

**SERVIR LA COLLECTIVITE ET
GARANTIR LA QUALITE:
LES INFIRMIERES A L'AVANT-GARDE DES
SOINS CHRONIQUES**



JOURNEE INTERNATIONALE DES INFIRMIERES 2010

Tous droits réservés, y compris la traduction.

La reproduction photomécanique de cet ouvrage, 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, pour autant que la source soit indiquée.

Copyright © 2010 CII – Conseil international des infirmières,
3, place Jean-Marteau, 1201 Genève, Suisse

ISBN: 978-92-95094-01-7

TABLE DES MATIERES

Lettre de la présidente et du directeur du CII.....	1
Chapitre 1 – Le défi des maladies chroniques	3
Chapitre 2 – Innovations dans le continuum des soins infirmiers	9
Chapitre 3 – Innovations dans la gestion, la politique et l'éducation...	17
Chapitre 4 – Apporter le changement – de l'innovation à la pratique...	23
Chapitre 5 – Les infirmières pionnières: le passé et l'avenir	33
Chapitre 6 - Rôle des ANI dans la réduction du risque et l'amélioration des soins chronique	39
Chapitre 7 – Conclusion.....	43
 Annexes	
Communiqué de presse du CII	47
Prise de position du CII	49
Fiches d'information du CII	63
Références.....	73



Chères collègues, chers collègues,

Tous les pays du monde sont frappés par une marée croissante de maladies chroniques, et donc par la nécessité de trouver une solution pour permettre aux personnes souffrant d'affections chroniques d'avoir accès à des soins appropriés à des prix raisonnables. Les infirmières sont mieux placées que jamais pour contribuer à améliorer la santé des populations du monde en portant leur attention sur la prévention et sur la prise en charge des maladies chroniques.

Le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et le cancer sont les principaux fléaux au niveau mondial, et font environ 35 millions de victimes tous les ans (OMS 2008a). 80% des décès surviennent dans les pays à revenu faible ou moyen. Ces maladies sont évitables, mais lorsqu'elles surviennent, des soins et une gestion efficaces dès les premiers signes peuvent permettre aux malades de mener une vie satisfaisante et productive. Outre les maladies chroniques "conventionnelles", le rythme et la nature changeants d'autres maladies telles le VIH/SIDA provoquent dans tous les pays une multiplication du nombre de patients nécessitant des soins chroniques suivis.

Les infirmières du monde entier doivent de toute urgence faire preuve d'initiative et collaborer avec toutes les catégories de la communauté et tous les secteurs pour faire face à la menace croissante que représentent les maladies chroniques pour la santé et le bien-être au niveau mondial.

Le présent document fournit des informations de base sur le besoin et la demande accrue de soins chroniques, en prenant pour exemple le diabète de type 2. Il incite entre autres les infirmières à comprendre l'étendue du problème et à admettre que grâce à leur savoir, leur courage, leur vision et leur engagement, elles sont en première ligne pour jouer le rôle de leaders.

./.

**International
Council of Nurses**

3, Place Jean-Marteau
CH-1201 Geneva Switzerland
Telephone 41 (22) 908 0100
Fax 41(22) 908 0101
E-Mail : icn@icn.ch
Website : www.icn.ch

Avec le présent Dossier d'information et d'action, le CII lance un appel à l'action destiné aux infirmières du monde entier, afin qu'elles deviennent le fer de lance de la lutte contre les maladies chroniques; qu'elles servent d'exemples de bonne santé à leurs familles, leurs patients et leurs communautés; et que, par l'entremise de leurs associations nationales d'infirmières, elles s'engagent aux côtés du CII et de ses partenaires pour susciter le changement social, économique et politique.

Avec nos meilleures salutations,

Rosemary Bryant
Présidente

David C Benton
Directeur général

CHAPITRE 1

Le défi des maladies chroniques

Le monde est confronté à une augmentation massive du taux de mortalité et d'invalidité dû aux maladies chroniques. Les maladies chroniques sont toujours associées au monde développé et considérées comme des maladies de l'affluence, touchant essentiellement les personnes âgées et les riches ; or l'attention et les ressources des pays développés se concentrent surtout sur les maladies transmissibles. Les statistiques montrent cependant qu'à l'heure actuelle, 60% des décès dans le monde sont attribuables à des maladies chroniques et 80% de ces maladies surviennent dans les pays à revenu faible ou moyen (OMS 2008a). Un nombre croissant de personnes en âge de travailler est concerné. Dans les pays où se mêlent toutes les catégories de revenus, la santé et la maladie se calquent sur l'échelle sociale: plus la situation socioéconomique est précaire, plus la santé est mauvaise (OMS 2008b). "Le fardeau de ces maladies, qui s'étend rapidement, affecte de façon disproportionnée les populations pauvres et défavorisées, ce qui contribue à creuser le fossé de la santé aussi bien entre les pays qu'à l'intérieur des pays." (OMS 2008a).

Les raisons de la multiplication des maladies chroniques et de l'incidence disproportionnée qu'elles ont sur les plus pauvres abondent, et ne pourront pas, pour la plupart, être éliminées par le secteur de la santé à lui tout seul. Ce dernier doit cependant devenir le fer de lance de la lutte contre les maladies chroniques ; pour leur part, les infirmières peuvent largement contribuer non seulement à la prévention, mais également à la prise en charge de millions de personnes déjà atteintes dans le monde.

Terminologie

Dans le domaine des soins chroniques, on utilise souvent indifféremment plusieurs termes apparentés, à savoir maladie chronique, affection chronique, affection à long terme, maladie liée au style de vie et maladie non transmissible. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit les maladies chroniques comme des maladies de longue durée et à progression lente, tandis que les affections chroniques sont des problèmes de santé nécessitant une gestion suivie sur plusieurs années ou décennies (OMS 2002). Les maladies non transmissibles sont décrites comme des maladies n'étant généralement pas causées par un agent infectieux mais résultant

d'une prédisposition génétique, du style de vie ou de l'environnement. Le terme d'affection chronique est souvent utilisé comme terme générique englobant les affections non transmissibles (par exemple le diabète, l'asthme), les affections transmissibles persistantes (par exemple le VIH/SIDA, la tuberculose); les troubles à long terme (par exemple la dépression, la schizophrénie), et les handicaps physiques/structurels durables (par exemple la cécité, les maladies génétiques). (OMS 2002).

Dans le présent document, il sera surtout question de maladies chroniques, mais d'autres termes pourront également être utilisés, notamment pour citer différents auteurs. **Quels que soient les termes utilisés, le plus important, c'est que les infirmières entre autres comprennent l'étendue du problème et les défis urgents que ce problème pose, et veillent à ce que des mesures soient prises pour améliorer la santé, prévenir les maladies et proposer des soins et une gestion appropriés à ceux qui en ont besoin.**

L'étendue du problème

Le problème est de taille. Le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et certains cancers constituent les principales menaces pour la santé et le développement humains et sont les premiers fléaux au niveau mondial.

DONNEES SUR LE DIABETE (OMS 2009a)

- Selon les estimations de l'OMS, plus de 180 millions de personnes dans le monde souffrent de diabète. Il est fort probable que ce chiffre double d'ici 2030.
- On estime qu'en 2005, 1.1 millions de personnes sont décédées des suites du diabète.
- Près de 80% des décès dus au diabète surviennent dans les pays à revenu faible et moyen.
- Près de la moitié des décès dus au diabète frappent des personnes âgées de moins de 70 ans; 55% des victimes du diabète sont des femmes.
- L'OMS prévoit que si aucune mesure urgente n'est mise en place, le nombre de décès dus au diabète augmentera de plus de 50% au cours des 10 ans à venir. Plus précisément, on prévoit une augmentation de plus de 80% des décès dus au diabète dans les pays à revenu moyen à élevé entre 2006 et 2015.

DONNEES SUR LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES (OMS 2009b)

- Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de décès dans le monde: les maladies cardiovasculaires font tous les ans davantage de victimes que n'importe quelle autre maladie.
- Selon les estimations, 17.1 millions de personnes sont décédées des suites d'une maladie cardiovasculaire en 2004, soit 29% du total des décès. Sur ce total, on estime que 7.2 millions de décès sont à attribuer à une maladie coronarienne et 5.7 millions à une crise cardiaque.
- Les pays à revenu faible et moyen sont touchés de façon disproportionnée: 82% des maladies cardiovasculaires surviennent dans les pays à revenu faible et moyen et touchent aussi bien les hommes que les femmes.
- D'ici 2030, près de 23.6 millions de personnes décèderont de maladies cardiovasculaires, essentiellement de maladies cardiaques et d'attaques. qui, selon les estimations, continueront d'être les principales causes de décès. La plus forte augmentation en termes de pourcentage se produira dans la région de la Méditerranée orientale. La plus forte augmentation en termes de nombres de décès se produira dans la région d'Asie du Sud-est.

DONNEES SUR LE CANCER (OMS 2009c)

- Le cancer est l'une des principales causes de décès dans le monde: il était à l'origine de 7.4 millions de décès (soit environ 13% du total) en 2004.
- Ce sont les cancers des poumons, de l'estomac, du foie, du côlon et du sein qui provoquent le plus de décès dus au cancer chaque année.
- Les types de cancers les plus fréquents ne sont pas les mêmes chez les hommes et chez les femmes.
- Plus de 30% des décès dus au cancer sont évitables.
- Le tabagisme est le plus important facteur de risque du cancer.
- Le cancer provient de la mutation d'une seule cellule. La mutation peut être déclenchée par des agents externes et par des facteurs génétiques héréditaires.
- Selon les prévisions, les décès dus au cancer devraient continuer d'augmenter dans le monde pour se situer à près de 12 millions en 2030.

