entends certaines collègues dire "mais je ne suis qu'une infirmière !" Incroyable : la personne la plus importante de tout l'hôpital se dévalorise elle-même... Les infirmières sont l'épine dorsale des soins de santé et pourtant elles ne respectent pas leur travail. »

– Margaret McClure, ancienne infirmière cheffe du NYU Medical Centre, pionnière de la recherche sur les Magnet Hospitals.

Royaume-Uni

Les salaires des personnels infirmiers du Royaume-Uni ont chuté de 14 % en termes réels depuis 2010. Cette pression financière incite de nombreux infirmières et infirmiers à quitter la profession. La pénurie de ressources humaines ne cesse ainsi de se creuser.^[89]

ÉTUDE DE CAS 8.1 : BONNES PRATIQUES, FORMATION ET TRAVAIL D'ÉQUIPE, MALDIVES

« Apprenez à connaître la gestionnaire et la chef de file qui sommeillent en vous : car ce sont elles qui font de vous des infirmières. »

Dans de nombreuses institutions de santé, les infirmières sont débordées de travail et sous-évaluées. Elles prennent en charge des patients très dépendants de leurs soins mais n'ont pas le temps de prodiguer les soins adéquats ni d'interagir avec les malades.

Fathimath Rasheeda, cheffe d'unité à l'Indhira Gandhi Memorial Hospital de Male (Maldives), a observé cette réalité dans son propre travail. Elle a constaté une très forte incertitude dans la réalisation des tâches quotidiennes, nombre d'entre elles étant interdépendantes ou dépendant de l'état du patient concerné. La plupart des infirmières, engagées par équipes de 5 ou 6 pour des périodes de 8-9 heures auprès de 35 patients, n'étaient pas en mesure de prendre leur pause de 60 minutes. De 75 % à 80 % environ des patients ne pouvaient quitter le lit et étaient très dépendants des soins infirmiers.

Le personnel démoralisé était en proie aux conflits et de nombreuses infirmières regrettaient de devoir courir dans tous les sens. La communication entre infirmières, ainsi que la collaboration au sein des équipes et avec d'autres services, étaient mauvaises. Certains patients en soins aigus sous ventilation mécanique étaient placés dans des cubicules sans observation adéquate, leur sécurité de ce fait compromise.

Après une analyse approfondie de la situation avec ses adjointes et d'autres infirmières du service, Fathimath a suggéré au responsable des services infirmiers de fusionner l'unité médicale avec une unité générale plus petite comptant 10 infirmières chargées des patients prêts à quitter l'hôpital. Cette mesure a permis d'augmenter le nombre d'infirmières dans les deux unités, et certaines ont pu être affectées pendant une ou deux semaines à l'unité de soins intensifs, pour apprendre à gérer les patients en soins critiques.

Deux autres infirmières ont suivi le programme de formation avancée pour infirmières en soins intensifs. Depuis, elles dispensent une formation destinée à toutes les infirmières pendant les réunions mensuelles du personnel de l'unité médicale. Elles abordent certains aspects des soins critiques comme par exemple l'interprétation des résultats de gazométrie artérielle, l'interprétation et la reconnaissance des EEG anormaux et l'examen physique (évaluation d'ensemble, examen cardiovasculaire, pulmonaire, gastro-intestinal, neurologique, etc.) En outre, les élèves infirmières effectuant leur stage dans le service reçoivent un enseignement aux examens du corps humain et à la planification des soins.

Fathimath a désigné un nouveau « cubicule prioritaire » réservé aux patients en soins critiques et informé les médecins des critères d'admission ou de transfert à cet espace.

Ces mesures ont instauré un nouvel environnement, au sein duquel les infirmières font preuve de compétence dans la pratique clinique et comprennent mieux la gestion des patients en soins critiques. Le nombre de plaintes dans l'unité a baissé et la qualité du travail et le respect mutuel progressent au sein de l'équipe multidisciplinaire. L'unité médicale est devenue le lieu où apprendre et faire des progrès, où les infirmières aiment travailler et que les nouvelles diplômées et les élèves infirmières se réjouissent d'intégrer.



Je travaille dans un grand hôpital sud-africain. Mes conditions de travail épuisantes au quotidien et le manque de personnel me mettent au désespoir. Nous sommes souvent obligées de réaliser des tâches en dehors de notre cahier des charges, pour lesquelles nous ne sommes ni formées, ni payées. Non seulement nous manquons de personnel mais nos hôpitaux sont dangereux – des patients ont agressé physiquement et verbalement des collègues et la sécurité a mis dix minutes à intervenir. De très nombreuses collègues sont parties, épuisées et victimes de stress secondaire.^[90]



Par : Fathimath Rasheeda, responsable d'unité (RNM, BSN, CCN), Indhira Gandhi Memorial Hospital (IGMH), Kanbaa Aisaarani Hingun, K. Male', Maldives
Autres infirmières concernées : Mariyam Shaukath, Zileena Mohamed Didi et Aminath Rishfa, responsables adjointes



Le chômage est en progression au niveau mondial, avec près de **202 MILLIONS DE CHÔMEURS EN 2012.**^[86]



IL MANQUE ACTUELLEMENT **7.2 MILLIONS D'AGENTS DE SANTÉ.**^[38]



Un investissement accru dans les dépenses de santé de 932 millions de dollars par an sur 20 ans par rapport aux dépenses actuelles permettra d'éviter **54 000 DÉCÈS ET UN RETOUR ÉCONOMIQUE** de 14 dollars pour chaque dollar dépensé.^[87]



2.2 MILLIARDS DE PERSONNES VIVENT SOUS LE SEUIL DE PAUVRETÉ (2 DOLLARS PAR JOUR).^[86]

LA VIOLENCE AU TRAVAIL^[92]

Aux États-Unis, une infirmière sur quatre environ a été victime d'une agression physique à son travail pendant l'année écoulée. On compte davantage de blessures physiques dans les soins de santé que dans tous les autres secteurs d'activité combinés.

On estime que :

- **29 % seulement des infirmières victimes d'une agression physique la dénoncent.**
- **18 % des infirmières craignent des représailles si elles dénoncent des actes de violence.**
- **20 % des infirmières déclarent ne pas dénoncer la violence physique, estimant qu'elle « fait partie du travail ».**

« Une douzaine de mes proches travaillent dans les soins infirmiers et d'autres secteurs médicaux, aussi je suis régulièrement confrontée au pire. Les infirmières généralistes, de bloc opératoire et spécialisées en soins d'urgence, de même que les autres soignants des mêmes secteurs, reçoivent des coups ou doivent faire face à des patients agressifs et au harcèlement sexuel sur une base quotidienne. Et je ne parle pas des blessures et de l'épuisement physique dus au fait de devoir manipuler les patients de plus en plus nombreux qui pèsent 130 kilos ou davantage. À part les mineurs, les bûcherons et les travailleurs du secteur pétrolier, je ne vois pas d'autre profession où le risque de blessure grave est aussi important que les soins infirmiers. Si vous entrez dans la profession, je peux quasiment vous garantir que vous serez blessée un jour ou l'autre. Avec le temps, vous risquez de vous retrouver grièvement blessée ou même handicapée à vie. »

– Commentaire d'Openuris à propos d'un article paru dans The Atlantic, Internet, 5 décembre 2016.^[92]



© John Hogg / World Bank

OBJECTIF 9 : INDUSTRIE, INNOVATION ET INFRASTRUCTURE

Jane vivait dans la campagne australienne quand on lui a diagnostiqué un cancer des ovaires de stade 1. Sa mère et sa sœur étant toutes les deux décédées d'un cancer, la nouvelle lui a causé un choc. L'hôpital où elle devait suivre sa chimiothérapie était à quatre heures de route de son village isolé. Dans de nombreuses petites villes, les patients cancéreux ne sont pas assez nombreux pour que les hôpitaux locaux engagent des personnels qualifiés en chimiothérapie. Ce service n'est donc pas offert. Pour recevoir des soins, les patients doivent se déplacer sur de grandes distances pendant toute la durée de leur traitement. La difficulté et le coût (380 dollars par visite), sans compter la séparation d'avec les familles, sont souvent dissuasifs pour les patients qui renoncent à demander un traitement.^[93]

L'hôpital de Townsville a instauré un modèle innovant pour administrer les chimiothérapies dans les régions rurales. Il s'agit d'un service de télésanté géré depuis l'hôpital en direction des structures plus petites sur le terrain. Une infirmière généraliste travaillant dans l'hôpital rural est alors supervisée par une infirmière spécialiste par le biais d'une liaison vidéo établie depuis l'hôpital tertiaire. Avec ce modèle, les patients peuvent recevoir un traitement de même intensité et avec le même degré de sécurité que s'ils étaient traités localement. Ce modèle de soins a amélioré la satisfaction des patients et leur accès au traitement, diminué les coûts pour les patients et pour l'hôpital et amélioré de manière générale le bien-être des patients.^[94]

Pour de nombreuses personnes dans le monde, l'accès aux soins de santé exige de longues heures de déplacement dans des terrains difficiles. Les habitants des campagnes ont des choix limités en matière de transport. Cela peut constituer une charge importante en termes de temps et d'argent. Le vieillissement des populations et la progression des maladies chroniques imposent des visites fréquentes dans les établissements de santé. Idéalement, les individus doivent pouvoir accéder de manière simple et confidentielle aux services de soins primaires, aux soins dentaires, à la santé comportementale, aux soins d'urgence et aux services de santé publique. L'accès aux soins de santé est important :

- pour le bien-être général physique, social et mental.
- pour la prévention des maladies.
- pour le diagnostic et le traitement des maladies.
- pour améliorer les taux de morbidité et de mortalité.



© John Hogg / World Bank

Pour répondre aux exigences rigoureuses de la santé et de la prestation des soins, de nombreux gouvernements et responsables d'hôpitaux misent sur l'innovation. Ayant constaté qu'il n'est plus possible d'en rester aux anciennes méthodes, ils cherchent donc d'autres solutions. Selon l'ancien institut pour l'innovation du National Health Service (Royaume-Uni), « l'innovation consiste à essayer d'autres méthodes ou à agir sur d'autres paramètres pour obtenir des gains de performance. L'idée selon laquelle la plupart des innovations viendraient des laboratoires, des décideurs ou de l'encadrement supérieur est un mythe. La plupart des innovations viennent du personnel qui travaille dans ces organisations. »^[97]

Partout dans le monde, les infirmières sont des témoins directs des besoins exprimés par les patients et des difficultés que les systèmes de santé éprouvent pour répondre à ces besoins. Il n'est guère d'intervention, de traitement ou de programme de soins de santé dans lesquels les personnels infirmiers ne jouent un rôle. C'est pourquoi les infirmières jouent un rôle vital dans toute démarche pour évaluer la qualité, l'efficacité et l'accessibilité des soins.

Les infirmières à tous les niveaux ne cessent d'explorer et de libérer le potentiel qu'a l'innovation d'améliorer la qualité, l'efficacité et l'accessibilité des soins. Nous devons prouver que l'impact et les résultats de ces interventions, en tant qu'avenir de la santé et du bien-être des populations, dépendent de nos idées, de notre créativité et de notre volonté d'embrasser le changement.

« Je n'ai jamais voulu "devenir" quoi que ce soit. Par contre, j'ai toujours voulu réagir aux choses importantes – ces choses qui vous hantent – comme les visages des enfants migrants ou ces chaussures sur la plage de Sri Lanka après le tsunami, tout ce qui compte au point de vue social. »

– Marla Salmon, ancienne responsable des services infirmiers au Département de la santé et des services sociaux des États-Unis



La distance compte

Une étude réalisée en Suède a montré que les patients vivant entre 50 et 60 kilomètres d'un hôpital ont 15 % de chances de moins de survivre à une crise cardiaque que des patients vivant dans un rayon de 10 kilomètres autour de l'hôpital local.^[100]

Dans une autre étude réalisée au Royaume-Uni, il est montré qu'une augmentation de la distance de 10 kilomètres en ligne droite d'un service d'urgence est associée à environ 1 % d'augmentation de la mortalité.^[101]

Une étude australienne a trouvé une forte corrélation entre la distance avec les centres de radiothérapie et la survie des personnes diagnostiquées d'un cancer. En moyenne, le risque de mortalité augmente de 6 % pour chaque augmentation de 100 kilomètres de la distance au centre de radiothérapie le plus proche.^[102]

Au Niger en 2012, environ 90 % des routes n'étaient pas asphaltées. Six districts ne disposaient d'aucun établissement de santé. On comptait environ un établissement de santé pour 7000 habitants. Pendant la saison sèche, 39 % de la population vivait à une heure de marche d'un centre sanitaire. Ce pourcentage tombait à 24 % pendant la saison humide. Une étude a montré qu'il existait une forte corrélation entre le taux de vaccination et la proximité avec un établissement de santé. Un enfant vivant à moins d'une heure de marche d'un hôpital était presque deux fois plus susceptible de suivre un programme complet de vaccination qu'un autre enfant vivant plus loin.^[95]

ÉTUDE DE CAS 9.1 : SOINS DE QUARTIER AUX PAYS-BAS

« Le fait de nouer de bonnes relations avec nos patients nous aide à mieux évaluer et comprendre leur cadre de vie. Le traitement que nous pouvons alors appliquer donne aux patients les moyens de gérer leur état de façon autonome. »

En 2006, les infirmières de district aux Pays-Bas ont commencé à être mécontentes du modèle de soins utilisé pour prendre en charge, au niveau communautaire, les personnes ayant des besoins de santé complexes.

Dans les modèles traditionnels, les soins étaient confiés à des personnels peu coûteux mais aussi relativement peu formés. Le modèle Buurtzorg (mot néerlandais désignant les « soins de quartier ») a été élaboré pour remédier à cette situation. Il consiste à recruter des professionnels des soins infirmiers très compétents, travaillant en équipes indépendantes comptant jusqu'à 12 infirmières ou infirmiers chargés de gérer, dans une zone donnée, tous les aspects des soins prodigués à 50-60 patients.^[177]

Le modèle fait appel aux technologies de l'information pour gérer en ligne les horaires, la documentation des évaluations de soins infirmiers et la facturation des services. Le modèle de « soins de quartier » a pour objectifs de :

- **Créer des équipes autogérées d'infirmières chargées de prodiguer des services médicaux et de soutien au domicile des patients ;**
- **S'imposer comme un modèle durable et holistique de soins communautaires ;**
- **Maintenir ou rétablir l'indépendance des patients ;**
- **Former les patients et leurs familles aux soins auto-administrés ;**
- **Créer des réseaux de ressources de voisinage ;**
- **Miser sur le professionnalisme des infirmières.**^[177]

En 2015, plus de 8000 infirmières et infirmiers participaient au programme Buurtzorg au sein de 700 équipes, prodiguant une gamme complète de services médicaux et de soutien à plus de 65 000 patients.

L'autonomisation des patients est au cœur de ce modèle géré par des infirmières : les équipes obtiennent de très bons résultats en tirant parti des compétences, ressources et environnements existants des patients et en insistant sur l'autogestion.^[176]

Le programme a réduit de 40 % les coûts pour les patients, soit potentiellement 2 milliards d'euros d'économies par an, et réduit de moitié le nombre d'heures de soins par patient. La qualité des soins est améliorée, les patients retrouvent leur autonomie plus rapidement, le nombre d'admissions à l'hôpital est en baisse de même que la durée des séjours.^[177]

Ornella Zanin et Gerda Mast, infirmières de district spécialisées dans le triage des plaies chroniques, nous exposent un cas qui montre bien quels sont les points forts du programme.

