

**LA PROFESSION
INFIRMIÈRE**
UNE VOIX FAITE POUR DIRIGER
VERS UN MONDE EN BONNE SANTÉ



2020
ANNÉE INTERNATIONALE
DES SAGES-FEMMES ET
DU PERSONNEL INFIRMIER



**LA PROFESSION INFIRMIÈRE,
UNE VOIX FAITE POUR DIRIGER
VERS UN MONDE EN BONNE SANTÉ**

**JOURNÉE INTERNATIONALE DES INFIRMIÈRES 2020
RESSOURCES ET TÉMOIGNAGES**

CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES





Initiateur du projet : Howard Catton, CII
Responsable du projet : David Stewart, CII

Auteurs :

Fadwa A. Affara	Pr Khama Rogo
Dr Amelia Afuha'amango Tuipulotu	Pr Petrie F. Roodbol
Dr Fariba Al Darazi	Dr Marla Salmon
Dr Linda H. Aiken	Pr Jane Salvage
Dr Claire Betker	Pr Anne Marie Rafferty
Pr James Buchan	Dr Kyung Rim Shin
Dr Christophe Debout	Bongi Sibanda
Pr Gilles Dussault	David Stewart
Dr Pilar Espinoza	Dr Barbara Stilwell
Dr Susan B. Hassmiller	Michael J. Villeneuve
Dr Matthew McHugh	Pr Jill White
Dr Jack Needleman	Pr Patsy Yates
Dr Marina Peduzzi	

Responsable éditoriale : Lindsey Williamson, CII
Mise en page : Violaine Bobot, CII
Conception graphique : Artifex Creative Webnet Ltd.

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.

Tous droits réservés © 2020 par le CII, Conseil International des Infirmières
3, place Jean-Marteau, 1201 Genève, Suisse

ISBN: 978-92-95099-75-3

Table des Matières

INTRODUCTION par Annette Kennedy	04
PREMIÈRE PARTIE: EN QUOI CONSISTENT LES SOINS INFIRMIERS ?	06
Actualité de Florence Nightingale	07
Soins centrés sur la personne	11
La compassion, le « vrai Nord » de la boussole morale des soins infirmier	13
Tirer parti du capital de confiance des soins infirmiers : professionnalisme, possibilités et pièges	15
Une nouvelle façon de parler des soins infirmiers	18
DEUXIÈME PARTIE : VERS UN MONDE EN BONNE SANTÉ : LES DÉFIS	21
Blessure au cœur, à l'esprit et au corps	21
Des systèmes de santé capables de répondre aux besoins des individus et des communautés	24
Des communautés divisées, un monde inégal	25
L'espoir en fin de vie : le rôle essentiel des infirmières	27
Faisons-nous le nécessaire pour répondre aux besoins de santé des personnes que nous servons ?	30
Les infirmières, le coût de la santé et la recherche de la valeur dans les soins	33
TROISIÈME PARTIE : TIRER PARTI DU POTENTIEL DES SOINS INFIRMIERS POUR ALLER VERS UN MONDE EN BONNE SANTÉ	36
Vers un monde en bonne santé : l'importance du leadership	36
Partenariats et collaborations dans le secteur de la santé et au-delà : décloisonnement et interconnexion dans le leadership infirmier	40
La sécurité du milieu de soins, aspect essentiel de la sécurité des patients et du maintien d'une main-d'oeuvre infirmière qualifiée	43
Formation : préparer les infirmières à la pratique et à l'apprentissage tout au long de la vie	45
Sécurité de la dotation en personnel : un défi permanent	48
Tirer parti du potentiel des technologies pour améliorer les résultats sanitaires	50
Reconnaissance et récompenses : comment le système de santé peut empêcher les infirmières de quitter la profession	52
Renforcer la capacité de la main-d'oeuvre	54
L'HÉRITAGE DE L'ANNÉE DE L'INFIRMIÈRE par Howard Catton	57
RÉFÉRENCES	60

INTRODUCTION

par Annette Kennedy, Présidente du CII

Vers un monde en bonne santé

On compte plus de vingt millions d'infirmières et d'infirmiers dans le monde, chacun avec sa propre histoire à raconter – une histoire d'espoir et de courage, de joie et de désespoir, de douleur et de souffrance, de vie et de mort. Constamment présentes pour faire le bien, les infirmières entendent les premiers cris des nouveau-nés et accompagnent les mourants jusqu'à leur dernier souffle. Elles sont présentes aux moments les plus précieux de la vie, et parfois les plus tragiques aussi. Au service de l'humanité, les infirmières, par leur action, protègent la santé et le bien-être des individus, des communautés et des nations.

Les populations du monde entier désignent systématiquement la profession infirmière comme la plus honnête et la plus éthique de toutes : les gens font instinctivement confiance aux infirmières et respectent leur travail. Mais le grand public se fait des soins infirmiers une image encore très contrastée et souvent fautive. La perception des infirmières comme anges de miséricorde est répandue mais s'accompagne malheureusement aussi de stéréotypes sexuels et pervers. Quant à l'idée dépassée selon laquelle les infirmières seraient subordonnées aux médecins, elle reste omniprésente. Le fait est que peu de gens ont conscience de l'étendue des rôles et des responsabilités assumés par les infirmières modernes, ce qui empêche d'apprécier à sa juste valeur la contribution exceptionnelle des soins infirmiers pour chaque habitant de notre planète.

Pour le Conseil International des Infirmières (CII), il est absolument déterminant de montrer au monde qui sont les infirmières et les infirmiers et ce qu'ils font – en particulier en 2020, l'Année internationale du personnel infirmier et des sages-femmes. Le CII veut faire entendre la voix des infirmières sur la scène internationale pour que notre grande profession et sa contribution au bien-être du monde soient reconnues. En tant que soignantes, guérisseuses, formatrices, cheffes de file et militantes, les infirmières jouent un rôle fondamental dans la prestation de soins sûrs, accessibles et abordables. C'est pourquoi, dans le présent rapport publié à l'occasion de la Journée internationale des infirmières, nous avons demandé à d'authentiques infirmières et infirmiers de témoigner, par des exemples concrets puisés dans de nombreux pays, du caractère tout à la fois merveilleux, innovant et vital de notre profession.

« ... Aucune frontière ne peut entraver l'action de celles et ceux qui travaillent pour la société. Quant aux besoins fondamentaux des populations, ils sont les mêmes partout dans le monde : santé de l'esprit, du corps et de l'âme – autant de conditions à remplir pour que chacune et chacun d'entre nous soit en mesure de remplir son devoir sur terre. »

Nina Gage

Présidente du CII, 1925



Le CII : une solidarité et une unité héritées du passé...

Le CII a été fondé à une époque où le téléphone venait tout juste d'être inventé et où, pour relier les continents, il fallait compter avec des transports maritimes longs et pénibles. Cependant, en dépit des difficultés de communication et des distances, le CII est parvenu à rassembler la communauté des infirmières de toutes les régions du monde.

Même au plus fort des grands conflits mondiaux, le CII n'a jamais cessé de rassembler la communauté mondiale des soins infirmiers. Au centenaire du CII, en 1999, Lynaugh et Brush² réfléchissaient aux vicissitudes du CII pendant la première moitié du XX^e siècle, qu'ils essayaient de percevoir à travers un prisme moderne :

« Depuis cent ans, à travers les guerres, le chaos politique et économique et les conflits raciaux et religieux, le Conseil International des Infirmières est parvenu à garder sa cohésion grâce à son « liant » bien particulier, concocté par des infirmières dévouées et dont les ingrédients sont l'amitié, l'entraide collégiale et l'enthousiasme. Aujourd'hui, le CII, toujours vigoureux, continue de diriger et de représenter des infirmières du monde entier ».

Le CII, qui existait près de cinquante ans déjà avant la création des Nations Unies et de l'Organisation mondiale de la Santé, préfigurait ce que ces deux organisations allaient pouvoir réaliser. Malgré les écarts béants entre les différents pays et au sein même de ces pays, malgré la confusion et les conflits, notre profession est toujours parvenue à travailler d'un même élan et à s'unir pour apporter, ensemble, des changements positifs en faveur d'un monde en meilleure santé. Le CII n'a cessé de donner des impulsions et de favoriser la collaboration pour développer notre profession, en influençant les grandes orientations et la planification relatives aux services de santé, en publiant de nombreuses lignes directrices et prises de position, en œuvrant pour un leadership infirmier plus fort, et en suscitant de nombreuses possibilités d'apprentissage et de discours qui ont permis d'instaurer les normes de santé les plus élevées possibles dans de nombreux pays, et de faire de l'adoption de telles normes une perspective réaliste dans d'autres.

... et tournées vers l'avenir

Lors de mon élection à la présidence du CII en 2017, j'ai décidé que le mot d'ordre de mon mandat serait « ensemble », ce qui me semblait particulièrement approprié dans notre époque de grandes fractures. Par « ensemble », j'entends le potentiel collectif et l'intention de la communauté mondiale des infirmières – quelles que soient leurs allégeances – d'améliorer la santé et le bien-être des individus, des communautés et des pays.

La désignation par l'Assemblée mondiale de la Santé de 2020 comme Année internationale du personnel infirmier et des sages-femmes est une occasion unique de promouvoir les soins infirmiers dans le monde entier. Notre profession étant enfin sous les feux de la rampe à l'échelle mondiale, nous voulons que les professionnels de santé, les politiciens, les responsables gouvernementaux, les systèmes de santé et le grand public célèbrent les soins infirmiers, s'en inspirent et s'informent à leur sujet. En 2020, nous aurons l'occasion unique de faire comprendre en quoi consiste la plus grande profession de santé de la planète – mais cela ne sera qu'un début : 2020 servira aussi de catalyseur pour inaugurer une nouvelle façon de voir les soins infirmiers afin qu'à l'avenir, les infirmières soient reconnues pour leur contribution unique au bien-être de tous les peuples du monde.



* Depuis les tout premiers temps du CII, vers 1900, chaque nouvelle Présidente choisit son propre mot d'ordre résumant l'orientation générale de son mandat.

PREMIÈRE PARTIE EN QUOI CONSISTENT LES SOINS INFIRMIERS ?

En 2020, les infirmières auront l'occasion d'expliquer ce qu'elles font, de remettre en question certains mythes au sujet de la profession infirmière et de plaider en faveur d'investissements en sa faveur. Pour expliquer ce qu'est la profession infirmière, il nous faut revenir sur ses débuts, sur ce que les fondatrices de la profession infirmière moderne nous ont enseigné et sur les principales caractéristiques qui distinguent notre profession des autres professions de santé.

Au moment de célébrer le 200^e anniversaire de la naissance de Florence Nightingale et le 120^e anniversaire du Conseil International des Infirmières, il vaut la peine de se pencher sur l'influence qu'ont eue Florence Nightingale, Ethel Gordon Fenwick et les fondatrices du CII, et sur la manière dont les valeurs de compassion, de confiance et de soins centrés sur la personne se sont greffées aux données probantes, aux statistiques et au leadership pour donner naissance à l'infirmière moderne.

Le choix du thème de la Journée internationale des infirmières en 2020 résulte d'un regard jeté sur notre passé. Pendant la Deuxième Guerre mondiale, notre profession a été le témoin des plus grandes souffrances et divisions que le monde ait connues. Malgré cela, la profession a été prodigué des soins et de l'espoir pendant la guerre et au-delà. Rendant hommage au sacrifice que les infirmières avaient consenti pour protéger la santé, Harry Truman, Président des États-Unis, dans une lettre émouvante à la Présidente du CII de l'époque, Effie J. Taylor, soulignait que :

« Pendant la guerre, les infirmières ont travaillé sans relâche au service de leur pays en fournissant des soins aux personnes blessées et mutilées. Elles qui ont connu les épreuves du combat ont demandé pour seule récompense que leurs sacrifices permettent à d'autres de continuer de vivre. Aujourd'hui, le besoin d'infirmières n'est pas moins grand que pendant les années de guerre, car le conflit le plus destructeur de l'histoire laisse dans son sillage des corps et des esprits brisés. Il appartient désormais aux infirmières de soigner les malades jusqu'à ce qu'ils reviennent à la santé. »

Le Président Truman était conscient du fait qu'au sortir de la guerre, la lutte pour la santé et le bien-être devrait se poursuivre et qu'elle constituerait un défi pour de nombreuses générations à venir. Son appel à l'action, qui n'a rien perdu de sa pertinence à l'heure actuelle, peut se résumer par l'expression « soigner le monde jusqu'à ce qu'il revienne à la santé » (Nursing the world back to health).

En tant que principal groupe de professionnels de la santé, répondant en première ligne aux besoins des individus et des communautés, les infirmières ont des histoires fortes à raconter, des histoires capables d'entraîner des changements positifs. Une main-d'œuvre infirmière bien soutenue, dotée des moyens nécessaires pour faire son travail, est une solution rationnelle au problème de l'amélioration des résultats de santé. Dans tous les pays, les soins infirmiers jouent un rôle central en permettant aux systèmes de santé de dispenser des soins de haute qualité, accessibles et abordables. Par notre raisonnement scientifique et par notre proximité avec le patient, et par le simple fait que nous sommes si nombreuses, nous contribuons bel et bien à « soigner le monde jusqu'à ce qu'il revienne à la santé ».

L'année 2020 marquera un moment important pour notre profession. Elle sera l'occasion de démontrer aux décideurs, aux professionnels de la santé et au grand public l'énorme contribution des infirmières à la santé et au bien-être ; de présenter les rôles et les responsabilités assumés par cette profession vitale ; et enfin de remettre en question les mythes et stéréotypes qui lui nuisent depuis trop longtemps. Notre moment est venu : saisissons cette occasion non seulement pour le bien des soins infirmiers, mais aussi pour le bien de la santé de notre monde.

« L'histoire n'est pas un programme pour l'avenir, mais elle peut nous donner une meilleure compréhension de nous-mêmes et de notre humanité commune, pour mieux affronter l'avenir. »

Robert Penn Warren
Poète³

Actualité de Florence Nightingale

Par **Pr Anne Marie Rafferty**, professeur de politiques de soins infirmier à la Florence Nightingale Faculty of Nursing and Midwifery, King's College, Londres, et **Christophe Debout**, Secrétaire général, European Federation of Nursing Educators (FINE)

Florence Nightingale était un personnage difficile à cerner. Née dans un cadre privilégié, elle a baigné dans les valeurs libérales et de libre pensée de ses parents, au sein d'une tradition familiale marquée par la défense de causes humanitaires. Éduquée par son père, dont l'influence fut très profonde sur son développement intellectuel et moral, Florence Nightingale jouissait de grandes capacités qui lui donnèrent accès aux travaux de nombreux réformateurs en Europe. Elle eut d'autre part la chance que sa famille soit favorable à l'éducation des femmes, ce qui lui permit de nouer des relations avec une élite intellectuelle et politique qu'elle mit ensuite à profit pour faire passer ses réformes. La famille Nightingale recevait en effet des intellectuels de premier plan : c'est ainsi que la jeune Florence connut certains des esprits les plus brillants de l'ère victorienne. C'est en partie grâce à ces réseaux que Florence Nightingale put visiter l'hôpital de Kaiserwerth, en Allemagne, une expérience qui l'incita à devenir infirmière – une décision peu commune pour une femme de sa naissance et de son rang.

L'interdépendance de sa pensée théologique et scientifique l'amena à voir les statistiques comme la clef pour comprendre les « lois de la nature ». Cet aspect était important dans le contexte de bouleversement social, d'urbanisation et d'industrialisation de la Grande-Bretagne victorienne, époque pendant laquelle il semblait que la condition humaine fût gouvernée par le hasard. Les statistiques étaient alors considérées un moyen de cibler les interventions, de limiter les risques et de remédier à la pauvreté et au dénuement. La volonté de Florence Nightingale d'agir concrètement n'était pas uniquement motivée par son empathie pour la condition humaine et par une contrainte morale à l'action, mais aussi par sa révolte devant le rôle qui était alors dévolu aux femmes. Elle dénonçait le fait que le genre constitue un obstacle à la participation à la vie publique. Dans sa conception, les soins infirmiers, placés sous l'autorité d'une femme responsable au sein d'une institution, devaient donner à d'autres femmes la possibilité de gagner leur vie et de poursuivre une carrière indépendante.

Deux cents ans plus tard, Florence Nightingale nous parle-t-elle toujours ?

Les soins infirmiers tels qu'envisagés par Florence Nightingale s'inscrivaient dans l'ensemble plus vaste de ses intérêts pour la santé publique, les progrès de la médecine, l'hygiène, l'épidémiologie, la statistique et la médecine militaire. Dans ce sens, sa vision était résolument moderne : intersectorielle, interdisciplinaire et globale. Sa conception de l'environnement physique et psychologique de l'hôpital et du foyer domestique révèle une compréhension scientifique parfaite non seulement de l'hygiène, mais aussi de la santé et du processus de guérison, de ces détails dans les soins qui ajoutent au confort et qui nourrissent l'esprit humain.

Les compétences statistiques et analytiques de Florence Nightingale ont formé le socle de ses statistiques internationales et comparatives, précurseur des codes de la Classification internationale des maladies (CIM) en vigueur de nos jours. Quant à ses recherches sur les soins dispensés dans les hôpitaux, elles trouvent des échos dans les travaux d'Aiken et al. sur la dotation en effectifs⁴. Cependant, Florence Nightingale était, avant tout, une communicatrice hors de pair, tant visuellement, par la représentation qu'elle faisait des données, que verbalement, par la puissance et le style épigrammatique de sa prose. Habile à donner aux chiffres une forme visuelle, pour rendre son message plus percutant et inciter ses lecteurs à agir, Florence Nightingale avait conscience du fait que les statistiques peuvent changer les esprits et convaincre les politiciens d'appliquer des réformes.

Son style clair et persuasif, son approche dynamique de la formulation des grands enjeux, ont fait d'elle une adroite militante politique. Par le biais de ses réseaux, Florence Nightingale était capable de mettre entre les mains des décideurs politiques des données présentées de manière facile à comprendre, puis défendait ses propositions avec tous les moyens à sa disposition. Les études randomisées contrôlées et la pratique fondée sur les données probantes sont maintenant généralisées dans la pratique des soins infirmiers et de santé. De fait, la définition même que Florence Nightingale donnait des soins infirmiers – en tant que vecteur de guérison aussi bien que de promotion de la santé – résonne encore avec nos approches actuelles : « En quoi consistent les soins infirmiers ? Les deux types de soins infirmiers consistent à nous placer dans les meilleures conditions possibles pour permettre à la nature de restaurer ou de préserver la santé – de prévenir ou de soigner la maladie ou les traumatismes »^{5, p. 187}.

Son enseignement sur l'hygiène reste exemplaire aujourd'hui encore, alors que nous luttons contre la septicémie, une surmortalité attribuable à des infections nosocomiales telles que le staphylocoque doré et *Clostridium difficile*. La résistance aux antimicrobiens étant en passe de devenir l'une des principales causes de mortalité d'ici à 2050, le lavage des mains et l'hygiène comptent parmi les meilleurs moyens de défense contre la transmission des agents pathogènes. Autrement dit, la résistance aux antimicrobiens nous contraint de revenir aux pratiques de l'ère pré-antibiotique⁶.

Les scandales hospitaliers n'appartiennent pas au passé : l'expérience récente aux États-Unis, au Royaume-Uni et ailleurs montre que bon nombre des causes sous-jacentes en sont les pénuries de personnel infirmier et le manque de soins infirmiers de qualité⁷. L'impulsion que Florence Nightingale a donnée aux soins infirmiers en tant que profession sécularisée, offrant aux femmes les moyens de recevoir une éducation et une formation, puis de mener une vie indépendante, a amplifié l'effet direct et indirect de la formation sur la santé des populations.

En particulier, il est prouvé que l'investissement dans la formation des infirmières et des infirmiers a des retombées positives sur la santé de la collectivité en termes de littératie en santé⁸.

Florence Nightingale serait sans aucun doute choquée par l'ampleur des inégalités en santé dans le monde actuel, par la pénurie de personnel infirmier, par la résistance aux antibiotiques et par la menace que constituent, pour notre sécurité sanitaire, la résurgence de maladies infectieuses comme la tuberculose et l'émergence de nouvelles menaces telles que le VIH, le virus Ébola ou le choléra.

Dans de telles conditions, la juste indignation de Florence Nightingale se traduirait par un appel à ce qu'il soit mis fin à la pénurie d'infirmières, un problème qu'elle ferait inscrire à l'ordre du jour politique international au titre d'urgence mondiale. Concrètement, elle rallierait des soutiens en faveur de la tenue d'un sommet mondial sur les soins infirmiers lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2020 ; puis mobiliserait tous ses réseaux politiques pour faire pression sur les gouvernements et les organisations non gouvernementales, afin qu'ils adoptent un traité obligeant les pouvoirs publics à créer un cadre juridique garantissant une offre suffisante d'infirmières pour accélérer les progrès dans la réalisation des Objectifs de développement durable et de la couverture sanitaire universelle, au profit des populations mal desservies. Florence Nightingale convoquerait ensuite les ministres des finances pour une conférence d'examen, pendant le Forum économique mondial à Davos, en vue de créer un nouveau « Fonds mondial Nightingale » pour consentir le plus gros investissement jamais réalisé dans les soins infirmiers et obstétricaux.

Florence Nightingale demanderait à toutes les infirmières de prendre l'initiative en matière d'hygiène et de gestion des antibiotiques. Ses *Notes on Nursing* reparaitraient sous forme de plateforme en ligne pour donner, aux patients et aux familles du XXI^e siècle, les moyens de rester en bonne santé et de prendre soin d'eux-mêmes ; les premières visées à cet égard seraient les personnes atteintes de maladies chroniques et de problèmes de santé mentale.

Toujours à l'initiative de Florence Nightingale, une nouvelle génération d'infirmières conceptrices numériques serait formée, avec pour mission de produire des solutions de prestation des soins ainsi que des systèmes de sécurité pour les patients tirant parti d'innovations telles que la *blockchain*. Elle nous rappellerait que la mondialisation doit être une occasion de nous relier à nos valeurs respectives, et présenterait des propositions audacieuses en vue du changement. Ces propositions exigeraient un transfert de pouvoir entre les anciennes et les nouvelles formes d'autorité⁹ ainsi que de nouvelles méthodes de collaboration. Les associations de soins infirmiers recevraient pour tâche de s'adapter et de créer une « super-collaboration », exploitant leur force d'organisation collective pour mobiliser à une échelle inédite, en travaillant étroitement avec le public, les patients et les familles.

Enfin, Florence Nightingale préconiserait une approche intergénérationnelle, dans laquelle des dirigeants jeunes et plus âgés seraient formés ensemble aux méthodes d'organisation et aux compétences d'influence politique. Ensemble, ces cheffes de file, nouvelle génération de Nightingales, mèneraient la charge en faveur des soins infirmiers conçus comme un mouvement mondial pour le bien social.



Melle Nightingale et sa chouette apprivoisée, Athéna, vers 1850, d'après un croquis de Parthenope, Lady Verney.

Créer les fondations de la profession infirmière

En bref

Florence Nightingale était une source d'inspiration pour les fondatrices du Conseil International des Infirmières, en 1899. Ethel Gordon Fenwick, Lavinia Dock, Agnes Karll et d'autres personnalités à l'origine du CII, qui plaidaient en faveur d'une autoréglementation professionnelle, menèrent campagne sur les grands enjeux sociaux du temps, notamment l'émancipation des femmes.

L'idée de ces infirmières était à la fois de rassembler une communauté professionnelle, dans une optique véritablement mondiale des soins infirmiers, et d'améliorer la formation des infirmières. En 1899, Ethel Gordon Fenwick déclarait ainsi :

« La profession infirmière, surtout à l'heure actuelle, a besoin d'être organisée ; les infirmières, surtout à l'heure actuelle, ont besoin d'être unies. L'importance du travail des infirmières auprès des malades est désormais reconnue par le gouvernement de ce pays et par ceux de tous les autres pays civilisés. Mais il dépend des infirmières, individuellement et collectivement, de rendre leur travail le plus utile possible aux malades. Or, cela ne pourra se faire que si la formation des infirmières repose sur des principes si étendus que l'expression « infirmière formée » désigne une personne ayant reçu une formation efficace et se soit montrée suffisamment digne de confiance pour que ses responsabilités puissent être exercées au plus grand bénéfice des personnes confiées à sa charge. À cet égard, il est nécessaire de disposer, d'une part, de systèmes reconnus de formation des infirmières et, d'autre part, de mécanismes de contrôle de la profession infirmière. L'expérience montre que ces résultats seront impossibles à atteindre par une profession désunie dans ses demandes de réforme ; seule l'union nous permettra de rassembler les forces nécessaires à cet égard^{10, p.7.} »



Mme Ethel Gordon Bedford Fenwick, du Royaume-Uni, Présidente du Conseil international des infirmières, 1900-1904.

Ethel Gordon Fenwick était consciente de l'importance de la coopération et de la collaboration internationales pour le succès de la tentative du CII de réglementer les soins infirmiers dans le monde entier et d'encadrer la définition de l'infirmière par une norme universelle. Son travail novateur, et celui d'innombrables autres infirmières au fil des ans, a jeté les bases de la profession infirmière moderne.

Le CII a continué de bâtir sur ces fondations et, aujourd'hui, la profession infirmière est tout aussi pertinente et essentielle qu'il y a cent vingt ans. Quant à la collaboration internationale et aux échanges entre les associations nationales d'infirmières (ANI) membres du CII, ils sont aussi importants aujourd'hui qu'en 1899, si ce n'est plus. Il ne fait aucun doute que Florence Nightingale et les fondatrices du CII soutiendraient l'action du CII aujourd'hui et qu'elles encourageraient les associations nationales d'infirmières à adhérer au CII pour travailler ensemble, à l'échelle mondiale, pour faire avancer notre profession et défendre la santé pour tous. Car tels étaient leur espoir et leur vision de l'avenir, et tel est l'héritage qu'elles nous ont transmis.

Étude De Cas

MSF – Supprimer les obstacles à la prise en charge des personnes les plus vulnérables

Contribution : Nada Kazoun, Médecins Sans Frontières

Médecins Sans Frontières (MSF) a ouvert un hôpital à Bar Elias, une ville du Liban située à environ dix kilomètres de la frontière avec la Syrie. L'hôpital dessert les patients sans distinction de race, de religion, de sexe ou de convictions politiques, une valeur profondément enracinée dans le travail de MSF. L'équipe médicale fournit des services chirurgicaux et traite les plaies mal cicatrisées, notamment les brûlures.

Avant la crise syrienne, la région ne disposait quasiment d'aucun service de traitement des plaies : cette prestation était généralement offerte uniquement dans les centres de soins secondaires et des cliniques privées. De plus, les services n'étaient ni accessibles ni abordables pour la plupart des patients, obligés de payer eux-mêmes le traitement, les médicaments et le transport.

Avec l'afflux de réfugiés syriens au Liban et l'augmentation du nombre de patients souffrant de plaies compliquées et de séquelles de brûlures, ce manque de services est devenu encore plus criant. Il manquait notamment de directives pour le traitement des plaies et de professionnels de santé qualifiés et compétents. MSF a donc conçu et introduit un nouveau protocole de traitement des plaies, protocole appliqué par des personnels infirmiers. L'objectif était, d'une part, d'éliminer les obstacles imputables au manque d'accès, au coût élevé et au déficit de qualité des soins ; et, d'autre part, de mettre les services à la disposition de la communauté.

L'hôpital MSF de Bar Elias a donc commencé à traiter les plaies, notamment les brûlures, sur la base d'éléments probants issus de la recherche et par le biais de professionnels de santé formés et qualifiés.

De janvier à août 2019, 99 patients ont été admis pour le traitement de plaies et près de 1400 interventions ont été effectuées. Dans le même temps, 89 personnes ont quitté le programme, dont 59 guéries, cinq orientées vers d'autres services, sept déplacées et 18 perdues de vue.

Par exemple, « Abdul », 15 ans, souffrait d'épilepsie et d'importantes brûlures aux deux jambes, pour lesquelles il n'avait reçu aucun soin depuis sept ans. Vu le manque d'espace dans la tente familiale, Abdul était obligé de ramper pour se déplacer, ce qui aggravait son état et interdisait toute guérison de ses blessures.

Une équipe multidisciplinaire composée de trois infirmières, d'un travailleur social, d'un promoteur de santé et d'un spécialiste de santé mentale a appliqué notre protocole de traitement des plaies, parallèlement à des séances de formation et de conseils destinés aux proches aidants d'Abdul. Après deux mois de traitement, les plaies d'Abdul se sont refermées et ont complètement cicatrisé.

Ce type d'intervention donne aux patients un nouveau départ dans la vie. En tant qu'infirmières, nous sommes motivées par l'impact de notre travail avec ces patients. Nous estimons être en mesure de défendre nos patients et de travailler avec eux et leurs familles pour obtenir les meilleurs résultats.

De plus, nous constatons les effets positifs de notre engagement à traiter l'état global des patients et non pas uniquement leur maladie. Au cœur du programme, les infirmières apportent leurs connaissances, leur expertise technique, leur jugement et leurs relations interpersonnelles avec les patients et les familles : telles sont les clefs du succès du traitement des plaies dans notre hôpital.

Une infirmière traite une blessure à l'hôpital de Bar Elias, au Liban.



Soins centrés sur la personne

Par Kyung Rim Shin, Présidente de la Korean Nurses Association

Pour célébrer le deux centième anniversaire de la naissance de Florence Nightingale, l'OMS a décidé que 2020 serait l'Année internationale du personnel infirmier et des sages-femmes. Plus que jamais, les infirmières et les sages-femmes seront au cœur des politiques mondiales de santé en 2020 : elles auront de ce fait une occasion inespérée de renforcer le statut de notre profession. Pour tirer parti de cette année très spéciale, en tant qu'étape avant de passer au niveau supérieur, nous devons nous pencher sur les grandes infirmières du passé, réaffirmer les valeurs authentiques des soins infirmiers et enfin réfléchir à l'évolution de notre pratique au fil des ans. Nous utiliserons ensuite cette réflexion comme une boussole pour orienter nos progrès.