DONNEES SUR LES MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES (OMS 2009d)

- Des centaines de millions de personnes souffrent quotidiennement de maladies respiratoires chroniques.
- Actuellement, 300 millions de personnes sont atteintes d'asthme,

- 210 millions de personnes souffrent de maladies pulmonaires obstructives chroniques tandis que des millions d'autres sont atteintes de rhinites allergiques et d'autres maladies respiratoires chroniques souvent sous-diagnostiquées.

Ces maladies sont évitables. Jusqu'à 80% des maladies cardiaques, des attaques et des diabètes de type 2 et plus d'un tiers des cancers pourraient être évités en éliminant les facteurs de risques communs, principalement le tabagisme, les régimes alimentaires malsains, la sédentarité et l'usage nocif de l'alcool. Si l'on ne règle pas ces problèmes, la mortalité et le fardeau provoqués par ces problèmes de santé continueront d'augmenter. L'OMS prévoit qu'à l'échelle mondiale, les décès dus aux maladies non transmissibles augmenteront de 17% au cours des 10 prochaines années. La plus forte augmentation sera constatée dans la région de l'Afrique (27%) et dans la région de la Méditerranée orientale (25%). Le plus grand nombre de décès en termes absolus se produira dans la région du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-est. (OMS 2008a). Selon une étude récente reconnue, l'espérance de vie aux Etats-Unis a chuté pour la première fois depuis 100 ans, ce qui est peut-être dû aux maladies chroniques provoquées par le tabagisme et l'obésité (Thorpe 2009). La prévalence du diabète augmentera parallèlement à l'amélioration de l'accès à la thérapie antirétrovirale, qui est associée au quadruplement du risque de diabète. Au Cameroun, selon des informations de base, la prévalence du diabète a été multipliée par 10 en 10 ans (Bischoff et. al. 2009).

Quelles sont les causes?

La multiplication des maladies chroniques dans le monde est due à de nombreux facteurs au niveau mondial, national et local. Bon nombre de ces facteurs sont liés aux changements profonds survenus entre autres à l'échelon de la société, notamment l'urbanisation et la mondialisation économique, l'adoption de mesures politiques et sociales, la multiplication des problèmes d'injustice sociale, ainsi que le vieillissement de la population.

L'urbanisation rapide entraîné une pénurie d'installations et de services primordiaux pour la santé destinés aux "citadins pauvres", notamment le logement, l'infrastructure (y compris les routes, les canalisations d'eau, les installations sanitaires, l'évacuation des eaux usées et l'électricité), et les services de base (y compris la collecte des ordures ménagères, les soins de santé primaire, l'éducation et les services de secours d'urgence) (OMS 2002).

Les citadins pauvres, notamment les peuples autochtones, souffrent d'un sous-investissement progressif dans l'infrastructure et les aménagements, et de différents

degrés de pauvreté et de conditions de vie. Ces inégalités évitables devant la santé sont attribuables au contexte dans lequel les gens grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, et sont fonction des systèmes mis en place pour gérer la maladie. Selon le rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé, la justice sociale est une question de vie ou de mort (OMS 2008b).

En plus de ces changements, on assiste à une augmentation de la prévalence des principaux facteurs de risques modifiables: le tabagisme, un régime alimentaire déséquilibré, la sédentarité, l'usage excessif de l'alcool, les pratiques sexuelles à risques, et le stress psychosocial non géré. Ces facteurs débouchent sur des facteurs de risque intermédiaires, notamment une augmentation de la pression sanguine, du taux de glucose dans le sang, du cholestérol et de l'obésité, qui entraînent à leur tour des maladies cardiovasculaires, des attaques, certains cancers, des maladies respiratoires chroniques et le diabète.

Diabète

Selon la Fédération internationale du diabète, on estimait à 30 millions le nombre de personnes souffrant du diabète dans le monde en 1985. A l'heure actuelle, il y a plus de 245 millions diabétiques, soit sept fois plus en à peine plus de 20 ans. Si rien n'est entrepris pour ralentir l'épidémie, le nombre de personnes souffrant de diabète atteindra 380 millions d'ici 20 ans (FIDa). "Le diabète est la principale cause de perte partielle de la vision et de cécité chez les adultes dans les pays développés. Le diabète est responsable de la majorité des amputations des membres ne résultant pas d'un accident. Les personnes atteintes de diabète sont beaucoup plus exposées à une crise cardiaque ou une attaque. Les personnes souffrant de diabète risquent davantage de développer des problèmes rénaux." (FIDa)

En Australie, le Centre national de simulation socio-économique (National Centre for Social and Economic Modelling) prévoit que la prévalence du diabète de type 2 va pratiquement doubler au cours des 40 prochaines années, pour se situer à 1.6 millions de malades – d'ici là, la maladie coûtera Aus\$14 milliards par an. Les complications dues à la maladie devraient inclure: 270,000 opérations de pontage coronarien, plus de 250,000 attaques et plus de 750,000 troubles rénaux (C3 Collaborating for Health 2009).

Faits et chiffres

- Le diabète touche actuellement 246 millions de personnes dans le monde et, selon les estimations, ce chiffre devrait atteindre 380 millions de personnes d'ici 2025.
- En 2007, les cinq pays avec le plus grand nombre de diabétiques sont l'Inde (40.9 millions), la Chine (39.8 millions), les Etats-Unis (19.2 millions), la Russie (9.6 millions) et l'Allemagne (7.4 millions).
- En 2007, les cinq pays ayant la prévalence la plus élevée de diabète parmi la population adulte étaient Nauru (30.7%), les Emirats arabes unis (19.5%), l'Arabie saoudite (16.7%), le Bahreïn (15.2%) et le Koweït (14.4%).
- D'ici 2025, les augmentations les plus importantes de la prévalence du diabète surviendront dans les pays en développement.
- Chaque année, 7 millions de personnes contractent le diabète.
- Chaque année, 3.8 millions de décès sont attribuables au diabète. Un nombre encore plus élevé de personnes décèdent de maladie cardiovasculaire aggravée par des troubles lipidiques et l'hypertension liés au diabète.
- Toutes les 10 secondes, une personne meurt de causes liées au diabète.
- Toutes les 10 secondes, deux personnes contractent le diabète.
- Le diabète est la quatrième principale cause de décès dû à la maladie à l'échelle mondiale.
- Au moins 50% de tous les diabétiques ignorent qu'ils en souffrent. Dans certains pays, ce chiffre peut atteindre 80%.
- Jusqu'à 80% des diabètes de type 2 sont évitables à condition de suivre un régime sain et de pratiquer davantage d'activités physiques.
- Le diabète est la principale cause d'insuffisance rénale dans les pays développés ; il est le responsable des coûts de dialyse très élevés.
- Le diabète de type 2 est devenu le problème de santé le plus fréquent chez les personnes atteintes d'insuffisance rénale dans les pays occidentaux. L'incidence signalée varie entre 30% et 40% dans les pays tels l'Allemagne et les Etats-Unis.
- 10% à 20% des personnes souffrant de diabète décèdent d'insuffisance rénale.
- On estime que plus de 2.5 millions de personnes dans le monde souffrent de rétinopathie diabétique.
- La rétinopathie diabétique est la principale cause de perte de vision chez les adultes en âge de travailler (20 à 65 ans) dans les pays industrialisés.
- En moyenne, dans les pays développés, les personnes atteintes de diabète de type 2 décèderont 5-10 ans avant les personnes ne souffrant pas de diabète, la plupart des suites de maladies cardiovasculaires.
- Les maladies cardiovasculaires sont la principale cause de décès liés au diabète, et représentent quelque 50% de tous les décès dus au diabète, ainsi que de nombreux cas d'invalidité.
- Les personnes atteintes de diabète de type 2 sont deux fois plus exposées à une attaque cardiaque que les non-diabétiques. De même, les personnes souffrant de diabète de type 2 sont aussi exposées à une attaque cardiaque que les personnes qui n'ont pas le diabète et qui ont déjà survécu à une attaque cardiaque (FID 2001).
- Le diabète, les maladies respiratoires (notamment l'asthme), les maladies cardiovasculaires et l'immunosuppression augmentent le risque de maladies graves et mortelles causées par des virus, comme la H1NI, en particulier parmi les minorités et les populations autochtones (OMS 2009e).

CHAPITRE 2

Incidence sur le développement et sur les systèmes de santé

Le présent chapitre aborde les incidences de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques sur le développement socio-économique mondial par rapport aux Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) relatifs à la pauvreté, les genres et les systèmes de santé, et présente une analyse des coûts associés aux maladies chroniques, le diabète en particulier.

Développement socio-économique

On associe généralement le développement aux améliorations durables mises en place dans le contexte économique et social des différents pays. Pour certains, c'est le développement qui apporte des opportunités pour la santé, alors que pour d'autres, la population doit être en bonne santé pour pouvoir jouir d'un développement équitable et durable. Ce dernier argument pèse de tout son poids lorsqu'il s'agit d'attribuer des ressources et de se demander si un pays peut se permettre d'investir dans la santé, ou au contraire, s'il peut se permettre de ne pas le faire. Bien entendu, il n'y a pas forcément de lien de causalité évident entre la richesse économique d'un pays et la richesse de l'ensemble de sa population. On constate des inégalités croissantes dans les pays du monde entier, ce qui signifie que les comparaisons traditionnelles entre les pays ne permettent plus d'avoir un panorama complet, car les pauvres des pays à revenu élevé peuvent avoir de bien moins bonnes opportunités en termes de santé que les riches des pays à revenu faible. Les maladies chroniques et les facteurs de risques qui y sont associés sont étroitement liés à la pauvreté, à laquelle ils contribuent; ces maladies devraient donc figurer en bonne place dans les discussions au niveau international sur le développement (OMS 2008a).