Lars, un homme de 70 ans habitant l'un des quartiers desservis par le Buurtzorg, avait bien besoin d'une intervention. Victime de la polio dans son enfance et atteint du syndrome de Guillain-Barré, Lars, astreint à son fauteuil roulant, avait développé un ulcère à la jambe droite puis des complications sous forme de mycose à la jambe et aux doigts de pied. La douleur excluant toute thérapie de compression, un œdème assez important était apparu sur la jambe. Lars, largement immobilisé par son état, n'était pas en mesure de prendre soin de ses jambes ni de ses pieds, et était de plus résistant à différentes formes de traitement.

Ornella et Gerda se sont donc rendues chez Lars et, avec lui, ont élaboré un plan de traitement de sa plaie. Six semaines plus tard, la plaie était guérie. C'est en nouant une bonne relation avec Lars et en apprenant à connaître son cadre de vie que nos deux infirmières ont pu appliquer un traitement qui n'a pas seulement réussi à court terme, mais qui a aussi permis à Lars de devenir plus autonome et plus attentif aux soins qu'il doit prodiguer à ses jambes.



© Dominic Chavez / World Bank

OBJECTIF 10 : INÉGALITÉS RÉDUITES

Morley était une jeune autochtone canadienne très soucieuse du bien-être de ses proches, notamment de son frère cadet. Malheureusement, la mère de Morley, victime de maltraitance pendant sa propre enfance, souffrait de graves accès de dépression et de nombreuses addictions, des problèmes qui la conduisaient à négliger ses enfants. Morley a commencé à s'automutiler et a tenté de se suicider. Malgré sa volonté de vivre avec sa mère et son frère, Morley dut être placée dans une famille d'accueil pour sa propre protection. Ses parents adoptifs ayant par la suite signalé que Morley entendait des voix lui disant de s'automutiler, un psychiatre posa un diagnostic de trouble de stress post-traumatique. La dégradation de sa santé mentale et de son comportement ayant abouti à une nouvelle tentative de suicide, Morley fut hospitalisée. Vu la gravité de son état, elle a été placée dans une institution spécialisée.^[103]

Les circonstances dans lesquelles nous venons au monde influencent de manière déterminante notre développement et notre croissance. Mais le départ dans la vie n'est qu'un aspect de nos destins individuels, l'autre étant la manière dont les avantages et les désavantages vont s'accumuler pour faire de nous ce que nous sommes. Des études montrent que les individus ayant vécu quatre types d'expériences négatives pendant leur enfance, ou davantage, courent près de cinq fois plus de risque de passer plusieurs semaines d'affilée dans un état dépressif et douze fois plus de risque de suicide.^[104] L'histoire de Morley montre comment un enchaînement de désavantages peut se mettre en place pour finalement plonger un individu dans un état sanitaire très grave.

Les écarts de santé et de bien-être entre groupes avantagés et désavantagés apparaissent de manière spectaculaire au détriment des populations autochtones. Le désavantage social est lié à des taux plus élevés de suicide, d'abus d'alcool et de drogues, de problèmes de santé mentale, de maladies du cœur et des poumons, d'obésité, de diabète et de nombreux autres types de maladies et facteurs de risques. Généralement, les personnes les moins désavantagées et qui jouissent d'un meilleur statut social sont en bien meilleure santé. Cette inégalité existe entre les pays et au sein même des pays. Aucun pays n'est à l'abri. Sir Michael Marmot l'a très bien dit : cette inégalité s'explique par la disparité des conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent. Elle affecte non seulement l'espérance de vie, mais aussi la qualité de vie.^[104]

Les personnes les plus désavantagées sont davantage susceptibles d'avoir besoin de soins de santé, mais moins susceptibles d'en bénéficier. On sait d'autre part que les personnes pauvres et défavorisées au point de vue social ne reçoivent souvent pas les mêmes options de traitement que les personnes les moins désavantagées. Cette situation s'explique peut-être par le fait que les systèmes de santé ne sont pas créés ni organisés pour prodiguer des services de santé aux personnes qui se situent au bas de la structure de classe. Les soins infirmiers jouent un rôle déterminant pour remédier à ces problèmes et défendre les droits des patients. En collaborant avec d'autres professionnels de la santé, les infirmières peuvent susciter un climat au sein duquel les écarts socio-économiques seront considérés comme inacceptables. La défense des besoins de santé de tous les individus s'inscrit dans la longue tradition de notre profession.

« La mesure de notre progrès n'est pas d'ajouter à l'abondance de ceux qui ont déjà beaucoup, mais de donner suffisamment à ceux qui ont peu. »

– Franklin D. Roosevelt, ancien Président des États-Unis



1 % DE LA POPULATION MONDIALE DÉTIENT JUSQU'À 40 % de la richesse globale.^[105]



LA MOITIÉ DE LA POPULATION LA PLUS PAUVRE NE DÉTIENT QUE 0.5 % de la richesse globale.^[105]

ÉTUDE DE CAS 10.1 : SERVICE DE CONSULTATION INFIRMIÈRE POUR L'HÉPATITE C, NOUVELLE-ZÉLANDE

« Partout où elles travaillent, les infirmières peuvent refuser la discrimination et améliorer le diagnostic du virus de l'hépatite C au sein d'une population de malades qui s'ignorent » - Jenny Bourke

Au niveau international, 200 millions de personnes souffrent de l'hépatite C, un nombre considérable qu'il faut comparer aux 40 millions de personnes qui vivent avec le VIH. La très grande majorité des personnes affectées par l'hépatite C sont des consommateurs, ou d'anciens consommateurs, de drogues par voie intraveineuse. Ces personnes accèdent difficilement au traitement du fait de la stigmatisation et de la marginalisation sociales qui les empêchent de demander de l'aide et en font un groupe à très haut risque. C'est la raison pour laquelle les consommateurs de drogues par voie intraveineuse n'envisagent souvent même pas de suivre un traitement contre l'hépatite C.

En Nouvelle-Zélande, 50 000 personnes seraient atteintes de l'hépatite C, un chiffre qui devrait augmenter de 50 % ces dix prochaines années. La situation est d'autant plus préoccupante que, la maladie pouvant être asymptomatique pendant des années, un quart seulement des personnes infectées savent qu'elles sont porteuses du virus, 5 % seulement accédant au traitement. Faute de traitement des personnes infectées, le coût estimé pour la Nouvelle-Zélande, en 2020, pourrait atteindre 400 millions de dollars par an.^[174]

Infirmière clinicienne spécialisée, Jenny Bourke est cadre dans le service de prise en charge communautaire de l'hépatite de Christchurch, une ville d'environ 375 000 habitants.^[175] Avec deux autres infirmières, un travailleur social et un médecin généraliste, Jenny forme une équipe multidisciplinaire oeuvrant pour éliminer les obstacles à l'accès aux soins et faciliter l'accès aux tests, diagnostics et traitements relatifs à l'hépatite C.

Pour Jenny, l'un des grands succès du service se situe dans l'établissement de liens de confiance et de respect non seulement avec les clients mais aussi avec d'autres agences (prise en charge de personnes dépendantes à l'alcool et aux drogues, programmes d'échange de seringues, médecins généralistes et intervenants en soins secondaires). En créant des partenariats de collaboration avec d'autres professionnels et services de santé, l'équipe a élaboré une approche intégrative et amélioré l'accès au traitement contre l'hépatite C des personnes qui s'injectent des drogues.

Grâce au rôle central des infirmières dans la prise en charge des personnes atteintes de l'hépatite C – y compris la sensibilisation, le dépistage de nouvelles infections, la liaison avec d'autres services, l'éducation et le soutien aux consommateurs de drogues par intraveineuse – le service est en mesure d'offrir à ses clients un cadre neutre, des horaires flexibles, des compétences très élevées en phlébotomie, des prestations itinérantes gérées par des infirmières et la continuité des soins.

Le service a connu une croissance exponentielle depuis trois ans. Il gère actuellement 465 clients, avec 15-25 nouvelles admissions par mois. Le service connaît un taux de participation de 98 %.



Par : Jenny Bourke, infirmière clinicienne spécialisée, cadre au service de prise en charge communautaire de l'hépatite, Christchurch, Nouvelle-Zélande



L'INÉGALITÉ DE REVENU A PROGRESSÉ DE **11 %** dans les pays en développement entre 1990 et 2010.^[105]



Dans certaines régions de l'Équateur, le risque de cancer de la gorge est **30 FOIS SUPÉRIEUR À LA MOYENNE NATIONALE CHEZ LES PEUPLES INDIGÈNES.**^[106]



L'ESPÉRANCE DE VIE DES PEUPLES INDIGÈNES EST INFÉRIEURE DE **20 ANS** à celles des autres catégories de population.^[106]



Aux États-Unis, les Amérindiens ont **600 FOIS PLUS DE RISQUE DE CONTRACTER LA TUBERCULOSE ; LE RISQUE SUICIDAIRE EST 62 % SUPÉRIEUR CHEZ LES AMÉRINDIENS.**^[106]



Au niveau mondial, plus de **50 % DES ADULTES INDIGÈNES SOUFFRENT DE DIABÈTE DE TYPE 2.**^[106]



Au Canada, le taux d'incarcération indigènes est **10 FOIS PLUS ÉLEVÉ ; ET EN AUSTRALIE CE TAUX EST 14 FOIS PLUS ÉLEVÉ.**^[106]



© Dominic Chavez / World Bank

OBJECTIF 11 : VILLES ET COMMUNAUTÉS DURABLES

En 2050, selon certaines estimations, 70 % de la population mondiale vivra dans les zones urbaines. C'est pourquoi la santé mondiale sera déterminée de plus en plus par l'état de santé dans les villes. Elles seront le contexte au sein duquel les individus grandiront, vivront, travailleront et se divertiront.^[110]

Le fait de vivre dans les zones urbaines a été associé à des améliorations dans les niveaux de revenu et dans les résultats de santé. Dans le même temps, les pressions sur la croissance urbaine ont contribué à l'apparition de très fortes inégalités sociales et sanitaires partout dans le monde.

La métropole de Sao Paulo, au Brésil, croît rapidement : il y a cent ans, sa population était de seulement 100 000 personnes ; depuis lors, elle a rapidement augmenté pour atteindre 10 millions d'habitants (18 millions avec les régions avoisinantes). La ville est pleine de contrastes : certains quartiers sont marqués par la vitalité culturelle et la croissance économique ; d'autres sont affligés de taux élevés de criminalité et d'une grande pauvreté. Comme le relevait Wolfgang Nowak, « les grandes villes englobent tout : le premier monde, le deuxième monde et le tiers monde s'y rassemblent en un seul lieu. »^[108]

La croissance démographique rapide explique en grande partie la disparité de Sao Paulo. La planification urbaine n'ayant pu suivre l'expansion rapide de la population, les services d'assainissement et de gestion des eaux usées, la mobilité, les normes de construction, la qualité de l'air dans les habitations et les communications sont insuffisants. L'accès aux écoles, aux services de santé et aux emplois est bloqué. Tous ces éléments expliquent que les individus ne perçoivent pas leur santé et leur bien-être de la même manière. Les pauvres, qui vivent aux marges de la ville, sont souvent exclus de l'équité sociale. Or, les cités inclusives doivent intégrer les moins bien lotis au sein même du tissu urbain, réduire autant que possible l'exclusion induite par la pauvreté et se doter d'infrastructures authentiquement publiques, c'est à dire accessibles par différents groupes de revenu. L'étalement urbain doit être maîtrisé et les politiques sociales donner la priorité à des villes plus compactes. Il est possible de jouer sur de nombreux paramètres pour rendre une ville plus salubre. Mais, fondamentalement, pour que les transformations produisent leurs avantages, elles doivent porter sur l'enjeu de l'équité.^[109]

ÉTUDE DE CAS 11.1 : MICAH PROJECTS, SERVICES DE SANTÉ INCLUSIVE, AUSTRALIE

« Il est possible d'améliorer la santé des personnes sans abri et de les aider à se loger tout en réalisant des économies dans le système hospitalier. » - Kim Rayner

Kim Rayner gère le service de santé inclusive Micah Projects à Brisbane, en Australie. Ce service a été créé explicitement pour remédier aux taux élevés de comorbidités et aux risques de mortalité parmi les personnes et familles défavorisées confrontées au sans-abrisme, à la pauvreté, à l'exclusion sociale, à la maladie mentale, au handicap et à la violence familiale.

Plus de 4300 personnes vivent dans les rues de Brisbane, une ville de 1,15 million d'habitants (Brisbane City Council 2016).^[111]

L'organisation non gouvernementale Micah Projects s'emploie à résoudre les problèmes auxquels ces personnes sont confrontées. Kim a joué un rôle central dans la création de partenariats entre Micah Projects et les principaux hôpitaux privés de Brisbane pour prodiguer des services aux personnes sans abri et mal logées.

Pour mieux évaluer les besoins sanitaires et sociaux au sein de la communauté, des infirmières de l'équipe ont appliqué une

version adaptée de l'outil Vulnerability Index Survey élaboré aux États-Unis. L'enquête qu'elles ont réalisé à cette occasion a montré que, parmi les personnes visées par les programmes :

- 59 % souffraient à la fois d'une maladie chronique, d'un problème d'abus de substances et de maladie mentale.
- 36 % avaient déjà subi un traumatisme crânien.
- 30 % avaient été atteintes d'une maladie du foie ou d'une cirrhose, ou étaient atteintes d'une maladie du foie au stade terminal.
- 28 % avaient déjà souffert d'une maladie ou d'arythmie cardiaque.
- 9 % étaient atteintes d'un cancer.^[112]

L'analyse des données a permis à l'équipe d'élaborer une approche ciblée destinée à prévenir le sans-abrisme et intervenir en amont auprès des personnes qui risquent de se retrouver à la rue ; à briser le cycle du sans-abrisme ; pour améliorer la réaction des services face à ce problème.

Des services de santé personnalisés ont été élaborés pour répondre aux besoins de cette population vulnérable. Ils consistent en un relogement rapide accompagné de services de soins de santé d'un bon rapport coût/efficacité (avant, pendant et après le relogement) : l'objectif est de réduire les coûts pour la personne et pour la société, de même que l'impact du sans-abrisme sur les personnes et sur la communauté.^[113]

Le Home Healthcare After-Hours Service (service de soins de santé accessible en dehors des heures de travail) consiste en deux équipes : la première – Street to Home, équipée d'une camionnette – va au-devant des patients dans les espaces publics, les parcs et les squats ; la seconde effectue des visites à domicile et dans des espaces publics de l'agglomération de Brisbane.