Florence Nightingale, fondatrice des soins infirmiers modernes, statisticienne et administratrice publique compétente, tient aussi à son crédit la définition de plusieurs concepts de santé publique. Après avoir collecté d'impressionnantes statistiques pendant son service dans les hôpitaux de campagne de la guerre de Crimée, elle a plaidé pour une réforme des systèmes de santé publique et des soins aux patients. Ses travaux ont modifié la perception sociale des soins infirmiers, qui en est venue à être considérée comme une profession basée sur la croyance en la dignité humaine et dans les connaissances scientifiques. Florence Nightingale a jeté les bases des soins centrés sur la personne.

Par « soins centrés sur la personne », on entend le fait de planifier et de prodiguer des services infirmiers et de santé publique axés sur les exigences des bénéficiaires des soins. Les patients sont vus non pas comme des récipiendaires passifs de services, mais comme les participants actifs des interactions avec les agents de santé. Les soins infirmiers commencent par une compréhension du patient et de son mode de vie. Ses valeurs clés sont la dignité humaine, la compassion et le respect, autrement dit : respect de la dignité du patient et de sa famille ; prestation de soins infirmiers compassionnels ; et respect des opinions et choix de vie du patient ¹¹.

Deux patients atteints de la même maladie auront des expériences et des parcours de vie différents. Leur réaction face aux soins, leurs besoins, attitudes et symptômes seront également différents : c'est pourquoi il est nécessaire de prodiguer des soins infirmiers individualisés. Malheureusement, il arrive que la dignité des patients soit compromise en raison d'insuffisances structurelles dans les systèmes sociaux et de la pratique encore généralisée des soins axés sur la maladie.

C'est ainsi qu'en 1916, en Corée, 6254 personnes atteintes de la maladie de Hansen, autrement dit la lèpre, furent reléguées sur l'île lointaine de Sorok-do pour y subir le travail forcé, la stérilisation forcée et de nombreuses autres violations des droits humains. Incapables de supporter un tel traitement, de nombreux malades mirent fin à leurs jours. C'est alors que, dans les années 1960, Marianne et Margaritha arrivèrent à Sorok-do pour prendre soin de ces patients.

À cette époque, les préjugés sur cette maladie étaient à leur comble, le personnel médical lui-même étant réticent à toucher les patients sans porter de doubles gants. Les deux infirmières dévouées, qui avaient reçu une formation sur la maladie de Hansen en Inde avant de se rendre en Corée, savaient que les risques de transmission par contact sont extrêmement faibles. Elles n'hésitèrent donc pas à toucher les patients à mains nues, à mettre leur nez sur leurs blessures et à gérer une garderie pour les enfants des lépreux : elles devinrent ainsi non seulement les soignantes de leurs patients mais aussi leurs amies – et sans recevoir aucun salaire.

Ces deux infirmières ont fait preuve d'un véritable esprit de bénévolat et d'amour en assurant des services de réadaptation, d'éducation et de formation professionnelle, de même qu'en gérant les fournitures médicales, les locaux et les secours aux lépreux. Traités avec dignité et respect, les patients ont retrouvé une raison de vivre et ont pu garder espoir dans leur existence.

Dans les soins centrés sur la personne, la dignité du patient est pleinement respectée et la confiance se construit grâce à des interactions imprégnées de compréhension et d'affection. Des soins individualisés sont dispensés en tenant compte des perspectives, des valeurs, des croyances et du contexte culturel du patient. Ce dernier reçoit les soins dont il a besoin au moment où il en a besoin, de même que les informations nécessaires pour prendre des décisions concernant son traitement. En fin de compte, cette démarche autorise une meilleure gestion des maladies, une meilleure qualité de vie et de meilleurs résultats pour les patients. L'amélioration des services infirmiers favorise aussi la confiance en soi et la satisfaction au travail du personnel infirmier.

Même si l'intelligence artificielle est en train d'automatiser de nombreux domaines, les qualités d'êtres humains capables d'empathie resteront très importantes. Les soins infirmiers diffèrent de la médecine en ce qu'ils sont basés sur des valeurs centrées sur la compréhension humaine et sur les soins aux patients, dans le cadre d'une vision globale que des machines sont incapables de remplacer.

Les professionnels des soins infirmiers de la prochaine génération devront donc comprendre parfaitement les besoins humains individuels, de même que suivre des formations continues axées sur la personne prise dans sa globalité et sur les approches holistiques de la résolution des problèmes.

Étude De Cas

Japon – Répondre aux besoins de santé des individus et des communautés pendant et après les catastrophes

Contribution : Japan Nursing Association

Du fait de ses conditions géographiques et climatiques, le Japon est fréquemment touché par des catastrophes naturelles, notamment des typhons, des pluies torrentielles et des tremblements de terre. En 2018, par exemple, on a compté 29 typhons et plus de 90 tremblements de terre majeurs.

Après le grand tremblement de terre de Hanshin-Awaji (Kobe) en 1995, la Japan Nursing Association a mis sur pied un réseau d'infirmières secouristes en cas de catastrophe, en coopération avec des associations locales d'infirmières. Ce système oriente de manière souple des infirmières secouristes locales vers les zones touchées par des catastrophes naturelles de grande ampleur, de manière à apporter un soutien répondant aux besoins locaux. Lors des nombreuses catastrophes survenues depuis 1995, près de 9000 infirmières secouristes sont ainsi intervenues.

Le Japon compte actuellement 9822 infirmières secouristes en cas de catastrophe, formées et enregistrées comme telles auprès des associations d'infirmières au niveau des préfectures. Lorsqu'une catastrophe se produit, les infirmières s'engagent à titre bénévole et en tant que membres de leurs associations professionnelles respectives.

Les infirmières secouristes sont engagées dans des établissements de soins de santé, des centres de protection sociale et des centres d'évacuation pendant une période allant de trois jours à un mois après une catastrophe. Elles travaillent donc dans les phases subaiguës et chroniques qui suivent une catastrophe en contribuant au maintien des soins infirmiers, plutôt que dans la phase aiguë, où des opérations de sauvetage proprement dit sont nécessaires.

Les infirmières secouristes affectées à des établissements de santé participent à l'accueil des sinistrés transférés par d'autres établissements touchés ; répondent à la demande accrue en soins de santé dans les unités d'urgence ; et assurent une relève pour permettre aux infirmières locales de se reposer.

Dans les centres d'évacuation, les infirmières secouristes donnent des conseils en matière d'exercice physique, prodiguent des soins personnalisés aux personnes ayant besoin d'aide, notamment les personnes âgées, ainsi que des conseils sur la prise des médicaments. Elles traitent également les personnes blessées et appliquent les mesures de contrôle des infections.

Dans un centre d'évacuation accueillant des personnes évacuées atteintes d'une gastro-entérite infectieuse due à un norovirus, les infirmières secouristes ont remarqué que les résidents se lavaient les mains avec de l'eau stagnante : elles ont donc pris des mesures pour empêcher cette méthode de propagation de l'infection. Cela se passait dans une zone où la population locale utilisait habituellement de l'eau stagnante, la croyant propre.

Les infirmières ont expliqué en détail à chaque personne évacuée comment se laver les mains dans un environnement où l'approvisionnement en eau propre n'était pas rétabli : une diminution du nombre des infections s'en est suivie.

Autre exemple, une infirmière secouriste a repéré une personne évacuée qui se tenait la poitrine : ayant des antécédents d'angine de poitrine et arrivé sans ses médicaments au centre d'évacuation, l'homme en question n'avait pas pu communiquer avec l'équipe médicale itinérante. L'infirmière secouriste a donc appelé une ambulance et l'homme a été admis à l'hôpital.

Ces exemples mettent en évidence les caractéristiques d'une pratique infirmière respectueuse des valeurs et des croyances des populations. Les infirmières secouristes mettent en pratique les éléments de base des soins infirmiers en soutenant les populations, en leur permettant de mener une vie plus sûre et en vivant à leurs côtés.



La compassion, le « vrai Nord » de la boussole morale des soins infirmiers

Par Professor Jill White, professeur émérite, faculté des sciences infirmières et obstétricales, University of Sydney et faculté de médecine de la University of Technology of Sydney ; et Dr Amelia Afuha'amango Tuipulotu, Ministre de la santé, Tonga.

Un regard sur l'histoire nous permettra de mieux comprendre le contrat social – autrement dit : les exigences de la société envers les infirmières – qui a donné naissance à notre profession. Au départ, les soins infirmiers naissent d'une préoccupation pour la souffrance d'autrui et du désir d'atténuer cette souffrance : la « compassion ». Les origines des soins infirmiers remontent au VII^e siècle, lorsque des praticiens musulmans apportèrent cette tradition en Europe du Sud, où elle fut adoptée par l'Église catholique en tant que vocation pour les religieuses, vu la grande proximité philosophique du service à autrui basé sur la compassion. La dimension religieuse des soins infirmiers s'étendit à l'Europe et au Canada au XVII^e siècle. La rupture entre les protestants et l'Église catholique, suivie de la fermeture de nombreux monastères et couvents, entraîna un recul du système de formation d'infirmières religieuses. Aussi, jusqu'au XIX^e siècle, ne fut-il plus guère possible de suivre de formation systématique à la prise en charge des personnes malades.

Il est inutile de revenir ici sur l'apport de Florence Nightingale, si ce n'est pour souligner son insistance sur ce en quoi devaient consister, selon elle, le tempérament, le caractère et la formation des infirmières. C'est dans son héritage que se rejoignent, outre la compassion et la discipline, les valeurs personnelles de Florence Nightingale : prendre la parole, s'exprimer, collecter des données à l'appui d'initiatives politiques et pour influencer les grandes orientations, ainsi que la place centrale accordée à l'éducation. Le croisement de ces trois influences constitue l'histoire moderne de notre profession.

Chaque société élabore sa propre conception des notions de bien et de mal ; de même, chaque individu s'oriente par rapport à une « boussole morale » personnelle, dont le « vrai Nord » indique son écart par rapport à la direction choisie. Pour les membres d'une profession donnée, cette boussole morale inclut les attentes placées dans une personne de bonne foi travaillant, en tant que professionnelle, dans le cadre d'un contrat social. Pour ce qui concerne la profession infirmière, ce contrat social est en principe contenu dans un code de déontologie et dans des normes pratiques professionnelles.

Le premier code de déontologie formel, élaboré par l'American Nurses Association en 1950, décrivait les responsabilités non négociables de l'infirmière. Le CII a ensuite proposé, en 1953, son premier modèle de Code déontologique mondial. Le CII procède actuellement à la révision de la version 2012 du Code, pour y mettre davantage l'accent sur un certain nombre de responsabilités élargies en matière de justice sociale. Le Code reste toutefois « un guide basé sur des valeurs et des besoins »¹². Si certains aspects d'un comportement éthique sont communs à tous les pays, des nuances subtiles et spécifiques existent selon les cultures, chaque code reflétant une société et ses valeurs. Dans sa dernière version datée de 2012, le Code du CII mentionne la confidentialité, le respect des droits de l'homme et la sensibilité aux valeurs, coutumes et croyances. Le document traite aussi de la sécurité environnementale, de la compétence et de l'éducation, de la collaboration et du plaidoyer pour l'équité et la justice sociale. Enfin, la nécessité de faire preuve de certaines valeurs professionnelles y est également mise en avant : respect, réactivité, compassion, fiabilité et intégrité¹².

Parmi ces caractéristiques, on peut considérer qu'un comportement respectueux de la vie humaine et des cultures, la fiabilité et l'intégrité constituent la boussole morale intérieure du profane. Quant à la boussole morale professionnelle, autrement dit la pratique des soins compassionnels, elle englobe la réactivité, la collaboration, la confidentialité, la compétence, la sensibilisation et, au cœur des soins infirmiers professionnels, la formation.

Dans le domaine des soins infirmiers, on s'attend à ce que le respect d'une sensibilité tant morale (qui relève de tout un chacun) qu'éthique (professionnelle) fasse partie intégrante de l'apparition d'une boussole morale professionnelle. Cette dernière nous amène à ce qui constitue le fondement même des soins infirmiers à l'heure actuelle : les soins compassionnels – qualité quintessentielle, marqueur de l'authenticité des soins infirmiers. Il s'agit de la capacité de prendre des décisions avec intelligence et compassion, en tenant compte de l'incertitude inhérente à une situation de soin et en tirant parti, selon les besoins, d'une compréhension non dénuée de sens critique des codes de conduite éthique, de l'expérience clinique, des connaissances théoriques et de la connaissance de soi, sans compter la capacité d'anticiper des conséquences et le courage d'agir¹³.

La compassion a un coût. Elle exige des ressources émotionnelles et pratiques, ainsi qu'une culture qui facilite et valorise les composantes des soins compassionnels : formation continue, prise de parole, prise de risques calculés, culture non punitive qui favorise les normes de pratique éthique et enfin existence de modèles de comportement qui donnent le courage d'agir. Pour Liaschenko¹⁴, ce courage renvoie à une « capacité d'action morale » : l'auteur appelle les infirmières à œuvrer ensemble à l'instauration d'une communauté éthique, de même qu'à proposer des récits alternatifs présentant notre travail comme puissant, éthique et intelligent.

La création de communautés éthiques est, à son tour, propice à la capacité d'action morale : le fait de pouvoir dire « je vous tiens pour moralement responsables de prendre mes préoccupations au sérieux, car la part que je prends dans les soins à ce patient est tout aussi importante que la vôtre »¹⁴. Cette force permettra à notre boussole morale professionnelle de pointer toujours vers le « vrai Nord », pour nous aider à fournir des soins compassionnels, comme le veut notre mandat social depuis le VII^e siècle au moins.

En tant qu'infirmières et infirmiers, nous devons comprendre et affiner continuellement notre boussole morale professionnelle ; quant aux décideurs et aux gouvernements, ils doivent tenir compte de la demande du public pour des soins compassionnels. Et il nous appartient, à toutes et à tous, d'instaurer collectivement un environnement et une culture propices à ces soins.

Étude De Cas

ÉTATS-UNIS – Des soins compassionnels pour les anciens combattants

Contribution : Cathy M. St Pierre, États-Unis

La Veteran's Health Administration (VHA, Administration des services de santé destinés aux anciens combattants) est le plus important système de soins de santé intégrés aux États-Unis, employant à temps plein plus de 322 000 professionnels de santé et personnels de soutien. La VHA offre des services aux anciens combattants et à leurs familles dans un vaste éventail de centres médicaux et cliniques ambulatoires. Elle prodigue chaque année des soins complets et spécialisés à plus de neuf millions d'anciens combattants, à l'hôpital et en ambulatoire, y compris des services pour les femmes, en santé mentale et en réadaptation. La prise en charge à long terme d'anciens combattants âgés, ayant des besoins complexes en matière de santé physique et mentale, est aussi assurée.

Cathy St Pierre, qui est l'une des 500 infirmières praticiennes attachées à la VHA, est chargée de prodiguer des soins de santé directs aux anciens combattants. Elle travaille actuellement dans quatre secteurs hospitaliers : gestion de la douleur chronique, expositions à la santé environnementale, sans-abrisme et recherche. Mme St Pierre consacre la moitié de son temps à des anciens combattants sans abri ou ayant déjà été sans abri.

Aux États-Unis, environ 11 % des sans-abri sont des anciens combattants ; quelque 37 000 anciens combattants ont passé au moins une nuit dans la rue en 2018. De nombreux facteurs contribuent à l'absence de chez-soi des anciens combattants, notamment le manque de logements abordables, le chômage et les problèmes de santé mentale, y compris le syndrome de stress post-traumatique et les troubles liés à la consommation de substances. Six anciens combattants sans abri sur dix ont plus de 51 ans ; on s'attend à une augmentation de la proportion des anciens combattants sans abri âgés de plus de 62 ans, qui ont pour la plupart des besoins médicaux et psychiatriques complexes.

Pour réduire ce sans-abrisme, le VHA a créé, avec le Département du logement et du développement urbain (HUD), un service de logement de soutien pour anciens combattants (Veterans' Affairs Supportive Housing, VASH), qui a déjà réussi à reloger plus de 85 000 vétérans en dix ans.

Au sein de l'hôpital géré par la VHA à Bedford, dans le Massachusetts, le Dr St Pierre fournit des soins de santé directs et des consultations aux anciens combattants inscrits au programme VASH. Elle aide les travailleurs sociaux attachés au programme à comprendre les besoins médicaux et de santé mentale des anciens combattants avec lesquels ils travaillent. Le Dr St Pierre procède également à des évaluations directes de la santé et participe à la gestion des maladies aiguës et chroniques des anciens combattants. Elle apporte enfin son soutien aux anciens combattants hébergés dans le complexe hospitalier de 69 studios qui leur sont destinés.

Nombre de bénéficiaires du programme HUD-VASH souffrent aussi de troubles mentaux, notamment du syndrome de stress post-traumatique et de toxicomanie, ce qui les expose au risque de suicide. L'équipe du programme HUD-VASH assure le suivi des anciens combattants, leur garantit un filet de sécurité et les aide à accéder à des soins immédiats pour écarter ce risque. Ce type de soins sur place peut prévenir des séquelles médicales et mentales plus graves au sein d'une population qui ne réclame pas toujours en temps voulu les soins médicaux dont elle a besoin.

Cathy St Pierre (à g.) avec une collègue et un ancien combattant de l'armée américaine



Tirer parti du capital de confiance des soins infirmiers : professionnalisme, possibilités et pièges

Par **Dr Marla Salmon**, professeur de soins infirmiers et de santé mondiale, professeur adjoint de politiques et de gouvernance publiques, Université de Washington, États-Unis



**« Connaissez-moi,
soyez là pour moi et
prenez soin de moi »**

C'était au début de ma carrière. J'exerçais à l'hôpital local, elle était une patiente en séjour long. Sa grâce naturelle et la couverture rouge très voyante qu'elle portait par-dessus sa chemise d'hôpital semblaient être ses dernières armes contre la perte de contrôle et de dignité qui la faisait souffrir. Je constatai rapidement qu'elle insistait pour assurer ses propres soins personnels. Si elle acceptait que je l'aide à se laver au-dessus de la taille, elle seule avait le droit de s'occuper de tout ce qui se trouve entre la taille et les genoux. Au fil du temps, nous avons négocié quelques aménagements à ce principe, mais j'ai toujours détourné le regard, autant que possible.

Un soir, elle me lança un regard profond, comme si elle méditait une décision importante. Enfin, elle me demanda sur un ton mesuré et confidentiel : « Ma chère, tu veux que je te montre quelque chose ? » Elle a lentement écarté ses couvertures pour diriger mon regard sur cette partie du corps qu'elle s'était toujours efforcée de cacher : sur le haut de sa cuisse, je vis un petit cœur tatoué. Elle ne dit rien mais me sourit d'un air entendu. J'ai alors réalisé qu'il y avait davantage en elle que cette petite dame dans sa chemise de nuit : c'était une personne qui avait vécu une autre vie, qui avait aimé et avait été aimée. Par cet acte tout simple, elle me disait : « Merci de savoir qui je suis et d'être vraiment là pour moi... dans ces derniers jours. »

Elle est décédée quelques jours plus tard. Je lui fis sa dernière toilette sans omettre de respecter nos anciennes conventions relativement à sa pudeur, puis je l'habillai dans une chemise propre avant de la border pour son dernier sommeil. Pendant cette ultime séance de soins, j'ai senti sa présence avec moi. Je sortis de sa chambre, attristée par son décès, mais consciente du privilège et du don qui m'avaient été faits de pouvoir vraiment prendre soin d'elle.

Après plusieurs décennies de carrière, j'ai oublié son nom. Mais elle reste avec moi, elle qui a profondément influencé ma vie et ma carrière d'infirmière. Son cadeau est de m'avoir fait comprendre que la confiance réside au cœur des soins dont elle est, simultanément, la récompense. Savoir qui sont nos patients et être vraiment là pour eux : c'est l'essence même des soins infirmiers.

* * * * *

La professionnalisation des soins infirmiers dans le monde entier a influencé la santé des individus et a entraîné des changements importants tant dans le statut que dans la réputation des infirmières. Dans de nombreux pays où les soins infirmiers sont très professionnalisés, ils sont aussi cités comme la plus fiable, ou l'une des plus fiables, des professions. Le degré de confiance envers les infirmières est très proche des attributs qui caractérisent les professions réglementées, de même que des attentes du public, lesquelles jouent un rôle fondamental dans leur contrat social. Si toutes les professions réglementées travaillent en échange d'une rémunération – quelles qu'en soient les modalités –, ces professions jouissent aussi d'un statut particulier basé sur le « contrat » qu'elles ont passé avec une société soucieuse de voir respectées certaines normes de conduite et de compétence. L'autonomie et l'autoréglementation, clauses essentielles de ce contrat, reflètent la confiance mais aussi l'attente que les membres de la profession soient formés et socialisés de manière à garantir qu'ils disposent des compétences appropriées et d'un jugement sûr, qu'ils soient intègres et respectueux de l'éthique, qu'ils s'engagent pour le bien-être du client et qu'ils fassent preuve d'altruisme et de désintéressement dans leur travail. En échange, la société leur accorde les privilèges d'un statut spécial en son sein, notamment l'autonomie, l'autoréglementation ainsi que des relations privilégiées avec certaines institutions et les pouvoirs publics.

Les infirmières jouissent, d'une part, de la confiance placée dans les infirmières individuelles et, d'autre part, de la confiance collective du public envers leur profession. La confiance individuelle augmente dès lors que l'infirmière instaure des relations positives avec ses clients et leur famille, ce qui l'autorise à entreprendre, dans le cadre de cette relation, des démarches qui seraient interdites à d'autres personnes. Une confiance durable envers l'infirmière est fondée sur sa capacité d'établir des relations avec le patient et sa famille de manière à leur garantir que leur intérêt et leur bien-être sont placés au premier plan.

Quant à la confiance envers la profession, elle est ancrée dans le contrat social régissant le comportement de l'infirmière et reflétant un ensemble d'attentes et de normes codifiées. Ce contrat social, s'il se traduit en lois, règlements, formations et attentes institutionnelles, reste fondamentalement ancré dans les expériences des patients et de leurs familles. En d'autres termes, le comportement individuel des infirmières détermine dans une grande mesure l'image que le public se fait de la profession. Toute faute commise par une infirmière risque de mettre en cause le contrat social conclu avec tous les membres de la profession et de saper la confiance qui est placée en eux. De toutes les fautes, la recherche d'un intérêt personnel – le fait de servir ses propres intérêts avant ceux des patients et des familles – est l'une des moins acceptables aux yeux du public. Lorsque le grand public n'a plus confiance dans la capacité des infirmières de le défendre, ou s'il croit qu'elles font passer leurs intérêts en premier, le contrat social passé entre la profession et le public, de même que la relation individuelle entre l'infirmière et son patient, courent un grand danger.

La transaction la plus susceptible d'entraîner la confiance est celle qui s'opère au profit du grand public, sans que cela n'entraîne d'avantage apparent pour la profession. Une transaction très profitable au public mais qui favoriserait aussi les intérêts de la profession infirmière pourrait susciter un débat quant à sa motivation. (Exemple : le fait de demander l'extension de rôles entrant en concurrence avec ceux des médecins ou d'autres travailleurs de santé – surtout en cas d'avantage financier perçu). Quant aux transactions opérées au profit de la profession mais sans avantage perçu pour le public, elles sont probablement les moins acceptables du point de vue de la confiance. On voit ainsi que les apparences sont très importantes dans ce genre de transaction.

Les infirmières individuelles usent tous les jours de leur capital de confiance en demandant à leurs patients de se fier à leur jugement et de croire qu'elles agiront dans leur intérêt. Il est implicite que lorsque les infirmières agissent dans les limites de la déontologie professionnelle et du domaine de pratique légal, les patients peuvent se fier à elles. Cependant, le fait de capitaliser à une plus grande échelle sur la confiance placée dans notre profession est une question plus complexe, avec des conséquences majeures pour tous ses membres. Toute rupture de ce que le public considère comme son contrat avec les infirmières peut avoir des répercussions importantes sur le statut de la profession infirmière et sur le bien-être de ses membres.

La confiance est un reflet d'une relation avec le public : le comportement des infirmières, d'une part, et la manière dont elles sont perçues, d'autre part. Entretenir une relation positive avec le public, c'est à la fois répondre à des attentes et contribuer à donner forme à ces attentes. Il s'agit de trouver une position médiane où la profession infirmière et le public s'entendent pour obtenir des avantages pour la société et pour ses membres, tout en respectant et en appuyant les infirmières dans leur travail. Ce lien entre les soins infirmiers et le public doit être entretenu dans chaque interaction, collective aussi bien qu'individuelle, entre les infirmières et les personnes qu'elles servent. Autre conséquence, notre profession doit se comporter de manière sage et prudente, en plaçant les intérêts du public au cœur de la formation et de la réglementation des infirmières. Cette responsabilité constante est une manière très importante de garantir au public que les soins infirmiers sont dignes de confiance.

Le fait d'échanger une part de cette confiance contre des avantages professionnels peut être source de gains ponctuels mais aussi, à long terme, de conséquences négatives. Une relation solide, éclairée et continue, dans laquelle les infirmières méritent leur réputation de professionnelles expertes et compatissantes défendant le bien public, est bien plus sûrement garante d'avantages mutuels et durables qu'une relation fondée sur des transactions occasionnelles.

En résumé, la confiance est au cœur du statut de notre profession ainsi que de nos relations avec les patients, leurs familles et le public en général. Le contrat social qui encadre le statut des soins infirmiers en tant que profession dicte les modalités de notre pratique, notre capacité à appliquer notre expertise et notre jugement, notre formation, quelles instances seront appelées à juger notre conduite, et même nos conditions de travail et notre rémunération. La profession et le public entretiennent des relations dynamiques, reflétant l'engagement constant des infirmières en tant qu'individus et membres de groupes et d'organisations professionnelles. User de notre capital de confiance pour le bien des patients, des familles et du grand public est un aspect fondamental du maintien et du renforcement de cette même confiance. Au moment d'envisager de puiser dans notre capital de confiance, la question fondamentale sera de déterminer quel effet la transaction aura sur la relation de confiance particulière que les soins infirmiers entretiennent avec le public.



Étude De Cas

Royaume-Uni – Pour une information de santé accessible et compréhensible

Contribution : Parveen Ali, Royaume-Uni

Deux infirmières, Parveen Ali et Nisar Ahmad Gilal, animent une émission de radio hebdomadaire en hindi à l'intention des communautés originaires du sous-continent indien vivant à Sheffield, en Angleterre. En utilisant un langage facile à comprendre et sans jargon, les infirmières informent leur audience, dont la maîtrise de l'anglais est limitée, sur les questions de santé.

Près de 10 % de la population de Sheffield a des origines au Pakistan, en Inde et au Bangladesh. L'hindi (ou ourdou, langue nationale du Pakistan) est aussi compris par les locuteurs du punjabi, du potohari, du sindhi ou encore du balochi.

Le profil de santé de la communauté visée par les deux infirmières est moins favorable que celui du reste de la population de l'Angleterre, avec une forte incidence du diabète, de problèmes cardiaques et d'accidents vasculaires cérébraux. La littératie en santé de cette population est aussi préoccupante : on observe en effet que les communautés ethniques dont les membres maîtrisent mal la langue dominante recourent relativement peu aux services de santé, qu'il s'agisse du dépistage du cancer du col de l'utérus ou des examens de santé de routine, de la présentation tardive en cas de maladies graves, du faible recours aux services de santé mentale ou encore de la mauvaise gestion de maladies chroniques comme le diabète.

L'émission radiodiffusée des deux infirmières, *The Health Show with Parveen Ali*, offre des informations sur la santé simples et sans jargon. L'objectif est de sensibiliser l'audience aux enjeux de santé publique et de dissiper les mythes entourant les problèmes de santé. L'information est donnée par des infirmières autorisées et par des professionnels de santé spécialisés.

L'émission, également retransmise en direct sur Facebook, est diffusée depuis plus d'un an. Les réactions montrent que les informations sont jugées utiles et fiables. Les auditeurs se sentent mieux à même de comprendre leur état de santé et sollicitent plus facilement les services de santé.

La conception et la réalisation de ce programme ont contribué à améliorer l'image des infirmières aux yeux du public, en particulier dans les communautés originaires du sous-continent indien, au sein desquelles relativement peu de personnes choisissent la profession d'infirmière. Le programme montre comment les infirmières peuvent appliquer leurs connaissances et leurs compétences de manière innovante et contribuer à la promotion de la santé, à la prévention des maladies et à la diffusion de l'information. Ce faisant, les infirmières remplissent leurs devoirs de professionnelles de la santé, montrent qu'elles ont la capacité de se poser en leaders et renvoient une image positive de notre profession.

Les infirmières Parveen Ali et Nisar Ahmad Gilal présentent leur émission radio sur la santé, destinée aux communautés originaires du sous-continent indien vivant à Sheffield.



Une nouvelle façon de parler des soins infirmiers

Par Dr Barbara Stilwell, Directrice exécutive de la campagne mondiale Nursing Now

Les infirmières s'efforcent depuis des décennies d'expliquer en quoi consiste exactement leur profession. Bio-psycho-sociale dans ses approches, la profession infirmière repose aussi sur une relation avec le client ou le patient, relation qui valorise l'individualité et renforce la confiance, l'honnêteté et la résolution conjointe des problèmes. Clef de cette relation, l'intelligence émotionnelle est aussi au cœur des soins. Pourtant, une enquête internationale systématique menée récemment au sujet de la perception des soins infirmiers a révélé une certaine dissonance au sein de la population : celle-ci fait confiance aux infirmières, mais ne les respecte pas nécessairement et ne comprend pas leur travail¹⁵. L'année 2020 sera-t-elle l'occasion de mieux expliquer ce que font les infirmières et pourquoi, et comment, leur action peut changer les résultats sanitaires ?