Les maladies chroniques imposent des coûts élevés en termes humains, sociaux et économiques, empêchent les particuliers et les communautés de profiter de tout leur potentiel et leur volent leur avenir. Il n'est pas facile d'élaborer des méthodes permettant de quantifier ces coûts, pour lesquels il faut tenir compte du temps perdu au domicile, pour l'éducation et pour les loisirs, ainsi que du temps perdu sur le lieu de travail, ce qui entraîne une diminution de la qualité de vie ; de l'augmentation de la pauvreté des particuliers et des familles ; de la réduction de la productivité et des

résultats économiques des entreprises et des économies nationales; de l'augmentation des coûts pour les particuliers ou pour le système de santé en raison du diagnostique, des soins et des traitements; et du coût entraîné par les complications, souvent évitables, découlant des maladies chroniques.

Pour relever le défi posé par les affections chroniques, il convient de tenir compte du développement général du système social, économique et du système de santé des pays.

Objectifs du Millénaire pour le développement

On a souvent laissé entendre que l'on avait raté l'occasion d'inclure des objectifs spécifiques relatifs à la lutte contre les maladies chroniques dans les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), et que l'on avait concentré toute l'attention au VIH/SIDA, à la tuberculose et au paludisme, aux dépens des maladies chroniques. D'aucuns ont affirmé qu'en se concentrant sur ces maladies, l'on avait détourné l'attention et les ressources d'une catastrophe imminente: celle des maladies chroniques (OMS 2005, p70).

Pour certains cependant, les OMD ont le mérite d'attaquer le problème de la mauvaise santé à sa source, en s'attelant par exemple à la pauvreté, à l'inégalité, à l'insuffisance de d'éducation, à la mortalité maternelle, et les efforts et les ressources consentis pour consolider les systèmes de santé afin de lutter contre les maladies transmissibles ont eu un impact positif sur la prise en charge et la gestion des maladies chroniques.

Quel que soit le point de vue, les OMD représentent un **pacte conclu entre les pays riches et les pays pauvres**. Ce partenariat ciblé peut servir à promouvoir le plan d'action pour la prévention et la maîtrise des maladies chroniques, étant donné, entre autres, que les maladies chroniques perpétuent la pauvreté au même titre que d'autres causes de mauvaise santé. La question n'est pas de savoir s'il faut cibler plutôt les OMD ou plutôt les maladies chroniques, mais de mettre en place une synergie qui permette de s'occuper des deux objectifs, car ils sont indissociables et ils doivent être traités comme une condition préalable au développement socio-économique et à la prévention de l'exclusion sociale.

Comment [I1]: Not sure what word should be used here but not "compact"! ok done TG

Pauvreté

La relation entre la pauvreté et les problèmes de santé chroniques est double : la pauvreté est source de mauvaise santé, et la mauvaise santé entraîne la pauvreté. L'OMS (OMS 2002) identifie notamment les facteurs suivants:

- Les mères qui se nourrissent mal portent des enfants qui, une fois adultes, sont atteints de troubles chroniques comme le diabète, l'hypertension et les maladies cardiaques.
- La pauvreté et la santé précaire durant l'enfance sont également associées aux maladies chroniques à l'âge adulte, notamment le cancer, les maladies pulmonaires, les maladies cardio-vasculaires et l'arthrite.
- Les personnes âgées pauvres dans les pays développés et dans les pays en développement ont souvent une santé précaire et un accès insuffisant aux soins.
- Le lieu de travail des pauvres est souvent plus éprouvant sur le plan physique, entraînant pour les travailleurs le risque de se blesser et d'être exposés à des substances nocives. L'exposition aux produits chimiques dangereux et à la pollution, en particulier dans les pays en développement, a une incidence sur le taux de prévalence locale du cancer et des maladies cardio-vasculaires respiratoires.
- Les pauvres n'ont souvent pas suffisamment accès aux soins de santé ou aux mesures de prévention, ce qui donne lieu à une détérioration de leur santé et à l'exacerbation des maladies chroniques.
- Les maladies chroniques entre autres sont à la source des handicaps professionnels, de la retraite anticipée et de la réduction de la productivité, ce qui aboutit à la perte d'emploi.
- Les dépenses pour le traitement des maladies chroniques peut s'avérer exorbitant, en particulier lorsque les conditions ne sont pas bien gérées dès le départ ou lorsque des complications surviennent.
- Les personnes atteintes de maladies chroniques sont exposées à la marginalisation et à la stigmatisation au sein de leurs communautés, ce qui risque de limiter encore davantage leurs possibilités de suivre une formation et de trouver un emploi. De plus, la stigmatisation et la négligence sont souvent à l'origine de l'exacerbation des affections chroniques. Les femmes atteintes de maladies chroniques sont encore plus exposées aux problèmes d'ordre financier, physique ou éducatif.

Inégalité des genres

Dans le monde entier, l'inégalité sociale, la pauvreté et l'accès inéquitable aux ressources, y compris aux soins de santé, font augmenter l'incidence des maladies chroniques chez les femmes, en particulier chez les femmes pauvres.

- Les femmes ont tendance à vivre plus longtemps avec des maladies chroniques que les hommes, bien qu'elles soient souvent en mauvaise santé.
- Les coûts associés aux soins de santé, y compris les cotisations des assurés, constituent un obstacle au recours aux services de santé par les femmes, car

leur revenu est inférieur à celui des hommes, et elles ont moins la possibilité de maîtriser les ressources du ménage.

- La charge de travail des femmes dans le ménage et leur rôle de prestataire de soins lorsque d'autres membres de la famille tombent malades sont également des facteurs significatifs qui retardent la décision d'aller se faire soigner.
- Dans les zones où les femmes ont une mobilité limitée, elles n'ont pas toujours la possibilité de se déplacer jusqu'au centre de santé (OMS 2005, p65).

Systèmes de santé

L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques représente un fardeau croissant et impose des exigences nouvelles et différentes aux systèmes de santé du monde entier. Tous les secteurs des systèmes de santé sont concernés — la prestation de service, le personnel de santé, les systèmes d'information, les produits médicaux, les vaccins, les technologies, le financement, et le leadership et la gouvernance. En dépit des promesses d'engagement en faveur des soins de santé primaire, la plupart des systèmes de santé ont toujours besoin de détourner leur attention des soins aigus épisodiques vers les soins chroniques. Cette question est abordée de façon plus détaillée dans le Chapitre 4, qui propose différents modèles de soins chroniques.

Le Plan d'action 2008-2013 de l'OMS pour la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles (OMS 2008a) propose des directives aux pays afin qu'ils puissent revoir et consolider leurs systèmes de santé. Les infirmières peuvent se servir de ces directives pour renforcer leur contribution au niveau national et local. Les directives recommandent notamment de prévoir la mise en œuvre de politiques appropriées, de former les ressources humaines; de garantir un accès suffisant aux médicaments essentiels et aux technologies de base, d'établir des normes pour les soins de santé primaire, de mettre au point des mécanismes opérationnels d'orientation des patients; d'avoir recours à des directives et des normes factuelles pour les maladies courantes comme les maladies cardio-vasculaires, les cancers, le diabète et les maladies respiratoires chroniques; de mettre en place des mesures d'économie pour le dépistage précoce des cancers du sein et du col de l'utérus, le diabète, l'hypertension et autres facteurs de risque cardio-vasculaire, d'améliorer la formation des médecins, des infirmières et autre personnel de santé et le programmes de formation continue ; de soutenir les personnes atteintes de maladies non transmissibles afin qu'elles puissent mieux gérer leur maladie (par exemple grâce à l'éducation, à des incitations et des outils pour mieux se prendre en charge et se soigner); et d'élaborer des mécanismes pour le financement durable de la santé afin de réduire les inégalités dans l'accès aux soins de santé.

Coûts des maladies chroniques

Il existe de solides indications épidémiologiques prouvant l'augmentation du fardeau des maladies chroniques, mais aucune preuve irréfutable sur l'impact économique des maladies chroniques. Les coûts des maladies chroniques ne se limitent pas aux coûts médicaux directs des opérations et des traitements médicamenteux. Il faut également tenir compte de coûts indirects significatifs, notamment la diminution de la productivité économique, car les travailleurs tombent malades, deviennent infirmes ou prennent leur retraite anticipée, et les coûts des différents mécanismes permettant de faire face – recours aux économies et aux placements, vente des avoirs du ménage ou retrait des enfants de l'école pour qu'ils puissent s'occuper du membre de la famille malade. Ce sont des coûts liés aux maladies chroniques – pour les particuliers, pour les familles, pour les communautés, les employés et les économies – qui augmentent rapidement (OXHA 2009a). Il convient également de tenir compte des coûts humains non quantifiables provoqués par la douleur, la souffrance et le deuil.

Il est difficile d'obtenir des chiffres complets et fiables, car différentes méthodes et stratégies sont utilisées pour décrire et calculer les coûts, et les résultats peuvent donner lieu à toutes sortes d'interprétations. Les trois méthodes principales d'estimation des coûts sont:

- la méthode d'estimation des coûts de la maladie;
- la méthode de la croissance économique, qui permet d'estimer l'impact des maladies chroniques sur le revenu national grâce à des variables telles la main d'œuvre disponible et l'épargne; et
- la méthode du revenu total, qui consiste à mesurer en termes pécuniaires la diminution du bien-être associée à la mauvaise santé (OMS 2005, p75).

Les estimations provenant de la méthode de la croissance économique sont les plus conservatrices, celles la méthode du revenu total les plus élevées, tandis que les estimations du coût de la maladie se situent entre les deux.

Pour les Etats-Unis, avec la méthode d'estimation du coût de la maladie, les estimations des coûts totaux des soins de santé dus aux maladies cardiaques sont passées de US\$ 298.2 milliards en 2000, à US\$ 329.2 milliards en 2001 et US\$ 351.8 milliards en 2002 (OMS 2005, p75).

En Australie, on estime que les attaques cardiaques sont à l'origine d'environ 2% des coûts directs totaux imputables aux soins de santé (OMS 2005, p76).