Le service inclut :

- planification et collaboration avec des travailleurs communautaires actifs dans le logement
- offre d'un point d'accès unique, ouvert à toute heure, à des services incluant le logement et les soins de santé
- instauration de liens de confiance avec des personnes et des familles sans-abri ou mal logées
- prise en charge immédiate des personnes qui se présentent au centre municipal de service aux sans-abri, et présence dans les rues, les parcs et les domiciles de personnes logées par les programmes Housing First
- réalisation de bilans de santé et renvois vers des centres de soins de santé primaires, y compris services paramédicaux
- suivi des soins par le biais du renvoi accompagné vers d'autres praticiens ; et orientation dans le système de soins de santé

- interventions rapides et proactives, soins de santé axés sur la prévention
- éducation à la santé, coordination des soins de santé prodigués aux personnes, liaison et sensibilisation des services généralistes et spécialisés (soins dentaires, prise en charge du diabète, des problèmes de drogue et d'alcool, maladies des reins, vaccination)
- avec les hôpitaux et les personnels hospitaliers,^[114] préparation de la sortie et du suivi clinique des patients

Le service, géré par une équipe infirmière affectée spécialement, prouve qu'il est possible d'améliorer la santé des personnes sans abri et de les aider à se loger tout en réalisant des économies dans le système hospitalier.

Le service est un succès à tous égards : amélioration de la qualité de vie liée à la santé ; forte baisse de fréquentation de l'hôpital par les usagers du service ; baisse de 37 % des admissions à l'hôpital – 24 % aux services d'urgences. Le programme entraîne une économie nette d'environ 6.45 millions de dollars australiens par an ; son bénéfice social net dépasse 12.6 millions de dollars et correspond à une amélioration d'au moins 82 années de vie pondérée par la qualité.^[114]



Par : Kim Rayner, gestionnaire et infirmière responsable, Inclusive Health, Micah Projects, Brisbane, Australie

ÉTUDE DE CAS 11.2 : PRESCRIPTION SOCIALE AU ROYAUME-UNI

Une organisation communautaire innovante est parvenue à transformer l'une des régions les plus pauvres de l'Angleterre. Le Bromley by Bow Centre travaille en partenariat avec des groupements communautaires et des agents de santé primaire pour aider les individus à améliorer leurs compétences, trouver des emplois et mener des vies heureuses et en bonne santé.

Médecins généralistes et infirmières diplômées mettent leurs patients en contact avec les services offerts par le centre et dans la communauté. Le personnel applique ce que l'on appelle la « prescription sociale », c'est à dire l'orientation vers des services extérieurs non cliniques : programmes de vie en bonne santé, soutien social et au logement, réinsertion dans le marché de l'emploi, conseil en matière financière et de gestion de l'endettement. La démarche part du principe que les problèmes de santé n'ont pas seulement des causes physiques.

Alison Bell, infirmière engagée dans cette initiative, encourage ses patients atteints de maladies respiratoires à faire partie d'une chorale pour apprendre à maîtriser leur respiration. Les patients ayant des problèmes d'articulations sont orientés vers des ateliers de céramique, le façonnage de l'argile ayant des effets bénéfiques sur la force et l'étendue du mouvement de la main. D'autres patients sont dirigés vers des programmes de gestion du poids. La philosophie de la prescription sociale est d'autonomiser les patients et de les connecter à leur communauté et à leur environnement.^[115]



En 2015, **50 %** DE LA POPULATION MONDIALE HABITAIT EN VILLE.^[110]



828 MILLIONS DE PERSONNES VIVENT DANS DES BIDONVILLES.^[110]



En 2030, **60 %** DE LA POPULATION MONDIALE HABITERA EN VILLE.^[110]



1.6 MILLIARD DE PERSONNES N'ONT TOUJOURS PAS DE LOGEMENT ADÉQUAT.^[110]



95 % DE LA CROISSANCE URBAINE interviendra dans le monde en développement.^[110]



Selon la dernière évaluation mondiale tentée par les Nations Unies **100 MILLIONS** DE PERSONNES ENVIRON SONT SANS ABRI.^[110]



© Aisha Faquir / World Bank

OBJECTIF 12 : CONSOMMATION ET PRODUCTION RESPONSABLES

Les hôpitaux et les services de santé sont de gros consommateurs de ressources et produisent d'importantes quantités de déchets. On estime que l'industrie des soins de santé génère 7000 tonnes de déchets par jour, y compris des déchets solides et des déchets médicaux. On estime également qu'un établissement de santé consomme environ 2.5 fois plus d'énergie qu'un bâtiment commercial de même taille.^[116]

Les établissements de santé peuvent apporter une contribution importante à la pérennisation des ressources. Ils ont d'autre part un impact direct sur la santé des individus. Selon l'OMS, seuls 58 % des déchets des soins de santé sont éliminés correctement.^[67] Les communautés sont confrontées de ce fait aux risques croisés de la contamination par des déchets infectieux et pathologiques, des blessures par objets pointus et tranchants et de l'empoisonnement par des déchets chimiques, pharmaceutiques, génotoxiques et radioactifs.

ÉTUDE DE CAS 12.1 : HEALTHCARE WITHOUT HARM, ÉTATS-UNIS

L'organisation Healthcare Without Harm (soins de santé sans nuisance) a été fondée par Charlotte Brody, infirmière diplômée, après la publication d'un rapport de l'Agence pour la protection de l'environnement (EPA) du gouvernement des États-Unis selon lequel l'incinération des déchets médicaux constituait la première source d'émission de dioxine, un puissant agent cancérigène. Healthcare Without Harm a joué un rôle important dans la réalisation de plusieurs objectifs, notamment la quasi-élimination de l'utilisation du mercure dans les équipements médicaux aux États-Unis. Elle est aussi parvenue à convaincre nombre d'hôpitaux de se fournir auprès de sources locales appliquant les principes de l'agriculture durable.^[119]



85 % ENVIRON DES DÉCHETS LIÉS AUX SOINS DE SANTÉ sont comparables aux ordures ménagères et ne sont pas dangereux.^[120]



Chaque année **16 MILLIARDS D'INJECTIONS** sont effectuées dans le monde mais toutes les aiguilles et les seringues usagées ne sont pas correctement éliminées.^[120]



Les injections pratiquées dans de mauvaises conditions de sécurité ont entraîné **33 800 NOUVELLES INFECTIONS À VIH, 1.7 MILLION DE CAS D'HÉPATITE B ET 315 000 CAS D'HÉPATITE C.**^[120]



15 % SONT CONSIDÉRÉS COMME DANGEREUX et peuvent être infectieux, toxiques ou radioactifs.^[120]



1/3 DE TOUTE LA NOURRITURE PRODUITE finit à la poubelle (1.3 milliard de tonnes de nourriture).^[120]



3 MILLIONS DE TONNES DE DÉCHETS sont produits tous les jours.^[120]



© Lundrim Aliu / World Bank

OBJECTIF 13 : LUTTE CONTRE LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES

Angela, infirmière, exerce dans une grande ville des États-Unis. Elle signale une augmentation du nombre des personnes qui viennent la consulter au moment des pics de pollution. Entre autres interventions destinées à aider ses patients, Angela ajuste leurs prescriptions de médicaments et leur recommande de rester à la maison les jours de grande pollution. Mais la plupart de ses patients travaillent et, étant donné leurs conditions sociales, n'ont ni voiture ni climatisation. Pour eux, échapper à l'air pollué n'est pas une option raisonnable.^[121]

Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé sont les témoins directs des effets des changements climatiques. Le Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS, a affirmé que « le changement climatique est l'un des plus grands défis de notre temps. »^[122] Le changement climatique peut avoir des effets positifs très localisés, comme par exemple une baisse du nombre des décès en hiver ou de meilleures récoltes. Mais ses répercussions sont très largement négatives, surtout en ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé les plus importants : une alimentation suffisante, un air propre, une eau potable et salubre et un abri sûr. Les effets du changement climatique n'affectent pas qu'une minorité de la population. Ils nous concernent tous. Et certaines personnes y sont plus vulnérables que d'autres.

Les infirmières et les organisations de soins infirmiers sont souvent des précurseurs dans l'adoption de stratégies qui affectent la santé des populations et sont par conséquent en première ligne des enjeux tels que le changement climatique.

Par exemple, en 2008, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) publiait un rapport intitulé « Le rôle des infirmières dans la lutte contre les changements climatiques ». L'AIIC y décrit la menace que le changement climatique fait peser sur la santé des populations et formule des orientations à l'intention des infirmières quant aux rôles qu'elles peuvent assumer dans l'adoption de stratégies d'adaptation et d'atténuation. L'AIIC plaide activement auprès des gouvernements pour qu'ils prennent des mesures face aux changements climatiques.^[123]

Le changement climatique
n'est pas seulement
un problème lié
à l'environnement, comme
trop de gens le croient encore.
Il s'agit d'une menace globale.

– Kofi Annan, ancien Secrétaire général des Nations Unies, 2006

ÉTUDE DE CAS 13.1 : ACTION CONTRE LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES, ÉTATS-UNIS

Les maladies liées au climat et à transmission vectorielle – comme par exemple les maladies propagées par des moustiques – sévissent dans les climats tempérés du littoral sud des États-Unis. Il est donc important d'éduquer et de conseiller les populations qui se situent à la limite ou sous le niveau de pauvreté, tel que défini par les autorités fédérales, sur la manière d'éviter les maladies à transmission vectorielle, d'éviter les moustiques et de limiter les effets des maladies.

En 2016, Lisa Campbell, DNP, RN, APHN-BC, membre du conseil d'administration de l'Alliance of Nurses for Healthy Environments (Alliance des infirmières pour des environnements salubres, AHNE) et de Texas Team – la Coalition pour l'action dans l'État du Texas –, a rencontré des responsables de haut niveau de l'administration Obama et d'agences fédérales pour parler de la contribution des infirmières à la mitigation des effets des changements climatiques et pour esquisser les mesures que les infirmières pourraient prendre dans les domaines de la formation, de la recherche, de la pratique et des politiques.

Lisa a de longues années d'expérience en tant que responsable de santé publique. Pour elle, la lutte contre les effets des changements climatiques implique de :

- Maintenir des programmes efficaces de mitigation, comme par exemple le contrôle des moustiques ;
- Lancer des alertes sanitaires et éduquer le grand public pendant les vagues de chaleur extrême ;
- Collaborer avec les autorités chargées de la gestion des situations d'urgence pour évaluer la communauté et préparer des plans d'action face aux inondations, aux ouragans et autres catastrophes ;
- Plaider pour la recherche sur les changements climatiques et la santé.

En tant qu'ancienne directrice d'un département local de santé publique, le Dr Campbell a appliqué les trois fonctions fondamentales de la santé publique (évaluation, assurance et élaboration de politiques) pour orienter son travail sur les changements climatiques. La surveillance des maladies liées au climat et à transmission vectorielle – comme par exemple les maladies propagées par des moustiques – est particulièrement importante dans les États du littoral sud des États-Unis soumis à un climat tempéré et où le Dr Campbell et son équipe ont observé des cas de virus du Nil occidental, de la dengue et d'autres maladies infectieuses émergentes, comme le virus Zika. Le Dr Campbell a introduit un programme efficace de lutte contre les moustiques, avec du personnel chargé de lutter contre les ravageurs dans le domaine sanitaire pour prévenir la transmission possible et/ou probable de maladies à transmission vectorielle aux humains et entre humains. Par une budgétisation prudente, le Dr Campbell a assuré les formations adéquates, l'entretien des équipements et l'achat des pesticides nécessaires. Elle et son personnel ont collaboré avec des agences locales et étatiques pour élaborer des plans d'action contre le virus Zika, y compris l'élimination de moustiques dans une propriété privée ayant connu un cas confirmé de maladie à virus Zika. Le lancement d'alertes sanitaires pendant la saison chaude et humide est une stratégie cruciale contre les maladies à transmission vectorielle. Le public a été informé par les médias locaux et le site Web du département de la santé des mesures à prendre pour éviter les maladies à transmission vectorielle, comme par exemple ne pas sortir de chez soi à l'aube et au crépuscule, porter des vêtements à manches



longues, appliquer un répulsif et vider les flaques d'eau stagnante. Lors d'urgences climatiques, comme par exemple les vagues de chaleur extrême, le Dr Campbell et son équipe ont eu recours aux alertes sanitaires associées à des mesures d'éducation du public. Les alertes sont importantes pour prévenir les maladies liées à la chaleur, surtout au sein des populations vulnérables – enfants, personnes âgées, personnes désavantagées au point de vue économique. Les populations vulnérables n'ont généralement pas accès à la climatisation, ou un accès limité, ce qui augmente leur risque de maladie liée à la chaleur. L'équipe a travaillé avec les médias locaux pour diffuser des informations et avec des agences locales pour distribuer des ventilateurs et des abris rafraîchissants aux personnes désavantagées au point de vue économique. Tous les programmes relatifs aux questions de santé publique liées au climat étaient ancrés dans le département de santé publique et ses organisations partenaires.

Le Dr Campbell a travaillé avec les autorités chargées de la gestion des situations d'urgence pour évaluer les capacités fonctionnelles et les moyens à la disposition de la communauté, et élaborer des plans contre les inondations, les ouragans et autres catastrophes. Des plans ont été préparés pour l'évacuation des personnes habitant les régions de faible élévation. Des partenariats avec les organisations de santé de masse locales et étatiques ont été institués au moyen de mémorandums d'accord.

Par : Lisa Campbell, DNP, RN, APHN-BC, membre du conseil d'administration de l'Alliance of Nurses for Healthy Environments et professeur associé à la Texas Tech University, Health Sciences Center, School of Nursing.^[125]



LE NOMBRE DE CATASTROPHES NATURELLES LIÉES À LA MÉTÉOROLOGIE A TRIPLÉ DEPUIS LES ANNÉES 1960.

Chaque année, ces catastrophes provoquent 60 000 décès.^[128]



PLUS DE LA MOITIÉ DE LA POPULATION MONDIALE VIT À MOINS DE 60 KILOMÈTRES DE LA MER.

Les populations seront contraintes de se déplacer, ce qui renforcera divers risques sanitaires, allant des troubles de la santé mentale aux maladies transmissibles.^[128]



EN 2012, 12.6 MILLIONS DE DÉCÈS ONT ÉTÉ ATTRIBUÉS À DES CAUSES ENVIRONNEMENTALES, soit 23 % de tous les décès.^[127]



Si rien ne change, entre 2030 et 2050, ON S'ATTEND À CE QUE LE CHANGEMENT CLIMATIQUE ENTRAÎNE PRÈS DE 250 000 DÉCÈS SUPPLÉMENTAIRES par an, dus à la malnutrition, au paludisme, à la diarrhée et au stress lié à la chaleur.^[128]



© Genti Shkullaku / World Bank

OBJECTIF 14 : VIE AQUATIQUE

Tonlé Sap, au Cambodge, est l'un des plus grands lacs d'eau douce d'Asie du Sud-Est. Il abrite les pêcheries parmi les plus productives au monde. Source essentielle de protéines et d'autres nutriments indispensables à la santé, le lac fait vivre des familles et des communautés entières. Il est d'une importance cruciale de tirer parti des ressources de ce lac pour prévenir la malnutrition des enfants, encore très répandue au Cambodge. Mais la santé du lac s'est trouvée mise en péril par des pêcheries, la déforestation et la pollution illégales, et par des intérêts concurrents. La sécurité alimentaire qu'offrait le lac au plan régional était sérieusement compromise, jusqu'à ce que le gouvernement adopte les mesures nécessaires pour en garantir la pérennité.^[129]

Nos océans et nos voies navigables doivent être protégés. Ils regorgent de ressources naturelles, notamment des aliments, des médicaments, des biocarburants et d'autres produits. Ils servent en outre à décomposer et éliminer des déchets, tout en jouant un rôle utile dans la mitigation des effets du changement climatique et dans nos efforts d'adaptation. Les océans jouent enfin un rôle important pour le tourisme et les loisirs. L'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) observe à ce propos que « la santé de notre planète tout comme notre propre santé et notre sécurité alimentaire future dépendent de la manière dont nous traitons le monde aquatique. »^[130]



© Chor Sokunthea / World Bank

OBJECTIF 15 : VIE TERRESTRE

La fin de la flambée de maladie à virus Ébola a été annoncée en 2015. Mais Ébola a entraîné dans son sillage de terribles dommages, avec la mort de plus de 11 000 personnes (dont 500 agents de santé) et l'infection de plus de 30 000 autres. Les survivants sont, aujourd'hui encore, confrontés aux contrecoups de l'épidémie, notamment une santé personnelle compromise et un système de santé désorganisé. Les effets d'Ébola se feront sentir pendant de nombreuses années, alors même que les industries et les producteurs de denrées alimentaires s'efforcent de rétablir les ressources nécessaires pour récupérer.^[133]

Dans un rapport, l'OMS^[127] estime que certains changements dans la configuration du terrain et dans la biodiversité ont peut-être été des facteurs clés de la flambée de maladie. Le rapport affirme que les activités humaines directement liées au changement d'affectation des terres sont les premières causes d'une gamme d'infections.