Le modèle de soins infirmiers élaboré par l'Américaine Hildegard Peplau, l'une des premières théoriciennes dans ce domaine, reste une référence implicite de toute pratique infirmière. Son idée, d'une simplicité trompeuse, était qu'au cœur de toutes les interventions infirmières se trouve la relation entre l'infirmière et le patient. Peplau a postulé que la relation entre l'infirmière et le client pouvait être, en elle-même, thérapeutique. Il n'est pas surprenant que les travaux de Peplau aient été appliqués aux soins infirmiers en santé mentale, qu'ils ont aussi inspirés.

Si le *fondement* du travail infirmier est la capacité de l'infirmière d'établir des relations constructives avec son patient ou client en tant qu'individu, alors tout doit être conçu pour répondre à ce que ce patient ou client dévoile, au moment de la consultation, au sujet de ses besoins, compte tenu aussi bien de son environnement – famille, antécédents, éducation, situation économique, problèmes de santé – que de ses objectifs de santé à plus long terme.

L'instauration d'une relation avec le patient permet à l'infirmière d'explorer chaque dimension de la santé pour découvrir laquelle est la plus importante pour le patient et sa santé, afin d'éclairer les soins qu'elle devra prodiguer.

La compétence spécifique des soins infirmiers consiste à identifier les problèmes à traiter lors de chaque rencontre et de les explorer avec le patient tout au long de la relation thérapeutique. Telle est la « valeur ajoutée » que l'infirmière apporte à la procédure et ce qui distingue la pratique des soins infirmiers de la pratique médicale. Nous avons là l'essence même des soins centrés sur la personne. Correctement dispensés, les soins infirmiers deviennent alors *en eux-mêmes* une thérapie intégrant la gestion des maladies, l'éducation au mieux-être et le soutien à la résilience physique, mentale et émotionnelle.

De nombreuses procédures techniques peuvent être exécutées avec compétence par plusieurs membres de l'équipe de santé – et de fait, le partage des tâches est courant dans de nombreux domaines cliniques. Mais ce ne sont pas les tâches qui enrichissent l'action des infirmières et font de cette action une thérapie – c'est l'accent mis sur la personne dans son ensemble et sur les nombreuses dimensions de cette personne.

L'*art* des soins infirmiers consiste à instaurer avec le patient une relation permettant d'explorer toutes les options envisageables, afin d'identifier des priorités puis de définir un plan d'action rationnel. Quant à la *science* des soins infirmiers, elle réside dans les compétences cliniques dont dispose l'infirmière pour mener ses évaluations physiques, prescrire et appliquer les traitements, orienter selon les besoins le patient vers d'autres membres de l'équipe soignante et enfin gérer les cas qui lui sont confiés de manière à obtenir un résultat positif pour la santé du patient.



EN QUOI CONSISTENT LES SOINS INFIRMIERS ?

Voici quelques exemples de la contribution des infirmières à la santé :

1. Le suivi de patients atteints de cancer du poumon par des infirmières spécialistes entraîne une espérance de vie allongée, une diminution des hospitalisations inutiles et une meilleure tolérance au traitement¹⁶.
2. La prestation de services de soins de santé primaires par des infirmières plutôt que par des médecins entraîne probablement des résultats de santé similaires ou meilleurs pour les patients ; elle suscite aussi une plus grande satisfaction parmi les patients¹⁷.
3. Dans les pays riches, un nombre suffisant d'infirmières bien formées travaillant dans les services de soins aigus peut réduire le risque de mortalité chez les patients¹⁸.
4. Les soins dispensés par le personnel infirmier peuvent se révéler plus efficaces que les soins médicaux pour améliorer l'adhésion des patients au traitement, de même que leur satisfaction¹⁸.
5. En Afrique, le transfert de certaines tâches à des infirmières en vue d'intensifier les soins dispensés aux personnes pauvres vivant en milieu rural, atteintes du VIH/sida, d'hypertension et du diabète, a eu un effet positif sur la charge de travail des médecins et a rendu possible une gestion plus efficace des maladies au profit d'un plus grand nombre de personnes¹⁹.
6. À l'inverse, l'inadéquation entre les effectifs infirmiers et les besoins des patients est associée à une augmentation de la mortalité des patients¹⁹.

En tant que profession, les infirmières doivent s'intéresser aux statistiques – quelles données collecter pour mesurer quels indicateurs, et comment utiliser ces résultats – pour disposer de preuves tangibles de l'influence, sur les résultats sanitaires, de leur travail, en particulier des soins prodigués à la personne dans sa globalité. Les infirmières doivent également apprendre à informer le public de leur apport potentiel aux soins. Cette information est importante pour les patients, qui devraient exiger des soins infirmiers, et s'attendre à en recevoir, au même titre que les soins médicaux.

Nous devons trouver ensemble une solution stratégique pour inciter le public à défendre les intérêts des infirmières et des infirmiers, compte tenu de l'importance des soins infirmiers pour améliorer l'existence. Nous devons insister non seulement sur le lien entre les soins infirmiers et les résultats sanitaires, mais aussi sur une meilleure collecte de données. Les infirmières devraient militer pour l'adoption de méthodes plus efficaces de saisie des données sur la main-d'œuvre pour mesurer correctement l'apport des soins infirmiers. En tant que communauté des soins infirmiers, nous pouvons réfléchir à la capacité des modèles de soins existants de répondre aux besoins de soins infirmiers du siècle prochain. L'année 2020 sera l'occasion de changer de discours sur les soins infirmiers.



Étude De Cas

La Barbade – Autonomiser les personnes atteintes de maladie mentale

Contribution : Barbados Nurses Association

À la Barbade, le Community Mental Health Nursing Service (CMHNS, Service communautaire de soins infirmiers en santé mentale) fournit des soins de santé mentale de très haut niveau pour répondre aux besoins biopsychosociaux des individus, des familles et des groupes, et réduire l'incidence des maladies mentales et le nombre d'hospitalisations. Son modèle de promotion de la santé et son approche globale, holistique et fondée sur des données probantes, donnent aux gens les moyens de prendre leur santé en main et de décider en toute connaissance des questions touchant leur santé.

Le CMHNS a été ouvert en septembre 1971 à l'initiative de Monica Jordan, une infirmière novatrice qui entendait ainsi s'attaquer aux problèmes que constituaient la progression du défaut de soins de suivi et un taux élevé de réadmission à l'hôpital psychiatrique.

Le service a été élargi au début des années 2000 : les infirmières ont reçu une formation spécialisée en santé mentale communautaire leur permettant désormais de gérer des activités de promotion de la santé et de prévention des maladies.

Aujourd'hui, le CMHNS est animé par une importante équipe multidisciplinaire. Il englobe aussi une clinique d'orientation pour enfants dans le cadre de la polyclinique, des services pénitentiaires bihebdomadaires, des évaluations judiciaires sur

demande et un service accessible au public 24 heures sur 24. Les activités du CMHNS ont entraîné une diminution notable des réadmissions à l'hôpital. Autre effet positif, la plupart des personnes atteintes dans leur santé mentale s'adressent maintenant au service communautaire plutôt qu'à l'hôpital, dont la fréquentation reste stigmatisante.

Le CMHNS dispose d'une équipe dévouée d'infirmières spécialisées qui fournissent un niveau de soins et une approche qui permettent à cette catégorie de population de maintenir son bien-être mental, conformément à l'Objectif de développement durable n° 3 (bonne santé et bien-être).

Les infirmières qui travaillent dans le service éprouvent un fort sentiment d'accomplissement, car elles permettent aux clients atteints de maladie mentale de rester dans leur communauté, de prendre eux-mêmes en charge leurs problèmes de santé mentale et de demeurer des citoyens productifs.

Alors que la stigmatisation associée à l'admission dans un hôpital psychiatrique persiste, le fait de permettre à ces citoyens de mener une vie normale sans devoir être hospitalisés est un succès majeur pour le CMHNS.



DEUXIÈME PARTIE VERS UN MONDE EN BONNE SANTÉ : LES DÉFIS

Dans le contexte des bouleversements démographiques et économiques auxquels le monde est confronté, la santé et les soins sont en train de devenir des enjeux fondamentaux. Le financement de la santé est soumis à la pression constante de l'augmentation de la demande en soins, des progrès technologiques et scientifiques et des attentes des consommateurs. Combinées, ces forces soulèvent des obstacles qui semblent parfois insurmontables. Or, nous disposons maintenant de preuves que des soins efficaces et efficaces entraînent de meilleurs résultats sanitaires, ainsi que des sociétés plus prospères et plus saines.

Si la santé est considérée comme un bien national, chaque région n'en a pas moins ses propres priorités en matière sanitaire, qu'il s'agisse d'institutions de santé défaillantes, de difficultés d'accès aux soins, des soins aux personnes âgées, des conditions et choix de vie, de carences dans la formation ou de pénuries de personnels qualifiés.

Dans cette deuxième partie, nous passons en revue certains des défis à surmonter avant d'atteindre un monde en bonne santé, ainsi que la manière dont les systèmes de santé doivent changer et s'adapter pour relever ces défis. Citons en particulier la nécessité de garantir l'existence de systèmes sanitaires hautement performants ; remédier aux inégalités et traiter les déterminants sociaux de la santé ; fournir des soins de qualité et d'un bon rapport coût-efficacité tout au long de la vie ; et enfin combattre les pénuries de professionnels de santé par le biais de services à forte valeur ajoutée.

Blessure au cœur, à l'esprit et au corps

Par Kim Ryan, professeur adjoint à l'Université de Sydney, infirmière diplômée en santé mentale

Au niveau mondial, environ un milliard de personnes souffrent d'anxiété, dont un tiers sont également atteintes de dépression. Soixante millions de personnes souffrent d'un trouble bipolaire et 21 millions de schizophrénie ou d'autres troubles psychotiques ; et une personne se suicide toutes les quarante secondes. En 2019, le Forum économique mondial estimait que la dépression constituerait, en 2030, la principale cause mondiale de mauvaise santé, avec un coût estimé de 16 000 milliards de dollars des États-Unis jusqu'à cette date. À l'heure actuelle, on estime que le coût de la perte de productivité due à la mauvaise santé mentale devrait se situer à 2500 milliards de dollars. Or, si ces chiffres semblent astronomiques, nous savons que la maladie et la détresse mentales sont largement sous-déclarées : il n'est donc pas exclu que les problèmes de santé mentale aient des répercussions encore plus graves à l'avenir²⁰.

Mais il ne suffit pas de traiter les problèmes de santé mentale : il faut aussi se préoccuper de la santé physique des personnes atteintes de maladie mentale. Les personnes atteintes de troubles mentaux graves ont, en moyenne, une espérance de vie

de 10 à 25 ans inférieure à celle de la population générale²¹. La grande majorité de ces décès sont imputables à des problèmes de santé physique chroniques : maladies cardiovasculaires, respiratoires et infectieuses, diabète et hypertension, notamment. Les personnes atteintes de maladies mentales graves ont tendance à fumer davantage, à faire moins d'exercice physique et à mal se nourrir, autant de problèmes aggravés par les effets secondaires des médicaments.

Après une crise cardiaque, les personnes atteintes d'une maladie mentale sont environ soixante fois plus susceptibles de se suicider que les personnes en bonne santé mentale²². Même chez les personnes sans antécédents de maladie mentale, le risque de suicide est triplé dans le mois suivant une crise cardiaque ; il restera élevé pendant au moins cinq ans. Le fait de vivre avec une maladie chronique – diabète, endométriose ou encore troubles respiratoires ou neurologiques – peut également augmenter le risque de dépression et d'anxiété. Deux cents millions de femmes souffrent d'endométriose et des taux élevés de dépression et d'anxiété risquent d'amplifier la douleur pelvienne²³.

Pour aider les populations à atteindre la pleine santé et à vivre une existence bien remplie, nous devons leur donner les moyens de demander et de recevoir de l'aide, ainsi que de se maintenir dans le meilleur état de santé et de bien-être possible. L'OMS nous rappelle qu'il n'y a « pas de santé sans santé mentale » – mais, pour parvenir à cet objectif, nous devons éliminer la stigmatisation et la discrimination.

La stigmatisation et la discrimination attachées aux maladies mentales se rencontrent, à des degrés variables, dans tous les pays. En 2019, la Nouvelle-Zélande a présenté son premier budget pour la santé et le bien-être mentaux : il s'agit d'une démarche et d'un investissement importants pour sortir de l'ombre la mauvaise santé mentale. Malheureusement, dans certains pays, des personnes atteintes de maladies mentales sont encore enchaînées à leurs lits ou à des blocs de ciment, voire enfermées dans des enclos pour animaux. En tant qu'infirmières et infirmiers, notre rôle et notre responsabilité sont de faire tomber ces barrières et d'œuvrer en faveur de la santé mentale pour tous.

En tant qu'infirmières et infirmiers, nous travaillons, dans tous les contextes et services de soins, aux côtés de personnes de toutes origines culturelles pour répondre à l'ensemble de leurs besoins de soins, tout au long de la vie. Les infirmières et les sages-femmes représentent près de la moitié de la main-d'œuvre en santé ; les quelque vingt millions de personnels infirmiers dans le monde constituent une force importante pour le changement. Le nombre d'infirmières en santé mentale ou en psychiatrie dépasse très largement le nombre des psychiatres. Il semble tout à fait clair que les soins infirmiers sont la bonne réponse aux besoins en santé mentale des communautés du monde entier²⁴.

Nous devons avoir davantage conscience des besoins en santé mentale des personnes aux côtés desquelles nous travaillons et être capables de répondre à ces besoins. Une patiente souffrant d'endométriose ira certainement consulter une infirmière spécialisée en santé procréative, mais il est peu probable qu'elle consulte une infirmière spécialisée en santé mentale avant d'avoir un problème de santé mentale ; de même, une personne victime

de crise cardiaque consultera probablement une infirmière-chef ou spécialisée en cardiologie. Ces infirmières devront être en mesure d'expliquer l'incidence des problèmes de santé mentale et de soutenir les patients tout au long de leur parcours.

Dans le même temps, nous devons absolument continuer de développer et de soutenir la main-d'œuvre infirmière en santé mentale et en psychiatrie qui possède les compétences, les connaissances et l'expérience requises pour répondre, avec les autres intervenants concernés, aux besoins croissants en matière de santé mentale. Les infirmières en santé mentale et en psychiatrie sont en mesure d'aider les autres personnels infirmiers et obstétricaux à détecter les problèmes de santé mentale et à prodiguer un soutien et des soins de santé mentale généraux. Les programmes de formation doivent contenir des enseignements renforcés en santé mentale, afin que les infirmières et les sages-femmes disposent des compétences et de la confiance en elles pour traiter les problèmes de santé mentale – tout en sachant faire appel, lorsque cela s'avère nécessaire, aux personnels infirmiers spécialisés.

La médicalisation de la santé mentale fait l'impasse sur l'attention qu'il faut prêter aux déterminants sociaux de la santé – de même que sur les investissements dans ce domaine – et sans quoi on ne parviendra pas à une bonne santé mentale. Les circonstances dans lesquelles nous vivons, travaillons et jouons affectent notre santé, y compris mentale : nous ne pouvons espérer atteindre un bien-être optimal sans accès à l'éducation, au logement, à l'emploi et à une nourriture et une eau sûres, et si nous ne nous sentons pas en sécurité.

Pour amener le changement, nous devons répondre aux besoins de la communauté mondiale en matière de santé mentale. Les infirmières en santé mentale et en psychiatrie doivent occuper la place qui leur revient dans les organes décisionnels et se voir donner les moyens de mettre à profit leurs connaissances, leurs compétences et leurs points de vue uniques pour améliorer la santé mentale et le bien-être de tous.



Étude De Cas

Australie – Gestion des soins primaires pour personnes vivant avec une maladie mentale

Contribution : Professeur adjoint Karen Heslop, Australie

Cockburn Wellbeing est un service de soins primaires gratuit, dirigé par une infirmière praticienne, destiné à des personnes atteintes de maladie mentale et privées d'un accès régulier aux soins de santé. Le service vise à réduire les disparités en matière de santé physique chez ce groupe de clients par rapport à la population générale.

On estime que 40 % des personnes atteintes d'une maladie mentale souffrent également d'une maladie physique chronique : obésité, maladie cardiaque, hypertension, affection respiratoire, syndrome métabolique, diabète ou encore cancer. Les facteurs liés au mode de vie, tels qu'une mauvaise alimentation, le tabagisme, l'abus d'alcool et de drogues et la sédentarité, contribuent à de mauvais résultats de santé au sein de ce groupe, dont les membres sont davantage susceptibles de mourir précocement que la population générale.

À l'aide d'un modèle de soins intégrés, les infirmières praticiennes offrent une gamme complète de services, notamment le dépistage, la détection et la gestion des maladies chroniques courantes, les interventions contre l'alcool et autres drogues, la santé buccodentaire, la santé sexuelle, l'éducation sur le mode de vie et la littératie en santé, la gestion des médicaments, ainsi que le conseil et le soutien psychosocial.

Les infirmières praticiennes sont particulièrement importantes dans le contexte des soins primaires, car les personnes atteintes de maladie mentale n'ont pas toujours la capacité de se repérer dans le système de santé traditionnel. Les infirmières praticiennes fournissent des soins efficaces et holistiques, complémentaires aux services des médecins généralistes. Les évaluations font constamment état d'une grande satisfaction des usagers à l'égard des soins qu'offrent les infirmières praticiennes, ainsi que de la rentabilité de ces soins.

Les infirmières praticiennes de Cockburn Wellbeing prodiguent leurs services autour de la ville de Cockburn, dans l'ouest australien. Plus de neuf pourcent de la population de Cockburn souffre de détresse psychologique élevée à très élevée.

Cockburn Wellbeing propose des services de soins primaires à faible coût, intégrés, efficaces et stimulants à une catégorie de patients dont on sait qu'ils cessent généralement tout contact avec les services de santé après avoir quitté les services spécialisés en santé mentale.

Le service offert par Cockburn Wellbeing est important car les disparités en matière de santé augmentent dans ce groupe de clients, malgré le fait que la communauté soit très sensibilisée aux problèmes. Certains patients sortis de l'hôpital refusent tout suivi, ce qui peut les amener à tomber extrêmement malades, avec les pressions que cela entraîne inévitablement sur les services d'urgence. Cockburn Wellbeing a pour but de maintenir ces clients au sein même de leur communauté locale et en bonne santé, moyennant un suivi régulier et l'application d'un modèle de soins intégrés.

Histoires de patients

Ainsi, lorsque X, client atteint de schizophrénie, a été dirigé vers Cockburn Wellbeing après sa sortie de l'hôpital, les infirmières ont constaté qu'il était isolé socialement, en surpoids, gros fumeur et sans emploi depuis plusieurs années. Après une évaluation initiale, les soins de l'infirmière praticienne se sont concentrés sur la gestion du mode de vie du patient et son intégration dans la communauté. L'infirmière a procédé, notamment, à un suivi et à un dépistage réguliers des risques pour la santé physique du patient et de ceux induits par ses médicaments. Le patient a reçu des informations sur sa maladie mentale et sur la nécessité de modifier son mode de vie. Après douze mois de contact, X avait cessé de fumer, son indice de masse corporelle avait diminué et il avait obtenu un emploi permanent à temps partiel. Il reste en contact avec les infirmières praticiennes de Cockburn Wellbeing, dont il a recommandé les services à d'autres personnes.



Des systèmes de santé capables de répondre aux besoins des individus et des communautés

Par David Stewart, consultant au Conseil International des Infirmières

Les chiffres ne suffisent pas toujours à rendre compte du caractère dramatique des nouvelles. En 2018, une étude du *Lancet*²⁵ montrait que 8,6 millions de décès dans les pays à revenu faible et intermédiaire pourraient être évités grâce à des soins adéquats. Cinq millions de ces décès sont dus à des soins suboptimaux et 3,6 millions à la non-utilisation des soins. Ces décès coûtent environ 6000 milliards de dollars aux économies locales. Ce problème ne concerne pas seulement les pays les moins riches : aux États-Unis, par exemple, les erreurs médicales sont la troisième cause de décès, après les maladies cardiaques et le cancer²⁶.

Le système de santé a pour but de rétablir la santé et d'alléger la souffrance. Que faire lorsqu'il ne fonctionne pas ? La source du problème peut être un personnel insuffisamment qualifié, des erreurs de jugement ou dans les soins, ou encore un défaut systémique : dysfonctionnement informatique, erreurs dans l'administration des médicaments, erreurs chirurgicales ou maladies non diagnostiquées. En revanche, lorsque le système fonctionne correctement, il faut bien admettre que le monde n'a jamais disposé d'un arsenal aussi complet d'interventions et de technologies pour soigner les maladies et prolonger la vie. Une grande partie des souffrances causées par la maladie sont inutiles, car il existe des interventions efficaces et abordables pour la prévention, le traitement et la réadaptation. Donc, à l'avenir, comment mettre en place des systèmes de santé qui répondent aux besoins des individus et des collectivités ?

L'organisation des systèmes de santé varie fortement en fonction des régions. Mais il existe un certain nombre de mesures similaires pouvant être appliquées, au niveau international, pour renforcer les systèmes de santé et améliorer leur performance.

Un système de santé performant est un système qui, moyennant un changement d'approche fondamental, ne se contente plus de soigner des malades, mais devient aussi propice au bien-être, à la prévention et aux interventions en amont. Un tel système collabore avec d'autres secteurs – éducation, emploi, information et technologie, logement et transport – pour traiter les déterminants sociaux de la santé. Appliquant une approche holistique des besoins des populations, le système de santé travaille en fin de compte avec des consommateurs informés et habilités. Ainsi conçu, le système joue un rôle important non seulement pour améliorer la santé, mais aussi pour réduire des écarts historiques qui sont souvent concentrés dans les désavantages sociaux et économiques. De manière plus importante encore, un tel système est accessible et sûr, de sorte que des millions de personnes ne sont plus condamnées à mourir inutilement faute de soins de bonne qualité et de disponibilité des services de santé.

Les possibilités de donner corps à un tel avenir sont prometteuses et réelles. Mais elles exigeront la participation et la collaboration entre les décideurs, les professionnels de la santé et, en fin de compte, les consommateurs.

Pour maintenir des soins de haute qualité, il faut mettre l'accent sur les ressources humaines, en particulier sur les soins infirmiers, principaux prestataires de services de santé en première ligne dans le monde.

Caractéristiques d'un système de santé performant

- Toutes les personnes, quels que soient leur âge, leur sexe, leurs croyances religieuses ou tout autre facteur, ont accès à des soins de qualité, sûrs et abordables.
- Un encadrement et une gouvernance solides garantissent la surveillance efficace du système, sa réactivité et la responsabilisation de ses acteurs.
- Des services de prévention des maladies et de promotion de la santé, de même que les traitements requis, sont fournis aux patients ou consommateurs concernés au moment où ils en ont besoin.
- Les personnels de santé utilisent la technologie à l'appui de diagnostics et de traitements des maladies plus précis, ainsi que de la prestation des soins.
- Dans l'ensemble de l'écosystème, les personnes concernées par la prestation des soins communiquent et utilisent l'information de façon efficace et efficiente, en gardant à l'esprit l'intérêt supérieur des consommateurs.
- Le personnel de santé, très performant, est doté des ressources et pouvoirs nécessaires (autrement dit : disponibilité d'effectifs suffisants, équitablement répartis, compétents, réactifs et productifs).
- Les patients, bien informés, participent activement à leur plan de traitement.
- De nouveaux modèles de prestation, d'un bon rapport coût-efficacité, permettent d'apporter les soins dans les endroits et aux personnes qui en sont encore privés.
- Les services de santé sont fournis de manière sûre, efficace et efficiente, avec un minimum de gaspillage de ressources²⁷.



Des communautés divisées, un monde inégal

Par Dr Susan B. Hassmiller, conseillère principale en soins infirmiers à la Robert Wood Johnson Foundation

Beaucoup trop de femmes et d'hommes sont encore victimes, de leur premier à leur dernier souffle, d'iniquités en matière de santé, de déséquilibres de pouvoir et d'injustices. Un fossé béant sépare les riches des pauvres, les personnes en pleine santé des personnes malades, et les personnes instruites de celles qui ne le sont pas. Selon la Banque mondiale, en 2015, plus de 700 millions de personnes – soit 10 % de la population mondiale – vivaient avec moins de 1,90 dollar des États-Unis par jour²⁸. Pour ces personnes, la satisfaction des besoins les plus élémentaires, notamment les soins de santé, l'éducation, l'eau potable et l'assainissement, est une lutte de tous les instants. Même dans les pays riches, les personnes pauvres sont confrontées à de graves difficultés dans l'accès à des emplois décents et à un salaire équitable, à une éducation et à un logement de qualité, à un environnement sûr, à une alimentation saine et à une eau propre, et aux soins de santé.

Pour combler ces écarts, les 191 États membres de l'ONU se sont engagés en 2015 à atteindre les Objectifs de développement durable d'ici à 2030. Ces Objectifs concernent la pauvreté, la faim, l'inégalité, le changement climatique, la prospérité, la paix et la justice, entre les pays et au sein même des pays. Ils laissent entrevoir un monde bien meilleur que celui dans lequel nous vivons aujourd'hui – un monde où chacun aura accès aux soins de santé, à une alimentation suffisante et à la possibilité de s'épanouir. Bien qu'un seul des Objectifs traite spécifiquement du volet sanitaire, la réalisation de tous les Objectifs de développement durable devrait améliorer considérablement l'état de santé général dans le monde. En effet, notre santé est influencée, tout au long de notre vie, par ce que l'on appelle les déterminants sociaux de la santé, qui sont des facteurs sociaux et environnementaux complexes tels que l'endroit où nous sommes nés et où nous vivons, la force de nos familles et de nos communautés et la qualité de notre éducation. L'expérience inégale des personnes face à ces déterminants explique en grande partie les inégalités en matière de santé, autrement dit les différences injustes et évitables dans l'état de santé que l'on observe au sein des pays et entre les pays²⁹.

Les personnels infirmiers sont bien placés pour contribuer à la réalisation des Objectifs de développement durable. La profession infirmière est ancrée dans une préoccupation fondamentale pour les besoins sociaux, émotionnels et physiques des personnes défavorisées³⁰. Leur formation permet aux infirmières de comprendre quels facteurs déterminent la vie d'une personne – pauvreté, manque de logement sûr ou encore dépendance – et affectent sa santé. Les infirmières savent également comment adapter les soins à ces circonstances, afin de donner aux patients la meilleure chance de vivre en bonne santé³¹. Nous avons besoin de l'expertise des infirmières pour remédier aux déterminants sociaux de la santé et parer aux crises sanitaires les plus dévastatrices de notre monde, qui sont souvent étroitement liées à des facteurs tels que la discrimination, le sans-abrisme et la violence.

Ainsi, nous savons que le changement climatique (Objectif n°13), s'il affecte tous les pays, nuit de façon disproportionnée aux plus pauvres d'entre nous. Faute de mesures radicales, un rapport de l'ONU met en garde contre le risque de généralisation rapide des pénuries alimentaires en raison de la dégradation des sols, qui est responsable de la soustraction de terres à l'agriculture. Selon certains des auteurs du rapport, ces pénuries affecteront davantage les régions les plus pauvres que les plus riches, avec pour effet de nouvelles migrations vers l'Amérique du Nord et l'Europe³². L'OMS estime également qu'entre 2030 et 2050, le changement climatique devrait entraîner, chaque année, près de 250 000 décès supplémentaires dus à la malnutrition, au paludisme, à la diarrhée et au stress thermique³³.

Les personnels infirmiers, qui représentent la majorité du personnel de santé dans le monde, sont bien placés pour aider les systèmes de santé à devenir plus durables ; ils peuvent, de même, faire des choix plus durables dans leur propre foyer et s'associer à d'autres intervenants aux niveaux local, national et international pour réduire l'incidence du changement climatique³⁴. Leur rôle dans la sensibilisation des populations aux conséquences sanitaires du changement climatique est aussi à souligner, de même que leur capacité à plaider en faveur des changements de nature politique. Avec l'intensification des catastrophes sous l'effet du changement climatique, les collaborations et les partenariats entre soins infirmiers et organisations humanitaires seront appelés à prendre toujours plus d'importance pour réduire les risques de catastrophe et améliorer la riposte et le rétablissement³⁵.

Les infirmières doivent se poser non seulement en partenaires, mais aussi en cheffes de file dans le traitement des déterminants sociaux de la santé. C'est pourquoi la US National Academy of Medicine et la Robert Wood Johnson Foundation préparent ensemble un deuxième rapport sur l'avenir des soins infirmiers, qui sera publié à la fin de 2020. Ce rapport aidera les infirmières et les institutions à collaborer pour mieux comprendre quels sont les déterminants sociaux de la santé et les besoins non satisfaits des personnes et des collectivités, ainsi que le rôle des infirmières pour répondre à ces besoins. Infirmières, décideurs, autres professionnels de santé et élus du monde entier trouveront, dans ce rapport, des indications sur la façon dont la profession infirmière peut remédier aux déterminants sociaux de la santé afin de rendre le monde plus juste et plus équitable. (*Information sur le rapport : <https://nam.edu/publications/the-future-of-nursing-2020-2030/>*)

Étude De Cas

Canada – Soutien aux survivants de la traite des personnes

Contribution : Asmaa Mabrouk, Canada

La traite et l'exploitation des êtres humains touchent des personnes de toute condition, qu'il s'agisse d'adolescentes vivant dans des banlieues aisées ou d'hommes adultes vivant dans la rue. Toute situation qui implique le recrutement, l'hébergement ou le transport de personnes à des fins d'exploitation par le recours à la tromperie, à la coercition ou à la violence, constitue un cas de traite. L'exploitation est une situation dans laquelle les vulnérabilités d'une personne sont retournées contre elle pour la contraindre à une interaction sexuelle.