Selon les estimations d'une étude norvégienne, on pourrait faire des économies à hauteur de US\$ 188 millions en évitant les maladies et les attaques cardiaques sur 25 ans grâce à l'abaissement de la pression sanguine de la population de 2 mmHg, obtenu en réduisant la consommation de sel (OMS 2005, p77).

Selon une étude canadienne, une réduction de 10% dans la prévalence de la sédentarité pourrait permettre de réduire les dépenses directes en soins de santé de C\$ 150 millions (soit environ US\$ 124 millions) en un an (OMS 2005), p77).

L'OMS prévoit que la Chine va perdre \$ 558 milliards du revenu national escompté en raison des maladies cardiaques, des attaques et du diabète, et ce uniquement pour la période 2006 - 2015 (OMS 2009b).

Lors d'une réunion de l'OCDE en 2008, il a été signalé que:

- La perte de productivité associée aux risques de mauvaise santé peut atteindre 400% du coût du traitement des maladies chroniques
- Aux Etats-Unis, les personnes atteintes de maladies chroniques représentent plus de 75% des dépenses médicales de US\$ 2 billions sur le plan national
- Etant donné que la charge des maladies chroniques est en augmentation, elle risque de monopoliser les fonds nécessaires à l'amélioration d'autres aspects essentiels et fondamentaux, comme l'éducation et l'infrastructure aussi bien dans les pays industrialisés que dans les économies émergentes.
- Seuls 3% des dépenses de santé sont consacrés à la prévention dans les pays de l'OCDE (PriceWaterhouseCoopers LLP 2008)

Aux Etats-Unis, les coûts directs et indirects liés au tabagisme représentent plus de \$75 milliards, et ceux liés au diabète plus de \$130 milliards par an (OXHA 2009a).

Le diabète a entraîné la mort d'environ 3.8 millions de personnes dans le monde en 2007, soit environ 6% de la mortalité mondiale totale, soit l'équivalent du pourcentage de décès dus au VIH/SIDA. Si l'on applique les chiffres de l'OMS aux années de vie perdues par personne qui décède de diabète, cela représente plus de 25 millions d'années de vie perdues chaque année. La Fédération internationale du diabète (International Diabetes Federation, IDF) estime que l'équivalent de 23 millions d'années de vie supplémentaires sont gâchées en raison des infirmités et de la réduction de la qualité de vie provoquées par les complications évitables dues au diabète. Les personnes souffrant de diabète courent un risque élevé de décès prématuré, en particulier dans les pays où les particuliers et les familles sont tenus de couvrir les coûts de leurs propres soins et traitements.

Disparités entre le monde développé et le monde en développement

Plus de 80% des dépenses consacrées au traitement du diabète le sont dans les pays les plus riches du monde. Moins de 20% des dépenses sont consenties dans les pays à revenu moyen et faible, où vivront bientôt 80% des personnes atteintes de diabète. Environ 8% de la population mondiale vivant avec le diabète résident aux Etats-Unis et représentent plus de 50% de toutes les dépenses mondiales consenties pour soigner le diabète, alors que l'Europe regroupe un quart des dépenses consacrées à la lutte contre le diabète. Les autres pays industrialisés, comme l'Australie et le Japon, se partagent presque tout le reste. Dans les pays les plus pauvres du monde, on ne consacre pas suffisamment d'efforts financiers pour mettre à disposition des médicaments même peu coûteux permettant de sauver la vie des personnes atteintes de diabète.

Augmentation spectaculaire des coûts des soins médicaux pour lutter contre le diabète

Le diabète coûte cher avant même d'être diagnostiqué, aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. Or les coûts sont bien plus élevés qu'ils devraient l'être, car on n'investit pas suffisamment d'argent pour prévenir les complications coûteuses comme les maladies cardiaques, les attaques, les maladies rénales et les amputations. Les coûts de traitement d'une personne souffrant de diabète et atteinte d'une maladie rénale au stade final sont de 3 à 4 fois supérieurs aux coûts consentis pour une personne ne souffrant d'aucune complication. On estime qu'en 2007, le monde a dépensé au moins US\$ 232 milliards pour soigner et prévenir le diabète et ses complications. D'ici 2025, ces dépenses devraient excéder US\$ 302.5 milliards (FIDb).

CHAPITRE 3

Stratégies pour la réduction des risques dus aux maladies chroniques

Le présent chapitre porte sur la prévention des maladies chroniques. Il aborde certains facteurs de risque comportementaux et biologiques qui augmentent la probabilité de développer les maladies chroniques les plus courantes, comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et certaines formes de cancer, et met en avant une série d'interventions visant à réduire ou à contrôler ces risques.

Prévention de la maladie chronique

Etant donné que les causes sous-jacentes sont souvent à chercher en dehors du secteur de la santé, les stratégies visant à prévenir les maladies chroniques doivent bénéficier de la participation d'autres secteurs, comme celui de l'agriculture, de la finance, du commerce, des transports, de l'urbanisme, de l'éducation et du sport. Il convient d'analyser et d'aligner les politiques de tous les secteurs pour garantir les meilleurs résultats possibles pour la santé.

Réduire les facteurs de risque

Jusqu'à 80% des maladies cardiaques, des attaques et des diabètes de type 2, et plus d'un tiers des cancers pourraient être évités si l'on éliminait ou contrôlait les facteurs de risque. Les principaux facteurs de risque comportementaux communs sont le tabagisme, les régimes malsains, la sédentarité et l'usage nocif de l'alcool. Les facteurs de risque biologiques qui y sont associés sont notamment une pression sanguine élevée, un taux élevé de cholestérol et de glucose dans le sang et la surcharge pondérale/obésité.

Selon les informations fournies par l'OxHA (Oxford Health Alliance) (OXHA 2006), dans les pays développés, les facteurs de risque se concentrent essentiellement chez les pauvres, alors que dans les pays en développement, le groupe socio-économique le plus touché varie en fonction des différents facteurs de risque. Ainsi, dans la plupart des pays à revenu faible, le tabagisme se concentre chez les

pauvres. Pour ce qui est de l'obésité, les habitudes malsaines ont tendance à débiter chez les riches, puis à se répandre parmi les pauvres dans le même pays. Les informations relatives au diabète montrent une prédominance chez les riches aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement, mais cela reflète peut-être le fait que les plus pauvres ne cherchent pas forcément à recevoir un diagnostic. Le panorama est moins tranché pour d'autres indicateurs, comme l'activité physique et l'angine.

Comment [12]: I don't understand this sentence. Should it read "With regards to obesity, both rich and poor in the same country are affected by unhealthy habits."

Les stratégies visant à réduire les facteurs de risque devraient favoriser la collaboration, dans le but de renforcer la prise de conscience, de mettre à disposition et de susciter des choix de santé réalistes et à coût raisonnable et rendre de faciles les choix les plus sains.

Interventions

Les interventions pour contrer les facteurs de risque sont notamment la prévention primaire et secondaire. Les interventions de prévention primaire ont lieu avant le diagnostic de la maladie et peuvent être menées à bien par l'individu, par la communauté ou par l'ensemble de la population. La prévention secondaire comporte des tests cliniques, comme la surveillance de la pression sanguine, le dépistage du cholestérol et le recours à des médicaments comme l'aspirine, les statines, les bêtabloquants et les inhibiteurs de l'ECA pour ceux qui sont très exposés ou qui n'en sont pas à leur première maladie chronique.

Echelon individuel

Certaines personnes peuvent décider de participer à des activités de promotion de la santé à différents moments de leur vie et pour différents motifs, par exemple pour avoir l'air en meilleure forme, pour se sentir mieux ou pour rester en bonne santé. Elles n'ont pas forcément toujours l'intention de prévenir les maladies chroniques, cependant, certaines des activités entreprises réduisent le risque de développer des affections chroniques courantes:

- arrêter de fumer, par le biais d'une thérapie de substitution de la nicotine si nécessaire;
- boire de l'alcool de façon responsable, sans dépasser le maximum recommandé;
- pratiquer régulièrement de l'exercice, au minimum l'équivalent d'une marche vigoureuse de 30 minutes trois fois par semaine;
- maintenir un poids approprié et un indice de masse corporelle sain (IMC), et manger quotidiennement au moins cinq portions de fruits et de légumes frais, réduire la consommation de sel et privilégier les graisses insaturées.

Même pour les personnes qui en ont la possibilité, il peut s'avérer difficile de trouver les ressources et la motivation nécessaires pour pratiquer ces activités jusqu'à ce qu'elles soient pleinement intégrées dans leur vie quotidienne, dans le but de réduire le risque de développer des maladies chroniques. Les infirmières peuvent donner l'exemple et encourager leur famille et leurs amis à adopter, comme elles, un style de vie sain.

Echelon communautaire

Pour que les interventions dans le cadre communautaires puissent aboutir, il est important de réunir plusieurs facteurs, à savoir la participation de la communauté, la prise de décisions politiques favorables à l'échelon local, l'adoption de mesures intersectorielles, et la collaboration avec les organisations non gouvernementales, l'industrie et le secteur privé. Ainsi, des écoles et des lieux de travail sains peuvent avoir un impact majeur sur la santé des enfants, des familles et des employés, et susciter davantage d'enthousiasme et de participation, ainsi qu'une meilleure productivité. Les infirmières peuvent jouer un rôle significatif à l'appui de telles initiatives en organisant des campagnes d'éducation et d'information; en veillant à ce que les messages relatifs à la santé soient clairs et cohérents; en influant sur les politiques relatives à l'accès à une nourriture saine à l'école et sur le lieu de travail; en offrant un accès aux services de santé par le biais de conseils en nutrition ou d'un test de la pression sanguine; en encourageant la mise en place de cadres sains et la mise à disposition d'installations pour les activités physiques; et en créant un environnement qui rende faciles les choix les plus sains.