Les changements dans l'affectation des terres, dans la production alimentaire et dans l'agriculture expliqueraient ainsi près de la moitié des urgences sanitaires dues aux zoonoses. La déforestation, la chasse au gibier de brousse, le développement des villages et les changements dans l'agriculture ont pour effet de rapprocher les populations des réservoirs d'agents pathogènes tels Ébola.^[134]

Des écosystèmes stables jouent un rôle vital pour entretenir la vie humaine. Tous les aspects du bien-être des êtres humains dépendent des biens et services issus des écosystèmes, lesquels dépendent à leur tour de la biodiversité. Le recul de la biodiversité et les changements dans les écosystèmes peuvent avoir des conséquences désastreuses : flambées de maladies infectieuses, ralentissement des progrès du développement, mise en cause de la sécurité alimentaire et de la nutrition et vulnérabilité accrue face aux catastrophes naturelles.^[134]



© Gennadiy Ratushenko / World Bank

OBJECTIF 16 : PAIX, JUSTICE ET INSTITUTIONS EFFICACES

Éduqués dans la foi chrétienne, Kabra, une adolescente érythréenne de 14 ans, et Merhawi et Filmon, deux jeunes compatriotes, risquaient la mort dans leur pays. Après leur fuite de l'Érythrée, ils furent réduits en esclavage par des gangs soudanais qui les obligèrent à travailler pour eux. Les trois enfants réussirent à échapper à cet enfer, mais il leur restait encore un long voyage à accomplir. Ils se retrouvèrent finalement, avec 700 autres réfugiés, sur un bateau dangereusement surchargé partant de Libye en direction de la Sicile : son naufrage entraîna la mort de plusieurs centaines de personnes. Les trois enfants survivants ont aujourd'hui trouvé refuge en Sicile mais sont trop traumatisés pour parler. Ils ne savent pas si leurs parents vivent encore. De nombreux autres enfants n'ont pas réussi à atteindre la sécurité.^[138]

Les organisations criminelles et les trafiquants profitent de la crise migratoire. De nombreuses personnes, en particulier des femmes et des enfants, sont contraintes au travail sexuel ou à d'autres formes d'esclavage^[139].

En 2015, près de 96 000 mineurs non accompagnés ont demandé l'asile en Europe. Les autorités ont perdu la trace d'environ 10 % de ces enfants. L'Union européenne constate que « les groupes criminels organisés choisissent de se livrer à la traite des enfants parce que ceux-ci constituent des proies faciles et rapidement remplaçables » et qu'il est assez facile de les contrôler discrètement. Les enfants victimes de la traite des êtres humains sont achetés et vendus pour des sommes allant de 4000 à 8000 dollars. Ils se retrouvent dans les marchés du travail sexuel, du travail forcé (ouvriers agricoles et domestiques) et de la mendicité forcée.^[140]

Cette réalité brutale nous émeut et nous fend le cœur, à juste titre. Le monde traverse une crise humanitaire épouvantable, symptôme majeur de l'injustice, de l'inégalité et de la guerre.

Les prochaines générations jugeront notre société à l'aune de sa réaction à la crise actuelle.

Notre humanité dépend de l'humanité de tous. Nous ne serons pas jugés sur nos progrès scientifiques et techniques, ni sur le sort que nous réservons aux riches et aux puissants, mais bien plutôt sur la façon dont nous traitons les personnes pauvres, condamnées, déplacées et emprisonnées.

Pour mettre un terme à la crise, il faut remédier à la pauvreté, aux inégalités, au chaos et instaurer la paix et la justice. La profession infirmière joue un rôle central pour conduire ce changement. Nous avons la confiance du public, nous connaissons l'étendue des dommages, notre esprit est nourri de convictions. Et nous pouvons proposer des solutions pour aider les individus, les communautés et les pays.

« Le contraire de la pauvreté, c'est la justice. »

– Bryan Stevenson, Avocat



La corruption, le vol et l'évasion fiscale coûtent environ **1260 MILLARDS DE DOLLARS PAR AN.**^[141]



50 % SEULEMENT DES ENFANTS VIVANT DANS LES RÉGIONS EN CONFLIT ont terminé l'école primaire.^[141]



21.3 MILLIONS DE PERSONNES SONT RÉFUGIÉES.^[143]



21 MILLIONS DE PERSONNES SONT VICTIMES DE TRAVAIL FORCÉ.^[142]



CHAQUE JOUR, 34 000 PERSONNES SONT DÉPLACÉES DE FORCE.^[143]



4.5 MILLIONS SONT VICTIMES D'EXPLOITATION SEXUELLE.^[142]

Protection des agents de santé en Syrie et dans d'autres zones de conflit

L'une des cibles associées à l'Objectif 16 est de « réduire nettement, partout dans le monde, toutes les formes de violence et les taux de mortalité qui y sont associés ». Le CII est très actif dans la protection des droits des infirmières et des autres agents de santé de soigner les populations en toute sécurité, libres de toute menace contre leur bien-être physique ou mental.

En mai 2016, le CII a signé une déclaration conjointe des membres de l'initiative Les soins de santé en danger appelant le Conseil de sécurité des Nations Unies à adopter une résolution sur la protection des personnels de santé. La déclaration appelait les États membres du Conseil de sécurité à réaffirmer le droit international humanitaire et à adopter des mesures concrètes pour protéger les soins de santé. Elle appelait aussi les gouvernements à examiner les législations nationales en vigueur et, si nécessaire, à adopter de nouvelles lois pour prévenir la violence contre les patients, les personnels de santé, les hôpitaux et les transports de santé.

En août 2016, le CII a rejoint l'Association médicale mondiale pour condamner les violences commises contre les personnels de santé en Syrie et dans d'autres pays. Nos deux organisations ont souligné que les attaques ciblées et persistantes contre les médecins, les infirmières, les personnels médicaux d'urgence et les autres agents de santé en Syrie étaient d'une intensité encore jamais vue et devaient alarmer la communauté internationale.^[145]

En décembre 2016, le CII s'est associé à un nouvel appel conjoint demandant le respect et la protection du droit des personnes blessées et malades pendant un conflit armé d'accéder aux soins de santé, et qu'il soit mis fin aux attaques contre les personnels et les établissements de santé.^[146]

L'initiative « Les soins de santé en danger » bénéficie du soutien d'experts et de professionnels issus de nombreux milieux : acteurs du terrain, gouvernements, forces armées, agences humanitaires, associations internationales professionnelles et services de soins de santé, ainsi que du Mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. L'initiative a formulé de nombreuses recommandations et identifié des mesures pratiques qui, si elles étaient appliquées par toutes les parties concernées, amélioreraient la protection des services de soins de santé pendant les conflits armés et d'autres situations d'urgence.

Outre son soutien à l'initiative Les soins de santé en danger, le CII est membre fondateur de la coalition Safeguarding Health in Conflict, qui œuvre au respect du droit international humanitaire et du droit international des droits de l'homme pour ce qui concerne la sécurité et la sûreté des agents et institutions de santé, des ambulances et des patients pendant les conflits armés ou les troubles civils.

Le CII est également membre du comité directeur et du comité scientifique de la Conférence internationale sur la violence dans le secteur de la santé.

« Le respect des services de santé est l'une des valeurs cardinales du droit international humanitaire et du droit à la santé. Les attaques contre les infirmières, les médecins et les institutions de santé, en Syrie et ailleurs, doivent absolument cesser. Il faut que les personnels et services sanitaires puissent continuer de prodiguer les soins dont les populations ont besoin. »



© Stephan Gladieu / World Bank

OBJECTIF 17 : PARTENARIATS POUR LA RÉALISATION DES OBJECTIFS

Rose fumait depuis ses 13 ans. Atteinte d'un cancer du poumon, elle dut subir un traitement intense de deux ans : radiothérapie, chirurgie, radiations et hospitalisations de longue durée. Les complications consécutives à une ablation partielle du poumon obligèrent Rose à passer plus d'un mois à l'hôpital. Rose aurait voulu consacrer davantage de temps à ses amis et à sa famille, en particulier à ses trois petits-enfants. Rose s'est éteinte en 2015 des suites d'un cancer dû à la cigarette.^[149]

Cette histoire tragique n'est pas isolée. Chaque année, plus d'1.6 million de personnes décèdent d'un cancer du poumon.^[150]

La progression des maladies non transmissibles revient très cher aux pays, confrontés non seulement à la disparition prématurée de leurs citoyens mais également aux coûts extrêmement élevés des traitements. Les coûts du cancer notamment deviennent inabordables même pour certains pays considérés comme riches. En 2012, la Food and Drug Administration des États-Unis approuvait douze nouveaux médicaments pour le traitement de plusieurs cancers : onze d'entre eux coûtaient plus de 100 000 dollars par patient et par an.^[34]

La prévention est, de loin, la meilleure option. Elle réduit les coûts pour le système de santé et améliore la qualité de vie des individus. La vaccination et les médicaments prodigués par le secteur sanitaire permettent de prévenir et guérir de nombreuses maladies infectieuses. Il est cependant plus difficile de prévenir les maladies non transmissibles : c'est pourquoi nous devons créer des partenariats avec d'autres intervenants concernés pour vaincre ces maladies.

Les causes profondes des maladies non transmissibles, par exemple, sont à chercher avant tout hors du secteur sanitaire et échappent souvent à l'influence immédiate des politiques de santé. Lorsque les politiques de santé s'opposent aux intérêts économiques de secteurs tels que le commerce ou la finance, ces derniers prévalent en général.

Pour garantir l'efficacité des stratégies de prévention, le secteur de la santé ne doit pas travailler seul. La collaboration avec l'industrie et d'autres services de l'État est source de grands avantages. L'industrie du tabac oppose une résistance farouche à toute tentative de contrôler son produit et use de stratégies juridiques pour retarder ou bloquer l'adoption de lois nationales contre la fumée du tabac. Son argument est que la réglementation du tabac contrevient aux traités toujours plus nombreux régissant le commerce et les investissements, et elle laisse planer la menace de batailles juridiques coûteuses et prolongées.

« La santé est probablement l'un des biens les plus précieux de la vie. Mais elle est de nature hautement politique et nécessite un certain investissement. Il faut du leadership politique. Il faut de l'engagement. Et il faut débattre avec la population. »

– Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS

« Dans les situations difficiles, pensez à trois choses : vision, partenariat et courage. Choisissez toujours le chemin de la rectitude morale : c'est souvent plus difficile, mais vous serez sur un terrain sûr. »

– Marla Salmon, Former Chief Nursing Officer, US Department of Health and Human Services^[32]

ÉTUDE DE CAS 17.1 : GESTION DE LA DÉPENDANCE AU TABAC, HONG KONG

Le Dr Sophia Chan, Sous-secrétaire à l'alimentation et à la santé de Hong Kong, est engagée de manière résolue dans la lutte contre les maladies non transmissibles. Avant d'entrer au gouvernement, le Dr Chan était professeur et directeur de recherche à la Hong Kong University School of Nursing.^[151] Spécialisée dans la promotion de la santé, le Dr Chan s'intéresse en particulier à la prise en charge de la dépendance au tabac. Elle a joué un rôle déterminant dans la conception d'un programme de recherche pour évaluer des interventions infirmières visant à modifier les comportements des fumeurs et à protéger les enfants de la fumée passive.

Ce programme a donné naissance au premier service de conseil en cessation du tabac en Chine, destiné à aider les professionnels de la santé chargés de gérer les interventions contre le tabagisme. Le Dr Chan a créé un groupe de travail pour aider les femmes chinoises à arrêter de fumer. Son succès est dû en partie aux liens qu'elle a noués avec l'OMS, les agences gouvernementales et plusieurs coalitions pour la promotion de la santé.^[152]

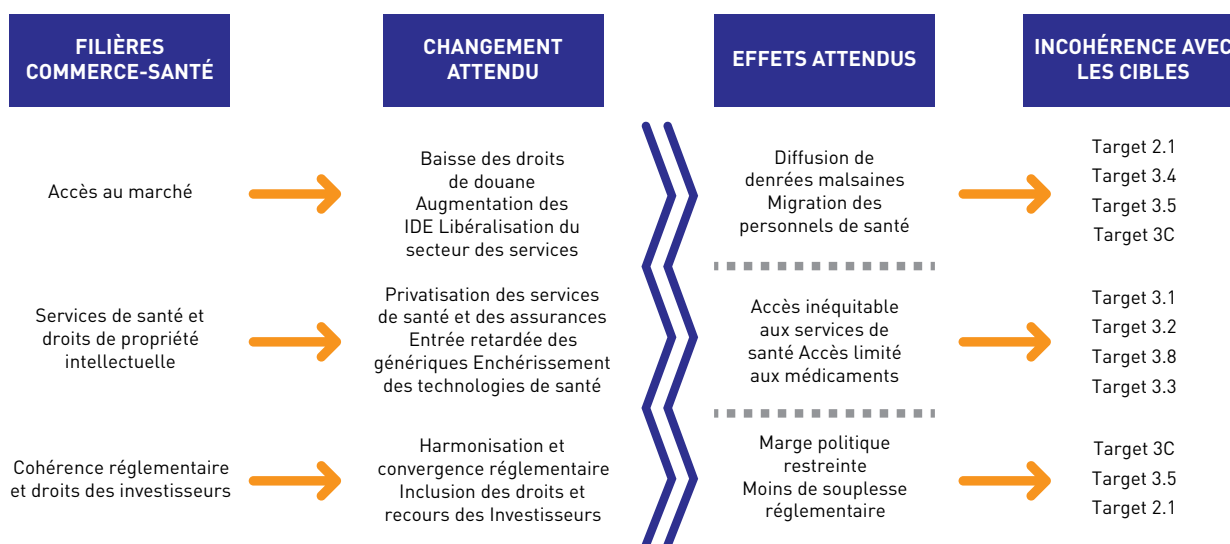


Figure 6. Impact potentiel du commerce sur la santé^[153]

Certaines politiques qui ne relèvent pas du secteur sanitaire exercent néanmoins un très grand impact sur la santé et ses déterminants sociaux. Par exemple, suite à la levée par le Viet Nam des restrictions à l'investissement direct étranger, les ventes de boissons gazeuses sucrées dans ce pays ont augmenté de 6,7 % à 23 % par an. Le Viet Nam devrait devenir l'un des plus grands marchés de croissance pour Coca Cola et Pepsico.^[154]

Ainsi, si l'accroissement des échanges et des investissements peut avoir des effets positifs sur la santé en stimulant la croissance économique et en réduisant la pauvreté, il faut également prendre en considération les risques potentiels pour la santé.