Pour les victimes de la traite des personnes, les services de santé traditionnels peuvent s'avérer stressants et peu adaptés en raison de la forte affluence, des longs délais d'attente et des difficultés à s'y repérer.

Pour remédier à ces difficultés, Tara Leach, infirmière praticienne expérimentée en soins de santé primaires, a créé la clinique H.E.A.L.T.H (*Health Care, Education, Advocacy, Linkage for Trauma Informed Healing*), conçue sur mesure pour les survivants de la traite des personnes.

Tara Leach prodigue des soins holistiques tenant compte des effets, sur la vie d'une personne, de traumatismes tels que la violence sexuelle, l'exploitation et les violences subies dans l'enfance. En tant qu'infirmière praticienne, Tara ne fixe aucune limite de temps à ses consultations et n'exige pas de ses patients qu'ils présentent une pièce d'identité ou une attestation d'assurance.

Le principe de base de la clinique est de fournir, hors de tout jugement, des soins tenant compte des traumatismes, dans un cadre axé sur le patient.

La clientèle de la clinique s'élargit car de nombreuses personnes ne s'identifient pas comme ayant été victimes de la traite, malgré un vécu marqué par la coercition, l'exploitation et la violence sexuelle.

La clinique H.E.A.L.T.H. a eu un impact positif sur la vie de ses clients. Plusieurs d'entre eux, qui n'avaient jamais été suivis par un fournisseur de soins de santé, sont enfin en mesure d'ajuster leur prise de médicaments, d'affronter leurs problèmes de santé chroniques et de comprendre leurs diagnostics de santé mentale. La clinique a également orienté de nombreux clients vers des programmes de traitement de la toxicomanie, pour les aider à gérer leur dépendance et se réinsérer dans la société de manière sûre et productive.

Outre des services de santé sexuelle, une grande partie du travail de la clinique porte sur le traitement, la gestion et le diagnostic des problèmes de santé mentale. De nombreux patients arrivent à la consultation avec des affections non diagnostiquées, notamment le syndrome de stress post-traumatique, l'anxiété, la dépression et le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention. Ils doivent être aidés à trouver les bons médicaments ainsi que les mécanismes d'adaptation appropriés. Beaucoup de patients ont de longs antécédents de violence et de négligence, ce qui signifie qu'ils ont besoin de beaucoup de soins et de soutien. La clinique recrute actuellement un psychologue pour améliorer les soins aux patients ayant des besoins plus complexes.

Fondamentalement, la clinique offre des soins compassionnels, sans jugement et tenant compte des traumatismes. Elle ne pénalise pas les patients qui manquent leurs rendez-vous, ne force pas les clients à suivre tel ou tel traitement et s'efforce de les aider à leurs propres conditions. Les meilleurs soins commencent par la compassion, la compréhension éclairée par le traumatisme et la gentillesse, indépendamment de l'histoire du patient.

L'espoir en fin de vie : le rôle essentiel des infirmières

Par **Professor Patsy Yates**, Présidente de l'*International Society of Nurses in Cancer Care*, professeur émérite à la *Queensland University of Technology*, Australie

La manière dont nous abordons l'expérience humaine universelle qu'est la mort dépend non seulement de nombreuses influences personnelles et socioculturelles, mais aussi de l'existence ou non d'un soutien social et communautaire, de même que de l'accès à des systèmes de santé de qualité, dont les services infirmiers sont une composante déterminante. Les infirmières jouent depuis longtemps un rôle essentiel dans notre expérience concrète de la mort, en apportant confort, espoir et dignité, notamment aux personnes marginalisées. Le rôle des infirmières dans la prestation de soins en fin de vie, leur travail quotidien en faveur du confort et de la dignité des patients, et leur plaidoyer pour l'accès universel aux soins palliatifs, sont porteurs d'espoir pour les personnes en fin de vie.

Les soins palliatifs, droit humain fondamental

Dans ses premiers écrits, Dame Cicely Saunders, fondatrice du mouvement moderne pour l'accompagnement en fin de vie, montrait que, dans la relation entre la souffrance physique et mentale, les différentes formes de souffrance s'affectent mutuellement³⁶. Dans sa conception de la « douleur totale », Saunders englobait les symptômes physiques, la détresse mentale, les problèmes sociaux et les difficultés émotionnelles. Elle concluait que les soins en fin de vie doivent être orientés sur la personne dans sa globalité.

De nos jours, l'OMS reconnaît que l'accès aux soins palliatifs est un droit humain et qu'il devrait être assuré par des services de santé intégrés et axés sur la personne, tenant compte des besoins et préférences de chaque individu³⁷. Malgré l'existence d'un consensus quasi universel sur l'importance des soins palliatifs, leur prestation se heurte à des obstacles importants, dont plusieurs sont mentionnés par l'OMS dans sa fiche d'information intitulée *10 faits sur les soins palliatifs*³⁸. Or, les infirmières jouent un rôle essentiel pour lever chacun des obstacles figurant dans cette liste.

- Les soins palliatifs améliorent la qualité de vie des patients et de leurs familles confrontés aux problèmes associés aux maladies mortelles, qu'ils soient de nature physique, psychosociale ou spirituelle.
- Chaque année, environ 40 millions de personnes ont besoin de soins palliatifs, 78 % d'entre elles vivant dans des pays à revenu faible à intermédiaire.
- À l'heure actuelle, au niveau mondial, 14 % seulement des personnes ayant besoin de soins palliatifs en reçoivent effectivement.
- Le recours à la morphine et à d'autres médicaments palliatifs essentiels contrôlés est encadré par des règlements trop restrictifs, qui freinent l'accès à un soulagement de la douleur et à des soins palliatifs adéquats.

- Le manque de formation et de sensibilisation aux soins palliatifs chez les professionnels de la santé est un obstacle majeur à l'amélioration de l'accès à ces soins.
- La demande mondiale de soins palliatifs augmentera en même temps que la progression des maladies non transmissibles et que le vieillissement des populations.
- Prodigés plus tôt, les soins palliatifs réduisent les hospitalisations et le recours superflus aux services de santé.

Le rôle des infirmières pour garantir l'accès aux soins palliatifs en tant que droit humain

En tant que principale composante humaine des soins de santé au niveau mondial, les personnels infirmiers occupent une position stratégique qui leur permet d'influencer la qualité des soins palliatifs prodigués tout au long de la maladie³⁹. Les personnels infirmiers jouent un rôle central dans les soins palliatifs car le fondement même de leurs soins – l'orientation holistique et le respect de la dignité de la personne – offre un énorme potentiel inexploité d'apporter aux personnes en fin de vie ce qui compte le plus pour elles. Une analyse systématique de services de soins palliatifs réalisée en 2016 a montré que le rôle des infirmières y était plus apprécié que celui de toute autre discipline⁴⁰. Les infirmières collaborent avec leurs communautés et avec leurs équipes interdisciplinaires pour prodiguer des soins de fin de vie de qualité aux communautés et aux systèmes de santé. Elles donnent ainsi aux malades l'espoir de vivre dans de bonnes conditions le plus longtemps possible, tout en favorisant l'accès universel aux soins palliatifs et l'instauration d'un système de soins florissant, complet et intégré.



Kastelo est la première unité de soins palliatifs pour enfants dans la péninsule ibérique. Une équipe d'infirmières et de pédiatres y prend en charge jusqu'à trente enfants atteints de maladies chroniques.

L'espoir de vivre dans de bonnes conditions le plus longtemps possible

Pour les personnes condamnées à vivre avec une maladie réduisant leur espérance de vie, le sens du mot « espoir » n'est pas univoque. Pour certaines, l'espoir est associé à un désir de prolongation de la vie ou de guérison au sens médical, même si cela n'est pas toujours possible du point de vue clinique. Pour d'autres personnes, l'espoir consiste à entretenir des relations personnelles positives, de même qu'à jouir d'une bonne qualité de vie et de la capacité de se fixer des objectifs et de les atteindre. L'espoir peut aussi résider dans les croyances spirituelles ou religieuses d'une personne. Les interventions infirmières qui visent à atteindre ces objectifs porteurs d'espoir peuvent jouer un rôle essentiel en permettant aux gens de « vivre bien » le plus longtemps possible. Ainsi conçu, l'espoir met davantage l'accent sur l'engagement actif de la personne dans la vie et sur la recherche de ce qui est bon et positif pour elle, de ce qui lui permet de rester en contact avec autrui⁴¹. Cette compréhension holistique et centrée sur la personne de l'espoir, qui insiste sur le fait de vivre dans de bonnes conditions, et aussi longtemps que possible, avec une maladie limitant l'espérance de vie, s'accorde bien avec la philosophie et la pratique des soins infirmiers.

L'espoir d'un accès universel à des soins palliatifs de qualité

Pour le sociologue Alan Kellehear, « ce n'est pas le cancer, les maladies du cœur ni la science médicale qui confrontent le processus contemporain de mort à ses plus grandes épreuves morales, mais plutôt la pauvreté, le vieillissement et l'exclusion sociale »⁴². Grâce à leur compassion et à leur capacité d'atteindre les communautés dans le besoin, les infirmières ont un fort potentiel pour surmonter les difficultés qu'entraînent les inégalités sociales. Mais une étude internationale a montré récemment qu'il demeure, dans tous les pays, des obstacles importants à la prestation de soins à domicile en fin de vie⁴³.

Ces obstacles sont notamment le manque de personnel, de financement et d'orientations ; le faible accès aux services de fin de vie et aux soins palliatifs ; et enfin la méconnaissance de l'existence des services. Ces problèmes doivent être résolus parallèlement aux efforts pour renforcer la capacité des services infirmiers de fournir des soins palliatifs, car ces services resteront au cœur de notre espoir d'assurer un accès universel à des soins palliatifs de qualité, indépendamment des conditions sociales des patients.

L'espoir d'un système de santé florissant, complet et intégré

Paradoxalement, les services de prise en charge des personnes qui approchent de la fin de leur vie sont sous-utilisés, même dans les pays où les ressources et les preuves de l'efficacité des soins palliatifs existent. Certains auteurs⁴⁴ pointent le risque de surmédicalisation des soins palliatifs et donc de perte de leur dimension holistique essentielle ; ce processus serait à l'œuvre en particulier dans les pays riches, où dominent encore les processus biomédicaux. Les infirmières jouent un rôle de sensibilisation important pour prévenir cette tendance et pour faire en sorte que les progrès scientifiques qui sous-tendent les interventions palliatives restent orientés sur les besoins et les souhaits de la personne, de sa famille et de sa communauté. Les infirmières peuvent faire en sorte que le processus de soins tienne compte des opinions des individus et des communautés. Elles peuvent également plaider pour que les ressources nécessaires soient dégagées afin que la dimension humaine des soins ne soit pas négligée. En apportant cette perspective holistique des soins de fin de vie dans toutes les collectivités et dans tous les milieux, les infirmières et infirmiers donnent l'espoir qu'un système de soins complet et intégré continuera de prospérer en même temps que nos connaissances des soins palliatifs progressent et que nous sommes confrontés à une demande croissante en services de soins palliatifs, dans le monde entier.



Kastelo est la première unité de soins palliatifs pour enfants dans la péninsule ibérique. Une équipe d'infirmières et de pédiatres y prend en charge jusqu'à trente enfants atteints de maladies chroniques.

Étude De Cas

Taiwan – Soins aux parents en deuil

Contribution : Yuling Wang, Taïwan

La mort a toujours été un sujet difficile à aborder dans les cultures de l'Asie de l'Est, à plus forte raison pour les femmes ayant perdu leur bébé pendant la grossesse et qui doivent surmonter leur chagrin et tenter de reprendre une vie normale.

À Taïwan, l'anomalie congénitale du fœtus est la principale cause de décès des nouveau-nés depuis des décennies. Le chagrin dû à la perte d'un bébé pendant la grossesse est un problème distinct, se traduisant par des expériences de vie traumatisantes pour les femmes concernées et leurs familles. En outre, les croyances culturelles traditionnelles taïwanaises au sujet de la mort risquent de ralentir le processus de deuil des parents et peuvent entraîner une délégitimation du deuil privé. C'est pourquoi il est essentiel de fournir un soutien professionnel aux familles touchées.

En 2018, l'Hôpital national des enfants de l'Université de Taïwan a lancé le projet de « services médicaux adaptés aux enfants », visant à créer un environnement sain et complet pour l'enfant, du stade fœtal jusqu'au passage à l'âge adulte. La démarche était basée sur la reconnaissance de l'importance cruciale des soins holistiques.

Sous la direction de l'infirmière-chef Pi-Lan Chang, du service obstétrical de l'Hôpital national universitaire de Taïwan, et sous la supervision du professeur Shao-Yu Tsai, de l'Université nationale de Taïwan, l'infirmière de recherche Yuling Wang a mené une étude d'observation pour déterminer les besoins, les stratégies d'adaptation et les ressources des familles ayant subi la perte d'un enfant pendant la grossesse. Nous avons fourni un soutien au deuil depuis l'hospitalisation jusqu'à deux mois après la sortie de l'hôpital.

Nous avons instauré un partenariat entre l'infirmière et chaque famille afin de favoriser une relation positive et de confiance. L'infirmière de recherche a prodigué des soins compassionnels axés sur le soutien émotionnel. Nous avons d'abord tenté de découvrir comment les parents entendaient faire face à leur deuil. Nous avons aidé certains parents, angoissés par le tabou de la mort et réticents à exprimer leurs sentiments, à libérer leurs émotions par le biais de communications thérapeutiques. Nous avons aussi collaboré avec des membres du clergé et avec les familles élargies pour accorder aux parents un soutien spirituel leur permettant d'exprimer leur chagrin caché.

Vingt-huit familles ont participé à cette recherche, dont 19 se sont prêtées à un entretien a posteriori lors d'une visite subséquente à notre clinique. Nous avons utilisé la méthode des « récits de vie » pour créer un lien entre les familles et leurs bébés, aussi bien les familles qui ont vu leurs bébés que celles qui ne se sont pas senti en mesure de suivre leur propre chemin pour assumer leur deuil.

Nous avons constaté que les familles étaient capables de prendre conscience de leur force intérieure et de leur résilience, de même que de donner un nouveau sens à leur perte. Un parent nous a dit : « C'était un don de Dieu. Notre bébé est venu pour des raisons précises. Il nous a apporté une plus grande spiritualité et un amour solide. »

L'incertitude, le manque d'information préalable à l'accouchement et le jugement porté par la société ont été des facteurs de stress importants pour ces familles. Les parents ont exprimé le désir d'obtenir un soutien professionnel : « Nous avons besoin de spécialistes comme vous pour nous donner des conseils sans nous juger et nous guider pendant ce voyage douloureux. »

Dans le cadre de cette recherche pilote, notre équipe a d'abord évalué les besoins des personnes endeuillées, puis les a aidés à mettre au jour leur chagrin, tout en cherchant une façon d'y faire face ensemble.

Il est important que les professionnels de la santé puissent offrir un accompagnement dans le deuil qui soit adapté aux besoins culturels. Grâce au concept des soins holistiques, notre équipe a réussi à rétablir le lien entre les familles et leurs bébés mort-nés, afin de combler le fossé entre la vie et la mort.



Faisons-nous le nécessaire pour répondre aux besoins de santé des personnes que nous servons ?

Par **Michael J. Villeneuve**, Directeur général de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, et **Claire Betker**, Présidente de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada

« Le cheminement de chaque pays vers la couverture sanitaire universelle lui est propre. En revanche, tous les pays mettent l'accent sur des soins primaires correspondant aux besoins exprimés par la population plutôt que sur des services jugés nécessaires par des entités extérieures. »

Dr. Tedros Ghebreyesus
Directeur général de l'OMS ⁴⁵

De la promotion de la santé et du bien-être jusqu'aux soins de fin de vie, les soins de santé sont dispensés dans une infinité de contextes à travers le monde. La façon dont nous décidons quels services sont nécessaires et quel cadre convient le mieux pour les fournir n'est pas toujours claire ni cohérente. Les décisions peuvent être influencées par l'idéologie, par des considérations politiques ou économiques, ou encore par des forces n'ayant qu'un rapport lointain avec les preuves scientifiques. Les dirigeants du monde entier étant confrontés à une demande de services de santé plus nombreux et de meilleure qualité, plus rapides et plus abordables, il est utile de savoir si nous proposons les types de services vraiment nécessaires, au bon endroit et de la bonne manière. Les services sont-ils adaptés, accessibles et sûrs ? Sont-ils efficaces du point de vue clinique ? Et sont-ils satisfaisants pour leurs bénéficiaires et leurs prestataires ?

Les systèmes de santé ont commencé d'approcher cette question par le biais des « soins basés sur la valeur », autrement dit la recherche de résultats qui comptent pour les patients, les individus et les communautés, avec simultanément une réflexion sur les coûts de cette démarche. On cherchera à déterminer, ce faisant, si les cinq critères suivants sont remplis : les soins nécessaires (1) sont prodigués par le prestataire approprié (2), en temps opportun (3), au bon endroit (4) et au juste coût (5).

L'augmentation des soins aigus et des coûts

Davantage que le montant absolu consacré aux seuls soins de santé, c'est l'équilibre entre les dépenses sociales et les dépenses de santé qui améliore les résultats sanitaires ⁴⁶. Observons que les hôpitaux sont beaucoup plus visibles, orientés vers l'action et « intéressants » pour la plupart des membres du public que les programmes de santé publique, aussi efficaces soient-ils. Mais si les hôpitaux peuvent effectivement apporter des améliorations rapides et spectaculaires dans la santé individuelle, leur impact sur la santé de la population en général est, lui, plus incertain. Cependant, la conviction que le traitement et l'amélioration de la santé sont liés a imposé ce que certains auteurs appellent la « séduction de l'aigu », autrement

dit la croyance que, pour améliorer la santé, il faut davantage d'interventions, de médecins, de médicaments et d'hôpitaux. Les systèmes de santé du Canada et des États-Unis illustrent parfaitement ce phénomène. Les décideurs de ces deux pays n'ont pas réussi à sortir du schéma de dépenses orientées vers les soins de courte durée, malgré l'existence de preuves convaincantes que la santé d'une population dépend essentiellement de facteurs qui n'ont rien à voir avec les soins de santé formels. Les États-Unis dépensent davantage pour la santé que tout autre pays – 10 739 dollars par habitant en 2017, soit 17,9 % de leur produit intérieur brut (PIB) ⁴⁷. Le Canada a dépensé, pour sa part, environ 6839 dollars par habitant en 2018 à son programme de couverture sanitaire universelle, soit 11,3 % de son PIB ⁴⁸. De tels niveaux de dépenses seraient tolérables si, des cinq critères mentionnés plus haut, les quatre autres étaient par ailleurs remplis, mais il y a peu de raisons objectives de croire qu'ils le soient effectivement.

Les préoccupations relatives à la hausse des coûts de nos systèmes de santé et à leur bilan douteux en matière de sécurité doivent nous interpeller : faisons-nous vraiment le nécessaire pour tenir la promesse d'une population en meilleure santé ? Dans plusieurs rapports successifs, le Commonwealth Fund remet en question l'efficacité, l'équité, la sécurité de même que les résultats obtenus par les systèmes de santé du Canada et des États-Unis, autant d'indicateurs pour lesquels le Commonwealth Fund place généralement ces deux pays en queue du classement des membres de l'OCDE, le club des pays riches ⁴⁹. Malgré l'accent mis par le Canada, pendant des années, sur la qualité et la sécurité, une étude de 2017 a conclu que, en l'état actuel des choses, quelque 400 000 incidents par an mettant en cause la sécurité des patients pourraient se produire au cours des trois prochaines décennies dans les établissements de soins de courte durée et à domicile, ce qui ajouterait 2,75 milliards de dollars par année aux coûts de traitement ⁵⁰. La mortalité induite par de tels incidents ne serait dépassée que par la mortalité des cancers et des maladies du cœur. Selon l'OMS, « un patient sur dix » au niveau mondial « est victime d'effets préjudiciables pendant qu'il reçoit des soins à l'hôpital » ; ces préjudices comptent parmi les dix principales causes de décès et d'invalidité, toujours selon l'OMS ⁵¹.

Les soins infirmiers peuvent donner de meilleurs résultats

La participation active des infirmières est essentielle à la transformation des systèmes de santé et à l'amélioration de l'accès aux soins. Lors du Congrès du CII à Singapour en 2019, le Dr Tedros Ghebreyesus de l'OMS a ainsi déclaré que « nous ne pourrions tout simplement pas atteindre la couverture sanitaire universelle ni les cibles liées à la santé qui figurent dans les Objectifs de développement durable si nous ne donnons pas aux infirmières et aux sages-femmes les moyens d'agir, et si nous n'exploitons pas leur potentiel ». Porteuses de solutions, les infirmières peuvent être

déployées plus efficacement pour aider les systèmes de santé à surmonter les grands problèmes auxquels ils sont confrontés. Mais, pour qu'elles puissent diriger ce changement, il faut éduquer, réglementer, déployer, soutenir et récompenser les infirmières. Et nous, les infirmières, nous devons nous engager résolument et retrousser nos manches.

Pour que les prestataires de santé répondent mieux aux besoins de la population, on appliquera avec profit un modèle de planification des ressources humaines tel que le *Service Based Planning Framework* (cadre de planification basé sur les services, dérivé de Tomblin-Murphy et al.⁵²). Ce modèle définit non seulement les besoins de santé de n'importe quelle population donnée, mais aussi les compétences requises pour y répondre ainsi que les compétences effectivement disponibles au sein d'une équipe de prestataires donnée. En examinant l'écart entre l'offre et la demande de compétences qui en résulte, « on s'aperçoit très vite qu'une gamme de prestataires est capable de fournir en toute sécurité n'importe quelle compétence donnée, de manière satisfaisante pour les patients et à un coût supportable pour eux »⁵³. Mais cette affirmation exige que l'on s'affranchisse des croyances anciennes selon lesquelles certaines compétences – le diagnostic, par exemple – relèvent d'un unique prestataire. Elle exige aussi de formuler l'un de nos plus grands problèmes non plus comme une pénurie de médecins de famille, par exemple, mais comme le manque d'accès aux soins primaires – et de se demander ensuite qui possède (ou pourrait se voir enseigner) les compétences requises pour combler cet écart en toute sécurité et à des coûts que les contribuables peuvent assumer.

Les infirmières sont porteuses de solutions dont nous savons qu'elles fonctionnent et qu'elles peuvent être, pour l'essentiel, appliquées dans le cadre de la pratique infirmière existante. De nombreuses preuves confirment le lien entre, d'une part, des infirmières bien formées, déployées en nombre suffisant et dans la bonne combinaison de types de soins, et, d'autre part, la qualité des résultats de santé dans de nombreux milieux. Nous disposons en particulier de données scientifiques convaincantes, recueillies depuis une génération, établissant un lien entre la dotation en personnel infirmier à l'hôpital et les taux de morbidité et de mortalité. Les modèles de soins dirigés par des infirmières ont prouvé leur efficacité clinique et leur rentabilité par rapport aux modèles traditionnels ; ils entraînent également la satisfaction du public. Browne et al.⁴⁶ relèvent ainsi que « les modèles de soins dirigés par des infirmières proactifs et ciblés, et mettant l'accent sur l'autogestion préventive des patients atteints de maladies chroniques, sont, par rapport au modèle de soins habituel, soit plus efficaces et d'un coût identique ou inférieur, soit tout aussi efficaces et moins chers ».

De même, dans un rapport⁵⁴, le Royal College of Nursing (Royaume-Uni) constate que la prescription par les infirmières entraîne un certain nombre d'améliorations dans les soins, notamment un accès plus rapide aux médicaments et aux traitements ; une plus grande souplesse au profit des patients, qui auraient dû sans cela consulter un médecin ; une plus grande efficacité des services, donnant plus de temps aux médecins pour s'occuper de patients complexes ; le recul du nombre des admissions évitables aux urgences et à l'hôpital ; et un meilleur accès à des soins rationalisés et axés sur le patient. Graham-Clarke et al.⁵⁵ soulignent pour leur part que lorsque « les patients sont soignés et traités par le professionnel de la santé le plus approprié », cela réduit la charge de travail médicale et « garantit que les cas plus complexes

sont effectivement traités par des médecins, même si ces derniers sont désormais moins nombreux. La rationalisation des soins – car le recours au professionnel le mieux qualifié a pour effet de réduire le nombre des praticiens de santé consultés – entraîne, finalement, une baisse des coûts. » La plupart des soins de santé publique sont planifiés et dispensés par des infirmières, et une étude systématique réalisée en 2017 au Royaume-Uni a montré que « le rendement médian des interventions de santé publique est d'environ 14 pour 1. Autrement dit, pour chaque livre sterling investie dans la santé publique, 14 livres sterling seront par la suite reversées à l'économie des soins de santé et des services sociaux au sens large »⁵⁶.

Enfin, Basu et ses collègues avancent que « la pression exercée sur les hôpitaux par des hospitalisations plus longues pourrait être en grande partie diminuée (...) si l'on avait recours aux soins à domicile, aux soins continus complexes, aux foyers de soins infirmiers et aux établissements dédiés à des maladies spécifiques »⁵⁷. Or, toutes les modalités ici mentionnées relèvent des soins infirmiers. C'est pourquoi le leadership infirmier devrait être prédominant dans la mise en œuvre de ces solutions⁵⁸.

Pour aller de l'avant

Depuis vingt ans, les sondages réalisés au Canada et aux États-Unis montrent que les infirmières figurent presque toujours en tête de la liste des professionnels pour lesquels le public éprouve le plus de confiance. Ce résultat est le fruit de décennies de travail acharné de la part des associations professionnelles ; de l'élaboration de normes de pratique ; d'une meilleure formation en soins infirmiers, notamment l'introduction du bachelors en tant que niveau de base pour la pratique des infirmières autorisées et la formation au niveau de la maîtrise des infirmières de pratique avancée ; et enfin d'une solide réglementation des soins infirmiers, y compris l'introduction d'examen communs dans plusieurs juridictions. Cette extraordinaire confiance de la part du public, qui constitue un atout irremplaçable pour notre profession, fait l'envie de tous les autres professionnels et nous donne un pouvoir important.

Le public attend des infirmières qu'elles collaborent avec des partenaires pour transformer les soins, afin que nous puissions prodiguer plus efficacement la gamme des services requis. À cet égard, les organisations professionnelles solides que sont l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'American Nurses Association et l'American Academy of Nursing peuvent exercer, au nom des infirmières, une grande influence sur les politiques publiques.

Les infirmières du monde entier peuvent tirer des enseignements de la force de la main-d'œuvre infirmière professionnelle du Canada, compte tenu cependant du fait qu'il faudra, à l'avenir, insister davantage sur la santé publique, la promotion de la santé et du bien-être, ainsi que la prévention des maladies et des traumatismes. Nous entendons préserver les services de soins aigus qui fonctionnent le mieux pour leurs usagers, tout en remplaçant les traditions désuètes par des structures qui permettent aux infirmières de prodiguer les soins nécessaires en temps opportun, au bon endroit et au juste coût.

Étude De Cas

Liban – Améliorer l'accès et le recours à la vaccination

Contribution : Rana Hassoun, Liban

En 2017, le ministère libanais de la santé publique a lancé, en coordination avec l'UNICEF et l'OMS, une série d'activités de vaccination accélérée ». Le but est d'empêcher le retour de la polio au Liban ; d'améliorer la couverture du vaccin antipoliomyélitique inactivé ainsi que des vaccins contre la rougeole, les oreillons et la rubéole ; et de généraliser la vaccination de routine. L'objectif est de dépister tous les enfants de 0 et 15 ans afin d'identifier ceux ayant quitté le système sans avoir été vaccinés.

Des agents de santé communautaires sont chargés d'identifier ces enfants puis de les orienter vers un centre de soins de santé primaires géré par des infirmières. Celles-ci vérifient le carnet de vaccination de l'enfant, administrent les vaccins manquants selon le calendrier national et fixent les rendez-vous de suivi ou de vaccination ultérieure. Les enfants qui ne répondent pas aux invitations à la vaccination sont suivis par les agents de santé communautaire.

Plusieurs raisons expliquent pourquoi les enfants ne sont pas à jour dans leurs vaccinations, notamment le fait que les personnels du centre sont épuisés et débordés par l'augmentation spectaculaire de la population ; la capacité limitée en ressources humaines et le manque d'infirmières autorisées ; l'ignorance de la façon d'accéder aux services de santé primaire ; et le déficit de confiance dont souffrent ces services par rapport aux cliniques privées, aux services d'urgence et aux hôpitaux.

Parmi d'autres obstacles, mentionnons les longs délais d'attente et les problèmes de transport, les faibles niveaux de participation communautaire, les rendez-vous manqués, les certificats de vaccination et les documents d'identité manquants, la méfiance envers le personnel de santé primaire, ainsi que les mythes et les idées fausses qui circulent facilement au sujet de la vaccination et de son coût – alors même que les vaccins sont gratuits au Liban.

Pour améliorer le taux de vaccination, les responsables des soins infirmiers recommandent un certain nombre de mesures importantes, notamment l'augmentation du nombre d'infirmières autorisées et d'autres membres du personnel ; une communication efficace pour améliorer la confiance envers les infirmières ; une meilleure supervision des agents de santé communautaire ; la mise à disposition de fournitures médicales et une utilisation plus rationnelles des ressources existantes ; la sensibilisation et l'éducation ; l'amélioration de l'infrastructure des cliniques et des zones d'attente ; et un transport fiable.

Grâce à ce service et aux changements apportés par les infirmières, jusqu'à 10 000 personnes issues de communautés mal desservies et pauvres sont vaccinées chaque année, soit une augmentation de 400 % par rapport aux années précédentes.

Améliorer la couverture vaccinale au Liban.