Community Interventions for Health (OxHA 2009b), les Interventions communautaires en faveur de la santé, est un programme de recherche international visant à créer des environnements et des politiques favorables à la réduction des risques dus au tabagisme, à un régime inapproprié et à la sédentarité. Le programme propose d'intervenir notamment en resserrant les liens au sein de la communauté, en assurant une formation dans le domaine de la santé, en prévoyant des interventions structurelles et des stratégies de marketing social. Le programme a été déployé dans les communautés les plus exposées des pays développés et des pays en développement, notamment en Chine, en Inde, au Mexique, en Tunisie, en Israël, au Royaume-Uni et aux Etats-Unis. Les interventions ciblent les communautés, les écoles, les lieux de travail et les centres de santé. Le programme devrait comporter :

- Une 'feuille de route' sur les meilleures pratiques de lutte contre les facteurs de risques des maladies chroniques
- Une base de données internationale complète sur les procédures d'intervention et les résultats

- Des articles de recherche pour renforcer la réduction du facteur de risque et la prévention des maladies chroniques.

Les autochtones d'Amérique du Nord sont touchés de façon disproportionnée par l'épidémie de diabète de type 2, et présentent parmi les taux les plus élevés du monde. Les Indiens Pima d'Arizona ont une prévalence de 50% chez les adultes, le taux le plus élevé jamais documenté. Le régime alimentaire autochtone et la sédentarité constituent des facteurs de risques significatifs. Il est avéré que si la majorité des membres des deux communautés et de multiples institutions participent au programme d'intervention, il est acceptable et pertinent sur le plan culturel; des travaux supplémentaires sont en cours (Rosecrans et al. 2008).

Echelon de la société

Les changements survenus au niveau de la société sont par exemple les changements politiques concernant les impôts, notamment sur le tabac et sur l'alcool; la législation relative au tabagisme et à l'abus d'alcool ; des changements politiques relatifs à l'étiquetage des aliments, la commercialisation et la fabrication des produits. Les changements apportés aux processus industriels afin de limiter les composantes alimentaires malsaines – comme la quantité de graisses trans ou de sel dans les produits cuisinés – peuvent avoir un impact significatif sur le régime alimentaire des individus.

L'Inde regroupe près d'un tiers des trois millions de décès par année liés au tabagisme enregistré dans le monde, et l'on a constaté une augmentation des lésions précancéreuses de la bouche — dont les médecins sont convaincus qu'elles sont causées par la mastication du tabac. Mastiquer du tabac est acceptable sur le plan social et est de plus en plus populaire en Inde, en particulier chez les jeunes. Certains types de tabac à mâcher ou de tabac à priser ont fait l'objet d'une commercialisation spécifique et sont consommés par des enfants dès l'âge de six ou sept ans depuis une dizaine d'années (Joshi 2006). Le cancer de la bouche a une période d'incubation de dix ans, on craint donc une forte recrudescence de ce type de cancer en Inde d'ici quelques années. L'Etat de Goa a adopté l'une des lois anti-tabac les plus strictes du monde. La Loi de Goa relative à l'interdiction de fumer et de cracher (Prohibition of Smoking and Spitting Act) interdit de fumer et de cracher du tabac mâché dans les lieux publics, y compris aux arrêts de bus, sur les plages et dans les transports publics. Cette loi interdit toute publicité pour le tabac dans l'ensemble de l'Etat ainsi que la vente de produits du tabac dans un périmètre de 100 mètres d'une école ou d'un lieu de culte (BBC Worldservice).

Thèmes

Etudier les facteurs de risque pour les maladies chroniques soulève de nombreuses questions, notamment celle de la rentabilité, des différences culturelles, de l'accès à l'information et de la prise de décision éclairée.

Les coûts et l'impact de nombreuses interventions visant à réduire les risques sont plus faciles à mesurer au niveau individuel qu'au niveau communautaire ou de l'ensemble de la société. Des recherches sont en cours, afin de déterminer notamment la rentabilité relative de la prévention primaire générale par rapport au ciblage des populations à haut risque.

Il existe des divergences culturelles quant aux comportements adoptés pour être en bonne santé et les choix et responsabilités individuels concernant la promotion, la conservation et la gestion de la santé. Il existe également des différences significatives dans les relations entre le public et les professionnels de la santé, en particulier en ce qui concerne le partage de l'information et la prise de décision.

L'accès à des informations précises, pertinentes et impartiales et le recours à ces informations sont importants à tous les niveaux, du niveau individuel à celui des professionnels de la santé et des décideurs. Dans les pays en développement, où l'on n'a guère pris conscience des conséquences sur la santé du tabagisme, de l'abus d'alcool, des régimes alimentaires malsains et de la sédentarité, il serait évidemment utile d'obtenir davantage d'informations. L'Initiative Health Information For All by 2015, HIFA (Informations sur la santé pour tous d'ici 2015), à laquelle participe le CII, a pour but de faire en sorte que tout individu ait accès à un prestataire de services de santé informé. La mise à disposition d'informations a ainsi permis de réduire soudainement et durablement le tabagisme aux Etats-Unis, suite à la publication, en 1964, du rapport du médecin général sur les risques sanitaires découlant de la consommation du tabac.

La question de l'information n'est cependant pas aussi simple qu'il y paraît. Il a fallu des siècles avant que l'on comprenne les effets du tabagisme sur la santé, alors on ne dispose peut-être pas encore de toutes les informations nécessaires. Certains groupes, les enfants par exemple, n'ont peut-être pas les compétences ou les capacités nécessaires pour interpréter ou comprendre l'information, c'est pourquoi la commercialisation d'aliments ou de boissons pour les enfants continue de faire débat. Les adultes peuvent se montrer sceptiques et ne pas faire confiance aux informations provenant des fabricants, des gouvernements et autres parties prenantes.

Et puis savoir quelle est la solution saine, c'est une chose, le choisir c'est autre chose. Les gens ne se comportent pas toujours rationnellement ; la prise de risque fait partie du comportement humain. Les gens, même bien informés, continuent de se nourrir de façon malsaine, de fumer et de boire trop d'alcool. Alors mettre des informations à disposition et faire opérer une prise de conscience, ce sont certes des étapes essentielles, mais elles ne suffisent peut-être pas à elles seules pour changer des comportements ou une pratique. Il convient de transmettre et de rappeler régulièrement les messages cohérents relatifs à la santé, sous différentes formes, pour informer et éduquer des populations tout entières.

Le soutien psychosocial, motivationnel et comportemental, par exemple fixer des objectifs et résoudre des problèmes, joue un rôle significatif dans la mise en oeuvre de changements durables dans le style de vie et dans la prévention des maladies chroniques (Fekete et al. 2007; Whitemore et al. 2009; Lindstrom et al. 2008). On estime que jusqu'à 80% des maladies chroniques pourraient être évitées, les infirmières sont donc bien placées pour apporter une contribution significative sur le plan mondial à la prévention des maladies chroniques.

Prévention du diabète de type 2

La prévention primaire permet d'identifier les individus exposés au diabète de type 2 et de les protéger, ce qui réduit à la fois la nécessité soigner le diabète et la nécessité de traiter les complications liées au diabète. Les changements de style de vie dans le but de contrôler son poids et la multiplication des activités physiques sont essentiels à la prévention du diabète de type 2.

La prévention secondaire repose sur le dépistage précoce et la prévention des complications, réduisant ainsi la besoin de traitement. Les mesures prises dès le premier stade du diabète sont plus bénéfiques en termes de qualité de vie et plus rentables, en particulier si ces mesures permettent d'éviter l'hospitalisation. L'on sait désormais avec certitude que la maîtrise du taux de glucose dans le sang peut réduire de façon substantielle le risque de développer des complications et ralentir leur progression dans tous les types de diabète. Le contrôle de la pression sanguine et du taux de lipides dans le sang (graisses) est tout aussi important (FIDc). Une étude entreprise récemment aux Etats-Unis a démontré que la régression du stade de pré-diabète à une régulation normale du taux de glucose peut être accomplie grâce à la perte de poids et à une modification approfondie du style de vie (Perreault et al. 2009).

CHAPITRE 4

Gestion des soins chroniques, contributions et compétences des infirmières

La présente section aborde la question de la prise en charge et de la gestion des maladies chroniques, en faisant référence à différents modèles de soins chroniques. La contribution des infirmières à la gestion des soins chroniques est mise en exergue, tout comme les compétences dont elles ont besoin dans le contexte des soins chroniques.

Modèles de gestion des soins chroniques

Les maladies chroniques ne sont plus considérées isolément les unes des autres, car de plus en plus de personnes sont atteintes de plusieurs maladies, par exemple le diabète et une maladie cardiovasculaire. Les exigences posées par les affections chroniques courantes aux patients, aux familles et au système de soins de santé sont semblables, et des stratégies de gestion comparables fonctionnent avec toutes les maladies chroniques, ce qui les rend plus semblables que différentes.

Les patients atteints de maladies chroniques ont besoin d'être fermement soutenus par leur communauté pour pouvoir conserver la meilleure santé possible et continuer d'être opérationnels aussi longtemps que possible. Ils doivent savoir se soigner pour être en mesure de gérer leurs problèmes à leur domicile, et ont également besoin d'une prise en charge et d'une gestion proactives, intégrées et planifiées pour pouvoir anticiper leurs besoins, afin que tout changement, toute détérioration de leur état puisse être pris en compte avant que la situation ne devienne aigue.

Les modèles de soins chroniques sont utilisés et adaptés dans différents pays. Les infirmières sont les mieux placées pour montrer la voie et contribuer à l'élaboration de modèles de soins chroniques appropriés. Deux modèles, le modèle de gestion intégrée de la maladie chronique (Chronic Care Model, CCM) et le cadre de soins novateurs de l'OMS pour les maladies chroniques (Innovative Care for Chronic Conditions, ICC) sont présentés à titre d'exemples aux Figures 1 et 2.