ÉTUDE DE CAS 17.2 : LE LEADERSHIP INFIRMIER POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE, CHINE

La santé du peuple chinois étant une priorité pour le Gouvernement de la Chine, les travailleurs de santé, et les infirmières en particulier, sont considérés comme le moteur de la promotion de la santé.

Pendant l'année écoulée, les infirmières ont apporté de très importantes contributions à l'allongement de l'espérance de vie en Chine, qui a atteint 76,34 ans en 2015. Les infirmières ont également joué un rôle clé dans le recul de la mortalité maternelle et de la mortalité infantile, qui sont tombées à 20.1 pour cent mille naissances et 8.1 pour mille naissances respectivement.

Le Dr Li Xiuhua, présidente de la Chinese Nursing Association, attribue ce succès à l'application de stratégies de leadership à quatre niveaux.

D'abord, l'importance accordée aux postes et à la représentation des infirmières au niveau national. Le Gouvernement chinois, défenseur résolu du renforcement des soins infirmiers, charge certains membres du Comité national de la Conférence consultative politique du peuple chinois et certains députés à l'Assemblée populaire nationale de représenter les infirmières, de donner des conseils et suggestions, de participer aux affaires et consultations politiques et d'influencer activement les politiques de santé. Le Dr Li a effectué pour sa part deux mandats au sein du Comité national. Elle a soumis à cette occasion au Gouvernement plusieurs propositions relatives aux soins infirmiers, communiqué avec des personnes de tous horizons et sollicité l'appui des autorités et de la société en général.

En second lieu, l'innovation doit être considérée comme le moteur du développement.

En troisième lieu, les systèmes de soins de santé doivent être dotés de fortes capacités de mise en œuvre. Leurs responsables doivent progresser sans relâche vers la réalisation du but fixé, ne pas avoir peur d'affronter les difficultés, ne pas perdre de vue l'intention de départ et assumer avec courage leurs responsabilités.

Enfin, il faut favoriser l'inclusion, la coopération et la multidisciplinarité.

Pour atteindre les Objectifs de développement durable à l'horizon 2030 et remédier à des problèmes tels que la pénurie mondiale de personnels infirmiers, le Dr Li estime que les chefs de file de la profession au niveau des pays devraient formuler ensemble une stratégie de développement durable et à long terme, visant à encourager les progrès dans les sciences infirmières, à ouvrir de nouvelles possibilités de carrière aux infirmières, à renforcer les soins infirmiers en tant que profession et à améliorer la santé des populations. La priorité devrait être accordée au développement du savoir et de l'information, ainsi qu'au renforcement de la réaction et des premiers secours face aux situations d'urgence mondiales ; à la prise en charge des personnes âgées et des maladies chroniques ; aux nouvelles maladies contagieuses ; à la prévention de la maladie et aux modes de vie sains ; et à la santé maternelle et infantile. Il ne faut pas non plus négliger les conseils de santé au profit des groupes vulnérables et marginalisés, de manière à garantir le droit de chacun d'accéder aux soins de santé.

Par : Dr Li Xiuhua, présidente de la Chinese Nursing Association



« Partout dans le monde, les chefs de file de la profession infirmière doivent s'employer activement à faire entendre la voix des infirmières et à renforcer leur influence, en participant à des activités visant à changer les politiques de santé. »

TROISIÈME PARTIE :

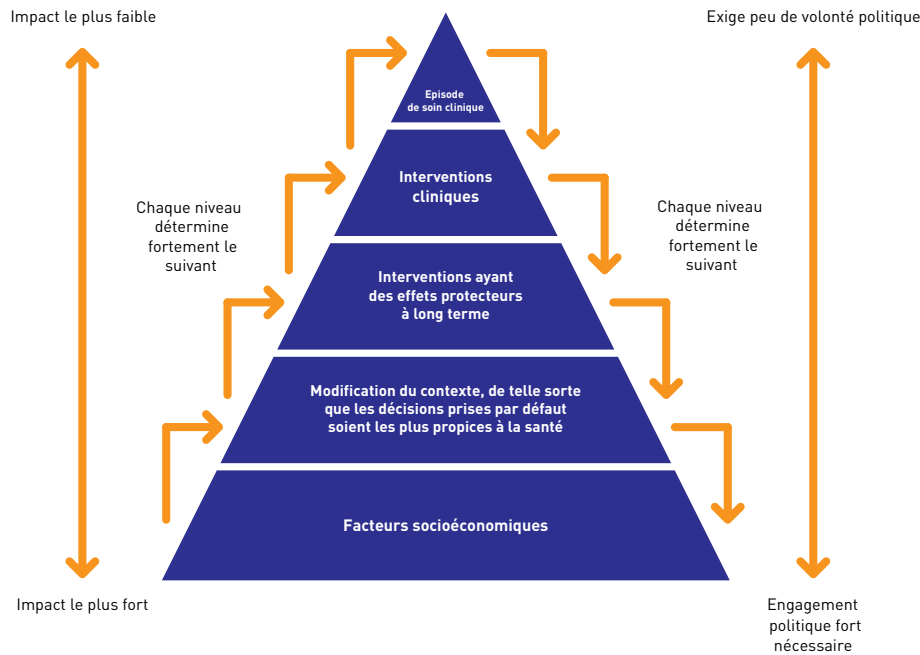
COMMENT POUVEZ-VOUS MONTRER LA VOIE ?

Il existe de nombreuses manières d'améliorer la santé et le bien-être des populations : par la pratique clinique et par la collaboration avec les individus et leurs familles ; à travers les programmes communautaires de soutien et de développement ; par des initiatives et politiques nationales en matière de santé ; ou encore par le biais d'engagements et accords internationaux visant à améliorer l'accès et la qualité des soins de santé. Les infirmières ont un rôle important à jouer à tous les niveaux, qu'il s'agisse de fournir des soins, d'évaluer avec précision les besoins, de concevoir des réponses cliniques ou politiques ou d'évaluer les résultats et l'efficacité.

La **Figure 7** montre que ces actions sont liées et interdépendantes. C'est pourquoi les infirmières doivent participer à tous les niveaux des prises de décision et y faire entendre leur voix

Vous pouvez montrer la voie :

- En tant qu'individu
- En tant que profession
- En tant que membre d'une équipe multidisciplinaire



Action	Exemple
Améliorer les résultats épisodiques des interventions de santé	Endoscopie par des infirmières. Certaines infirmières australiennes sont formées pour réaliser des procédures d'endoscopie. Des évaluations et contrôles réguliers de données montrent que ces infirmières pratiquent avec un haut degré de performance. Une autre évaluation du modèle signale un niveau élevé de satisfaction des patients.
Modèles améliorant l'accès, la qualité et l'efficacité des soins et les résultats épisodiques des interventions de santé	Équipes autogérées. Les Pays-Bas appliquent le modèle de soins Buurtzorg, aux termes duquel des équipes indépendantes d'infirmières spécialisées se voient confier la responsabilité des soins prodigués aux patients dans une zone donnée. Les équipes s'efforcent d'autonomiser les patients afin qu'ils puissent gérer eux-mêmes leur condition. Ce modèle innovant améliore la santé des communautés et entraîne des millions d'euros d'économies chaque année pour le système de santé.
Modèles intégrant une approche holistique* des besoins des individus, des familles et des communautés	Partenariats collaboratifs. En Australie, des partenariats inclusifs pour la santé (Inclusive Health Partnerships) apportent une réponse intégrée, centrée sur la personne et les traumatismes aux besoins sanitaires des personnes vulnérables, y compris les personnes sans abri. Ce modèle tient compte des nombreux facteurs sociaux qui impactent la santé. Les partenariats collaborent avec les services de soutien juridique, social et dans le domaine du logement pour obtenir les résultats escomptés.
La santé est intégrée à toutes les politiques	Commerce. Suite à la libéralisation des investissements directs étrangers au Viet Nam, les ventes annuelles de boissons sucrées gazéifiées ont plus que triplé dans ce pays. Selon l'OMS, une consommation accrue de boissons sucrées est associée à la prise de poids, pouvant entraîner des situations de surpoids et d'obésité (OMS 2016).
Remédier à la répartition inéquitable du pouvoir, de l'argent et des ressources	Couverture sanitaire universelle. "En 2002, la Thaïlande a pu assurer une couverture universelle des soins de santé qui comprend un ensemble complet de services à visée curative pour les patients externes et hospitalisés, les accidents et les urgences, les soins à prix élevé, la fourniture des médicaments en conformité avec les listes de médicaments essentiels de l'OMS, ainsi que les services personnels de prévention et de promotion de la santé, mis à part quelques exceptions minimes" (OMS 2008).

Figure 7. Cadres d'actions de promotion de la santé.

D'après Frieden (2010)^[155]

1. MONTRER LA VOIE À TITRE INDIVIDUEL

Le changement et l'impact commencent par vous ! Le thème de la Journée internationale des infirmières « La profession infirmière : Une voix faite pour diriger – atteindre les objectifs de développement durable » ne concerne pas que de rares privilégiées. Chaque infirmière et chaque infirmier sur cette

planète dispose d'une voix et peut en user pour faire une différence, comme vous l'avez vu dans les nombreuses études de cas citées dans notre documentation. Le leadership et l'activisme politiques sont déterminants pour faire entendre votre voix.

« Le point commun entre ces infirmières chefs de file était – outre un activisme politique né d'une expérience des soins acquise au contact des populations pauvres, immigrantes et vulnérables – leur compréhension du fait que leurs efforts pour la justice sociale étaient aussi importants pour la santé que les soins infirmiers qu'elles dispensaient concrètement. »^[157]

– Adeline Falk-Rafael

DEVENEZ UN LEADER

Les infirmières n'ont pas l'habitude de se considérer comme des leaders, des chefs de file. Mais il n'est pas nécessaire d'occuper un poste traditionnel, élu ou désigné, pour prendre des initiatives et introduire, dans nos communautés locales ou au même au niveau mondial, des changements profitables à autrui.^[156]

La capacité des infirmières de donner effet au changement est tout aussi importante que leur aptitude technique à prodiguer des soins sûrs et efficaces ; et les infirmières sont influentes à tous les niveaux.

Le leadership est un processus, et non un poste. Aujourd'hui, on envisage le leadership comme un ensemble de processus collaboratifs au sein de groupes et de communautés. Il est lié aux notions de responsabilité sociale et de citoyenneté responsable, ce qui le rapproche des responsabilités éthiques et professionnelles qu'ont les infirmières de défendre le droit à la santé.

En première ligne, les infirmières collaborent avec les patients, usant de leur influence pour leur donner les moyens d'accomplir par eux-mêmes des changements positifs.

Non seulement les infirmières influent sur les autres dans leur travail quotidien, mais elles ont des compétences expertes dans l'art de la persuasion, un processus qui implique d'entretenir des relations et de négocier. Persuader une personne âgée atteinte de démence de prendre une douche, persuader un enfant de coopérer au moment de se faire vacciner – ou même persuader ses parents d'autoriser la vaccination : autant d'exemples de la façon dont les pouvoirs de persuasion en action aident à négocier l'obtention d'un résultat mutuellement souhaitable.

La sphère d'influence des infirmières en tant que professionnelles de santé dépasse les individus, les familles, les groupes et les communautés avec lesquels elles travaillent. Cette sphère s'étend, dans tout le secteur de la santé, aux collègues des soins infirmiers et obstétricaux, aux collègues médecins, aux collègues membres des professions de santé associées et à celles et ceux qui ont des responsabilités en matière de politiques, de gestion et finances.



M. Mohammad Sharifi Moghadam a beaucoup contribué à la croissance professionnelle des soins infirmiers en Iran. Il a été un ardent défenseur de l'accroissement du rôle des professions infirmières dans la gestion de la santé, la politique et les décisions politiques. En outre, grâce à son rôle dans de nombreuses organisations infirmières et politiques et en collaboration avec d'autres cliniciens, M. Mohammad Sharifi Moghadam a activement amélioré le profil et le respect de la profession infirmière parmi les autres professionnels de la santé et le ministère de la santé.

FAITES ENTENDRE VOTRE VOIX DANS LA SPHÈRE POLITIQUE

Les Objectifs de développement durable sont une excellente occasion pour les infirmières d'influencer les processus de décision et les politiques de soins de santé. L'élaboration de politiques est un outil concret pour apporter le changement.^[159] Lorsque les infirmières y participent, les soins de santé sont sûrs, de haute qualité, accessibles et abordables.

Il n'y a aucun doute que les infirmières doivent participer aux prises de décisions politiques : il s'agit là du prolongement et de l'expression logiques des soins et de la compassion de la profession,^[157] en particulier quand ces décisions portent sur les enjeux de la répartition des ressources et de l'accès aux soins des populations vulnérables.^[160]

La présence des infirmières est nécessaire et attendue dans la sphère politique.^[161] L'Institute of Medicine l'a observé : « un changement doit intervenir dans la manière dont les infirmières envisagent leur responsabilité envers les personnes qu'elles soignent : elles doivent se considérer comme des partenaires à part entière des autres professionnels de la santé » pour participer effectivement.^[162]

L'activisme est un continuum.^[163] Au premier niveau, une réaction au contexte entraîne une prise de conscience politique.

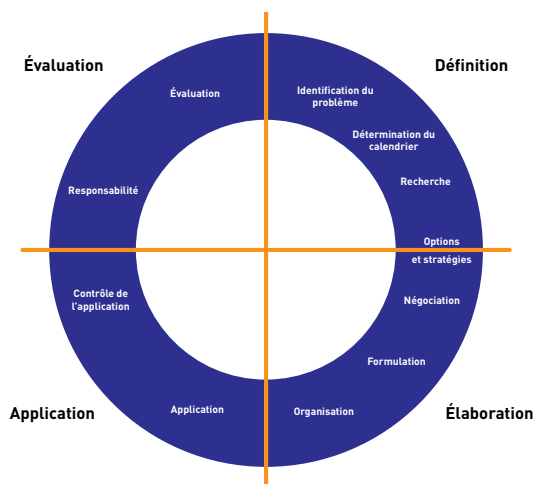


Figure 8. Cycle politique

Ce continuum d'activisme politique permet de comprendre que l'action isolée d'un individu suffira rarement à résoudre un grand problème de société.

Le succès est garanti dès lors que les infirmières travaillent ensemble à plusieurs niveaux pour participer efficacement au processus politique. Le cycle politique se découpe en quatre étapes : définition, élaboration, application et évaluation (voir **Figure 8**).^[165] Les infirmières, quel que soit leur rôle, peuvent être impliquées à chacune de ces étapes.