Les infirmières, le coût de la santé et la recherche de la valeur dans les soins

Par Dr Jack Needleman, Département de gestion et politiques de santé, Fielding School of Public Health, Université de Californie à Los Angeles, États-Unis

La part de la richesse nationale consacrée à la santé renseigne sur l'importance qui lui est accordée. Les dépenses de santé représentent une part importante du PIB de tous les pays et l'on sait que, plus un pays s'enrichit, plus il consacre un pourcentage élevé de sa richesse nationale à ce secteur. Selon l'OMS, les dépenses de santé représentent environ 7 % du PIB des pays à revenu faible, 6 % du PIB des pays à revenu intermédiaire et 10 % du PIB des pays à revenu élevé. La volonté de recevoir des soins se lit aussi dans la propension des personnes sans accès à un financement public ou privé de santé à accepter de payer de leur poche pour se faire soigner : ces dépenses directes représentent environ 20 % des dépenses de santé dans les pays riches, plus de 30 % dans les pays à revenu intermédiaire et près de 40 % dans les pays à revenu faible. Même si les soins de santé sont appréciés, la pression se poursuit pour faire baisser autant que possible les coûts des services de santé tout en rendant les soins disponibles.

Pour les pays à revenu faible, les principales difficultés consistent à utiliser le plus efficacement possible la main-d'œuvre disponible et à étendre les services pour fournir le plus rapidement possible des soins à forte valeur ajoutée. Les infirmières jouent un rôle essentiel pour répondre aux besoins de soins dans les environnements disposant de ressources très limitées.

Dans l'ensemble, dans les pays à revenu faible et moyen, les personnels infirmiers constituent la plus grande profession de santé. Ces mêmes pays sont cependant confrontés à des pénuries importantes d'infirmières et de médecins, le ratio infirmières-médecin y étant très variable. En Afrique subsaharienne, on compte peu de médecins et peu de personnels infirmiers par rapport à la population générale ; en revanche, il y a cinq fois plus d'infirmières que de médecins. En Inde, au contraire, le taux global de médecins et d'infirmières par rapport à la population est faible en comparaison de nombreux autres pays à revenu faible ou intermédiaire ; mais il n'y a que 1,5 infirmière par médecin. En Chine, le ratio est d'une infirmière pour un médecin. Ces différences s'expliquent par des différences dans l'organisation et la prestation des soins ; par les rôles confiés respectivement aux médecins et aux infirmières ; et, peut-être, par le coût relatif de la formation des médecins par rapport à celle des infirmières, ou par la capacité historique des pays dans ce domaine. Les pays où le ratio infirmières-médecin est encore faible devraient profiter de la possibilité qui leur est offerte d'élargir l'accès et les services rapidement et à moindre coût.

La pénurie de médecins a entraîné le transfert généralisé, vers des infirmières, de tâches normalement confiées aux médecins. Une littérature de plus en plus abondante suggère que le transfert des tâches peut être efficace, dans la mesure où il augmente la capacité effective dans le cadre de budgets limités.

L'OMS a d'ailleurs publié des recommandations sur la manière d'assurer la prestation efficace et sûre des soins ainsi transférés aux infirmières et autres personnels non médicaux. Au cœur de ces recommandations se trouve la reconnaissance du fait qu'un transfert efficace des tâches vers le personnel infirmier ne peut se faire de manière ponctuelle mais doit être planifié et bien géré, avec notamment l'adoption de politiques et de modalités d'organisation pour soutenir cette démarche. Le transfert des tâches, lorsqu'il est correctement mis en œuvre, est donc un moyen efficace et sûr de remédier aux pénuries de main-d'œuvre et de ressources. Ce fait suggère que l'élargissement du domaine de pratique des infirmières, et l'intégration de ce domaine de pratique élargi dans la formation des infirmières des pays à revenu faible ou intermédiaire, peut constituer une stratégie à moindre coût pour élargir l'accès aux services de santé.

La question du coût se pose de manière différente pour les pays à revenu élevé, qui disposent de systèmes de santé complets, capables de fournir la plupart des services à la majorité de la population. De plus, ces pays ont généralement introduit un système d'assurance ou de financement assurant une bonne couverture à la population et lui épargnant de devoir prendre des décisions difficiles quant aux services à solliciter ou non. Pour ces pays, il est essentiel non seulement de maintenir l'accès aux soins, mais aussi d'en maîtriser les coûts.

La main-d'œuvre constitue généralement le principal poste de dépense pour les hôpitaux et les soins infirmiers représentent la plus grande partie de cette main-d'œuvre. C'est pourquoi le contrôle des coûts à l'hôpital consiste bien souvent à réduire les frais de personnel : restrictions salariales, tentatives de limiter le rôle des infirmières professionnelles en faisant davantage appel à du personnel non professionnel, ou encore réduction ou limitation des horaires des infirmières et augmentation de leur charge de travail. Toutefois, des recherches approfondies menées dans plusieurs pays à revenu élevé et intermédiaire au sujet des niveaux de dotation, de l'éventail des compétences du personnel et de son environnement de travail, montrent que les infirmières professionnelles apportent, au profit des malades, une formation et des compétences qui sont essentielles pour les soins. Ces recherches démontrent aussi que, lorsque le personnel infirmier n'a pas la formation, le temps disponible pour accomplir son travail ni un environnement propice à son travail, la durée des hospitalisations, les coûts, les décès et autres événements indésirables augmentent.

D'autres recherches ont tenté d'évaluer le coût d'un éventail élargi de compétences ou d'un plus grand nombre d'heures, et de calculer si le coût d'un plus grand nombre d'infirmières professionnelles serait ou non compensé par la baisse des coûts induite par moins d'événements indésirables, par des hospitalisations plus courtes et par moins de réadmissions. Plusieurs études donnent des résultats similaires à cet égard.

Dans les hôpitaux qui emploient moins d'infirmières professionnelles que non professionnelles, les coûts induits par les hospitalisations plus longues et la fréquence plus élevée d'événements indésirables sont supérieurs au coût d'une augmentation de la proportion d'infirmières professionnelles. En réalité, les tentatives de « déqualification » du personnel infirmier se soldent bel et bien par une hausse des coûts. Au contraire, l'augmentation des heures de soins infirmiers réduit les coûts associés aux séjours prolongés et aux événements indésirables ; les coûts nets de cette démarche restent faibles par rapport aux dépenses totales d'un hôpital. De plus, si l'on divise ces coûts par le nombre de décès évités grâce à une dotation plus élevée, le coût par décès évité se situe dans la fourchette de rentabilité. En résumé, dans les pays riches, les coûts d'une dotation adéquate en personnel infirmier se justifient par les économies induites et par le coût net des vies sauvées.

Au-delà des soins hospitaliers, les pays à revenu élevé sont en train de prendre conscience du fait que le recours à des infirmières professionnelles dans les soins ambulatoires et dans la coordination des soins entre différents contextes peut se révéler très efficace. On parle ici d'interventions telles que les anamnèses, les examens physiques et les conseils sur la manière de commencer un traitement et de s'y tenir. Les médecins peuvent ainsi se concentrer sur l'évaluation, le diagnostic et la prescription de soins, tandis que l'expertise des infirmières en matière d'évaluation physique, d'entretiens et d'éducation des patients est exploitée plus rationnellement. Les milieux ambulatoires constatent que le coût supplémentaire du personnel infirmier est généralement compensé par le plus grand nombre de patients pris en charge et par une meilleure productivité des médecins. On a également davantage recours aux infirmières comme coordonnatrices des soins et éducatrices pour les patients atteints de maladies chroniques multiples et pour les patients sur le point de sortir de l'hôpital, l'objectif étant de réduire la probabilité, respectivement, d'une admission ou d'une réadmission. En orientant de manière précise les infirmières vers les patients qui présentent les risques les plus élevés de complications ou d'admission à l'hôpital, on économise de l'argent tout en améliorant l'expérience du patient.

Enfin, dans les pays à revenu faible aussi bien qu'élevé, la tendance est à la formation en pratique infirmière avancée, dans laquelle les personnels infirmiers assument la responsabilité de l'évaluation, du diagnostic et de la prescription des traitements, démarches dont les personnels infirmiers ou d'autres sont ensuite chargés d'assurer le suivi. Des études ont prouvé que lorsque les infirmières de pratique avancée exercent dans le cadre de leur formation et de leur éducation – en orientant, lorsque cela s'avère nécessaire, les patients plus complexes ou difficiles à diagnostiquer vers des médecins spécialistes –, la qualité des soins est équivalente à celle des soins prodigués par les médecins et la satisfaction des patients est généralement plus élevée. La formation des infirmières praticiennes étant plus courte, son coût est plus faible et le délai d'entrée dans la pratique est raccourci, ce qui justifie dans une certaine mesure que ces infirmières reçoivent des salaires un peu moins élevés que ceux des médecins. Pour les systèmes de santé confrontés aux pénuries de médecins ou qui cherchent à réduire le coût des services médicaux, le recours aux infirmières de pratique avancée peut se révéler payant.

Tous les pays, quel que soit leur niveau de richesse, cherchent à fournir des services de santé de haute valeur au meilleur coût. Les infirmières jouent un rôle essentiel pour l'extension des soins de haute valeur dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Dans les pays à revenu élevé, où la limitation des coûts est un objectif complémentaire important de l'extension des services, il est indispensable d'assurer un financement adéquat au maintien de niveaux de soins infirmiers en milieu hospitalier qui permettent de dispenser des soins sûrs et fiables. En milieu ambulatoire, on s'efforcera d'étendre le rôle des infirmières professionnelles et des infirmières auxiliaires autorisées dans l'éducation des patients et la coordination des soins : cette mesure peut réduire les coûts des patients atteints de maladies chroniques multiples ou complexes.



Étude De Cas

Fédération de Russie – Amélioration de l'observance du traitement antituberculeux par la vidéo

Contribution : Tatiana Fedotkina, Russia Nurses Association

Le traitement de longue durée de la tuberculose exige un niveau élevé d'observance de la part des patients, ce qui peut être problématique dans les pays où le fardeau de la tuberculose est élevé. La Fédération de Russie a rendu le traitement antituberculeux obligatoire en raison de la nature infectieuse de la tuberculose, de son impact social potentiel et de son mode de transmission.

Cependant, le déplacement à l'hôpital pour le traitement quotidien sous observation peut être difficile pour les patients en raison de leur mauvaise santé et de leur manque d'énergie, et du fait que le traitement est coûteux et long. Le système russe de santé publique propose plusieurs modèles de traitement et de soin de la tuberculose, tous conçus pour faciliter l'observance du traitement. Malgré cela, le taux d'observance est loin d'atteindre 100 %.

De nombreux patients qui souffrent d'une tuberculose résistante aux médicaments présentent également des comorbidités, notamment le VIH et le diabète. Pour ces personnes, le principal besoin de santé consiste à guérir de la tuberculose tout en vivant de la manière la plus confortable possible.

Dans la région de Tomsk, en Russie, nous utilisons la thérapie sous observation vidéo pour permettre aux patients de suivre chez eux, à la maison, le traitement dont ils ont besoin. Plus de cinquante infirmières spécialement formées et équipées participent à ce projet appliqué à l'aide du logiciel Skype. Les patients sont eux aussi formés à la façon de s'inscrire à Skype et de l'utiliser. Ils doivent donner leur consentement pour participer au programme.

Le programme a démarré sur une petite échelle, avec seulement six patients à Tomsk. Aujourd'hui, 130 patients y participent, dont trente enfants. Dans toute la Russie, plus de 500 patients reçoivent un traitement contre la tuberculose sous observation vidéo.

Le traitement a beaucoup de succès auprès des patients, qui apprécient de ne pas être obligés de se déplacer pour recevoir leur traitement. Aucun patient n'a quitté le programme et d'autres patients qui ne reçoivent pas encore de traitement sous observation vidéo s'efforcent de prouver qu'ils suivent leur régime dans l'espoir de pouvoir rejoindre, eux aussi, le programme.

Le traitement de la tuberculose par vidéo-observation permet un suivi régulier et favorise des taux élevés d'observance – 100 % jusqu'à présent – ce qui réduit les risques de rechute et l'apparition de formes de tuberculose résistantes aux médicaments. Le traitement favorise aussi le contrôle des infections, car les patients n'ont pas besoin d'emprunter les transports publics tous les jours pour recevoir leur traitement au dispensaire.

Les avantages pour les patients sont, notamment, la réduction du temps consacré aux soins ; la possibilité de rester chez eux ; et les économies financières liées au fait qu'il n'est plus nécessaire de se déplacer vers et depuis la clinique pour suivre le traitement (les participants au projet se rendent toujours à la clinique, mais seulement une fois tous les sept à dix jours).

Tous les patients sont positifs à l'égard de ce modèle de soins, qui leur simplifie la vie. En outre, les patients bénéficient toujours de l'attention précieuse d'infirmières expérimentées, ce qui leur permet de poser des questions et de faire part de leurs préoccupations concernant leur santé. Pour les patients, la prise quotidienne des médicaments s'est transformée en une collaboration positive et fructueuse avec une infirmière, qui les soutient et les encourage tout au long de leur guérison.

Des infirmières russes améliorent le traitement antituberculeux grâce à la vidéo-observation.



TROISIÈME PARTIE TIRER PARTI DU POTENTIEL DES SOINS INFIRMIERS POUR ALLER VERS UN MONDE EN BONNE SANTÉ

« Ils ne s'en rendent pas toujours compte, mais les patients viennent en réalité à l'hôpital pour recevoir des soins infirmiers. »

Terry Fulmer

président de la John A. Hartford Foundation

Les soins infirmiers sont l'une des professions les plus dignes de confiance au monde. Pourtant, lorsqu'on leur pose la question, la majorité des gens ne savent pas très bien décrire les rôles et les responsabilités des infirmières et des infirmiers. La majeure partie du travail de notre profession n'est pas étudiée et ne fait pas l'objet de publications. Et pourtant, les infirmières restent à l'avant-garde de la prestation des soins aux patients, tout au long du continuum de la vie. Il est plus que probable que les infirmières seront un facteur décisif de l'état de santé des patients et des consommateurs.

Dans cette troisième partie, nous tenterons d'identifier la meilleure façon d'exploiter le potentiel des soins infirmiers et de construire la main-d'œuvre d'aujourd'hui et de demain. Nous montrerons comment un leadership infirmier plus fort peut contribuer à améliorer la santé ; évaluerons plusieurs pratiques optimales en matière de pratique avancée et d'innovation en soins infirmiers ; étudierons la conception des programmes de soins infirmiers ; et insisterons sur l'importance de l'analyse du marché du travail dans la planification de la main-d'œuvre infirmière. Nous aborderons également la notion de qualité des environnements de soins, la manière dont ils améliorent les résultats pour les patients et les infirmières, ainsi que la nécessité de transformer l'enseignement des soins infirmiers pour améliorer la pratique et favoriser l'apprentissage tout au long de la vie. L'effet positif d'une dotation sûre sur les résultats des patients sera abordé, de même que la manière de retenir les infirmières par la reconnaissance et les récompenses. Enfin, nous décrirons quatre aspects de la planification des effectifs indispensables pour remédier efficacement aux pénuries de personnel infirmier et assurer la durabilité des effectifs infirmiers.

Vers un monde en bonne santé : l'importance du leadership

Par Professor Jill White, professeur émérite à la faculté des soins infirmiers et obstétricaux de l'Université de Sydney et à la faculté de médecine de l'Université technique de Sydney et Professor Jane Salvage, Directrice du Global Nursing Leadership Institute™ (Institut international du leadership en soins infirmiers) du CII

Les systèmes de santé attendent depuis trop longtemps un changement radical d'orientation. Depuis plus de cent ans, la plupart des pays ont structuré la direction des services de santé dans une perspective avant tout biomédicale, en général celle des médecins. Cet état de fait n'est plus adapté ni efficace à l'heure actuelle et ne le sera pas davantage à l'avenir. Mettre l'accent sur la maladie, c'est envisager et gérer la santé d'un point de vue erroné. La question se pose de savoir pourquoi il a fallu si longtemps pour changer de perspective, quels obstacles existent encore à

l'adoption d'un système de soins de santé qui ne soit pas centré sur la dimension pathologique et comment surmonter ces obstacles. Nous soutenons que la solution réside en partie dans un plus grand engagement des infirmières dans le leadership et dans l'élaboration des grandes orientations en matière de santé. Nous examinons également en quoi consiste le leadership dans l'optique des soins infirmiers et comment un leadership infirmier plus fort pourrait contribuer à améliorer la santé.

Le contexte actuel du leadership de la santé

On sait que l'encadrement du secteur de la santé est dominé par les hommes. Les femmes, qui forment 70 % de la main-d'œuvre en santé au niveau mondial, occupent seulement 25 % des postes de direction. Dans les organisations mondiales de santé, les femmes ne représentent que 31 % des directeurs exécutifs et 20 % des présidents des conseils ou ordres de santé ; 31 % seulement des ministres de la santé sont des femmes⁵⁹. Même au sein de notre profession, pourtant très majoritairement féminine, les hommes occupent un nombre disproportionné de postes de direction : au Kenya, par exemple, 76 % des personnels infirmiers sont des femmes mais les hommes occupent 62 % des postes de professeur. Une recherche commandée par la campagne Nursing Now met en évidence non seulement un « plafond de verre » au détriment des femmes, mais aussi un « ascenseur de verre » au profit des hommes dans le secteur des soins infirmiers⁶⁰. L'étude relève que les principaux obstacles auxquels se heurtent les femmes sont le double rôle, professionnel et familial, qu'elles doivent assumer ; le coût et la faible disponibilité des services de garde d'enfant ; le coût et la faible disponibilité de l'éducation et du mentorat ; et la nature genrée de la société.

La contribution déterminante des soins infirmiers à la santé

Le rapport *Triple Impact*⁸ a donné des preuves de la contribution déterminante des soins infirmiers pour parvenir non seulement à la couverture sanitaire universelle mais aussi à l'égalité entre les sexes et au développement économique. Le rapport souligne qu'il est impératif de faire participer les infirmières à l'élaboration des grandes orientations sanitaires et sociales. Il insiste en outre sur la nécessité de donner aux infirmières davantage d'occasions de se former au leadership et d'assumer des postes de direction. L'adoption des recommandations du rapport, et d'autres mesures prises par la campagne *Nursing Now*, ont déjà modifié le discours sur la santé au sein des soins infirmiers et au-delà. Cette évolution a été renforcée par l'élection du Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus au poste de Directeur général de l'OMS en 2018 – un changement majeur dans l'architecture sanitaire mondiale. Spécialiste de santé publique, le Dr Tedros est le premier dirigeant africain de l'OMS – et le premier Directeur général qui ne soit pas médecin. Son expérience à la tête de la réforme du système de santé en Éthiopie lui a permis de constater par lui-même la contribution essentielle des soins infirmiers à la santé et au bien-être des communautés. L'une de ses premières initiatives à l'OMS a été de nommer une Infirmière-Administratrice en chef, Elizabeth Iro, au sein de son équipe de direction. Le Dr Tedros a ensuite décidé que 2020 serait l'Année du personnel infirmier et des sages-femmes et commandé le premier rapport de l'OMS sur l'état des soins infirmiers dans le monde. Les gouvernements sont maintenant fortement incités à réfléchir plus sérieusement aux soins infirmiers et à la façon d'éviter la pénurie mondiale prévisible de neuf millions d'infirmières d'ici 2030⁶¹. Tous ces événements ont contribué à mettre les soins infirmiers au cœur de l'agenda politique.

Les changements épidémiologiques et sociaux actuels – en particulier les maladies non transmissibles, la santé mentale et les problèmes liés au vieillissement – sont susceptibles de réagir positivement aux interventions de soins infirmiers. En cette période de pénurie croissante de personnel infirmier, ces problèmes sont source de déséquilibres de plus en plus importants entre l'offre et la demande de main-d'œuvre infirmière : la justification d'un changement est donc toute trouvée. En quoi le leadership infirmier serait-il différent de la gestion actuelle de la santé ? Comment apprendre aux infirmières à s'engager et à sortir de l'ombre ?

Le leadership dans l'optique des soins infirmiers

Les infirmières ont toujours eu des difficultés à formuler, en des termes qui soient compris à l'extérieur de la profession, en quoi consistent leur pratique et leur apport spécifiques. Mais la situation est différente aujourd'hui, puisque nous disposons de données irréfutables sur l'importance du niveau de formation des infirmières et des ratios de dotation dans la prestation de soins rentables et sûrs⁶². On peut aussi se féliciter des prises de position publiques de l'OMS, du CII, de *Nursing Now* et d'autres intervenants encore, au sujet de la valeur des soins compassionnels dispensés par les infirmières.

Autre tradition, les infirmières ont toujours évité toute association au mot « pouvoir ». Il reste donc beaucoup à faire pour aider les infirmières à se sentir à l'aise avec le pouvoir et l'influence, et à devenir compétentes pour participer activement à l'élaboration des grandes orientations de même qu'à la direction des initiatives de santé, au-delà de la pratique professionnelle des soins infirmiers. À cet égard, des programmes de renforcement du leadership tels que le Global Nursing Leadership Institute du CII et la campagne *Nursing Now* montrent clairement la voie à suivre.

En cette année marquant le bicentenaire de sa naissance, il est intéressant de relever que Florence Nightingale a été la première personnalité à envisager la santé dans l'optique des soins infirmiers. Faisant preuve d'un authentique leadership, Florence Nightingale voyait la situation tant dans sa globalité (niveau macro) que dans ses conséquences au niveau humain (micro). Depuis deux cents ans, d'autres infirmières exceptionnelles assumant des rôles de leadership ont fait preuve de qualités similaires à celles de Florence Nightingale – mais beaucoup d'autres éprouvent toujours des difficultés à faire le lien entre les niveaux macro et micro. Ce n'est guère surprenant, car les soins infirmiers sont enracinés dans la pratique individuelle auprès des patients et des collectivités. Mais il est dangereux d'ignorer le niveau global. Nous vivons quotidiennement les effets des grandes orientations et de la politique au sens strict, dans le financement de nos systèmes de santé, dans les problèmes de santé auxquels nous nous attaquons, dans les politiques socioéconomiques qui affectent les communautés où nous vivons et travaillons, dans les inégalités croissantes au sein des pays et entre les pays, et enfin dans l'incapacité d'assurer une couverture sanitaire universelle⁶³.

Les trois composantes fondamentales du leadership dans l'optique des soins infirmiers sont les suivantes : (1) un sens moral développé et cohérent ; (2) la formation continue, autrement dit le perfectionnement personnel et interpersonnel (niveau micro) et la compréhension du fonctionnement des organisations et de la politique (niveau macro) ; et (3) la capacité d'envisager ces différents aspects simultanément.

Les trois composantes du leadership doivent être appliquées ensemble, même si elles semblent parfois contradictoires. Les compétences requises pour appliquer les trois composantes sont aussi nécessaires pour obtenir des résultats au niveau micro ou macro : connaître le terrain et les parties prenantes, argumenter à partir de preuves et dans une position d'autorité, comprendre les points de vue d'autrui, chercher le consensus et passer à l'action.

Ces composantes font rarement l'objet de formations continues et ne sont généralement pas intégrées à l'enseignement des soins infirmiers. Elles sont parfois enseignées dans le cadre de programmes ponctuels, accessibles à un nombre restreint d'infirmières qui occupent souvent déjà des postes à responsabilités. Cette lacune explique en partie la réticence des infirmières à se mettre en avant et à devenir des cheffes de file du secteur de la santé. Si le développement personnel et interpersonnel peut prendre le dessus en début de carrière, il faudrait également favoriser une compréhension du fonctionnement des organisations et de la dimension politique.

On observe actuellement certains frémissements indicateurs de changement, stimulés en partie par le féminisme de la troisième génération et par le mouvement #MeToo⁶⁴. C'est ainsi, par exemple, que la prestigieuse revue *The Lancet* refuse désormais de participer à des débats dont les femmes sont absentes⁶⁵ ou que l'égalité entre les sexes est inscrite à l'ordre du jour des réunions du G7. Cette dernière question, si longtemps marginale dans le domaine des soins infirmiers malgré sa place centrale pour nous, est enfin au cœur des préoccupations. Le leadership infirmier et les politiques de santé devraient être l'affaire de toutes et de tous⁶⁶. À nous de plaider pour le changement et de montrer la voie dans ce domaine.



Étude De Cas

Chili – Réduire le temps d'attente et améliorer l'expérience du patient

Contribution : Margarita Yercic, Chili

Le « complexe d'assistance Sótero del Río » (*Complejo Asistencial Sótero del Río*) est un hôpital public situé au sud-est de Santiago du Chili. Il dessert une population de 1,6 million d'habitants vivant dans les communes les plus vulnérables du pays. Le complexe dispose d'un service de santé ambulatoire d'une capacité de 600 patients par jour, d'un hôpital d'environ 800 lits et de dix salles d'opération.

Le service de chirurgie, et plus particulièrement ses salles d'opération, compte, en permanence, 7000 patients en attente d'une résolution de leurs problèmes de santé dans différentes spécialités. Le temps d'attente moyen varie de quatre semaines à huit ans, selon le type d'intervention chirurgicale requis.

Après avoir procédé à une analyse du parcours d'un patient en chirurgie, la direction des soins infirmiers a proposé la création d'« unités pré-chirurgicales » dirigées par des infirmières, afin de centraliser et d'optimiser chacune des étapes de ce parcours.

Une fois que le patient est informé qu'il a besoin d'une intervention chirurgicale, il est inscrit sur la liste d'attente chirurgicale de l'hôpital de même qu'au registre national des attentes chirurgicales. Ses données apparaissent simultanément dans les dossiers de l'unité pré-chirurgicale : l'infirmière responsable peut ainsi contacter le patient pour lui expliquer toutes les étapes préparatoires de l'opération et répondre à ses questions. En outre, l'infirmière coordonne les examens et consultations nécessaires ; elle contacte aussi d'autres spécialistes et l'équipe chirurgicale, afin de garantir un déroulement aussi rapide que possible du processus. Enfin, l'infirmière participe activement aux activités de l'équipe chargée du contrôle et de l'évaluation des listes de salle d'opération.

Les unités pré-chirurgicales ont déjà eu les effets positifs suivants :

1. Une réduction de 40 % de la liste d'attente des patients ayant besoin d'une intervention chirurgicale.
2. Une réduction du temps de préparation à l'opération : on est ainsi passé de huit mois à six jours, dans tous les domaines ou spécialités.
3. La prestation de soins infirmiers complets et continus répondant aux besoins individuels des patients et de leur famille.
4. L'amélioration des connaissances des patients en matière de santé.
5. L'optimisation de l'exploitation des salles d'opération.
6. Une plus grande efficacité des services de soutien clinique, y compris les services de laboratoire, d'imagerie et autres spécialités.
7. Une plus grande satisfaction des patients.
8. Une meilleure coordination des soins tout au long du continuum.

Le projet d'unités pré-chirurgicales, agréé par le ministère de la santé du Chili, a été reproduit dans plusieurs hôpitaux publics du pays, ce qui permet de répondre plus efficacement aux besoins des populations locales.

Partenariats et collaborations dans le secteur de la santé et au-delà : décroisement et interconnexion dans le leadership infirmier

Par Bongzi Sibanda, formatrice, consultante en santé et infirmière de pratique avancée, et Khama Rogo, conseillère principale en santé et responsable de l'initiative Health in Africa à la Banque mondiale

La Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030⁶¹ de l'OMS insiste sur le rôle essentiel de l'éducation interprofessionnelle et de la pratique collaborative pour relever les défis en matière de personnels de santé. Ces deux notions renvoient notamment à une formation authentiquement interprofessionnelle, à la promotion du travail en équipe ainsi qu'à la création de partenariats et de collaborations entre les différentes disciplines, le monde des affaires, l'industrie et les patients. Il appartient aux infirmières, en tant que cheffes de file de la santé en première ligne, de déterminer quelles possibilités actuelles et futures existent s'agissant de collaborations, de partenariats et d'engagements en faveur du leadership, de l'octroi de bourses d'études, ainsi que de politiques et pratiques permettant d'améliorer les résultats de santé pour les collectivités.

La littérature indique que l'optimisation de l'éducation interprofessionnelle et de la pratique collaborative est l'un des meilleurs moyens d'améliorer les résultats sanitaires à l'échelle mondiale^{67,68}. Depuis dix ans, les recommandations internationales selon lesquelles tous les professionnels de santé devraient suivre une formation leur donnant les moyens de dispenser, en tant que membres de l'équipe interprofessionnelle, des soins axés sur le patient, ont eu pour effet d'intégrer l'éducation interprofessionnelle et la pratique collaborative dans le secteur universitaire et dans la pratique clinique à l'échelle mondiale⁶⁹. Mais il reste encore beaucoup à faire. À cet égard, la mise à jour prévue du Cadre de collaboration de l'OMS sur l'éducation interprofessionnelle et la pratique en collaboration (*WHO Framework of Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*)⁷⁰ et la Déclaration interprofessionnelle de Sydney⁷¹ (à paraître en 2020) joueront un rôle fondamental pour faire progresser l'éducation interprofessionnelle et la pratique collaborative.

Économie et commerce

Les trois piliers de la couverture sanitaire universelle – accès, qualité et coût – exigent d'innover et de procéder à un remaniement complet de la gestion du secteur de la santé⁷². Les ressources humaines constituent un apport incontournable, sans lequel ni l'accès, ni la qualité ne seront garantis. L'infirmière est un membre essentiel et extrêmement fiable de l'équipe de gestion de la santé. Non seulement les soins infirmiers sont un catalyseur essentiel de la majorité des processus cliniques et non cliniques, mais ils sont aussi, et de loin, les plus abordables au point de vue financier. La compétence infirmière est nécessaire à tous les niveaux : soins primaires (prévention, vaccination, soins à domicile et actions de proximité), secondaire (prise en charge des patients hospitalisés, cliniques et chirurgie) et tertiaire (soins spécialisés et maladies non transmissibles).