Le modèle de gestion intégrée de la maladie chronique (Chronic care model, CCM)

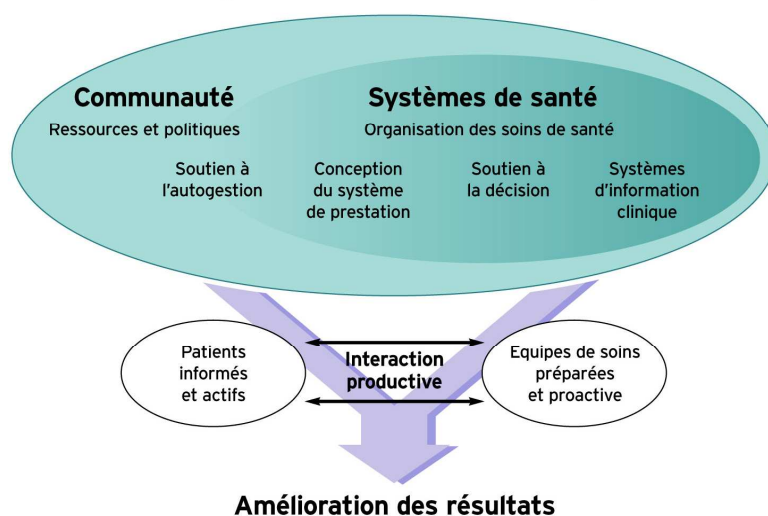
La méthode CCM fonctionne par interaction entre “ des équipes de soins proactives et organisées, et des patients informés et actifs”, en d’autres termes, “un patient motivé, doté des informations, des compétences et de la confiance nécessaires pour prendre des décisions efficaces au sujet de sa santé et pour la gérer, et une équipe de praticiens disposant des information nécessaires, du soutien à la décision et de ressources suffisantes pour des soins de haute qualité.” (Improving Chronic Illness Care 2004). Le modèle se fonde sur six éléments complémentaires et les activités correspondantes, tel qu’expliqué ci-dessous. Les infirmières du monde entier jouent un rôle majeur dans tous ces éléments et toutes ces activités.

Figure 1: Le modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques

Composante	Action d’intervention
Relation patient– prestataire de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Faire participer les patients en tant que partenaires actifs à la gestion de leur(s) maladie(s) • Proposer des informations et une éducation aux patients, aux soignants, aux familles et au public en général • Faciliter l’autogestion et la prestation de soins par le patient • Développer des relations durables entre patients et prestataires de soins, et reconnaître que les patients, les prestataires de soins et les familles peuvent s’avérer mieux informés que le généraliste au sujet des nouveaux développements et possibilités de traitement, et peuvent souvent apporter de nouveaux éléments d’information à l’infirmière ou au professionnel de la santé
Conception du système de prestation	<ul style="list-style-type: none"> • Leader dans la prévention, le dépistage, l’évaluation, le diagnostic • Passer des soins réactifs aux soins planifiés et au suivi proactif durable • Avoir recours au travail en équipe et à la pratique collaborative • Dépister les groupes à risqué élevé • Coordonner les soins prodigués aux patients ayant des besoins complexes • Planifier et dispenser des soins que les patients comprennent et qui correspondent à leur culture

Composante	Action d'intervention
Soutien à la décision	<ul style="list-style-type: none"> • Recours systématique aux outils d'évaluation et de diagnostic • Recours à des protocoles factuels et à des indications provenant de la pratique clinique, afin qu'ils servent de base aux interventions, et dans le but de procéder à un échange avec les patients • Coordonner le renvoi à des spécialistes intégrés au sein de l'équipe
Systèmes d'information	<ul style="list-style-type: none"> • Communiquer efficacement et gérer les informations de façon appropriée • Recours aux nouvelles technologies • Etablir des rappels et retours d'information sur la base des directives relatives à la pratique. en ayant notamment recours aux registres de patients • Superviser et évaluer les soins et les traitements • Se concentrer sur l'amélioration de la qualité
Ressources communautaires	<ul style="list-style-type: none"> • Etablir des liens étroits avec les agences communautaires qui préconisent l'intégration sociale et un mode de vie sain, afin de promouvoir ou de mettre au point des programmes • Savoir ce qui fonctionne dans certaines cultures ou communautés • Encourager les patients à participer à des programmes efficaces • Renforcer la collaboration avec le public, le personnel autre que le personnel de santé et d'autres secteurs
Organisation des soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> • S'engager en faveur du développement stratégique de l'infrastructure des soins planifié et le soutenir • Adopter un rôle de leader au sein des organisations et entre les organisations • Mettre au point des accords en vue de la coordination des soins • Utiliser et gérer les ressources de façon efficace • Contribuer à l'élaboration de politiques, à la planification et à la gestion des services • Promouvoir des stratégies d'amélioration efficaces • Veiller à ce que les incitations soient fondées sur la qualité des soins

Le modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques



Réimprimé avec la permission de Edward H. Wagner, MD, MPH,
Chronic Disease Management: What Will It Take To Improve Care for
Chronic Illness? Effective Clinical Practice, Aug/Sept 1998, Vol 1.

Le cadre des soins novateurs pour les affections chroniques (Innovative Care for Chronic Conditions, ICCC)

Le ICCC repose sur la certitude que l'on ne peut obtenir des résultats positifs avec les maladies chroniques que si des patients et des familles préparés, informés et motivés collaborent avec les équipes de soins de santé et les soutiens communautaires (OMS 2002).

Les principes fondamentaux de ce cadre sont les suivants:

- Prise de décisions factuelle
- Attention à la population
- Attention à la prévention
- Attention à la qualité.
- Intégration.
- Souplesse/faculté d'adaptation

Le Cadre est composé d'éléments fondamentaux ou "composantes" qui peuvent être utilisés pour créer ou concevoir à nouveau un système de soins de santé permettant de mieux gérer les problèmes de santé à long terme. Les infirmières sont les mieux à même d'apporter une contribution complète et efficace pour chacune des composantes, afin de garantir une prise en charge et une gestion appropriées et

efficaces des maladies chroniques en fonction du contexte local et des ressources à disposition.

Figure 2: Le Cadre des soins novateurs pour les affections chroniques de l'OMS

Composantes	Action d'intervention
Organisation des soins de santé	Soutenir l'autoprise en charge et la prévention Organiser et équiper les équipes de soins de santé Recourir à des systèmes d'information Promouvoir la continuité et la coordination Encourager la qualité à travers un rôle de direction et des mesures d'incitation
Communauté	Mobiliser et coordonner les ressources Fournir des services complémentaires Favoriser de meilleurs résultats à travers un rôle de direction et de soutien Renforcer la prise de conscience et réduire la stigmatisation
Environnement politique	Renforcer les partenariats Développer et affecter les ressources humaines Mener une action de direction et de plaidoyer Intégrer les politiques Promouvoir un financement régulier Mettre en place des cadres législatifs appropriés



Réimprimé avec la permission de l'OMS

Contribution des infirmières

Le pilier de ces deux modèles, c'est l'attention portée à des patients, des familles et des communautés informés et motivés, soutenus par une équipe de pratique collaborative informée et motivée. Les infirmières sont à l'avant-garde de la pratique puisqu'elles fournissent des informations et éduquent les patients; établissent des relations avec les patients, les soignants et les communautés; garantissent la continuité des soins; se servent de la technologie pour faire progresser la prestation de soins (CII 2007); soutiennent l'adhérence aux thérapies à long terme; et préconisent la pratique collaborative (CII 2004).

Le chronic care model a été élaboré aux Etats-Unis et mis en pratique essentiellement par des médecins. Bodenheimer, lui-même médecin, affirme que 'la littérature relative aux soins de santé et le déploiement de nombreux efforts pour améliorer les soins chroniques indiquent que ce sont les infirmières, et non pas les médecins, qui sont essentiels pour la mise en œuvre du chronic care model au sein d'une équipe de soins axée sur le patient.' (Bischoff et al. 2009)

“Bon nombre des résultats positifs constatés lors des visites organisées auprès des patients en compagnie des infirmières sont peut-être le fait d'une meilleure communication avec les patients. Les infirmières semblent être particulièrement aptes au sein d'une équipe, et parviennent à établir une interaction peut-être plus bénéfique avec les patients que les médecins. Par conséquent, les infirmières devraient être bien préparées pour assumer le défi épidémiologique que représente la lutte contre l'épidémie mondiale des affections chroniques (Bischoff et al. 2009)”.

Compétences

Quel que soit le modèle de soins chroniques utilisé, les infirmières jouent un rôle essentiel et doivent disposer des connaissances, des compétences et des attributs requis pour pouvoir faire valoir tout le potentiel de leur contribution. Il est nécessaire de mettre en place des programmes d'éducation et de formation pour préparer les infirmières et les travailleurs de la santé à faire face aux changements du fardeau de la maladie. Le type d'éducation et de formation nécessaire se prête à l'apprentissage multidisciplinaire et interdisciplinaire. Il convient d'appliquer une approche efficace et pragmatique pour que des soins appropriés, à prix raisonnable et complets soient mis à la disposition de tous ceux qui sont atteints de maladies chroniques ; il faut également prévoir un accès à des soins et une prise en charge spécialisés si nécessaire (CII 2008).

Le Cadre et Compétences du Continuum des soins infirmiers du CII (ICN Nursing Care Continuum Framework and Competencies) se fonde sur le Cadre de compétences du CII pour l'infirmière généraliste (ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse) et fournit des bases solides permettant d'élaborer les

connaissances, les compétences et les attributs ou compétences appropriés tout au long du continuum des soins infirmiers (CII 2008). Comme toujours, le défi consiste à déterminer quels sont les éléments communs dans les soins et la prise en charge des affections et des maladies chroniques devant être appliqués à l'ensemble du continuum des soins, et quelles sont les connaissances spécialisées nécessaires en cas de co-morbidité et de complications. Ce sera au niveau local et national qu'il faudra fixer les limites de la pratique spécialisée, afin de pouvoir pleinement tirer parti des ressources disponibles pour répondre aux besoins de soins de santé des populations locales. Le CII fournit un cadre de compétences pour les infirmières qui exercent un rôle clinique spécialisé (CII 2009).