Le deuxième niveau consiste à définir le programme du changement en collaboration avec des partenaires poursuivant le même but. Par exemple, les infirmières qui collaborent avec des groupements de consommateurs et des associations nationales d'infirmières développent en général un très grand savoir-faire politique à ce niveau. Elles créent des coalitions avec d'autres groupes d'infirmières partageant les mêmes intérêts, contribuent à l'élaboration des politiques et défendent activement la nomination d'infirmières à des postes stratégiques dans le secteur de la santé.

Au troisième niveau, les infirmières doivent diriger ce programme pour y inclure, au-delà des enjeux impactant les soins infirmiers, les orientations sociales et sanitaires générales liées aux conditions politiques ou économiques qui produisent et entretiennent la mauvaise santé.^[164]



« Aujourd'hui plus que jamais, il est indispensable que les infirmières fassent entendre leur voix dans les instances de haut niveau où les politiques sont élaborées et adoptées. »

– Judith Shamian, Présidente du CI^[158]

Les champions politiques jouent un rôle crucial dans l'élaboration des politiques : ce sont eux qui font le lien entre les solutions et les problèmes et qui guettent, dans l'actualité, le climat politique propice.^[166] Faute d'une telle personne capable de percevoir qu'un problème, une proposition et un climat politique sont sur le point de converger, les bonnes idées ne porteront pas leurs fruits^[167]. Les infirmières sont particulièrement bien placées et équipées pour assumer ce rôle. Toute infirmière qui travaille en tant que championne politique a besoin du soutien des autres infirmières et, à cet égard, toutes les infirmières peuvent contribuer au processus d'élaboration des politiques.

2. MONTRER LA VOIE EN TANT QUE PROFESSION

Le CII est convaincu depuis longtemps que les associations d'infirmières sont un vecteur d'influence essentiel pour atteindre les objectifs de notre profession. Par le biais de votre association nationale d'infirmières et en rassemblant la profession, le CII nous amène à poursuivre nos objectifs de manière solidaire. Ensemble, nous pouvons nous exprimer d'une seule voix pour montrer le chemin à suivre.

En tant que membres du CII, les associations nationales d'infirmières bénéficient du respect dont il jouit depuis cent ans en tant qu'acteur-clé des décisions relatives aux politiques sanitaires au niveau international. Le CII donne en outre à ses membres une plateforme et les moyens pour atteindre des objectifs communs par le biais d'actions menées en collaboration, au profit de la société, du progrès de la profession et du perfectionnement de ses membres individuels. La force de nos effectifs, nos contributions stratégiques et économiques, notre collaboration avec le public, les professionnels de santé, les autres partenaires ainsi que les individus, familles et communautés auxquels nous prodiguons nos soins, renforcent notre vision.

Par l'intermédiaire du CII, les infirmières ont joué un rôle central dans l'élaboration et l'application de nombreuses politiques de santé, notamment la Stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 ainsi que les recommandations publiées récemment par la Commission de haut niveau des Nations Unies sur l'emploi en santé et la croissance économique. De nombreuses ANI ont contribué de la même façon aux politiques de santé de leurs pays.

3. MONTRER LA VOIE EN TANT QUE MEMBRE D'UNE ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

Les infirmières doivent également se faire entendre en tant que membres d'une équipe pluridisciplinaire de professionnels de santé. Le partenariat du CII avec les fédérations internationales représentant les médecins, les pharmaciens, les dentistes et les physiothérapeutes en est un exemple, de même que sa collaboration étroite avec la Confédération internationale des sages-femmes. Le travail d'équipe et la communication entre les professions sont essentiels pour prodiguer des soins véritablement centrés sur les patients.

Compte tenu de l'importance des déterminants sociaux de la santé, il est clair que les professionnels de la santé doivent également collaborer avec les représentants d'autres disciplines – éducateurs, juristes, politiciens, travailleurs sociaux, par exemple. Nous devons comprendre les besoins familiaux et sociaux du patient, de même que sa situation économique.

Que font les associations nationales d'infirmières ?

Les associations nationales d'infirmières représentent les intérêts de leurs membres et font avancer la profession infirmière en favorisant l'adoption de normes élevées de pratique, l'instauration d'un cadre de travail sûr et éthique ainsi que la santé et le bien-être des infirmières, tout en se positionnant sur les enjeux sanitaires qui concernent les infirmières et le grand public (d'après ANA).

Que font les infirmières générales ? Une infirmière générale nommée par les pouvoirs publics a pour rôle d'influencer les politiques sanitaires et les responsables de la santé au niveau gouvernemental ; et de donner à la profession infirmière des opportunités d'influencer les politiques de santé. On attend d'une infirmière générale qu'elle prodigue des conseils d'expert, qu'elle fasse preuve de leadership et qu'elle oriente les politiques de soins infirmiers et de santé.^[166]

Que fait le Conseil international des infirmières ?

Le Conseil international des infirmières fédère plus de 130 associations nationales d'infirmières, représentant plus de 16 millions d'infirmières dans le monde. En tant que porte-parole international des infirmières, le CII renforce et promeut la profession infirmière et utilise la voix des infirmières pour améliorer la santé des individus, des communautés et des pays du monde entier. Le CII représente les infirmières à l'Assemblée mondiale de la Santé.

Nous devons collaborer avec les nutritionnistes, les physiothérapeutes et les travailleurs sociaux pour intégrer les soins dans la communauté et dans la vie quotidienne des patients. Par-dessus tout, nous devons collaborer avec les patients et nouer avec eux une relation basée sur le respect mutuel.

Les collaborations rassemblent généralement des individus ou des organisations ayant des connaissances, des compétences et / ou des ressources différentes mais complémentaires. Elles impliquent en outre un engagement des parties concernées de faire de leur entreprise commune un succès. Ensemble, les professionnels de la santé, les patients, les pouvoirs publics, travaillant en collaboration, peuvent exercer un impact significatif sur les politiques sanitaires de nos pays et sur la vie des populations que nous servons.

DIRIGER ET SE FAIRE ENTENDRE

Chaque action compte, même la plus modeste. Pour faire entendre votre voix, vous pouvez utiliser les réseaux de médias sociaux comme Facebook et Twitter. Utilisées de façon responsable, ces plateformes permettent aux infirmières de diffuser des informations étayées par des éléments probants en direction de leurs collègues et du grand public, et de mieux faire connaître la profession infirmière.^[168, 169]

Les infirmières qui expriment leurs préoccupations dans ces espaces publics agissent non seulement comme des citoyennes responsables, mais aussi comme la voix légitime de la profession infirmière.

Prises collectivement, ces manifestations individuelles d'activisme politique, aussi modestes soient-elles, peuvent influencer l'opinion publique et, en fin de compte, susciter des changements dans les politiques publiques.

Le Conseil international des infirmières et les associations nationales d'infirmières lancent régulièrement des campagnes sur les médias sociaux. Il est très facile de suivre ces campagnes et de les répercuter dans vos réseaux individuels ; elles ont aussi l'avantage de tenir les infirmières au courant des enjeux et événements régionaux, nationaux et internationaux. Suivez-nous dès maintenant sur Twitter (@ICNurses) et en utilisant les mots clés #IND2017 et #VoiceToLead.

Vous pouvez également nous rejoindre sur Facebook, <https://www.facebook.com/icn.ch>, pour partager vos connaissances et votre expertise et mettre en avant des questions intéressant les soins infirmiers.

Les listes de diffusion par courriel et les webinaires nous aident à acquérir des connaissances et à devenir experts dans des domaines spécifiques. En nous associant à des campagnes de soins infirmiers sérieuses et fiables, nous renforçons leur message grâce à l'expression d'une voix collective et donc plus audible. Imaginez ce que les infirmières qui nous ont précédées auraient pu accomplir si elles avaient disposé de ces outils de promotion !

Et enfin, vous pouvez partager vos réussites, vos innovations et vos expériences avec le CII et avec vos collègues du monde entier en envoyant vos récits à indstories@icn.ch

ACTIONS DES POUVOIRS PUBLICS

Les infirmières ont la responsabilité de travailler à la réalisation des Objectifs de développement durable, en particulier les objectifs liés à la santé ; les gouvernements doivent, quant à eux, donner aux infirmières les moyens d'assumer cette responsabilité.

Les gouvernements doivent clairement contribuer aux grandes initiatives politiques nationales et mondiales, que ce soit l'accès universel aux soins de santé ; le recrutement, le soutien et le maintien de la main-d'œuvre en santé ; le développement durable ; et la facilitation et la coordination des partenariats et de la collaboration entre différents secteurs et organisations. Cependant, le rôle le plus important du leadership politique consiste sans doute à admettre que les dépenses en santé sont un investissement et non une charge pour l'économie.

Le diagramme ci-dessous montre de manière très simple comment une population en bonne santé est source de croissance économique. Malheureusement, de trop nombreux pays réduisent leurs dépenses de santé et n'investissent pas assez dans les services sanitaires. Un changement s'impose dans l'état d'esprit du personnel politique. Les infirmières – où qu'elles travaillent et quel que soit leur rôle – ont leur mot à dire pour conduire ce changement. Il revient à chacune et chacun d'entre nous de nous faire entendre pour montrer la voie d'une meilleure santé à nos patients, à nos collègues, à nos communautés et à nos gouvernements. Faites-vous entendre !

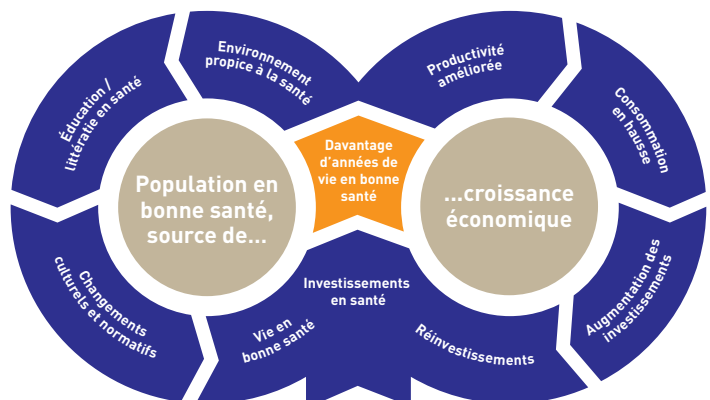


Figure 9. Investir pour la santé des populations et dans la croissance économique^[170]

BIBLIOGRAPHIE

1. Kounang, N. Aleppo's angel: A nurse's devotion to Syria's children. 2016 [état le 21 décembre 2016] ; Internet : <http://edition.cnn.com/2016/08/13/health/nurse-childrens-hospital-syria/>
2. Organisation mondiale de la Santé. Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. 2006 [état le 22 décembre 2016] ; Internet : <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf>.
3. Davidson, P.M. Not Angels but Shining Examples. 2016 [état le 7 novembre 2016] ; Internet : http://www.huffingtonpost.com/patricia-m-davidson/not-angels-but-shining-ex_b_11567674.html.
4. Organisation mondiale de la Santé. Global Health Observatory (GHO) Data: Life Expectancy. 2016 [état le 7 novembre 2016] ; Internet : http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends/en/.
5. Parlement du Royaume-Uni. Health inequalities - extent, causes, and policies to tackle them 2009 [état le 22 décembre 2016] ; Internet : <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200809/cmselect/cmhealth/286/28605.htm>.
6. Cook, L. U.S. Education: Still Separate and Unequal 2015 [état le 22 décembre 2016] ; Internet : <http://www.usnews.com/news/blogs/data-mine/2015/01/28/us-education-still-separate-and-unequal>.
7. Breierova, L. et Duflo E. The Impact of Education on Fertility and Child Mortality: Do Fathers Really Matter Less Than Mothers? 2004.
8. Organisation mondiale de la Santé. What are the social determinants of health? 2016 [état le 22 décembre 2016] ; Internet : http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/.
9. Association des infirmières et infirmiers du Canada. Social Determinants of health and Nursing: A Summary of the Issues. CNA Backgrounder 2005 [état le 22 décembre 2016] ; Internet : https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/les-determinants-sociaux-de-la-sante-et-les-soins-infirmiers_resume-des-enjeux.pdf?la=fr.
10. Forouzanfar, M.H., et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 2016. 388(10053): p. 1659-1724.
11. Organisation des Nations Unies. Objectifs de développement durable : 17 objectifs pour transformer notre monde. 2016 [état le 7 novembre 2016] ; Internet : <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/>.
12. Nightingale, F. Notes on Nursing: What it is, and What it is not. 1860 ; Internet : <http://digital.library.upenn.edu/women/nightingale/nursing/nursing.html>.
13. Bridges, D.C. A history of the International Council of Nurses, 1899-1964: The first sixty-five years. 1967: Lippincott.
14. Henderson, V. Harmer and Henderson's Textbook of the Principles and Practice of Nursing. 1955, Macmillan: New York.
15. Kagan, P.N., M.C. Smith, and P.L. Chinn (éd). Philosophies and practices of emancipatory nursing: Social justice as praxis. *Routledge Studies in Health and Social Welfare*. 2014, Routledge: New York.
16. Marmot, M. et Bell R. Fair society, healthy lives. *Public health*, 2012. 126: p. S4-S10.
17. Marmot, M. Boyer Lectures: Sir Michael Marmot highlights health inequalities and 'causes of the causes'. 2016 [état le 21 décembre 2016] ; Internet : <http://www.abc.net.au/news/2016-09-03/boyer-lecture-sir-michael-marmot-highlights-health-inequalities/7810382>.
18. Williams, Y. What is Relative Poverty? 2015 [état le 9 décembre 2016] ; Internet : <http://study.com/academy/lesson/what-is-relative-poverty-definition-causes-examples.html#transcriptHeader>.
19. Nippon.com. Japan's Worsening Poverty Rate. 2014 [état le 19 décembre 2016] ; Internet : <http://www.nippon.com/en/features/h00072/>.
20. Organisation des Nations Unies. Objectif 1 : Mettre fin à la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde. 2016 [état le 8 décembre 2016] ; Internet : <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/poverty/>
21. Groupe de la Banque mondiale. Global Monitoring Report 2015/2016: Development Goals in an Era of Demographic Change. Overview booklet. 2016, Banque mondiale : Washington DC.
22. Programme des Nations Unies pour le développement. Human Development Report: Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience. 2014 [état le 9 décembre 2016] ; Internet : <http://www.compassion.com/multimedia/human-development-report-2014-undp.pdf>.
23. Groupe de la Banque mondiale. Global Monitoring Report 2014/2015: Ending Poverty and Sharing Prosperity. 2015 [état le 9 décembre 2016] ; Internet : <http://www.compassion.com/multimedia/ending-poverty-sharing-prosperity-world-bank.pdf>.
24. Union européenne. Background Document: The social and economic consequences of malnutrition in ACP Countries. 2016 [état le 11 novembre 2016] ; Internet : http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/acp/dv/background_/background_en.pdf.
25. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. Comprendre le coût réel de la malnutrition. 2014 [état le 11 novembre 2016] ; Internet : <http://www.fao.org/zhc/detail-events/fr/c/238395/>.
26. International Food Policy Research Institute. Global Nutrition Report 2016: From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030. 2016: Washington, DC.
27. Organisation pour la coopération et le développement économiques. Obesity Update. 2014 [état le 11 novembre 2016] ; Internet : <http://www.oecd.org/health/Obesity-Update-2014.pdf>.
28. Banque mondiale. Prevalance of undernourishment 2016 [état le 11 novembre 2016] ; Internet : <http://data.worldbank.org/indicator/SN.ITK.DEFC.ZS?locations=MX>.
29. Jordan, M. Malnutrition Blights Mexico's Young. 2003 [état le 11 novembre 2016] ; Internet : <https://www.washingtonpost.com/archive/politics/2003/06/09/malnutrition-blights-mexicos-young/c8170157-7ed3-4c03-a003-b9609ad090b9/>.
30. McNeil, S. Khaled Naanaa and his family fled to Perth after death threats in Syria, in Perth Now. 2016, Perth Now: Western Australia.
31. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et Programme alimentaire mondial. L'état de l'insécurité alimentaire dans le monde 2015. 2015 [état le 17 janvier 2017] ; Internet : <http://www.fao.org/3/390d48ec-d6bb-4b1a-a60e-059070715fb0/i4646f.pdf>.
32. Houser, B. et K. Player. Words of Wisdom from Pivotal Nurse Leaders. 2008, Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
33. Organisation mondiale de la Santé. Couverture sanitaire universelle. Aide-mémoire. 2016 [état le 8 décembre 2016] ; Internet : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/fr/>.
34. Chan, M. Allocation prononcée par le Directeur général de l'OMS à l'occasion de la réunion ministérielle sur la couverture sanitaire universelle. 2015 [état le 8 décembre 2016] ; Internet : <http://www.who.int/dg/speeches/2015/singapore-uhc/fr/>.
35. Organisation mondiale de la Santé. The Global Push for Universal Health Coverage. 2015 [état le 9 décembre 2016] ; Internet : http://www.who.int/health_financing/GlobalPushforUHC_final_11Jul14-1.pdf.
36. Conseil international des infirmières. Code déontologique du CII pour la profession infirmière. 2000, Genève : CII.
37. Currie, J., M. Chiarella et T. Buckley. An investigation of the international literature on nurse practitioner private practice models. *International Nursing Review*, 2013. 60(4): p. 435-447.
38. Organisation mondiale de la Santé. Une vérité universelle : pas de santé sans ressources humaines. 2013 [état le 30 novembre 2016] ; Internet : http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport_summary_Fr_web.pdf.
39. Prensa Latina. World Health Organisation describes Cuba's health system as exemplary. 2015 [état le 7 novembre 2016] ; Internet : <http://en.granma.cu/mundo/2015-10-21/world-health-organization-describes-cubas-health-system-as-exemplary>.
40. Lamrani, S. Cuba's Health Care System: a Model for the World. 2014 [état le 7 novembre 2016] ; Internet : http://www.huffingtonpost.com/salim-lamrani/cubas-health-care-system_b_5649968.html.
41. Columbia University School of Nursing. A Lesson in Cuban Health Care. 2016 [état le 7 novembre 2016] ; Internet : <http://nursing.columbia.edu/lesson-cuban-health-care>.
42. Organisation des Nations Unies. Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge. 2016 [état le 8 décembre 2016] ; Internet : <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>.
43. Organisation mondiale de la Santé, Centre des médias. Paludisme. Aide-mémoire n°94. 2015, OMS : Genève.
44. Organisation mondiale de la Santé, Centre des médias. Tuberculose. Aide-mémoire n°104. 2015, OMS : Genève.