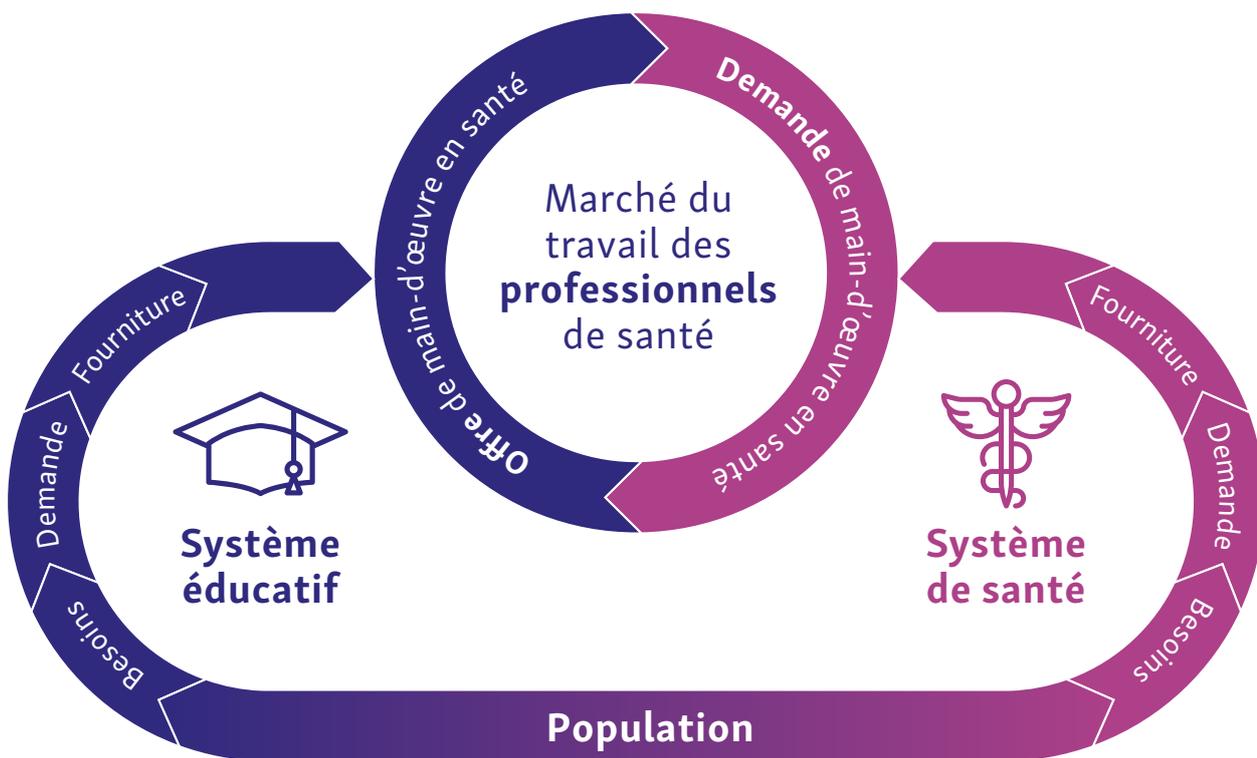
Malheureusement, la profession infirmière est largement sous-évaluée au niveau mondial⁸ et sa production n'a toujours pas fait l'objet d'une analyse du marché du travail. Le rapport de l'OMS sur la situation des soins infirmiers dans le monde tombera à point nommé pour éclairer les débats.

Les recommandations quant aux effectifs d'infirmières par rapport à la population sont sans objet dans un monde qui change très vite. Le nombre de personnels infirmiers devant être déployés, et les compétences dont ils doivent être dotés, sont beaucoup trop liés aux contextes particuliers pour pouvoir être définis par de seuls ratios génériques applicables au niveau mondial. En Afrique, cette approche a eu plusieurs conséquences : maintien irréflecti d'un système de formation des infirmières basé sur l'histoire coloniale plutôt que sur les besoins nationaux et régionaux actuels⁷³ ; formation de nouvelles catégories de personnels infirmiers au niveau préinscription sur des modèles occidentaux ; persistance d'anciens modèles de formation faisant l'impasse sur les nouvelles approches pédagogiques ; accès limité des infirmières aux formations spécialisées sur les maladies non transmissibles ; manque de perspectives professionnelles pour les infirmières généralistes qui exercent au chevet des patients ; innovation souvent bridée des infirmières de première ligne ; ainsi que salaires insuffisants et mauvaises relations de travail en récompense d'horaires invariablement irréguliers et longs.

Si les très nombreuses écoles ouvertes en Afrique depuis trente ans ont effectivement formé beaucoup d'infirmières, la qualité et l'adéquation des formations ainsi dispensées n'ont malheureusement cessé de reculer. Nombre de diplômées n'ont aucune perspective d'emploi et le taux de chômage des infirmières atteint des sommets en Afrique.

Quant au secteur privé, s'il joue un rôle croissant dans la formation et l'emploi des infirmières en Afrique, sa réglementation est encore faible. Pour absorber les nombreux diplômés du secondaire, le secteur privé ouvre aujourd'hui davantage d'institutions de formation aux professions infirmières et médicales que le secteur public. Or, les formations privées sont plus chères et cette dépense est difficile à justifier pour les familles si la rentabilité est incertaine. Les soins infirmiers en viennent ainsi à constituer un choix par défaut pour la plupart des étudiants, plutôt qu'une vocation. On ne saurait surestimer l'effet de cette situation sur la qualité des soins infirmiers, l'engagement professionnel et la fuite des cerveaux.

Figure 1: Interactions entre la formation, les marchés du travail et le secteur de la santé



Conséquences stratégiques et pratiques, appel à l'action

Compte tenu des difficultés actuelles relativement à la main-d'œuvre infirmière et des progrès dans l'enseignement des sciences infirmières, les intervenants concernés doivent absolument collaborer et nouer des partenariats pour faire en sorte que les programmes d'études correspondent aux besoins des pays et des populations, ainsi qu'aux exigences de la prestation des services et d'une bonne supervision clinique de la pratique infirmière. La mise en œuvre de l'éducation interprofessionnelle et de la pratique collaborative dépend d'une synergie entre pratique et enseignement, dont on n'insistera jamais assez sur l'importance.

Les études sur le marché du travail infirmier sont indispensables pour nous aider à comprendre les besoins tant du marché que de chaque professionnel à titre individuel, de même que pour pousser au dialogue entre les deux secteurs de la formation et de la santé.

Il n'est plus possible de partir du principe que nous avons besoin de davantage d'infirmières et que nous devons en former davantage pour atteindre les ratios définis par l'OMS.

Les infirmières cadres doivent mesurer à leur juste valeur l'innovation et le développement de l'esprit d'entreprise dans le milieu universitaire et dans la pratique. Ce n'est qu'ainsi que nous pourrions attirer et retenir des agents de haut niveau dans notre profession et entraîner, dans les soins de santé, une rupture propice à l'amélioration des résultats pour les patients.

Étude De Cas

Afrique du Sud – Collaboration dans la lutte contre la violence sexuelle : soins infirmiers en médecine légale clinique

Contribution : Volene Joy Werely, Afrique du Sud

Les infirmières en médecine légale clinique (clinical forensic nurses, CFN) sont des praticiennes de première ligne qui prennent en charge des victimes et des auteurs d'agressions sexuelles et de violence familiale. Elles jouent un rôle de tout premier plan dans la sensibilisation, la prévention et l'éducation des communautés et des autres professionnels de la santé. Les CFN sont enregistrées auprès de l'Ordre sud-africain des infirmières. Elles sont formées en médecine légale clinique et autorisées à examiner des patients, à récolter des preuves médico-légales dans le cadre d'une enquête, à prodiguer des conseils et des tests, et enfin à témoigner devant les tribunaux.

Le champ d'activité des CFN dénote le rôle double, ainsi que le cahier des charges spécifique, d'une infirmière clinicienne assumant également des responsabilités envers le pouvoir judiciaire.

Dans leur rôle clinique, les infirmières en médecine légale clinique évaluent et examinent le client, y compris la prise d'antécédents, l'examen physique et l'évaluation psychologique et émotionnelle. Ce rôle couvre également :

- Le diagnostic, y compris le prélèvement d'échantillons d'ADN et l'imagerie.
- La fourniture de traitements, y compris des prophylaxies post-exposition et autres, selon les besoins.
- L'orientation vers d'autres professionnels et ressources de santé.
- L'identification des victimes de la traite des êtres humains.

Dans le rôle judiciaire, les responsabilités des CFN consistent à :

- Aider les tribunaux à appliquer la justice.
- Évaluer l'aptitude des justiciables à faire des dépositions.
- Évaluer l'aptitude des justiciables à subir un procès et un contre-interrogatoire.
- Garantir l'exactitude des examens.

Dans leur pratique, les CFN sont confrontées à des dilemmes éthiques et juridiques – notamment le fait que l'option la plus éthiquement défendable ne correspond pas toujours à la légalité et, inversement, le fait que les choix conformes à la loi ne sont pas toujours les plus défendables sur le plan éthique.

Les CFN, qui sont au service à la fois des victimes et des auteurs de crimes, peuvent être confrontées à des dilemmes émotionnels et cognitifs dans le cadre d'une prise de décision qui doit être éthique et rationnelle. À cet égard, la capacité d'envisager une question sous différents angles et en tenant compte de valeurs et contextes variables, est d'une importance cruciale pour éviter les préjugés et les jugements a priori.

Le renforcement d'un modèle de collaboration interprofessionnelle et intersectorielle ininterrompue entre tous les intervenants concernés s'est révélé très important, tant pour assurer des résultats cliniques positifs que pour rendre justice aux victimes.

La sécurité du milieu de soins, aspect essentiel de la sécurité des patients et du maintien d'une main-d'oeuvre infirmière qualifiée

Par Dr Linda H Aiken, Directrice du Center for Health Outcomes and Policy Research, titulaire de la chaire Claire M. Fagin de sciences infirmières et professeur de sociologie à l'Université de Pennsylvanie (États-Unis), et Matthew McHugh, titulaire de l'Independence Chair dans le domaine de la formation aux soins infirmiers, professeur à la faculté de sciences infirmières et Directeur adjoint du Center for Health Outcomes and Policy Research de l'Université de Pennsylvanie

Les éléments probants disponibles suggèrent que les erreurs médicales sont une cause majeure de décès et de morbidité à l'échelle mondiale⁷⁴. Les environnements de soins peuvent s'avérer dangereux tant pour les patients⁷⁵ que pour les professionnels chargés de leurs soins et de leur sécurité⁷⁶. Les infections associées aux soins sont un problème important à l'origine de souffrances et de décès⁷⁷. D'autres préjudices pour les patients sont par exemple les erreurs dans l'administration ou le dosage des médicaments, les chutes et blessures pendant les soins, ou encore les ulcères de pression cutanée ou les escarres évitables. La recherche montre qu'il existe, entre hôpitaux, de grands écarts dans la mortalité imputable aux maladies courantes et aux procédures chirurgicales, écarts qui relèvent moins de la gravité des affections que d'un manque de sécurité dans l'environnement de soins. Le personnel infirmier, qui joue un rôle essentiel dans l'amélioration du milieu de soins, manque toutefois des ressources et de l'autorité nécessaires pour imposer les changements structurels indispensables pour assurer la sécurité des patients.

Le rapport *To Err is Human* (L'erreur est humaine) sur la sécurité des patients a grandement amélioré notre compréhension de l'importance du milieu de soins. Ses auteurs préconisent de renoncer à blâmer les employés en cas d'erreur et d'adopter plutôt une conception de la sécurité qui oblige l'hôpital à réaménager le milieu de soins et les postes de travail de manière à préserver la sécurité des patients. La transformation du milieu de travail du personnel infirmier a déjà été identifiée explicitement en tant que priorité pour améliorer la sécurité des patients⁷⁸. Cependant, malgré l'identification de multiples interventions cliniques pour prévenir les préjudices aux patients, les préoccupations concernant la sécurité des patients persistent. Une étude récente menée aux États-Unis a montré qu'au cours de la dernière décennie, 21 % seulement des hôpitaux sont parvenus à améliorer le milieu de soins d'au moins 10 % ; ces mêmes hôpitaux ont enregistré les plus grandes améliorations dans la sécurité des patients⁷⁵.

Qu'est-ce qu'un bon milieu de soins ?

Dans un environnement de soins dit de qualité, les pratiques cliniques fondées sur des données probantes sont appliquées avec un degré élevé de fiabilité ; le milieu est centré sur la personne, autrement dit les patients et leurs familles, ainsi que le personnel soignant ; la charge de travail du personnel est proportionnelle à ses responsabilités ; et l'organisation apprend continuellement à s'améliorer.

Un « bon milieu de soins » et un « bon milieu de travail » sont fondamentalement la même chose. Les recherches montrent que, dans les hôpitaux dont les personnels infirmiers ne sont pas satisfaits dans leur travail et connaissent un taux élevé

d'épuisement professionnel, les patients sont eux aussi insatisfaits et que les résultats cliniques y sont plus mauvais⁷⁵. Les milieux de soins et de travail de qualité se distinguent par les caractéristiques suivantes, entre autres : une structure organisationnelle étalée, un nombre limité de niveaux hiérarchiques séparant les infirmières de la direction générale ; une autorité décentralisée, en particulier en matière de soins cliniques, et déléguée aux praticiens les plus proches du patient ; et une attitude favorable aux équipes interdisciplinaires hautement fonctionnelles. Les gestionnaires et les employés prennent des décisions fondées sur des données probantes, de sorte que le milieu de travail et les niveaux d'effectifs sont déterminés par des pratiques optimales et des données objectives réévaluées en permanence. Enfin, la direction n'hésite pas à tirer parti des compétences, infirmières et autres, disponibles à l'interne pour recueillir des suggestions d'innovation et d'amélioration des soins aux patients, plutôt que de solliciter des sources externes et d'imposer depuis le haut des changements qui n'ont pas le plein appui des infirmières et des autres soignants.



Un bon milieu de soins est associé à de meilleurs résultats pour les patients et pour le personnel infirmier

De nombreuses preuves confirment que les préjudices subis par les patients (mortalité, réadmissions, durée des hospitalisations, infections nosocomiales, chutes, ulcères de pression) sont beaucoup plus probables lorsque le milieu de travail est de qualité médiocre⁷⁹. Même la qualité des soins de fin de vie est meilleure dans les hôpitaux où le milieu de travail et de soins est bon⁸⁰. D'autres recherches montrent que les préjudices pour les infirmières (épuisement professionnel, insatisfaction au travail, intention de quitter) sont beaucoup plus fréquents dans les milieux de travail de qualité médiocre⁸¹.

D'autres chercheurs ont constaté que ce lien entre qualité du milieu de travail et résultats pour les patients et les infirmières se confirme dans d'autres pays, au sein de systèmes de santé différemment organisés et financés et plus ou moins bien dotés en ressources. De nombreuses études, appliquant les mêmes protocoles et indicateurs dans plus de trente pays, ont mis au jour la même relation entre la qualité du milieu de travail et les résultats^{82, 83, 84}. Ces études internationales montrent clairement qu'il est possible d'instaurer un milieu de travail positif, indépendamment de la manière dont chaque pays finance et gère les soins – on trouve en effet partout des exemples de bons milieux de soins associés à de bons milieux de travail. La qualité du milieu de travail détermine le maintien en poste du personnel infirmier et l'obtention de bons résultats pour les patients, indépendamment du milieu de soins^{85, 86, 87}. Des preuves tirées d'études longitudinales montrent que les relations observées entre un bon environnement de travail et les résultats obtenus sont probablement de nature causale, les améliorations apportées au premier étant étroitement liées à l'amélioration des seconds⁸⁸.

Exploiter les données probantes pour améliorer les milieux de travail

À l'avenir, le défi consistera à traduire ces connaissances en actes. Il faudra pour ce faire tester et appliquer des modèles concrets de réforme visant à améliorer les milieux de travail. L'expérience des Magnet Hospitals est un exemple prometteur de réforme organisationnelle : cette certification facultative vient récompenser une excellence dans les soins fondée sur l'application des caractéristiques des milieux de travail positifs. Le concept a été élaboré à partir d'observations selon lesquelles les hôpitaux qui parviennent à attirer et à retenir des infirmières qualifiées présentent des similitudes avec les multinationales les mieux classées s'agissant de la qualité des milieux de travail. Plusieurs décennies de recherche ont montré non seulement que les Magnet Hospitals sont un cadre de travail plus agréable du point de vue des infirmières, mais aussi que les patients y reçoivent de meilleurs soins⁸⁹.

Les preuves sont claires : les résultats pour les patients et pour les infirmières sont meilleurs dans les hôpitaux qui offrent un bon milieu de travail. Nous disposons désormais de modèles de réforme organisationnelle pouvant être testés et prometteurs en tant que plans-directeurs d'un processus de réforme. Le défi consiste maintenant à tester des innovations prometteuses en matière de réforme organisationnelle et à plaider pour l'application de modèles à l'efficacité prouvée, afin que toutes les infirmières puissent exercer dans de bons milieux de travail et prodiguer les soins de haute qualité que les patients méritent.



Formation : préparer les infirmières à la pratique et à l'apprentissage tout au long de la vie

Par **Fadwa A Affara**, consultante internationale en politiques de réglementation et de formation, ancienne consultante en politiques de soins infirmiers et de santé au Conseil International des Infirmières, et **Fariba Al Darazi**, consultante en développement de la main-d'œuvre infirmière et sanitaire, ancienne conseillère technique régionale pour les personnels infirmiers et paramédicaux, Bureau régional de l'OMS de la Méditerranée orientale

L'évolution du profil épidémiologique des populations desservies par les infirmières, les progrès techniques, la diffusion des connaissances et l'évolution rapide des systèmes de santé dans le monde obligent le système de formation des infirmières à s'adapter rapidement et efficacement pour que ses diplômées puissent fonctionner comme des praticiennes sûres et compétentes, répondant aux besoins de santé de leurs communautés.

Le domaine de pratique, base de l'enseignement des sciences infirmières

Ces vingt dernières années, le discours sur les ressources humaines en santé a porté sur la manière de créer une main-d'œuvre capable d'assumer des rôles de promotion de la santé et de prévention des maladies tout en prodiguant des services communautaires centrés sur les personnes ainsi que des soins personnalisés, tout au long de la vie. Cette réflexion a été, et continue d'être, menée dans un contexte marqué par des préoccupations concernant la qualité et l'adéquation de la formation et par une pénurie grave, actuelle et prévisible, de personnels de santé.

Selon certaines estimations, quarante millions d'emplois supplémentaires seront créés d'ici à 2030 dans le secteur de la santé⁹⁰ ; mais, toujours en 2030, on s'attend à une pénurie de 18 millions d'agents, dont quelque neuf millions d'infirmières⁹¹. Les soins infirmiers sont donc confrontés à un triple défi en matière de formation : améliorer la qualité et, simultanément, la quantité d'infirmières formées ; identifier et mettre à jour en permanence l'ensemble des compétences, aptitudes et comportements requis pour atteindre un niveau déterminé de qualité et d'adéquation aux contextes de santé actuels et futurs ; et appliquer une approche transformatrice de la formation dans tout son spectre^{92, 93, 94}.

Pour identifier clairement l'objectif d'une formation, il est utile de pouvoir faire référence à un domaine de pratique bien défini. La définition et l'actualisation du domaine de pratique doivent donc considérées comme un but essentiel de la réglementation. Quelle que soit l'approche utilisée, le CII soutient à cet égard que « définir et publier des définitions claires de son domaine de pratique ainsi que des rôles qu'assument les infirmières » relèvent de la responsabilité de la profession infirmière⁹⁵.

Stratégies pour transformer l'enseignement des soins infirmiers

Pour répondre à la demande de couverture sanitaire universelle et pour réaliser les Objectifs de développement durable, il est d'une importance cruciale de réformer l'enseignement des sciences infirmières au niveau de la formation initiale. Cette réforme devrait porter sur la structure, les processus et les résultats de l'enseignement. La clef de la transformation de l'enseignement des soins infirmiers⁹⁶ réside dans l'application d'une approche systématique pour élaborer un système national de formation qui élargisse la portée du rôle des infirmières, leur permette de réfléchir de manière critique et les aide à réagir aux changements dans le système de santé.

Le message fondamental du rapport de l'Institute of Medicine intitulé *The Future of Nursing : Leading Change, Advancing Health* est que les infirmières devraient atteindre des niveaux d'éducation et de formation plus élevés grâce à un système amélioré qui favorise un entretien permanent des compétences⁹⁷.

Quant au rapport publié par le CII et le Bureau de l'OMS de la Méditerranée orientale, intitulé *Reducing the Gap and Improving the Interface between Education and Service: A Framework for Analysis and Solution Generation*⁹⁸, il constate que le renforcement de la collaboration entre le secteur de la formation et les services infirmiers doit être un objectif essentiel pour notre profession. Compte tenu de la nature changeante de l'environnement des soins de santé, il est important de diffuser largement des exemples de succès enregistrés par les infirmières pour combler l'écart entre la formation et la pratique⁹⁹.

Défendre l'apprentissage tout au long de la vie

Les pays devraient augmenter sensiblement leurs investissements dans l'enseignement infirmier aux niveaux de la formation initiale, de la formation en cours d'emploi et de la formation continue afin de former des infirmières compétentes et en nombre suffisant pour répondre aux besoins prioritaires nationaux en matière de santé, et de leur donner les moyens d'entretenir leurs compétences tout au long de leur carrière.

La formation continue contribue à l'entretien des compétences et au perfectionnement professionnel des infirmières. Il convient de développer et de financer de nouvelles modalités de formation continue pour les infirmières des pays en développement, où l'offre est insuffisante. Il est également nécessaire de créer des systèmes de perfectionnement professionnel continu des infirmières et d'organiser à leur intention des formations et des enseignements sur les compétences d'encadrement, la pratique clinique avancée, la recherche, l'application de pratiques et de politiques fondées sur des données probantes, ainsi que le préceptorat et le mentorat.

Formation interprofessionnelle et pratique en collaboration : la voie à suivre

Dans sa présentation lors de la première conférence régionale du CII à Abou Dhabi (Émirats arabes unis) en 2018, le professeur John Gilbert a fait observer que les objectifs d'une approche interprofessionnelle de la santé et du bien-être étaient de fournir des soins optimaux, d'éviter le chevauchement des services, de combler les lacunes dans la prestation des services et de remédier aux préjudices pour les patients¹⁰⁰.

Le cadre d'action de l'OMS pour la formation interprofessionnelle et la pratique en collaboration souligne l'importance de la formation interprofessionnelle dans la création d'une main-d'œuvre « prête pour la pratique en collaboration », capable de prodiguer ses soins selon une approche centrée sur la personne et mieux préparée à répondre aux besoins de santé locaux¹⁰¹.

L'instauration d'une culture de la formation interprofessionnelle et de la pratique en collaboration exige de modifier tant le système de formation des professionnels de santé que le système de santé. Ce changement d'ampleur stratégique doit être soutenu et accepté par tous les intervenants. Il est donc nécessaire de faire évoluer la profession infirmière pour qu'elle s'adapte à l'environnement changeant et complexe dans lequel les infirmières prodiguent leurs soins. Pour ce faire, il faut transformer l'enseignement des sciences infirmières, inculquer les valeurs de la formation continue dès les premières étapes du parcours des étudiantes et modifier les politiques nationales régissant le système de santé afin de promouvoir l'apprentissage tout au long de la vie, la formation interprofessionnelle et la pratique en collaboration qui garantiront tant la sécurité des patients ou clients que la qualité des soins.



Étude De Cas

Kenya – Améliorer l'accès à une chirurgie sûre

Contribution : Mary Mungai, Hosea Kiptoo, Stephen Thuo et Mark Newton, Kenya

Pays à revenu faible à intermédiaire, le Kenya compte environ 52 millions d'habitants. Le Kenya étant confronté à une pénurie d'anesthésistes qu'il faudra au moins une décennie pour combler, il a été décidé de former des infirmières capables de prodiguer des services d'anesthésie dans les régions privées d'anesthésistes, surtout en milieu rural.

Depuis son lancement en 2006, le « programme d'infirmières anesthésistes autorisées au Kenya » (*Kenya Registered Nurse Anaesthetist, KRNA*) a formé plus de 200 infirmières et infirmiers anesthésistes, qui travaillent dans environ 60 % des comtés du pays. L'initiative forme des infirmières anesthésistes destinées à exercer dans des hôpitaux ruraux, au terme d'un programme d'études basé sur les compétences et adapté au contexte, l'objectif étant que les diplômées soient bien préparées à leur futur champ d'activité, qui est aménagé au sein du système public. La nécessité évidente et le succès écrasant de ce programme de formation ont entraîné sa généralisation à d'autres régions du Kenya pour y combler des déficits similaires dans l'offre d'anesthésiologie.

Un article du journal *Anesthesia & Analgesia* rend compte d'une étude comparant plusieurs hôpitaux, certains employant des infirmières anesthésistes (intervention), les autres non (contrôle). Aucun des hôpitaux ne disposait de médecins anesthésistes. L'étude montre que les hôpitaux d'intervention, où la concentration de fournisseurs de services d'anesthésie est plus élevée, ont connu une augmentation spectaculaire du nombre d'opérations chirurgicales pratiquées.

Les infirmières concernées déclarent que leur formation leur a permis d'acquérir les compétences et le leadership adéquats, notamment la confiance en elles nécessaire pour prendre en charge des patients très malades. Les auteurs de l'étude relèvent que l'augmentation de l'activité chirurgicale est en grande partie due à une plus grande confiance en elles des infirmières pour soigner les patients en chirurgie, en particulier en soins chirurgicaux obstétricaux.

La formation d'infirmières anesthésistes à un haut niveau peut avoir un impact significatif sur l'accès à une chirurgie plus sûre dans les zones rurales d'Afrique. L'extension de ce programme de formation à de nouveaux sites, hors des zones urbaines du Kenya de même qu'à d'autres pays, devrait permettre d'augmenter le nombre de prestataires d'anesthésie et d'accroître la capacité totale en chirurgie.

Ce travail est vital car il s'agit d'un modèle éprouvé, susceptible d'être étendu à d'autres régions. Il démontre aussi que des infirmières diplômées compétentes peuvent être formées pour devenir, à leur tour, des formatrices, avec pour effet de renforcer les systèmes de santé ruraux. Ce schéma pourrait être étendu à d'autres pays à revenu faible ou moyen, où les déficits en services d'anesthésie constituent un problème.

Les infirmières anesthésistes augmenteront l'accès à la chirurgie et réduiront peut-être la morbidité et la mortalité imputables aux pathologies chirurgicales. Sans réaction énergique à la pénurie de prestataires d'anesthésie qualifiés qui sévit dans les zones urbaines et rurales des pays à faible et moyen revenu, il est à craindre que les cinq milliards de personnes qui n'ont toujours pas accès à une chirurgie plus sûre soient toujours plus nombreux.

Au Kenya, des infirmières formées en anesthésie améliorent l'accès à une chirurgie plus sûre.



Sécurité de la dotation en personnel : un défi permanent

Par Dr Linda H Aiken, Directrice du Center for Health Outcomes and Policy Research, titulaire de la chaire Claire M. Fagin de sciences infirmières et professeur de sociologie à l'Université de Pennsylvanie (États-Unis), et Dr Matthew McHugh, titulaire de l'Independence Chair dans le domaine de la formation aux soins infirmiers, professeur à la faculté de sciences infirmières et directeur adjoint du Center for Health Outcomes and Policy Research de l'Université de Pennsylvanie

En dépit des progrès extraordinaires réalisés dans les technologies de santé, la principale ressource mondiale pour la santé reste le capital humain. Dans les soins infirmiers, la notion de capital humain renvoie au fait de disposer d'un nombre adéquat d'infirmières, dotées du juste mélange de formation, de compétences et d'expérience pour pouvoir répondre à la demande toujours croissante de soins complexes exprimée par les patients, dans tous les milieux. En 2018, le CII¹⁰¹ a formellement reconnu cette réalité dans sa prise de position appelant à une dotation en personnel infirmier fondée sur des données probantes. L'un des éléments fondamentaux d'une dotation sûre consiste tout simplement à disposer d'un nombre suffisant d'infirmières par rapport aux besoins de soins des patients.

Rassembler un corpus de données probantes à l'appui d'une dotation sûre en personnel infirmier

Les données disponibles montrent clairement que des niveaux sécuritaires de dotation en personnel infirmier sont indispensables pour assurer des soins de haute qualité et sûrs. Le lien entre la dotation en personnel infirmier et les résultats sanitaires est attesté par quasiment tous les principaux indicateurs en matière de qualité et de sécurité, notamment la mortalité, les décès dus aux complications, les infections acquises en milieu de soins, les réadmissions et la durée des hospitalisations^{62,103}. L'effet de ce lien sur les résultats s'observe partout dans le monde, indépendamment de la structure, de la gouvernance ou du financement des systèmes de santé. Une étude très importante menée aux États-Unis a ainsi révélé que la probabilité de mortalité parmi les patients augmentait de 7 % pour chaque patient supplémentaire affecté à une infirmière¹⁰⁴. Le même phénomène est rapporté par deux études menées, respectivement, dans neuf pays européens et en République de Corée⁶². Les avantages d'une dotation adéquate ne se limitent pas aux hôpitaux : on a montré qu'ils s'étendent aussi à des secteurs précis au sein des hôpitaux de même qu'à d'autres contextes, comme les foyers des soins infirmiers.