Les compétences dont ont besoin les infirmières pour prévenir et gérer les maladies chroniques sont notamment (CII 2008):

- Participer aux activités relatives à l'amélioration de l'accès à la gamme de services requis pour rendre les services de santé plus efficaces (infirmière diplômée)
- Respecter le droit du client à l'information, au choix et à l'auto-détermination dans les soins infirmiers et les soins de santé. (Infirmière diplômée et infirmière spécialisée)
- Faire preuve d'intégrité professionnelle et de probité et avoir un comportement éthique, dans la droite ligne des stratégies de commercialisation des entreprises lors de la prescription de médicaments et d'autres produits. (Infirmière spécialisée et infirmière de pratique avancée)
- Jouer le rôle de source d'information et d'éducation, et pour les clients qui souhaitent améliorer leur style de vie, entreprendre des activités de prévention de la maladie/des blessures et faire face aux changements survenus dans les domaines de la santé, de l'invalidité et du décès (Infirmière diplômée)
- Reconnaître les opportunités et fournir des indications/une éducation aux particuliers, aux familles et aux communautés, afin de les inciter à mettre en place des activités de prévention de la maladie et à maintenir un style de vie sains. (Infirmière diplômée et spécialisée)
- Choisir les stratégies d'enseignement/d'apprentissage correspondent aux besoins et aux caractéristiques des particuliers ou des groupes. (Infirmières diplômées et infirmières spécialisées)
- Coopérer avec d'autres professionnels, groupes communautaires et groupes d'intérêts particuliers dans le cadre d'activités visant à réduire la maladie et promouvoir des styles de vie et des environnements sains dans les domaines importants pour la pratique spécialisée. (Infirmière spécialisée)
- Inclure dans la pratique la prise en compte des multiples déterminants de la santé (Infirmière diplômée et infirmière spécialisée)

- Travailler de façon collaborative avec d'autres professionnels dans le domaine des soins de santé pour que les clients aient un meilleur accès aux infirmières et aux services de santé. (Infirmière diplômée)

Prise en charge des affections chroniques

Les infirmières jouent de plus en plus souvent le rôle de leader dans la prise en charge des maladies chroniques. Dans certains contextes, cela se produit par défaut en raison du nombre croissant de personnes nécessitant des soins. Dans d'autres contextes, la mise en place d'infirmières spécialisées et d'infirmières cliniques de pratique avancée constitue la réponse stratégique à un besoin identifié. Au Royaume-Uni, les infirmières spécialisées dans le diabète ont figuré parmi les premiers groupes d'infirmières s'acquittant de responsabilités supplémentaires et élargies dans la prise en charge des soins.

Gestion du diabète de type 2

Les directives nationales pour la gestion du diabète de type 2 dans le cadre des soins de santé primaire et secondaire au Royaume-Uni ont été revues et mises à jour en 2008 sur la base des meilleures études systématiques disponibles (NCC-CC 2008; Bannister 2008). Des directives semblables existent dans d'autres pays ; il ressort clairement de ces directives que dans de nombreux pays, les infirmières sont bien placées pour s'occuper de soigner et de prendre en charge les personnes atteintes de diabète.

Soins axés sur le patient: Tous les types de soins devraient tenir compte des besoins et des préférences spécifiques du patient. Il est essentiel de garantir une bonne communication pour que les patients puissent prendre des décisions éclairées et pour ce faire, qu'ils puissent avoir accès à des informations factuelles et à l'éducation.

Education: Les directives recommandent qu'une éducation structurée soit proposée à tous les patients au moment plus ou moins où le diagnostic est posé. Bien que tout porte à croire que l'éducation en groupe est préférable, il conviendrait de proposer une autre solution aux patients qui ne sont pas en mesure de participer ou qui ne sont pas disposés à le faire. L'éducation devrait être axée sur des faits et répondre aux besoins de chacun. Elle devrait être structurée, être dispensée par des éducateurs formés, être assortie d'une assurance qualité et faire l'objet d'une évaluation régulière. Une évaluation de l'éducation devrait accompagner toutes les évaluations annuelles des patients, et l'accès à des mises à jour annuelles est un élément essentiel du suivi de la prise en charge. L'éducation proposée par le biais de programmes de formation structurés devrait être incluse dans le suivi de la prise en

charge de chaque patient. Il est par conséquent essentiel que tous les professionnels des soins de santé impliqués dans la prestation de soins aux patients atteints de diabète se familiarisent avec le contenu, les messages principaux et les outils d'autoprise en charge utilisés dans le programme local.

Conseils diététiques: Les recommandations diététiques reposent sur les principes d'alimentation saine, en particulier ceux qui préconisent une protection optimale du risque cardiovasculaire. Les aliments suivants sont recommandés: fruits, légumes, céréales complètes et légumineuses, produits laitiers pauvres en matières grasses et poisons gras. L'absorption d'aliments contenant des acides gras saturés ou trans devrait être limitée, et les aliments commercialisés spécialement pour les diabétiques ne sont pas recommandés

Comment [13]: Another confusing sentence - Can the author please explain?

Pression sanguine: Les objectifs en matière de pression sanguine recommandés pour l'ensemble de la population de type 2 est de <140/80mmHg, mais on recommande aux personnes atteintes de lésions rénales, oculaires ou cérébro-vasculaires de se fixer un objectif inférieur de <130/80mmHg. Les conseils en matière de mode de vie sont prodigués au premier stade de l'intervention, mais si cela ne permet pas de parvenir aux objectifs convenus, on recommande une thérapie à base d'inhibiteurs ACE dosée au maximum. Cependant, il convient de tenir compte des besoins de soins des femmes susceptibles d'être enceintes – car pour ce groupe, on recommande l'introduction d'un inhibiteur calcique. Il convient de surveiller régulièrement l'impact du traitement pour garantir une gestion optimale et un dosage adéquat.

Evaluation du contrôle du glucose: On recommande un objectif général HbA1c de 6.5 per cent dans le cadre de la réduction du risque micro-vasculaire. Cependant, cela peut varier chez les individus en fonction de la qualité de vie qu'ils devront peut-être sacrifier pour parvenir à cet objectif, l'ampleur des effets secondaires et les ressources à disposition pour la prise en charge. Pour les patients qui se battent pour parvenir à un objectif de HbA1c proche de 6.5 pour cent, il est important de souligner que toute réduction de HbA1c en direction de l'objectif convenu est bénéfique. Lorsque les traitements qui comportent un risque d'hypoglycémie sont mis en place, un objectif légèrement plus élevé peut s'avérer nécessaire pour limiter l'hypoglycémie. Une gestion agressive de HbA1c en-dessous de 6.5 pour cent n'est pas recommandée.

Auto-contrôle du glucose dans le sang: L'autocontrôle du glucose dans le sang devrait être proposé à tous les patients récemment diagnostiqués dans le cadre de leur éducation à l'autoprise en charge. Tous les patients ne souhaitent pas surveiller leur propre taux de glucose dans le sang. Il convient de fixer l'objectif du contrôle et de mettre à disposition l'apprentissage de l'interprétation des résultats ainsi que les actions à entreprendre pour réagir en cas de changement. Les patients peuvent décider de ne pas surveiller leur propre taux de glucose dans le sang, mais ceux qui décident de le faire doivent être aidés. Une fois la décision de pratiquer

l'auto-surveillance prise, il convient de superviser les avantages et l'impact de la surveillance au moins une fois par an.

Surveillance du taux de lipides: La plupart des patients atteints de diabète de type 2 sont considérés à fort risqué cardiovasculaire. La thérapie à statine est généralement indiquée pour les patients âgés de plus de 40 ans. Certains patients âgés de moins de 40 ans présentent un risqué élevé suite à l'identification des facteurs de risqué conventionnels – pour ces patients, la thérapie à statine est également indiquée. Parmi les facteurs de risque élevés chez les patients âgés de moins de 40 ans, on trouve le syndrome métabolique, de forts antécédents familiaux, l'origine ethnique et la présence de lésions micro-vasculaires.

CHAPITRE 5

Innovations de la profession infirmière dans le domaine des soins infirmiers

L'innovation dans le traitement médical des affections chroniques revêt la forme de nouvelles idées, méthodes ou programmes visant à modifier la façon de prévenir et de gérer les maladies chroniques (OMS 2002). L'innovation n'est pas un concept nouveau pour la profession infirmière. Dans le monde entier, les infirmières entreprennent quotidiennement des activités novatrices; ces activités sont motivées par le désir d'améliorer les résultats de la prise en charge du patient et la nécessité de réduire les coûts du système de santé. Bon nombre de ces initiatives ont donné lieu à des améliorations considérables de la santé des patients, des populations et des systèmes de santé (Base de données du CII sur l'innovation).

Les infirmières sont bien placées pour relever avec des solutions créatives et novatrices le défi des affections chroniques, et pour faire la différence dans la vie quotidienne des patients, des familles et des communautés. Le CII, qui s'engage à promouvoir et à diffuser l'innovation dans le domaine infirmier, a lancé la Base de données du CII sur l'innovation, une source d'information sur le web ayant pour but de diffuser dans le monde entier les innovations dans le domaine infirmier <http://www.icn.ch/innovations/>. En outre, le CII a choisi comme thème pour la Journée internationale de l'infirmière 2009 " Servir la collectivité et garantir la qualité: les infirmières s'engagent pour des soins innovants".