45. Organisation mondiale de la Santé, Centre des médias. Couverture vaccinale. Aide-mémoire n°378. 2015, OMS : Genève.
46. Organisation mondiale de la Santé. Maladies non transmissibles. 2015 [état le 8 décembre 2016] ; Internet : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/fr/>.
47. Organisation mondiale de la Santé. 10 faits sur la santé mentale [23 décembre 2016] ; Internet : http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/fr/.
48. International Medical Corps. Mental Health: The Invisible Burden. The Facts. 2014 [état le 32 décembre 2016] ; Internet : <https://internationalmedicalcorps.org/document.doc?id=312>.
49. Organisation mondiale de la Santé. 10 faits sur le vieillissement et la santé. 2015 [état le 23 décembre 2016] ; Internet : <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/fr/>.
50. Age International. Facing the facts: The truth about ageing and development. 2015 [état le 23 décembre 2016] ; Internet : <https://www.ageinternational.org.uk/Documents/Age%20International%20Facing%20the%20facts%20report.pdf>.
51. Gapminder. Gap Minder World Poster. 2016 [état le 23 décembre 2016] ; Internet : https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.gapminder.org/GapminderMedia/wp-uploads/20161010170934/countries_health_wealth_2016_v84.pdf.
52. Barnidge, E.K., et al. The effect of education plus access on perceived fruit and vegetable consumption in a rural African American community intervention. *Health Educ Res*, 2015, 30(5): p. 773-85.
53. Organisation pour la coopération et le développement économiques. Education Indicators in Focus. 2013 [état le 11 novembre 2016] ; Internet : [https://www.oecd.org/education/skills-beyond-school/EDIF%202013--N%C2%B010%20\(eng\)-v9%20FINAL%20bis.pdf](https://www.oecd.org/education/skills-beyond-school/EDIF%202013--N%C2%B010%20(eng)-v9%20FINAL%20bis.pdf).
54. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. L'éducation compte. Vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement. 2010 [état le 11 novembre 2016] ; Internet : <http://unesdoc.unesco.org/images/0019/001902/190214f.pdf>.
55. ONUSIDA & Union africaine. Émanciper les jeunes femmes et les adolescentes : Accélérer la fin de l'épidémie de sida en Afrique. 2015 [état le 11 novembre 2016] ; Internet : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2746_fr.pdf.
56. Commission européenne. European Commission. Strategic Engagement for Gender Equality. 2016-2019. 2016 [état le 11 novembre 2016] ; Internet : http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/document/files/strategic_engagement_en.pdf.
57. Oulton, J.A. Nurses as advocates for women worldwide. *Int Nurs Rev*, 2007, 54(1): p. 11.
58. All Party Parliamentary Group on Global Health, Triple Impact: how developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth. 2016, APPG: London.. Triple Impact: how developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth. 2016, APPG: Londres.
59. Abwao, P. Kenya's Nurses Can Empower Women through Family Planning. 2015 [état le 22 décembre 2016] ; Internet : <https://www.intrahealth.org/vital/kenya%E2%80%99s-nurses-can-empower-women-through-family-planning>.
60. ONUSIDA. HIV-Related Stigma, Discrimination and Human Rights Violations: Case studies of successful programs, ONUSIDA éditeur. 2005: New York.
61. Uebel, K., et al. Integrating HIV care into nurse-led primary health care services in South Africa: a synthesis of three linked qualitative studies. *BMC Health Services Research*, 2013, 13(1): p. 1.
62. WaterAid. Her right to education: How water, sanitation and hygiene in schools determines access to education for girls. 2013, WaterAid : Londres.
63. Organisation mondiale de la Santé, Centre des médias. Eau. Aide-mémoire n°391. 2016, OMS : Genève..
64. Organisation mondiale de la Santé. Progress on Drinking Water and Sanitation 2014 Update. 2014, OMS : Genève.
65. Organisation mondiale de la Santé, Centre des médias. Assainissement. Fiche d'information n°392. 2015, OMS : Genève.
66. Programme des Nations Unies pour le développement. Rapport sur le développement humain 2014. Pérenniser le progrès humain : réduire les vulnérabilités et renforcer la résilience. 2014, PNUD : Genève.
67. Organisation mondiale de la Santé et Fonds des nations Unies pour l'enfance. L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins de santé : état des lieux et perspectives dans les pays à revenu faible ou intermédiaire - L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins de santé pour de meilleurs services sanitaires. 2015 [état le 20 novembre 2016] ; Internet : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249610/1/9789242508475-fre.pdf>.
68. Lambie, L. Lack of safe water, sanitation and soap 'an embarrassment', says WHO. 2015 [état le 20 novembre 2016] ; Internet : <https://www.theguardian.com/global-development/2015/mar/17/lack-safe-water-sanitation-soap-embarrassment-who-priority>.
69. WaterAid. Breaking down barriers: why quality health care is reliant on water, sanitation and hygiene (WASH) and how to make integration happen. 2015 [état le 20 novembre 2016] ; Internet : <http://www.wateraid.org/~media/Publications/Breaking-down-barriers-event-report.pdf>.
70. The Water Project. Poverty and Water. 2016 [état le 20 novembre 2016] ; Internet : <https://thewaterproject.org/why-water/poverty>.
71. Chamney, M. et R. James. Dialysis water quality for renal nurses. *Renal Society of Australasia Journal*, 2008, 4(1).
72. Gill, C.J. et G.C. Gill. Nightingale in Scutari: her legacy reexamined. *Clin Infect Dis*, 2005, 40(12): p. 1799-805.
73. Organisation des Nations Unies. Objectif 7 - Garantir l'accès de tous à des services énergétiques fiables, durables et modernes, à un coût abordable. 2015 [état le 20 novembre 2016] ; Internet : <https://unchronicle.un.org/fr/article/objectif-7-garantir-l-acc-s-de-tous-des-services-nerg-tiques-fiables-durables-et-modernes--0>.
74. Fraser, B. Killer cookstoves: Indoor smoke deadly in poor countries; cleaner stoves elusive. 2012 [état le 20 novembre 2016] ; Internet : <http://www.environmentalhealthnews.org/ehs/news/2012/not-so-improved-cookstoves>.
75. Organisation mondiale de la Santé. Burden of disease from Household Air Pollution for 2012. 2014 [état le 20 novembre 2016] ; Internet : http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/FINAL_HAP_AAP_BoD_24March2014.pdf.
76. Organisation des Nations Unies. Leaving no one behind: Energy for humanitarian response and sustainable development. 2016 [état le 20 novembre 2016] ; Internet : <https://sustainabledevelopment.un.org/?page=view&nr=2016&type=13&menu=1634>.
77. Organisation mondiale de la Santé. Pollution de l'air à l'intérieur des habitations et la santé. 2016 [état le 20 novembre 2016] ; Internet : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs292/fr/>.
78. Commission européenne. The role of energy services in the health, education and water sectors and cross-sectoral linkages. 2006: London.
79. Gao, J. et N. Prasad. Chronic obstructive pulmonary disease in China: the potential role of indacaterol. *Journal of thoracic disease*, 2013, 5(4): p. 549.
80. Li, P. et al. A new mode of community continuing care service for COPD patients in China: participation of respiratory nurse specialists. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 2015, 8(9): p. 15878.
81. Agence internationale de l'énergie atomique. The Advisory Group on increasing access to Radiotherapy Technology in low and middle income countries. 2013 [état le 7 novembre 2016] ; Internet : <https://cancer.iaea.org/documents/AGaRTBrochure.pdf>.
82. Organisation mondiale de la Santé. Breast Cancer Awareness Month: increased awareness, equitable access to early diagnosis and timely, effective, and affordable treatment needed globally. 2016 [état le 20 novembre 2016] ; Internet : http://www.who.int/cancer/breast_cancer_awareness/en/.
83. Agence internationale de l'énergie atomique. Poverty's Cancer. 2011 [état le 20 novembre 2016] ; Internet : <http://cancer.iaea.org/newsstory.asp?id=87>.
84. Organisation mondiale de la Santé. Déclaration de l'OMS: Fin de la résurgence de la maladie à virus Ebola en Sierra Leone. 2016 [état le 20 novembre 2016] ; Internet : <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/end-flare-ebola-sierra-leone/fr/>.
85. Shyrock, R. Some Sierra Leone nurses have not been paid in months. 2016 [état le 20 novembre 2016] ; Internet : <http://www.voanews.com/a/3609710.html>.
86. Organisation des Nations Unies. Objectif 8 : Promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous. 2016 [état le 20 novembre 2016] ; Internet : <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/economic-growth/>.
87. The Lancet Commission on Investing in Health. Graduation of Ghana and Kenya to lower-middle income status: fiscal implications for health financing. 2016 [état le 20 novembre 2016] ; Internet : <http://globalhealth2035.org/sites/default/files/afhea-fiscal-analysis-ghana-and-kenya.pdf>.
88. Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique. S'engager pour la santé et la croissance. Investir dans les personnels de santé. 2016, OMS : Genève.