La formation en tant qu'élément de la dotation

L'importance de l'investissement dans la dotation ne se limite pas au nombre d'infirmières : il faut aussi veiller à la composition du personnel infirmier. Une augmentation de 10 % de la proportion d'infirmières au chevet des patients hospitalisés est associée à une baisse de 7 % de la mortalité⁶². De nombreuses études ont montré que la formation des infirmières au niveau universitaire entraîne de meilleurs résultats pour les patients. En outre, le fait de pouvoir compter à la fois sur de meilleurs niveaux de dotation en personnel et sur un pourcentage plus élevé d'infirmières titulaires du bachelors se traduit par de meilleurs résultats que si l'on se contentait d'améliorer l'un ou l'autre des deux aspects, dotation ou formation¹⁰⁵. Le Parlement européen a récemment mis à jour sa directive sur la qualification des infirmières à des fins

de mobilité dans l'Union européenne, prévoyant formellement, pour la première fois, l'existence d'une filière universitaire pour les infirmières professionnelles. Si elle n'oblige pas les infirmières dans l'Union européenne à suivre une formation universitaire, la nouvelle disposition incite néanmoins chaque État membre à proposer une formation universitaire aux infirmières. Le résultat est l'apparition de programmes de bachelors en soins infirmiers dans des pays comme l'Allemagne, où l'enseignement des soins infirmiers relevait traditionnellement de la formation professionnelle.

L'avenir des politiques de dotation en personnel

La prise de position du CII déjà mentionnée¹⁰² est un véritable appel à appliquer les nombreuses preuves existantes en vue d'améliorer les niveaux de dotation. Bien que certaines mesures de dotation en personnel infirmier aient déjà été mises en œuvre et aient prouvé leurs avantages pour les patients, il manque toujours d'initiatives pour instaurer concrètement des niveaux de dotation améliorés. L'une des contraintes à cet égard réside peut-être dans la gamme restreinte des options envisageables : par exemple, la plupart des ratios de dotation sont structurés de manière à s'appliquer à l'ensemble des hôpitaux. Mais d'autres modèles mériteraient d'être essayés, par exemple l'imposition de ratios de dotation en personnel infirmier dans les hôpitaux les plus mal classés à cet égard, avec une exemption au profit des établissements ayant déjà des effectifs suffisants et des résultats acceptables. Certains éléments suggèrent en effet que les premiers hôpitaux ont besoin de mesures correctives et tireraient le plus grand profit de ratios obligatoires¹⁰⁶. L'imposition d'obligations en matière de dotation en personnel pourrait être liée à des programmes de perfectionnement de la main-d'œuvre infirmière et à des incitations ciblées à travailler dans des hôpitaux en sous-effectif, afin de garantir une offre de main-d'œuvre suffisante pour atteindre les objectifs des politiques publiques. Dans sa prise de position, le CII recommande que les organisations nationales de soins infirmiers collaborent avec les pouvoirs publics dans l'application de mesures de dotation sécuritaire en effectifs et dans l'évaluation scientifique de ces mesures. Les pays devraient envisager d'adopter une approche similaire à celle de l'État du Queensland, en Australie, qui intègre une évaluation empirique afin de mesurer les avantages et les coûts de différentes approches, une évaluation riche d'enseignements pour la communauté internationale.

Conclusion

Les preuves sont claires : dans les hôpitaux, les résultats pour les patients sont influencés par la disponibilité d'effectifs infirmiers suffisants, titulaires au moins d'un bachelors, et d'une majorité de prestataires de soins qui soient des infirmières professionnelles. À l'avenir, le défi consistera à investir suffisamment dans le capital humain, de même qu'à appliquer et évaluer des interventions stratégiques garantissant que les avantages de la main-d'œuvre infirmière profitent à tous.

Dotation sécuritaire – Améliorer les résultats sanitaires et le milieu de travail : le modèle de l'État du Queensland, en Australie

Contribution : Office of the Chief Nursing and Midwifery Officer, Queensland

Queensland Health a imposé, à compter du 1er juillet 2016, un nombre maximal de patients par infirmière dans 27 hôpitaux publics. Les recherches menées au sujet de cette initiative stratégique ont révélé que l'augmentation de la dotation en personnel infirmier était associée à l'amélioration des résultats, tant pour les patients que pour le personnel infirmier des services médicaux et chirurgicaux pour adultes. Un sondage auprès du personnel a révélé plusieurs évolutions positives après l'introduction du ratio, notamment : réduction du temps consacré aux soins nécessaires et du temps pour détecter les changements chez les patients ; meilleure satisfaction au travail et moins d'épuisement professionnel ; probabilité plus faible de donner à l'hôpital une note insuffisante en matière de sécurité ou de prévention des infections ; et probabilité plus grande de recommander l'hôpital à la famille et aux proches. Selon l'analyse des données, la mesure a entraîné 145 décès en moins, 255 réadmissions en moins et 29 222 jours d'hospitalisation en moins.

Parallèlement à l'imposition de ratios, le Queensland applique une méthode pour déterminer les niveaux de dotation en personnel infirmier appropriés en fonction de l'acuité des besoins des patients et du milieu clinique. Queensland Health a aussi élaboré le Business Planning Framework, un outil de gestion de la charge de travail en soins infirmiers et obstétricaux introduit pour la première fois en 2001 et dont l'utilisation est obligatoire dans notre secteur.



Tirer parti du potentiel des technologies pour améliorer les résultats sanitaires

*D'après un article de **Petrie F. Roodbol**, professeur de sciences infirmières au Centre médical universitaire et à l'Université Hanze de sciences appliquées de Groningue, Pays-Bas*

Il devient toujours plus évident que les technologies peuvent nous aider à surmonter certains des problèmes qui se posent dans le secteur des soins de santé. La santé numérique permet ainsi aux systèmes de santé de devenir plus adaptables, plus souples et plus réceptifs aux besoins des patients, des personnels et de la collectivité. Elle peut également favoriser une approche des soins axée sur le patient et fondée sur le bien-être. La santé numérique est en train de s'imposer comme une composante essentielle d'un système de santé très performant.

Aujourd'hui, des solutions techniques existent pour alléger les tâches quotidiennes des infirmières : applications vidéo pour observer les patients ; toilettes intelligentes dotées de fonctions de surveillance de la santé ; dispositifs de détection des veines, facilitant la canulation veineuse ; stéthoscopes intelligents ; impression 3D pour développer de nouveaux équipements médicaux, comme les plâtres ; ou encore dossiers médicaux électroniques pour enregistrer les informations concernant les patients.

Cependant, si la technologie peut améliorer les soins, elle introduit également des effets secondaires non intentionnels, des risques d'échec et d'autres événements indésirables potentiels. Elle n'est donc pas sans risque. Les professionnels de la santé utilisent des milliers de types différents de dispositifs médicaux de par le monde : l'apparition de problèmes liés à la technologie est donc inévitable. Citons, par exemple, la complexité croissante des dispositifs, qui augmente la charge de travail des infirmières ; la mauvaise interface entre les dispositifs, qui risque d'empêcher l'accès à l'information ;

la réduction de l'engagement et des contacts avec les patients ; et d'autres problèmes liés à la sécurité et à la protection des données personnelles des patients.

Parmi les causes les plus fréquentes de l'impossibilité de tirer pleinement parti du potentiel d'une technologie, citons : (1) une conception qui ne prend pas en compte le facteur humain ; (2) une mauvaise interface avec l'environnement de soins ; (3) un déploiement au sein de la pratique mal organisé ; et (4) le défaut de support et d'entretien¹⁰⁷. En fin de compte, ces problèmes risquent d'entraîner un manque d'engagement et de participation du personnel de première ligne.

Faute d'avoir été expressément conçues pour les infirmières, de nombreuses applications de santé numérique ne sont pas conviviales. Par exemple, la prédominance de la médecine dans l'élaboration des dossiers électroniques signifie que les infirmières doivent consigner leurs observations et conclusions dans des systèmes différents, ce qui leur fait perdre du temps et exige d'elles des compétences informatiques avancées. Le temps disponible pour les soins directs aux patients en est réduit d'autant, alors qu'il s'agit justement de la force et de la valeur du travail des infirmières.

Bien que la technologie soit porteuse de nombreux progrès dans la prestation des soins, il est peu probable que ses avantages soient pleinement réalisés sans la participation active des agents de santé de première ligne. L'OMS émet à ce propos les recommandations suivantes¹⁰⁸ :



1 Définir et évaluer les politiques relatives à l'utilisation des technologies

2 Veiller à ce que les technologies utilisées respectent les normes internationales

3 Veiller à ce que les décisions soient prises en tenant compte de leurs propres contributions et de celles des principales parties prenantes

4 Participer aux processus et politiques de leur organisation relatifs aux effets secondaires des technologies

1 Les infirmières qui prodiguent des soins directs aux patients devraient participer à la définition et à l'évaluation des politiques institutionnelles, organisationnelles et publiques relatives aux technologies.

2 Les infirmières qui prodiguent des soins directs aux patients peuvent veiller à ce que les technologies soient conformes aux normes et spécifications techniques internationales relatives à la qualité et à la sécurité qui conditionnent leur utilisation dans l'environnement clinique.

3 Les infirmières qui prodiguent des soins directs aux patients peuvent veiller à ce que les décisions prises par les institutions tiennent compte de leur apport et de celui d'autres intervenants importants.

4 Les infirmières qui prodiguent des soins directs aux patients devraient participer aux processus et politiques de leur organisation s'agissant de l'entretien, de la formation, du contrôle et du signalement des effets secondaires en lien avec les technologies.

La technologie étant appelée à redéfinir tant la prestation des soins que la pratique des infirmières, celles-ci doivent être impliquées dans la conception, le développement, la mise en œuvre, l'application et la recherche de nouvelles technologies.

Étude De Cas

USA – Des drones pour atteindre les populations isolées

Contribution : Teresa Tyson et Paula Hill Collins, États-Unis

Le Health Wagon (« chariot de santé ») est un service géré par des infirmières, fondé en 1980 avec pour mission de prodiguer des soins aux personnes sans assurance maladie, ou sous-assurées, vivant dans la région rurale des Appalaches, en Virginie. Le Health Wagon est la plus ancienne clinique mobile gratuite aux États-Unis. Sa mission est de fournir des soins de qualité et empreints de compassion aux personnes coupées des services médicaux. Le Health Wagon, qui est au service de personnes comptant parmi les plus pauvres des États-Unis, sauve des vies tous les jours. Il aide à remédier aux disparités toujours plus grandes en matière de santé, grâce à son organisation proche de la base, à sa capacité de mobiliser des ressources et à l'application d'une technologie inédite dans les Appalaches centrales.

Le terrain accidenté et montagneux de cette région, de même que la pauvreté régnante, rendent en effet très difficile d'y prodiguer des soins de santé. Le Health Wagon surmonte les obstacles en allant à la rencontre des patients sur leur lieu de vie : l'équipe n'hésite pas à parcourir jusqu'à 250 kilomètres par jour dans ses cliniques mobiles, le long de routes perdues, pour aller soigner des patients souvent privés de moyens de transport. Les infirmières praticiennes, qui traitent jusqu'à cent patients par jour, procèdent aux évaluations, à la gestion et au traitement des maladies, appliquant leurs compétences en matière d'examen physique et d'antécédents détaillés. La plupart des patients qui viennent pour une première visite n'ont pas consulté de fournisseur de soins primaires depuis des années ; beaucoup ont une tension artérielle et une glycémie non contrôlées, ainsi que des problèmes de santé mentale, en raison de maladies chroniques.

En 2015, le Health Wagon a été un partenaire essentiel dans la première livraison de médicaments par drone approuvée par les autorités américaines de l'aviation civile, en partenariat avec Flirty, le centre de recherche de la NASA à Langley et d'autres organisations. Les médicaments sont d'abord acheminés à l'aéroport de Lonesome Pine à Wise, en Virginie, par un avion télécommandé à voilure fixe de la NASA ; depuis là, un drone à six rotors achemine les médicaments jusqu'aux patients.

Le recours à des drones pour le transport est un excellent moyen de faire parvenir les médicaments aux patients, car le territoire desservi par le Health Wagon est constitué de longues routes sinueuses jusqu'à la pharmacie ou l'hôpital le plus proche, et à plusieurs heures du lieu de stockage des fournitures nécessaires. Ce drone historique sera intégré, à terme, aux collections du Musée national de l'air et de l'espace du Smithsonian.

Le Health Wagon est ainsi à l'avant-garde de l'innovation en matière de soins de santé, au profit d'une région extrêmement déshéritée. Le succès ininterrompu de l'initiative est à mettre au crédit de l'engagement, des efforts et de la passion de deux infirmières de pratique avancée, Teresa Tyson et Paula Hill Collins.

Reconnaissance et récompenses : comment le système de santé peut empêcher les infirmières de quitter la profession

Par Dr Pilar Espinoza, Université de San Sebastian, Chili, et Marina Peduzzi, Université de Sao Paulo, Brésil

Dans de nombreux pays, les infirmières et les sages-femmes représentent plus de 50 % des travailleurs de santé. Cependant, la pénurie d'environ neuf millions d'infirmières et sages-femmes que l'on prévoit d'ici à 2030 aura une incidence sur la sécurité des patients et la qualité des soins⁹⁴. Compte tenu de la nature chronique des pénuries de personnel infirmier, il convient d'analyser la main-d'œuvre infirmière selon de nouvelles approches, qui ne se limitent pas aux seuls aspects quantitatifs. Il faut au contraire examiner de près les raisons pour lesquelles les infirmières quittent la profession et ce qui peut être fait pour les retenir.

De nombreuses raisons poussent les infirmières à envisager de quitter la profession. On peut mentionner les facteurs suivants, valables au niveau mondial : la difficulté de s'identifier à certains stéréotypes attachés à la profession (statut de soignant, volonté de servir, altruisme et fonction d'assistance au médecin) ; les exigences intenses de la profession, physiques, émotionnelles et psychologiques ; le manque de reconnaissance de la profession¹⁰⁹ ; les mauvaises conditions de travail, liées à la charge de travail et à des raisons culturelles ; le préjudice moral, ou l'incapacité des infirmières d'agir selon leurs valeurs morales, leurs obligations et leurs responsabilités professionnelles, en raison des contraintes internes et externes associées à un système de santé fracturé¹¹⁰ ; et les exigences conflictuelles du travail et de la famille.

La littérature, de même que l'expérience des professionnels exerçant à l'hôpital et dans d'autres services spécialisés, montrent que plusieurs facteurs à l'œuvre dans les environnements de pratique fragiles et insatisfaisants viennent limiter l'engagement du personnel et nuisent à sa rétention : les relations hiérarchiques qui cantonnent les infirmières dans un statut subordonné sans possibilité de remise en question ; la prise de décision, managériale et clinique, centralisée et non participative ; et enfin les restrictions à l'autonomie professionnelle.

Mais il y a, malgré tout, de bonnes nouvelles. Il existe des stratégies simples et efficaces pour surmonter ces problèmes et réduire le taux de roulement du personnel infirmier. Des études menées dans plusieurs pays ont montré que l'amélioration de la satisfaction au travail dans le domaine des soins infirmiers exige : une bonne identification avec les autres membres de l'équipe professionnelle ; des relations interpersonnelles marquées par la confiance et le soutien ; une forte cohésion entre les membres de l'équipe de soins infirmiers ; une bonne communication ; une répartition claire des rôles ; l'existence d'objectifs communs ; et la prise de décisions, en particulier dans le cadre de la collaboration entre médecins et infirmières^{111,112}. La préparation, le soutien et l'offre de possibilités en début de carrière ; la souplesse des systèmes de roulement ; la dotation adéquate ; et le fait de disposer du temps nécessaire pour mener à bien les activités de soins aux patients augmentent également la satisfaction au travail et diminuent le désir de changer ou de quitter son rôle.

Au sein même de notre discipline, toutes les infirmières n'éprouvent pas les mêmes besoins en matière de satisfaction au travail. Par exemple, pour les infirmières de pratique avancée, le travail à réaliser doit avoir du sens ; les infirmières en soins intensifs insistent sur la nécessité d'une flexibilité des quarts de travail et d'une dotation appropriée. D'autre part, des infirmières appartenant à des générations différentes n'auront pas la même conception de la satisfaction au travail, surtout en ce qui concerne la perception du stress, de l'épuisement professionnel et de l'intention de quitter leur emploi^{113,114}.



Récompenses

Un élément de la stratégie de ressources humaines d'une organisation susceptible d'améliorer la satisfaction professionnelle des infirmières et de favoriser la permanence de l'emploi a trait aux récompenses – monétaires et non monétaires – octroyées aux professionnels des soins infirmiers en réponse à leurs réalisations professionnelles ¹¹⁵.

Au nombre des récompenses monétaires figurent les paiements et primes correspondant à des compétences et aptitudes particulières ou à une performance sortant de l'ordinaire. Les récompenses non monétaires consistent, notamment, dans l'octroi de nouvelles responsabilités, dans l'expression d'appréciation et de reconnaissance de la part d'un superviseur, dans la justice au travail, dans le passage à un statut supérieur, dans une rétroaction faite en temps opportun, dans la stabilité d'emploi et dans le soutien de l'encadrement ¹¹⁶.

La littérature internationale établit un lien positif entre les récompenses non monétaires et un engagement et une satisfaction professionnels accrus, ainsi qu'une diminution du roulement et de l'intention de quitter le travail. Les initiatives qui intègrent des expressions formelles de reconnaissance influencent positivement la satisfaction au travail. D'autres démarches, de portée plus large – comme l'octroi de récompenses qui favorisent l'autonomie professionnelle et la participation aux prises de décisions, qui témoignent d'un respect et d'un soutien constants, qui sont propices au perfectionnement professionnel ou qui offrent la souplesse nécessaire pour concilier la vie familiale et professionnelle – peuvent constituer une stratégie novatrice de gestion des récompenses dans une organisation.

Certaines initiatives éprouvées, comme le label Magnet, favorisent des niveaux élevés de satisfaction professionnelle, d'autonomie et de respect des infirmières au sein des organisations de santé ¹¹⁷. Citons encore le prix international DAISY, qui vient récompenser des qualités de pratique professionnelle en soins infirmiers ayant des effets positifs tangibles sur l'expérience des patients et de leurs familles. Le prix favorise des environnements de travail positifs et sains, et un engagement plus grand envers la discipline et l'organisation ¹¹⁸.

des défis à relever pour remédier à la pénurie d'infirmières et de professionnels des soins infirmiers consiste à favoriser une meilleure compréhension du travail des infirmières et à améliorer ainsi la visibilité et la reconnaissance de notre profession. Pour cela, il importe d'obtenir la participation de tous les acteurs sociaux chargés de garantir l'accès aux services de santé et leur qualité – gestionnaires des systèmes et organisations de santé, prestataires de services, professionnels de santé, patients, familles et communauté.

On voit ainsi l'importance de faire émerger de nouvelles modalités de pratique infirmière. Dans la dimension managériale, il faut introduire une plus grande flexibilité dans les contrats et horaires de travail, de même qu'améliorer les conditions de travail. Dans la dimension des soins, il faut permettre aux infirmières de travailler plus étroitement avec leurs patients, les familles et la communauté. Le nouveau cadre devrait orienter l'action des infirmières vers la promotion de la santé, la prévention des risques pour la santé et le rétablissement de la santé. Il convient en outre de donner aux infirmières la possibilité de participer à la mise en place de systèmes axés sur la santé des personnes et de la population. Enfin, l'intégration d'initiatives et de services interprofessionnels peut aider à surmonter la profonde fragmentation qui prévaut actuellement et qui nuit à la qualité des soins.



Renforcer la capacité de la main-d'oeuvre

Par **James Buchan**, School of Nursing Midwifery and Health, University of Technology, Sydney, Australie, et **Pr Gilles Dussault**, IHMT, Universidade Novo de Lisboa, Portugal

La profession infirmière est la plus grande profession de santé au monde. La planification de la main-d'œuvre est essentielle pour aligner l'offre de soins infirmiers sur la demande exprimée par le système de santé de pérenniser la main-d'œuvre infirmière. Malheureusement, les limites de la planification de la main-d'œuvre sont souvent minimisées, voire ignorées.

On ne saurait résoudre les pénuries de personnel infirmier en faisant abstraction des problèmes plus généraux du système de santé. La planification peut contribuer à rationaliser l'utilisation des personnels disponibles et à évaluer le nombre d'infirmières et d'infirmiers dont il faudra disposer à l'avenir. Dotée des ressources adéquates et bien conduite, la planification stratégique des effectifs est un outil très efficace pour améliorer la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des effectifs¹¹⁹. Elle peut, notamment, permettre d'estimer les besoins futurs (s'agissant des effectifs, des compétences et de la combinaison de compétences) et d'analyser les conséquences de différents scénarios. Une planification rationnelle, fondée sur des données et des informations valides et fiables, est essentielle pour prendre des décisions éclairées concernant la main-d'œuvre infirmière de demain. Une planification efficace est également nécessaire pour adapter et optimiser l'utilisation du personnel infirmier existant. En bref, la planification des effectifs est un moyen d'atteindre l'objectif d'amélioration des services sanitaires et de la santé de la population en agissant sur la disponibilité d'infirmières et d'infirmiers dûment qualifiés, aujourd'hui et demain.

Au-delà de la planification

Une bonne planification peut-elle éliminer les pénuries de personnel infirmier ? Ces pénuries ne sont en général que le symptôme de maux plus profonds dans les systèmes de santé ou dans la société. Notre profession est dévalorisée dans de nombreux pays et systèmes de santé, pour lesquels elle reste assimilée à un « travail féminin ». Les infirmières ont un accès limité aux ressources qui pourraient les rendre plus efficaces dans leur travail et dans leurs carrières. Il importe d'assurer, au quotidien, une plus grande adéquation entre la dotation en personnel infirmier et la charge de travail. Le CII relève à ce propos que « le fait de disposer d'effectifs insuffisants ou inadéquats de personnel infirmier par rapport aux besoins des patients entraîne (...) des charges de travail insupportables et nuit à la santé et au bien-être du personnel » et que « des systèmes de planification des ressources humaines qui alignent les besoins des patients et des communautés sur l'offre de soins infirmiers devraient être en place »¹⁰².

Il convient également de clarifier les rôles des infirmières diplômées, des médecins, des autres professionnels de santé et des personnels de soutien, et d'assurer un meilleur équilibre entre ces rôles. Le corpus de données probantes sur la combinaison de compétences en soins infirmiers ne cesse de s'étoffer : les données disponibles montrent l'effet positif de l'application d'un ratio élevé d'infirmières diplômées expérimentées, ainsi que de la présence d'infirmières praticiennes et d'autres infirmières assumant des rôles avancés¹²¹.

Une planification efficace des effectifs peut atténuer certains des aspects les plus graves des pénuries, si l'on garde à l'esprit qu'elles sont aussi un symptôme de problèmes plus généraux dans le système de santé, le financement et la société. Faute de cette compréhension, et sans un meilleur usage des données probantes disponibles à l'appui d'une bonne planification, nous risquons de perpétuer le cycle de solutions politiques inadéquates, et souvent inappropriées, aux pénuries.



Figure 2: Four conditions for successful workforce planning



1 Aucun pays ne peut espérer planifier de manière efficace s'il ne dispose d'un système d'information sur les ressources humaines qui permette de concevoir et de tester des politiques et qui aide planificateurs, enseignants et encadrement à planifier, recruter, payer, déployer, former et gérer la main-d'œuvre infirmière. Les données doivent en principe porter sur des indicateurs démographiques, pédagogiques et relatifs à l'emploi¹²⁰. On procédera pour commencer à un audit de la main-d'œuvre infirmière disponible et au recueil des informations relatives.

2 Les données sont nécessaires, mais il faut aussi comprendre le caractère dynamique de la main-d'œuvre. À un moment T, on comptera toujours un certain nombre d'infirmières qui entrent dans la population active et qui la quittent, ou qui changent d'emploi, de secteur, de région ou de pays. Il est essentiel de rendre compte de ces mouvements sur le marché du travail pour planifier correctement la main-d'œuvre. Voici quelques mesures contre la pénurie d'infirmières¹¹⁹ : accroître la capacité de formation des établissements d'enseignement et aligner leurs programmes sur les priorités en matière de santé de la population ; appliquer des stratégies pour attirer, recruter et retenir des candidats qualifiés dans la profession infirmière ; élargir le domaine de pratique des infirmières, pour rendre la profession plus attrayante et améliorer l'efficacité ; recycler et perfectionner le personnel en place ; et respecter le Code de l'OMS sur le recrutement international au moment d'envisager des options de recrutement international et de flux bilatéraux d'infirmières.

3 Le but d'un processus national de planification stratégique devrait être de fournir un énoncé d'intention et un but, élaborés en commun et fondés sur des données probantes, au sujet de mesures à prendre pour gérer la main-d'œuvre infirmière. Il ne s'agit pas seulement d'une démarche technique, mais d'un processus visant à obtenir l'engagement des intervenants, à déterminer les priorités et les contraintes actuelles, à établir le profil de la main-d'œuvre infirmière actuelle et à court, moyen et long termes, et enfin à formuler un ensemble de mesures. On préconise que cette démarche commence par la convocation d'une réunion nationale des parties concernées¹⁰². Cette table ronde initiale multipartite identifiera les principaux défis liés à la main-d'œuvre infirmière et déterminera quelles mesures correctives pourraient être prises et par qui. Des représentants de la société civile, des ministères, des organismes d'État, des professions de santé, des organismes de réglementation, des employeurs, du secteur de l'éducation et des ONG devront y participer, pour que tous les points de vue soient bien représentés.

4 Pour que le développement du plan soit pérenne et ne se résume pas à une démarche ponctuelle, il est nécessaire d'instaurer un cycle régulier de révision et d'affinement de son contenu et de son application. L'aspect déterminant à cet égard est qu'une approche pérenne exige un processus de planification adaptatif et non un « plan » figé dans le temps.

Étude De Cas

Eswatini – Renforcer les capacités pour réaliser la couverture sanitaire universelle

Contribution : Colile P Dlamini, Bonsile Nsibandze, Tengetile R Mathunjwa-Dlamini, Elizabeth Macera, Eileen Stuart-Shor, Cynthia H Dlamini, Eswatini (anciennement Swaziland)

Le Royaume d'Eswatini, petit État enclavé d'Afrique australe, compte environ 1,3 million d'habitants, dont 80 % vivent dans les campagnes. Le pays manque de travailleurs de santé et subit un lourd fardeau de maladies transmissibles, maternelles, périnatales et non transmissibles, de même que de conditions nutritionnelles difficiles. Malgré des progrès impressionnants dans la réduction de l'incidence du VIH/sida depuis 2011, Eswatini continue de porter le fardeau le plus lourd au monde, 26 % de sa population vivant actuellement avec l'infection au VIH. Eswatini se classe également au troisième rang des pays africains pour les décès dus aux maladies non transmissibles.

Compte tenu du fait que la majorité de la population vit dans les zones rurales, et vu le manque de personnels soignants, le renforcement des soins de santé primaires est devenu un impératif pour atteindre l'objectif de la couverture sanitaire universelle.

La réalisation de la couverture sanitaire universelle en Eswatini exige de nouvelles méthodes de penser les soins et de les prodiguer, méthodes devant être axées sur les communautés dans le besoin. Il existe de nombreuses preuves que les infirmières de pratique avancée fournissent des soins efficaces aux points de vue tant clinique qu'économique. Confrontée à un fardeau élevé de maladie et à la difficulté de satisfaire les besoins de santé des groupes de population mal desservis, l'Université d'Eswatini a lancé un programme de formation supérieure pour infirmières praticiennes mettant l'accent sur la famille.

Le programme d'infirmières praticiennes spécialisées dans les soins aux familles (*family nurse practitioner*, FNP), d'une durée de trois ans à temps partiel, forme des infirmières capables d'assurer un accès meilleur et plus rapide aux soins, de réduire le nombre d'aiguillages et de complications résultant de retards dans les soins, et de fournir des services adaptés sur le plan culturel et linguistique, en particulier dans le cadre communautaire. Ces infirmières praticiennes, qui viennent combler un vide entre infirmières autorisées et médecins, assurent le lien avec d'autres praticiens afin de fournir des soins primaires complets.

Les étudiantes sont des infirmières autorisées de toutes les régions d'Eswatini, dont plusieurs possèdent déjà une grande expérience en soins infirmiers. Le programme d'études rigoureux les oblige à parcourir de longues distances pour participer à leurs stages pratiques. L'enseignement est ardu, mais les étudiantes persèverent car elles sont conscientes de leur rôle et des services qu'elles rendront au système de santé d'Eswatini en prodiguant à une population mal desservie des services de soins primaires de qualité et sûrs.

À ce jour, trois cohortes d'étudiantes sont inscrites au programme FNP, les premiers diplômés devant être décernés en octobre 2020.

Le programme FNP apporte une solution à certains des nombreux problèmes que rencontre le système de santé d'Eswatini. Les infirmières de pratique avancée seront en mesure de garantir un accès à des soins de santé de qualité, centrés sur le client, abordables, culturellement pertinents et complets, au profit de populations diverses et mal desservies. Le programme aura un impact majeur sur la capacité d'Eswatini à réaliser la couverture sanitaire universelle.



L'HÉRITAGE DE L'ANNÉE DE L'INFIRMIÈRE

Par Howard Catton, Directeur général du CII

La Journée internationale des infirmières en 2020 sera à nulle autre pareille. Cette année, en effet, nous ne célébrons pas seulement une journée, ni même une semaine : en 2020, c'est toute l'année qui nous appartient ! Quel sera l'héritage de 2020, Année internationale du personnel infirmier et des sages-femmes ? Comment saisir cette chance unique d'instaurer une nouvelle façon de concevoir les soins infirmiers afin qu'à l'avenir, les infirmières soient reconnues pour leur contribution unique au bien-être de tous les peuples du monde ?