89. Royal College of Nursing. RCN responds to 1% pay award for NHS nursing staff. 2016 [état le 20 novembre 2016] ; Internet : <https://www.rcn.org.uk/news-and-events/news/rcn-responds-to-1-per-cent-pay-award-for-nhs-nursing-staff>.
90. Oosthuizen, M.J. The portrayal of nursing in South African newspapers: A qualitative content analysis. 2011 [état le 29 novembre 2016] ; Internet : http://uir.unisa.ac.za/bitstream/handle/10500/8897/ajnm_v14_n1_a6.pdf?sequence=.
91. UCL Institute of Health Equity. Health inequalities in Taiwan. 2016, Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare : Taiwan.
92. Campbell, A.F. Why Violence Against Nurses Has Spiked in the Last Decade. *The Atlantic*. 2016 [état le 2 décembre 2016] ; Internet : <http://www.theatlantic.com/business/archive/2016/12/violence-against-nurses/509309/>.
93. Fernbach, N. Townsville Hospital's tele-health delivers cancer treatments to outback patients. 2016 [état le 3 décembre 2016] ; Internet : <http://www.abc.net.au/news/2016-04-20/tele-health-chemotherapy-saving-lives-and-money/7341724>.
94. Males, T. Remote Chemotherapy Supervision via Telehealth. 2014 [état le 3 décembre 2016] ; Internet : <https://www.healthroundtable.org/Portals/0/PublicLibrary/2014/HRT1420/1c/1.1c-10-TimMales-TownsvilleQld.pdf>.
95. Blanford, J.I. et al. It's a long, long walk: accessibility to hospitals, maternity and integrated health centers in Niger. *International Journal of Health Geographics*, 2012. 11(1): p. 1.
96. Organisation des Nations Unies. Objectif 9 : Bâtir une infrastructure résiliente, promouvoir une industrialisation durable qui profite à tous et encourager l'innovation. 2016 [état le 3 décembre 2016] ; Internet : <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/infrastructure/>.
97. National Health Service. Institute for Innovation and Improvement; Innovation Making it Happen. 2011 [état le 9 décembre 2016] ; Internet : <http://www.institute.nhs.uk/innovation/innovation/introduction.html>.
98. Burkett, E. et I. Scott. CARE-PACT: a new paradigm of care for acutely unwell residents in aged care facilities. *Australian Family Physician*, 2015. 44(4): p. 204.
99. Organisation mondiale de la Santé. mHealth New horizons for health through mobile technologies. 2011 [état le 6 décembre 2016] ; Internet : http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf.
100. Avdic, D. A matter of life and death? Hospital distance and quality of care: Evidence from emergency room closures and myocardial infarctions. University of York HEDG Working Paper, 2014. 14: p. 18.
101. Nicholl, J., et al. The relationship between distance to hospital and patient mortality in emergencies: an observational study. *Emergency Medicine Journal*, 2007. 24(9): p. 665-668.
102. Baade, P.D. et al. Distance to the closest radiotherapy facility and survival after a diagnosis of rectal cancer in Queensland. *Med J Aust*, 2011. 195(6): p. 350-354.
103. Rusnell, C. et J. Russell. Alberta report details 'heartbreaking' life stories of 7 Indigenous youths who committed suicide. 2016 [état le 8 décembre 2016] ; Internet : <http://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/alberta-report-details-heartbreaking-life-stories-of-7-indigenous-youths-who-committed-suicide-1.3551181>.
104. Marmot, M. *The Health Gap*. 2015, Londres : Bloomsbury.
105. Organisation des Nations Unies. Objectif 10 : Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre. 2016 [état le 8 décembre 2016] ; Internet : <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/inequality/>.
106. Organisation des Nations Unies. La situation des peuples autochtones dans le monde. 2010 [état le 6 décembre 2016] ; Internet : <http://www.un.org/esa/socdev/unpfi/documents/SOWIP/press%20package/sowip-press-package-fr.pdf>.
107. Santé Canada. Prix d'excellence en soins infirmiers. 2016 [état le 22 décembre 2016] ; Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/nurs-infirm/profil/index-fra.php>.
108. The London School of Economics. Cities and Social Equity: Detailed Report. 2009 [état le 3 décembre 2016] ; Internet : <https://lsecities.net/publications/reports/cities-and-social-equity/>.
109. The London School of Economics. Cities and Social Equity: Implications for policy and practice. 2009 [état le 3 décembre 2016] ; Internet : <https://lsecities.net/media/objects/articles/cities-and-social-equity-implications-for-policy-and-practice/en-gb/>.
110. Organisation des Nations Unies. Objectif 11 : Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables. 2016 [état le 3 décembre 2016] ; Internet : <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/cities/>.
111. Brisbane City Council. Brisbane City Council: Housing and homelessness. 2016 [état le 1er novembre 2016] ; Internet : <https://www.brisbane.qld.gov.au/community-safety/community-support/housing-homelessness>.
112. Walsh, K., B. Stevens et K. Rayner. Homeless to Home Healthcare - More Healthcare Please. 2013 [état le 7 novembre 2016] ; Internet : <http://chp.org.au/wp-content/uploads/2013/05/Karyn.pdf>.
113. Connelly, L., K. Walsh et K. Rayner. Micah Projects. 2015 [état le 4 novembre 2016] ; Internet : http://www.wapha.org.au/wp-content/uploads/2016/02/160218_Presentation_PerthMicahHealthEvaluation_KarynWalsh.pdf.
114. Connelly, L. An economic evaluation of the homeless to home healthcare after-hours service. 2013 [état le 4 novembre 2016] ; Internet : http://micahprojects.org.au/assets/docs/Publications/IR_130_An-Economic-Evaluation-of-the-Homeless-to-Home-Healthcare-After-Hours-Service.pdf.
115. Bhardwa, S. Social prescribing pioneers. 2015 [état le 3 décembre 2016] ; Internet : <http://www.independentnurse.co.uk/professional-article/social-prescribing-pioneers/89126/>.
116. iSustainableEarth. Sustainability and Healthcare: The Green Connection. 2012 [état le 3 décembre 2016] ; Internet : <http://www.isustainableearth.com/sustainable-living/sustainability-and-healthcare-the-green-connection>.
117. Organisation des Nations Unies. Objectif 12 : Établir des modes de consommation et de production durables. 2016 [état le 3 décembre 2016] ; Internet : <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/sustainable-consumption-production/>.
118. ONE. Ensure sustainable consumption and production patterns. 2016 [état le 3 décembre 2016] ; Internet : <https://www.one.org/international/globalgoals/responsible-consumption/>.
119. iSustainableEarth. Nurses Taking the Lead in Green Initiatives. 2012 [état le 3 décembre 2016] ; Internet : <http://www.isustainableearth.com/green-jobs/nurses-taking-the-lead-in-green-initiatives>.
120. Organisation mondiale de la Santé. Les déchets liés aux soins de santé. 2015 [état le 3 décembre 2016] ; Internet : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs253/fr/>.
121. Domrose, C. The climate connection: Nurses examine effects of climate change on public health. 2015 [état le 3 décembre 2016] ; Internet : <https://www.nurse.com/blog/2015/10/12/44479/>.
122. Organisation mondiale de la Santé. Message du Directeur général de l'OMS. 2016 [état le 3 décembre 2016] ; Internet : http://www.who.int/world-health-day/dg_message/fr/.
123. Association des infirmières et infirmiers du Canada. Le rôle des infirmières dans la lutte contre les changements climatiques. 2008 [état le 6 décembre 2016] ; Internet : https://www.cna-aic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/climate_change_2008_f.pdf?la=fr.
124. Organisation mondiale de la Santé. Changement climatique et santé humaine. 2016 [état le 3 décembre 2016] ; Internet : <http://www.who.int/globalchange/climate/fr/>.
125. Crimmins, A. et al. The impacts of climate change on human health in the United States: a scientific assessment. *Global Change Research Program*: Washington, DC, USA, 2016.
126. Organisation des Nations Unies. Objectif 13 : Prendre d'urgence des mesures pour lutter contre les changements climatiques et leurs répercussions. 2016 [état le 3 décembre 2016] ; Internet : <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/climate-change-2/>.
127. Organisation mondiale de la Santé. Preventing disease through healthy environments: A global assessment of the burden of disease from environmental risks. 2016 [état le 3 décembre 2016] ; Internet : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204585/1/9789241565196_eng.pdf?ua=1.
128. Organisation mondiale de la Santé. Changement climatique et santé. Aide-mémoire. 2016 [état le 3 décembre 2016] ; Internet : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs266/fr/>.
129. WorldFish. Building resilient community fisheries in Cambodia. 2013 [état le 6 décembre 2016] ; Internet : https://www.ard-europe.org/fileadmin/SITE_MASTER/content/eiard/Documents/Impact_case_studies_2013/WorldFish_-_Building_resilient_community_fisheries_in_Cambodia.pdf.
130. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. La situation mondiale des pêches et de l'aquaculture. 2014 [état le 3 décembre 2016] ; Internet : <http://www.fao.org/3/a-i3720f.pdf>.

131. Brunner, E.J. et al. Fish, human health and marine ecosystem health: policies in collision. *International Journal of Epidemiology*, 2009. 38(1): p. 93-100.
132. Organisation des Nations Unies. Objectif 14 : Conserver et exploiter de manière durable les océans, les mers et les ressources marines aux fins du développement durable. 2016 [état le 6 décembre 2016] ; Internet : <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/oceans/>.
133. Morrison, S. After the Ebola Catastrophe. 2015 [état le 6 décembre 2016] ; Internet : <https://www.csis.org/analysis/after-ebola-catastrophe>.
134. Romanelli, C. et al. Connecting global priorities: biodiversity and human health: a state of knowledge review. 2015. Organisation mondiale de la Santé/Secrétariat de la Convention des Nations Unies sur la diversité biologique.
135. Organisation des Nations Unies. Objectif 15 : Préserver et restaurer les écosystèmes terrestres, en veillant à les exploiter de façon durable, gérer durablement les forêts, lutter contre la désertification, enrayer et inverser le processus de dégradation des sols et mettre fin à l'appauvrissement de la biodiversité. 2016 [état le 6 décembre 2016] ; Internet : <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/biodiversity/>.
136. Centers for Disease Control and Prevention. Drought and Health. 2012.
137. Colfer, C. et al. Forests and human health in the tropics: some important connections. [état le 22 décembre 2016] ; Internet : <http://www.fao.org/docrep/009/a0789e/a0789e02.html>.
138. Hill, P. Freedom for the child refugees sold into slavery during 2,000-mile journey through hell. 2016 [état le 7 décembre 2016] ; Internet : <http://www.mirror.co.uk/news/world-news/freedom-child-refugees-sold-slavery-8334676>.
139. Commission européenne. Rapport sur les progrès réalisés dans la lutte contre la traite des êtres humains (2016). 2016 [état le 7 décembre 2016] ; Internet : <http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2016/FR/1-2016-267-FR-F1-1.PDF>.
140. Rankin, J. Human traffickers 'using migration crisis' to force more people into slavery 2016 [état le 7 décembre 2016] ; Internet : <https://www.theguardian.com/world/2016/may/19/human-traffickers-using-migration-crisis-to-force-more-people-into-slavery>.
141. Organisation des Nations Unies. Objectif 16 : Promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et ouvertes à tous aux fins du développement durable, assurer l'accès de tous à la justice et mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes à tous. 2016, Internet : <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/peace-justice/>.
142. Organisation internationale du Travail. Travail forcé, esclavage moderne et traite des êtres humains. 2016 [état le 6 décembre 2016] ; Internet : <http://www.ilo.org/global/topics/forced-labour/lang--fr/index.htm>.
143. Haut-Commissariat des Nations Unies aux réfugiés. Figures at a Glance. 2015 [état le 7 décembre 2016] ; Internet : <http://www.unhcr.org/en-au/figures-at-a-glance.html>.
144. Hawtin, J. Monica Burns, Médecins Sans Frontières and The Royal Children's Hospital. 2016 [état le 22 décembre 2016] ; Internet : <http://blogs.rch.org.au/global/2016/10/01/profile-monica-burns/>.
145. Conseil international des infirmières et Association médicale mondiale. Physician and Nursing Leaders condemn Syrian Attacks on Health Personnel. 2016 : Genève.
146. Conseil international des infirmières et Soins de santé en danger. Everyone, wounded or sick during an armed conflict, has the right to health care. 2016.
147. Organisation mondiale de la Santé. Tabagisme : Aide-mémoire. 2016 [état le 13 décembre 2016] ; Internet : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/>.
148. Reuters. Ukraine drops lawsuit against Australia over plain-packaging tobacco laws, WTO says. 2015 [état le 9 décembre 2016] ; Internet : <http://www.abc.net.au/news/2015-06-04/plain-packaging-tobacco-ukraine-drops-lawsuit-against-australia/6520160>.
149. Centers for Disease Control and Prevention. Rose's Story. 2016 [état le 8 décembre 2016] ; Internet : <http://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/stories/rose.html>.
150. Organisation mondiale de la Santé. Cancer : Aide-mémoire n°297. 2015 [état le 8 décembre 2016] ; Internet : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/>.
151. Chan, S.S.-C. Sophia Chan, PhD, MPH, MEd, RN, RSCN, FFPH, FAAN. 2016 [état le 10 décembre 2016] ; Internet : <https://higherlogicdownload.s3.amazonaws.com/AANNET/c8a8da9e-918c-4dae-b0c6-6d630c46007f/UploadedImages/docs/Featured%20Nurse%20Leader/2016/2016-01-11%20Sophia%20Chan.pdf>.
152. Chan, S.S.-C. Professor in Nursing and Director of Research School of Nursing, The University of Hong Kong. [état le 13 décembre 2016] ; Internet : http://www.nurse.cmu.ac.th/inter2012/Document/SophiaChan_bio.pdf.
153. Ruckert, A. et al. Policy coherence, health and the sustainable development goals: a health impact assessment of the Trans-Pacific Partnership. *Critical Public Health*, 2016: p. 1-11.
154. Schram, A. et al. The role of trade and investment liberalization in the sugar-sweetened carbonated beverages market: a natural experiment contrasting Vietnam and the Philippines. *Globalization and Health*, 2015. 11(1): p. 1.
155. Frieden, T.R. A framework for public health action: the health impact pyramid. *American Journal of Public Health*, 2010. 100(4): p. 590-595.
156. Wagner, W., D.T. Ostick et S.R. Komives. Leadership for a better world: Understanding the social change model of leadership development. 2010, National Clearinghouse for Leadership Programs. San Francisco, États-Unis : Jossey-Bass.
157. Falk-Rafael, A. Speaking Truth to Power: Nursing's Legacy and Moral Imperative. *Advances in Nursing Science*, 2005. 28(3): p. 212-223.
158. Shamian, J. Global perspectives on nursing and its contribution to healthcare and health policy: Thoughts on an emerging policy model. *Nursing Leadership*, 2014. 27(4): p. 44-51.
159. Hughes, F. Policy - a practical tool for nurses and nursing [Editorial]. *Journal of Advanced Nursing*, 2005. 49(4): p. 331-331.
160. Conseil international des infirmières. Code déontologique du CII pour la profession infirmière. 2012 ; Internet : <http://www.icn.ch/fr/who-we-are/code-deontologique-du-cii/>.
161. Khoury, C.M. et al. Nursing leadership from bedside to boardroom: a Gallup national survey of opinion leaders. *Journal of Nursing Administration*, 2011. 41(7-8): p. 299-305.
162. Institute of Medicine. The future of nursing: Focus on scope of practice. 2010; Internet : <http://www.nationalacademies.org/hmd/~/media/Files/Report%20Files/2010/The-Future-of-Nursing/Nursing%20Scope%20of%20Practice%202010%20Brief.pdf>.
163. Cohen, S.S. et al. Stages of nursing's political development: where we've been and where we ought to go. *Nursing Outlook*, 1996. 44(6): p. 259-266.
164. Tomm-Bonde, L. The Naïve nurse: revisiting vulnerability for nursing. *BMC Nursing*, 2012. 11: p. 5-5.
165. Organisation mondiale de la Santé. Health in all policies: Training manual. 2015, Genève : OMS.
166. Hughes, F.A. et al. Enhancing nursing leadership: Through policy, politics, and strategic alliances. *Nurse Leader*, 2006. 4(2): p. 24-27.
167. Kingdon, J.W. Agendas, Alternatives, and Public Policies. 1995, New York : Longman.
168. Risling, T. Social media and nursing leadership: Unifying professional voice and presence. *Nursing Leadership (1910-622X)*, 2016. 28(4): p. 48-57.
169. Jackson, J. et R. Mitchell. Day in the Life: Live tweets as a professional tool. *American Nurse Today*, 2015. 10(6): p. 14-22.
170. Forum économique mondial. Maximizing Healthy Life Years: Investments that Pay Off. 2015, WEF.
171. Conseil international des infirmières-. (1987) Définition des soins infirmiers-. Internet : <http://www.icn.ch/fr/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>
172. Organisation mondiale de la Santé. (2016) Gloabl Directions for strengthening nursing and midwifery 2016-2020.
173. Taylor, P. (2016) WA community in shock after suicide of Aboriginal child. Internet : <http://www.theaustralian.com.au/news/wa-community-in-shock-aftersuicide-of-aboriginal-child/news-story/c28fb9e534657ee3fca1a00609d8b3799>
174. Andrews, K. (2011). "The little community clinic that could." Internet : <https://www.drugfoundation.org.nz/book/export/html/2318>
175. Christchurch City Council (2016). "Christchurch City Council: Population." Internet : <https://www.ccc.govt.nz/culture-and-community/statistics-and-facts/facts-stats-and-figures/population>
176. Belardi, L. (2014). "Dutch model offers new approach to home care." Internet : <http://www.australianageingagenda.com.au/2014/07/30/dutch-model-offers-alternative-approach-home-care/>.
177. The Commonwealth Fund (2015). "Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model." Internet : <http://www.commonwealthfund.org/publications/case-studies/2015/may/home-care-nursing-teams-netherlands>.
178. Australian Bureau of Statistics. (2015). Cause of Death, Australia, 2013. Internet : <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Lookup/by%20Subject/3303.0-2013-Main%20Features-Suicide%20by%20Age-10010>



www.icnvoicetolead.com

Pour suivre les discussions utilisez :
#VoiceToLead et **#IND2017**

www.icn.ch