Certes, la reconnaissance des soins infirmiers à l'échelle mondiale est une excellente nouvelle. Et nous pouvons à bon droit nous féliciter de l'hommage ainsi rendu à ce que font les soins infirmiers, au chemin parcouru et à ce que nous avons accompli. Mais 2020 sera bien plus importante encore. Nous devons profiter de cette année pour changer radicalement la façon dont les soins infirmiers sont perçus et pour concrétiser l'investissement dans les soins infirmiers que nous appelons de nos vœux. Cette reconnaissance doit aussi se traduire par l'intégration de représentantes de notre profession dans des postes de direction et par une nouvelle image des soins infirmiers. L'année 2020 ne doit pas se résumer à des célébrations : nous devons faire en sorte qu'elle entraîne des changements durables. Nous devons donc réfléchir aux éléments de base qui doivent être mis en place pour que cette démarche aboutisse et que, lorsque les mots chaleureux se seront envolés et que l'attention de la communauté internationale se sera tournée vers un autre sujet, il nous reste l'infrastructure indispensable.

Quels changements voulons-nous ?

D'abord, nous devons nous attaquer à la pénurie de personnel infirmier, comme l'ont souligné plusieurs auteurs du présent rapport. Cela signifie qu'il faudra recruter davantage d'infirmières et d'infirmiers tout en fidélisant les personnels existants. Comment y parvenir ? Il faut améliorer les conditions de travail et les salaires, et faire en sorte que notre profession soit respectée, valorisée et récompensée. Tout cela exigera des investissements. Comme l'a exprimé le Dr Tedros dans son discours au Congrès du CII en 2019, « nous n'atteindrons pas la couverture sanitaire universelle ni les cibles liées à la santé des Objectifs de développement durable sans donner aux infirmières et aux sages-femmes les moyens et l'équipement dont elles ont besoin, et sans tirer parti de leur potentiel »¹²². Améliorer l'accès aux soins c'est, concrètement, permettre aux gens de consulter un professionnel de santé. Il n'y a pas de santé possible sans personnel de santé¹²³ !

En deuxième lieu, nous devons libérer le potentiel des infirmières de pratique avancée et, plus généralement, étendre la portée des rôles infirmiers, ce qui jouera un rôle essentiel pour appliquer les initiatives mondiales en matière de santé, mettre en œuvre de nouveaux modèles de soins et relever les défis liés aux maladies chroniques, notamment. Pour ce faire, nous devons éliminer les obstacles réglementaires à l'exercice de la pratique infirmière avancée ; présenter des données probantes et les utiliser pour créer de nouveaux services et influencer les politiques ; et, plus important encore, faire en sorte qu'un plus grand nombre d'infirmières occupant des postes à responsabilité puissent se faire entendre – autrement dit, apporter l'expertise et les conseils des infirmières, ainsi que des données probantes au sujet de la contribution de notre profession à l'élaboration et à l'application des grandes orientations en matière de santé.

Enfin, lorsque nous abordons les questions relatives aux soins infirmiers, nous devons aussi nous attaquer aux inégalités entre les sexes. Cela va de pair avec l'image de notre profession. Il est temps de briser les mythes qui entourent les soins infirmiers, alors même que la conception de la femme est en train de s'affranchir des stéréotypes traditionnels. Pour remédier aux inégalités dans le monde, nous devons nous attaquer aux inégalités au sein même de notre profession et rehausser son profil.



Comment réaliser ces changements ?

Pour concrétiser le changement, nous avons besoin d'associations nationales d'infirmières plus fortes et plus efficaces. Les ANI sont au cœur de la solidarité et de la cohésion des soins infirmiers. Nous devons rassembler tous les membres de la famille des soins infirmiers pour promouvoir et faire progresser les soins infirmiers, avec pour objectif d'améliorer la santé des patients. Les associations d'infirmières, qui représentent la profession de santé la plus importante et celle qui suscite la plus grande confiance, peuvent constituer une force extrêmement puissante au service du changement et de l'amélioration.

Confrontées à la réalité de la pratique infirmière, les ANI savent ce qui fonctionne, ce qui ne fonctionne pas, ce qui est important pour les patients et la population, et ce qui modifie les résultats de santé. Il s'agit là de données probantes riches et particulièrement utiles que les associations peuvent utiliser comme fil conducteur pour l'élaboration des politiques. Une association d'infirmières est un outil à nul autre pareil, capable de faire profiter les instances chargées de formuler des orientations stratégiques de l'expérience d'intervenants de première ligne, grâce à la force de conviction et à la crédibilité inhérentes au large éventail d'infirmières et d'infirmiers de différents secteurs représentés par l'association. Les ANI sont une force non seulement pour l'amélioration des soins infirmiers et de santé, mais aussi pour le changement social, le respect des droits, la justice, les individus, les familles et les communautés.

Nos ambitions vont au-delà de la santé. De nos jours, il n'est plus possible d'ignorer des questions telles que les droits humains, la justice et l'égalité. Les infirmières ont le droit – et même le devoir – de s'exprimer sur ces questions et au nom des patients. Les infirmières respectent des principes et des valeurs très clairs en ce qui concerne l'importance accordée aux personnes, à l'égalité et au respect des droits : cela nous donne la justification et la crédibilité nécessaires pour nous engager et agir en tant que défenseurs de ces principes.

Sortir de nos frontières

Les associations nationales d'infirmières sont essentielles pour stimuler le changement. Mais les pays ne peuvent pas relever les défis auxquels ils sont confrontés en faisant abstraction de ce qu'il se passe dans les pays voisins, s'agissant en particulier de problèmes tels que les migrations, la mobilité et le changement climatique. Car tels sont les grands enjeux auxquels les nations sont confrontées, auxquels des pays voisins sont confrontés. Pour résoudre ces problèmes, une collaboration s'impose au sein même des pays et entre pays voisins.

De même, face au caractère mondialisé des soins de santé et aux grandes forces qui façonnent le monde, les organismes internationaux doivent collaborer et travailler ensemble. C'est la raison pour laquelle nous avons besoin d'une organisation comme le CII. Si Ethel Gordon Fenwick et ses collègues n'avaient pas créé le CII il y a 120 ans, nous serions obligés de l'inventer aujourd'hui.

Nous devons collaborer davantage avec nos voisins de même qu'au niveau de nos régions. Chaque année, le CII envoie une délégation d'infirmières à l'Assemblée mondiale de la Santé pour y prononcer des déclarations sur des sujets importants pour nous ; et notre profession devrait, de même, être présente, efficace, engagée et visible dans les organes décisionnels régionaux de l'OMS. Nous devons également travailler plus étroitement avec des infirmières déjà actives dans la réglementation, le secteur de la formation, les gouvernements, les hôpitaux et les cliniques. Les associations sont idéalement placées pour développer ces relations à l'échelle régionale, nouer de nouveaux partenariats et rassembler tous les éléments constitutifs de notre profession. Nous devons nous assurer que tous les membres de la profession parlent d'une même voix. Mais nous ne devons pas nous contenter de nous parler à nous-mêmes : en tant que profession, nous devons tendre la main à d'autres organismes professionnels, qu'il s'agisse de groupes politiques, d'entreprises technologiques, du monde du sport, des médias ou de l'industrie. Il suffit de penser à certains mouvements sociaux particulièrement efficaces animés par d'autres groupes. Vu la complexité et l'interrelation du monde, pour faire avancer les choses, pour gagner la visibilité dont nous avons besoin, nous devons sortir de nos frontières, nationales aussi bien que professionnelles.

Le pouvoir des soins infirmiers

Ne sous-estimez pas notre pouvoir : le pouvoir du nombre, des associations, de la confiance et de la crédibilité que nous donne l'extraordinaire travail que nous accomplissons. Oui, nous avons beaucoup réalisé, mais nous pouvons faire plus ! Le pouvoir et le potentiel que nous pouvons mettre au service non seulement de nous-mêmes, mais aussi de la santé de la planète, sont illimités ! Mais pour cela, nous devons être organisées et soudées. Nous disposons déjà des structures nécessaires et nous devons en tirer parti.

Il suffit de voir le travail phénoménal accompli par la campagne *Nursing Now* en très peu de temps ! Après le lancement de la campagne en 2018, des groupes de soutien ont été créés dans plus de cent pays. Notre vision est d'associer l'impulsion et le potentiel des groupes *Nursing Now* aux forces et à l'influence des associations nationales d'infirmières existantes pour créer une nouvelle force de changement.

L'année 2020 marquera un début et non un aboutissement ni une destination. Elle sera l'occasion d'ouvrir un nouveau chapitre. Les infirmières et les infirmiers constituent une force indispensable et impossible à arrêter : ensemble nous pouvons et nous allons soigner le monde !



RÉFÉRENCES

1. Lynaugh, J.E. et B.L. Brush. "The ICN Story – 1899-1999", *International Nursing Review*, 1999. 46(1) : pp. 3-8.
2. Professor Marie Carney, 2019, Twelve Decades of the International Council of Nurses, located: <https://icntimeline.org/1940-1949/0007.html> (accessed 14/02/2020)
3. Bloom, H. Robert Penn Warren's All the king's men. 1987, New York : Chelsea House Publishers.
4. Aiken, L.H. et al. "Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study", *Lancet*, 2014. 383(9931) : pp. 1824-30.
5. Nightingale, F. *Sick-Nursing and Healthy-Nursing in Burdett-Coutts, A.G., 1893. Woman's mission; a series of congress papers on the philanthropic work of women, by eminent writers. 1893, Londres : Marston & Company, Limited.*
6. Rafferty, A.M. et al. *Germs and Governance: The Past, Present and Future of Hospital Infection, Prevention and Control.* Sous presse : Manchester University Press.
7. Rafferty, A. et R. Wall. "An Icon and Iconoclast for Today" in Nelson, S., Rafferty, A.M., 2010. *Notes on Nightingale: The Influence and Legacy of a Nursing Icon.* 2010, New York : Cornell University Press.
8. All-Party Parliamentary Group on Global Health. *Triple Impact: how developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth.* 2016, APPG: Londres.
9. Heimans, J. et Timms H. *New Power: Why outsiders are winning, institutions are failing, and how the rest of us can keep up in the age of mass participation.* 2018 : Pan Macmillan
10. Gordon Fenwick E. (1899), cité in Bridges, DC. (1967). *A History of the International Council of Nurses 1899-1964. The First Sixty Five Years.* J.B. Lippincott Company, Philadelphie, Toronto.
11. The Health Foundation. *Person-centred care made simple : What everyone should know about person-centred care.* 2016 [cité le 11 novembre 2019]. <https://www.health.org.uk/topics/person-centred-care>.
12. Conseil international des infirmières. *Code déontologique du CII pour la profession infirmière.* 2012. <http://www.icn.ch/who-we-are/code-of-ethics-for-nurses/>.
13. Weaver, K., Morse, J. & Mitcham, C. "Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis", *J Adv Nurs*, 2008. 62(5) : pp. 607-18.
14. Liaschenko, J. & Peter, E. "Fostering Nurses' Moral Agency and Moral Identity: The Importance of Moral Community", *Hastings Cent Rep*, 2016. 46 Suppl 1: pp. S18-21.
15. Girvin, J., D. Jackson et Hutchinson M. "Contemporary public perceptions of nursing: a systematic review and narrative synthesis of the international research evidence", *J Nurs Manag*, 2016. 24(8) : pp. 994-1006.
16. Leary, A. et Dix A. "Using data to show the impact of nursing work on patient outcomes", *Nursing Times*, 2018. 114(10) : pp. 23-35.
17. Laurant, M. et al. "Nurses as substitutes for doctors in primary care", *Cochrane Database Syst Rev*, 2018. 7: pp. CD001271.
18. Coster, S., Watkins M. et Norman I. "What is the impact of professional nursing on patients' outcomes globally? An overview of research evidence", *International Journal of Nursing Studies*, 2018. 78: pp. 76-83.
19. Needleman, J. et al. "Nurse staffing and inpatient hospital mortality", *N Engl J Med*, 2011. 364(11) : pp. 1037-45.
20. Centers for Disease Control and Prevention. *Global Burden of Mental Illness.* 2014 [cité le 19 novembre 2019]. <https://blogs.cdc.gov/global/2014/02/10/global-burden-of-mental-illness/>.
21. Rodriguez-Cayro, K. 7 Physical Disorders That Are Linked To Mental Health Issues. 2018 [cité le 19 novembre 2019]. <https://www.bustle.com/p/7-physical-disorders-that-are-linked-to-mental-health-issues-9122010>.
22. McCook, A. *Suicide risk increases after heart attack.* 2010 [cité le 19 novembre 2019]. <https://www.reuters.com/article/us-suicide-risk-idUSTR6AT5PG20101130>.
23. Laganà, A.S. et al. "Anxiety and depression in patients with endometriosis: impact and management challenges", *International Journal of Women's Health*, 2017. 9: pp. 323-330.
24. Organisation mondiale de la Santé. *Fiche d'information : Nursing.* 2018 [cité le 20 février 2017]. http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/NursingFactSheet09Feb2018.pdf?ua=1.
25. Kruk, M.E. et al. "Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries", *Lancet*, 2018. 392(10160) : pp. 2203-2212
26. Makary, M.A. et Daniel M. "Medical error-the third leading cause of death in the US", *BMJ*, 2016. 353: p. i2139
27. Deloitte. *2019 Global health care outlook: Shaping the future.* 2019 [cité le 15 novembre 2019]. <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-hc-outlook-2019.pdf>.
28. Banque Mondiale. *Comprendre la pauvreté.* 2019 [cité le 3 septembre 2019]. <https://www.banquemondiale.org/fr/topic/poverty/overview>
29. Conseil International des Infirmières *La profession infirmière, une voix faite pour diriger : atteindre les objectifs de développement durable.* 2017, Genève : CII.
30. Neumann, C.E. *Nursing's social policy statement: The essence of the profession,* 2010 [cité le 29 août 2019]. <https://essentialguidetonursingpractice.files.wordpress.com/2012/07/pages-from-essential-guide-to-nursing-practice-chapter-1.pdf>.
31. Pittman, P. *Activating Nursing to Address the Unmet Needs of the 21st Century: Background Paper for the NAM Committee on Nursing 2030.* 2019 [cité le 11 novembre 2019]. <https://publichealth.gwu.edu/sites/default/files/downloads/HPM/Activating%20Nursing%20To%20Address%20Unmet%20Needs%20In%20The%2021st%20Century.pdf>.
32. Flavelle, C. "Climate change threatens the world's food supply, United Nations warns", *New York Times*. 2019.
33. Organisation mondiale de la Santé. *Changement climatique et santé : Fiche d'information.* 2017 [cité le 29 août 2019]. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>.
34. Rosa, W. "The future of nursing and midwifery: a force for leading the United Nations 2030 Sustainable Development Goals". 2019: *Nursing Outlook*.
35. Conseil international des infirmières. *Prise de position.* 2018. *Les infirmières, le changement climatique et la santé.* 2019. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PS_E_Nurses_climate%20change_health_Fr_0.pdf
36. Dodson, J. "Dame Cicely Saunders – an inspirational nursing theorist", *Cancer Nursing Practice*, 2017. 16(7) : pp. 31-34.
37. Organisation mondiale de la Santé. *Soins palliatifs.* [cité le 11 novembre 2019]. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
38. Organisation mondiale de la Santé. *10 faits sur les soins palliatifs.* [cité le 11 novembre 2019]. <https://www.who.int/features/factfiles/palliative-care/fr/>
39. Fitch, M.I., Fliedner M.C. et O'Connor M. "Nursing perspectives on palliative care 2015", *Ann Palliat Med*, 2015. 4(3) : pp. 150-5.
40. Lorenz, K.A. et al. "Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review", *Ann Intern Med*, 2008. 148(2) : pp. 147-59.
41. Elliott, J.A. et Olver I.N. "Hope and hoping in the talk of dying cancer patients", *Soc Sci Med*, 2007. 64(1) : pp. 138-49.
42. Kellehear, A. *A Social History of Dying.* 2007, Melbourne : Cambridge University Press.
43. Brant, J.M. et al. "Global Survey of the Roles, Satisfaction, and Barriers of Home Health Care Nurses on the Provision of Palliative Care", *J Palliat Med*, 2019. 22(8) : pp. 945-960.
44. Mrig, E.H. et Spencer K.L. "Political economy of hope as a cultural facet of biomedicalization: A qualitative examination of constraints to hospice utilization among U.S. end-stage cancer patients", *Soc Sci Med*, 2018. 200: pp. 107-113.
45. Ghebreyesus, T. *Le Dr Tedros ouvre la 71e Assemblée mondiale de la Santé.* 2018 [cité le 11 novembre 2019]. <https://www.who.int/dg/speeches/2018/opening-world-health-assembly/fr/>.

46. Browne, G., Birch S. et Thebane L. Better care: an analysis of nursing and healthcare system outcomes. 2012, Ottawa: Association des infirmières et infirmiers du Canada et Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
47. Centers for Medicare and Medicaid Services. National health expenditure data. 2017 [cité le 11 novembre 2019]. <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NationalHealthAccountsHistorical.html>.
48. Institut canadien d'information sur la santé. Dépenses de santé. 2018 : Ottawa.
49. Schneider, E. et al. Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care. 2017, The Commonwealth Fund.
50. RiskAnalytica. The case for investing in patient safety in Canada. 2017 [cité le 11 novembre 2019]. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/About/Documents/The%20Case%20for%20Investing%20in%20Patient%20Safety.pdf>.
51. Organisation mondiale de la Santé. 10 faits sur la sécurité des patients. 2019 [cité le 11 novembre 2019]. https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/fr/
52. Tomblin-Murphy G, MacKenzie A., Alder R., Langley J., Hickey M. et Cook A. 2012. Service-based health human resources planning framework.
53. Villeneuve, M. "The time is now", The Review – Supplement to Policy Magazine. 2018.
54. Royal College of Nursing. RCN fact sheet. Nurse prescribing in the UK. 2014, Londres : RCN.
55. Graham-Clarke, E. et al. "Non-medical prescribing in the United Kingdom National Health Service: A systematic policy review", PLoS One, 2019. 14(7) : p. e0214630.
56. Masters, R. et al. "Return on investment of public health interventions: a systematic review", J Epidemiol Community Health, 2017. 71(8) : pp. 827-834.
57. Basu, K., Livadiotakis G. et Tanguay S. "The gridlock in Canadian Hospitals: which patients are overstaying, to what extent, and why?", in Canadian Association for Health Services and Policy Conference. 2016 : Toronto.
58. Carryer, J. "Letting go of our past to claim our future", J Clin Nurs, 2019.
59. Organisation mondiale de la Santé. "Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health band social workforce", Human Resources for Health Observer. 2019, OMS : Genève
60. Newman, C. et al. Investing in the power of nurse leadership: what will it take? 2019, Intrahealth. <https://www.intrahealth.org/resources/investing-power-nurse-leadership-what-will-it-take>
61. Organisation mondiale de la Santé. La Stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030. 2016, Genève : OMS.
62. Aiken, L.H. et al. "Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study", Lancet, 2014. 383(9931) : pp. 1824-30.
63. Britnell, M. Human solving the global workforce crisis in health. 2019, Oxford : Oxford University Press.
64. Salvage, J. et Stilwell B. "Breaking the silence: A new story of nursing", J Clin Nurs, 2018. 27(7-8) : pp. 1301-1303.
65. The Editors of the Lancet. "The Lancet Group's commitments to gender equity and diversity", Lancet, 2019. 394(10197) : pp. 452-453.
66. Salvage, J. et White J. "Nursing leadership and health policy: everybody's business", Int Nurs Rev, 2019. 66(2) : pp. 147-150.
67. Centre for the Advancement of Interprofessional Education. Interprofessional Education Guidelines. 2017, Royaume-Uni : CAIPE.
68. Institute of Medicine. Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes. 2015.
69. Africa Interprofessional Education Network. Communiqué issued at the end of the Second Interprofessional Education and Collaborative Practice for Africa Conference. 2019 [cité le 20 octobre]. <https://afripen.org/wp-content/uploads/2019/08/Communique-2nd-IPECP-Conference.pdf>
70. Global Confederation for Interprofessional Education & Collaborative Practice. Report of the strategic planning workshop held at the Waipuna Hotel, Auckland. 2018 [cité le 21 octobre 2019]. <https://interprofessional.global/wp-content/uploads/2018/11/Interprofessional.global-Report-of-Workshop-6-9-Sept-2018-in-Auckland-Final-1.pdf>.
71. The Sydney Interprofessional Declaration. <https://interprofessional.global/wp-content/uploads/2018/11/ATBH-05-2010-Sydney-Interprofessional-Declaration.pdf>
72. Maeda, A. et al. Universal health coverage for inclusive and sustainable development: a synthesis of 11 country case studies. 2014, Washington DC : World Bank Group.
73. Dolamo, B. et Olubiyi S. "Nursing education in Africa: South Africa, Nigeria, and Ethiopia experiences", International Journal of Nursing and Midwifery, 2013. 5(2) : pp. 14-21.
74. Organisation mondiale de la Santé. Alliance mondiale pour la sécurité des patients : Forward Programme. 2004 [cité le 20 octobre 2019]. https://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf
75. Aiken, L.H. et al. "Nurses' and Patients' Appraisals Show Patient Safety in Hospitals Remains a Concern", Health Affairs (Project Hope), 2018. 37(11) : pp. 1744-1751.
76. National Academies of sciences, Engineering and Medicine 2019. Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being. Washington D.C. The National Academies Press.
77. Cimiotti, J.P. et al. "Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection", American Journal of Infection Control, 2012. 40(6) : pp. 486-490.
78. Donaldson, M.S., Corrigan J.M. et Kohn L.T. To err is human: building a safer health system. Vol. 6. 2000 : National Academies Press.
79. McHugh, M.D. et al. "Better Nurse Staffing and Nurse Work Environments Associated with Increased Survival of In-Hospital Cardiac Arrest Patients", Med Care, 2016. 54(1) : pp. 74-80.
80. Lasater, K.B. et al. "Quality of End-of-Life Care and its Association with Nurse Practice Environments in U.S. Hospitals", Journal of the American Geriatrics Society, 2019. 67(2) : pp. 302-308
81. White, E.M., Aiken L.H. et McHugh M.D. "Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes", Journal of the American Geriatrics Society, 2019. 67(10) : pp. 2065-2071.
82. Coetzee, S.K., Klopper H.C., Ellisa S.M. et Aiken L.H. (2013). "A tale of two systems—Nurses practice environment, well-being, perceived quality of care and patient safety in private and public hospitals in South Africa: A questionnaire survey", International Journal of Nursing Studies, volume 50, Issue 2, février 2013, pp. 162-173
83. Liu K., You L.M., Chen S.X., Hao Y.T., Zhu X.W., Zhang L.F. et Aiken L.H. 2012. "The relationship between hospital work environment and nurse outcomes in Guangdong, China: a nurse questionnaire survey", Journal of Clinical Nursing, mai 2012; 21(9-10) :1476-85. doi : 10.1111/j.1365-2702.2011.03991.x. Publication électronique mars 2012.
84. Aiken L.H., Sloane D.M., Clarke S., Poghosyan L., Cho E., You L., Finlayson M., Kanai-Pak M. et Aunguroch Y. "Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries", International Journal for Quality in Health Care, août 2011 ; 23(4) : 357-364.
85. Jarrín, O. et al. "Home health agency work environments and hospitalizations", Medical Care, 2014. 52(10) : pp. 877-883
86. Choi, J., Flynn L. et Aiken L.H. "Nursing practice environment and registered nurses' job satisfaction in nursing homes", The Gerontologist, 2012. 52(4) : pp. 484-492.
87. Poghosyan, L. et Aiken L.H. "Maximizing nurse practitioners' contributions to primary care through organizational changes", The Journal of Ambulatory Care Management, 2015. 38(2) : pp. 109-117.
88. Kutney-Lee, A. et al. "Changes in patient and nurse outcomes associated with magnet hospital recognition", Med Care, 2015. 53(6) : pp. 550-7
89. McHugh, M.D. et al. "Lower mortality in magnet hospitals", Medical Care, 2013. 51(5) : pp. 382-3
90. Fourth Global Forum for Human Resources for Health. Dublin Declaration on Human Resources for Health: Building the Health Workforce of the Future. 2017 [cité le 13 septembre 2019]. https://www.who.int/hrh/events/Dublin_Declaration-on-HumanResources-for-Health.pdf
91. Drennan, V. et Ross F. "Global nurse shortages—the facts, the impact and action for change", British Medical Bulletin, 2019. 130
92. Organisation mondiale de la Santé. Transformative Scale Up of Health Professional Education. 2011, OMS : Genève.
93. Organisation mondiale de la Santé. WHA 64.7: Renforcement des soins infirmiers et obstétricaux. 2011 [cité le 14 septembre 2019]. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R7-fr.pdf?ua=1
94. Organisation mondiale de la Santé. Orientations stratégiques de l'OMS pour le renforcement des services infirmiers et obstétricaux 2016-2020. 2016, OMS : Genève

95. Conseil international des infirmières. *Domaine de pratique des soins infirmiers*. 2013 [cité le 21 février 2018]. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/B07_Domaine_pratique_soins-Fr.pdf
96. Schober, M. et Affara F. *Advanced Nursing Practice*. 2006, Oxford : Blackwell.
97. Institute of Medicine (US). Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing. *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. 2011, IOM : Washington.
98. Conseil International des Infirmières et Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de la Méditerranée orientale. *Reducing the Gap and Improving the Interface between Education and Service: A Framework for analysis and solution generation*. 2009.
99. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de la Méditerranée orientale. *Promoting Nursing and Midwifery Development in the Eastern Mediterranean Region*. 2008 : Le Caire.
100. Gilbert, J. *Presentation on Inter-professional education and collaborative practice, a Practical Approach for Interprofessional Education (IPE)*. 2018, Congrès régional du Conseil International des Infirmières.
101. Organisation mondiale de la Santé. *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. 2010 [cité le 20 septembre 2019]. https://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/.
102. Conseil International des Infirmières. *Prise de position : Dotation en personnel infirmier sûre, fondée sur des données probantes*. 2018, CII : Genève.
103. Needleman, J. et al. "Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals", *New England Journal of Medicine*, 2002. 346(22) : pp. 1715-1722
104. Aiken, L.H. et al. "Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction", *JAMA*, 2002. 288(16) : pp. 1987-1993
105. Aiken, L.H. et al. "Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments", *Medical Care*, 2011. 49(12) : pp. 1047-1053.
106. McHugh, M.D. et al. "Impact of nurse staffing mandates on safety-net hospitals: lessons from California", *The Milbank Quarterly*, 2012. 90(1) : pp. 160-186.
107. Powell-Cope G., Nelson A.L., Patterson E.S. "Patient Care Technology and Safety", in Hughes RG (éd.). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (USA) : Agency for Healthcare Research and Quality (USA) ; avril 2008, chap. 50. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2686/>
108. Organisation mondiale de la Santé. *Dispositifs médicaux*. https://www.who.int/medical_devices/fr/
109. Flinkman, M., Isopahkala-Bouret U. et Salanterä S. "Young Registered Nurses' Intention to Leave the Profession and Professional Turnover in Early Career: A Qualitative Case Study", *ISRN Nursing*. 2013 : p. 916061.
110. Dilig-Ruiz, A. et al. "Job satisfaction among critical care nurses: A systematic review", *International Journal of Nursing Studies*, 2018. 88 : pp. 123-134.
111. Galletta, M. et al. "The effect of nurse-physician collaboration on job satisfaction, team commitment, and turnover intention in nurses", *Research in Nursing & Health*, 2016. 39(5) : pp. 375-385.
112. Sawatzky, J.-A.V., Enns C.L. Legare C. "Identifying the key predictors for retention in critical care nurses", *Journal of Advanced Nursing*, 2015. 71(10) : pp. 2315-2325.
113. Dave, D.S. et al. "The impact of intrinsic motivation on satisfaction with extrinsic rewards in a nursing environment", *Journal of Management & Marketing in Healthcare*, 2011. 4(2) : pp. 101-107.
114. Morrison, K.B. Korol S.A. "Nurses' perceived and actual caregiving roles: identifying factors that can contribute to job satisfaction", *Journal of Clinical Nursing*, 2014. 23(23-24) : pp. 3468-3477
115. Hsu, C.-P. et al. "Enhancing the commitment of nurses to the organisation by means of trust and monetary reward", *Journal of Nursing Management*, 2015. 23(5) : pp. 567-576.
116. Seitovirta, J. et al. "Attention to nurses' rewarding – an interview study of registered nurses working in primary and private healthcare in Finland", *Journal of Clinical Nursing*, 2017. 26(7-8) : pp. 1042-1052
117. Graystone, R. "How Magnet® Designation Helps Hospitals Tackle the Nursing Shortage", *Journal of Nursing Administration*, 2018. 48(9) : pp. 415-416.
118. Barnes, B., Barnes M. et Sweeney C.D. "Putting the "meaning" in meaningful recognition of nurses: The DAISY Award™", *Journal of Nursing Administration*, 2016. 46(10) : pp. 508-512.
119. Dussault G., Buchan J. (2018) "Noncommunicable diseases and human resources for health: a workforce fit for purpose", pp. 182, in Jakab M., Farrington J. et Borgermans L. (éd.) *Health systems respond to noncommunicable diseases: time for ambition*. OMS Europe. (www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/380997/hss-ncd-book-eng.pdf)
120. Organisation mondiale de la Santé (2017). *Manuel sur les comptes nationaux des personnels de santé*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275750/9789242513110-fre.pdf>
121. Maier, C. B., Aiken, L. H. et Busse, R. (2017). *Nurses in advanced roles in primary care*. OCDE, Paris.
122. Ghebreyesus T.A. (2019). *Discours au Congrès du Conseil International des Infirmières*. <https://www.who.int/fr/dg/speeches/detail/international-council-of-nurses-2019-congress>
123. Organisation mondiale de la Santé et Alliance mondiale pour les personnels de santé (2014). *Une vérité universelle : pas de santé sans ressources humaines*. https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport_summary_Fr_web.pdf?ua=1





www.icnvoicetolead.com

Pour suivre les discussions utilisez :
#VoiceToLead et **#IND2020**

www.icn.ch