Comme on l'a vu au Chapitre 4, les soins chroniques ont besoin d'un changement dans la relation qui unit les infirmières, les patients et les communautés, ainsi que dans les relations et le mode de travail au sein de l'équipe de soins. Les progrès technologiques sont à l'origine de la plupart des innovations dans la prise en charge et la gestion des affections chroniques ; ils concernent les technologies de l'information et de la communication et la création de nouveaux produits et techniques. L'utilisation efficace des technologies modifie et remet en question les pratiques de travail traditionnelles, et nécessite de la souplesse dans la conception et la prestation de services médicaux et infirmiers. Les infirmières sont souvent à l'avant-garde de la conception et de la promotion de tels changements.

Corée du Sud: Maintenir des taux de glucose dans le sang aussi proches que possible du taux normal, c'est la base de la prévention des complications dues au diabète de type 2. Une étude entreprise en Corée du Sud démontre que l'intervention d'une infirmière par SMS sur téléphone portable peut aider les patients à mieux contrôler leur taux de glucose dans le sang. A l'occasion d'un test réalisé sous contrôle, des patients ont transmis toutes les semaines par internet ou par SMS les taux de glycémie qu'ils avaient contrôlé eux-mêmes ainsi que des informations relatives aux médicaments. Ces données ont été analysées à la lumière du dossier médical personnel des patients, qui ont ainsi reçu des recommandations au sujet d'un régime, d'exercices physiques ou de médicaments, par exemple "La sédentarité peut être à l'origine de l'aggravation de votre taux de glucose" ou "Veuillez vérifier les quantités que vous ingérez". Ce sont peut-être ces contacts et retours d'informations réguliers qui ont motivé les patients à contrôler leur taux de glucose. Leur taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) a diminué de 1% à 15% points à trois mois et 1% à 5% points à six mois, par rapport au groupe d'intervention directe. Les patients du groupe d'intervention ont quant à eux enregistré une diminution de leur glycémie à deux heures après le repas (2HPMG) de 85% à 1 mg/dl à trois mois et de 63% à 1 mg/dl à six mois par rapport à la référence (Hee-Seung et al. 2007).

Suriname: Inspirées par le thème de la Journée de l'infirmière 2009 " Servir la collectivité et garantir la qualité: les infirmières s'engagent pour des soins innovants", les infirmières du service de pédiatrie de l'hôpital de Diakonessenhuis au Suriname ont fait œuvre de pionnières dans l'amélioration des soins dispensés aux enfants atteints d'affections chroniques. Le service de pédiatrie appartient à un hôpital privé de 216 lits de la capitale du Suriname. Bien que le nombre de patients hospitalisés pour des maladies chroniques soit faible, la fréquence de leur admission est élevée. Les infirmières reconnaissent que le niveau des soins psychologiques mis à la disposition des proches des patients (parents, frères et sœurs) est insuffisant ; elles ont donc conçu un programme visant à fournir aux familles des informations et un soutien professionnels afin de les aider à faire face aux effets des affections chroniques. Un programme multidisciplinaire a été conçu sur la base du modèle de soins chroniques décrit au Chapitre 4. On escompte notamment une réduction de 40% du taux d'admission, ce qui représente une amélioration de la qualité de vie pour le patient et sa famille, et une réduction du taux d'absentéisme à l'école grâce à la réduction du nombre d'admissions à l'hôpital et au recours aux soins ambulatoires. (informations fournies par l'Association des infirmières du Suriname)

Finlande: La facilitation et l'apprentissage multi-professionnels se sont avérés efficaces pour la mise en oeuvre des directives, ce qui a permis d'améliorer la collaboration multi-professionnelle et le partage des devoirs et des responsabilités, et de mieux cibler les activités de prévention et les ressources nécessaires. Il en a

résulté une amélioration dans la prise en charge et la gestion des malades du diabète, de l'hypertension et de la dyslipidémie (Sipla et al. 2008).

Etats-Unis: Parmi les initiatives provenant de la Base de données du CII sur l'innovation, le département chargé de l'éducation du patient (Patient Health Education (PHE) du Centre médical pour les vétérans de Dayton (Dayton Veterans Affairs Medical Center, DVAMC) a élaboré et mis en œuvre la Série gestion du style de vie destinée aux femmes (Life Style Management Series for Women). Il s'agit d'un programme didactique novateur de cinq semaines proposant aux femmes d'expérimenter la gestion holistique de leur style de vie. Parmi les thèmes abordés, on trouve la gestion du stress, la gestion et le maintien du poids, la nutrition, l'exercice et les stratégies d'autoprise en charge. Le programme cible les femmes vétérans en bonne santé et les femmes présentant un risque élevé de développer des problèmes liés au service militaire, l'obésité, l'hypertension, le diabète, l'ostéoporose et le cancer. Le principal objectif de ce programme multidisciplinaire est de promouvoir des stratégies de maintien de la santé et empêcher la maladie ou la progression de la maladie. Le programme propose aux participantes d'identifier et de diminuer les facteurs de risque personnels associés au développement ou à la progression de la maladie, et de renforcer leur prise de conscience de l'importance du dépistage préventif. Certaines participantes se sont par la suite inscrites à des programmes d'appui plus intensifs destinés à les aider à modifier leur comportement pour empêcher la progression de la maladie et à se consacrer plus intensément à l'auto-maintenance individuelle. A l'issue de la série, les participantes disposent d'un bagage qui les aidera à rester en bonne santé et à prévenir la maladie grâce à de meilleurs choix à propos de leur style de vie.

Afrique du Sud: L'hôpital McCord a mis en place un programme destiné aux infirmières sur leur lieu de travail ; ce programme a pour but de les aider à faire face aux problèmes liés aux maladies chroniques, notamment la surcharge pondérale et le tabagisme. Le programme est le fruit d'un effort collaboratif auquel ont participé l'Organisation démocratique des soins infirmiers de l'Afrique du Sud (Democratic Nursing Organization of South Africa, DENOSA), le CII et l'Oxford Health Alliance ; il a été coordonné au niveau local par Honey Allee, infirmière praticienne. Le programme a été élaboré sur la base du partenariat et de l'engagement ; il se fondait sur des objectifs partagés et partait du principe qu' "être en bonne santé" signifie différentes choses pour différentes personnes, selon des facteurs tels que l'âge, la situation socio-économique et la culture. Le programme local incluait l'amélioration des politiques relatives à l'organisation, notamment le principe de soigner les soignants, en mettant l'accent sur la santé et le bien-être; la mise à disposition d'aliments sains à la pause déjeuner; de cours de gym et de différents clubs d'appui; des tests médicaux; la gestion du poids et la mise à disposition de patches de nicotine pour aider les participantes à arrêter de fumer. Le programme a été

l'occasion de partager des connaissances, des compétences et des expériences, ainsi que des histoires de succès et d'échecs. Le programme est parvenu à informer, éduquer et aider les infirmières à améliorer leur propre santé. Les résultats à ce jour démontrent qu'un nombre significatif d'infirmières ont perdu du poids, amélioré la gestion de leur propre maladie chronique, profité du test médical, et arrêté de fumer. Le CII et ses partenaires sont disposés à soutenir d'autres ANI qui souhaiteraient mettre en place des programmes similaires afin d'améliorer la santé des infirmières et de leur famille, leur lieu de travail, leurs écoles et leurs communautés locales.

Taiwan: Les patients qui luttent contre un cancer omettent de prendre leurs analgésiques lorsqu'ils sont chez eux ; afin de comprendre les problèmes liés à la prise d'analgésiques, les infirmières de Taïwan ont entrepris une étude sur la base du formulaire "Barrier Questionnaire-Taiwan form (BQT)". Elles voulaient obtenir des informations sur la véritable perception que les patients ont des analgésiques. Elles ont eu recours au questionnaire d'autoévaluation de Morisky sur l'adhérence aux analgésiques pour mesurer l'observance de la prise d'analgésiques par les patients.

L'étude a démontré que les patients se faisaient des idées au sujet des analgésiques. Pour redresser ces idées fausses, les patients et leurs familles ont reçu un manuel d'information pratique sur la douleur. Le manuel contenait entre autres des considérations sur le fatalisme, le souci à l'idée de faire perdre du temps au médecin pendant la consultation, la volonté d'être un bon patient, les effets secondaires des médicaments, l'addiction, la progression de la maladie.

Les infirmières ont également aidé les patients à comprendre leur ordonnance pour des analgésiques, en leur expliquant les produits pharmaceutiques effectivement utilisés, la forme du médicament, son efficacité, ses éventuels effets secondaires et la méthode d'administration. Les infirmières ont insisté auprès des patients sur l'importance de prendre des analgésiques à heures fixes et comme indiqué sur l'ordonnance afin de gérer efficacement la douleur.

A chaque visite de suivi, les infirmières ont recueilli des informations sur la perception par les patients des analgésiques, sur les effets perçus et sur les effets secondaires, afin que ces informations puissent être utiles aux médecins pour ajuster la prescription. Les infirmières ont notamment invité la famille à participer aux interventions d'éducation en vue de soulager la douleur, facilité la communication entre les patients et les médecins, et exprimé des préoccupations d'ordre professionnel au sujet des difficultés éprouvées par les patients vis-à-vis de la douleur. Les patients ont été encouragés à partager des informations sur leur douleur et sur leur réaction aux médicaments.

Au bout d'un mois d'éducation et de consultation sur la douleur, les patients et leur famille ont diminué de façon significative leurs réticences à propos du recours aux analgésiques. L'adhérence du patient à la prescription s'est également considérablement améliorée. Les patients ont indiqué des niveaux beaucoup moins élevés d'intensité de la douleur et d'ingérence de la douleur dans la vie quotidienne. (informations transmises par l'Association des infirmières taïwanaises)

Royaume-Uni : Anita Plummer, infirmière praticienne, a été récompensée pour l'élaboration d'un programme de gestion du poids par les infirmières destiné aux patients atteints de maladies chroniques. Anita Plummer a constaté un certain nombre de lacunes en 2006 lors d'un exercice d'évaluation de l'IMC qui a révélé que la prévalence de l'obésité était plus élevée que la moyenne nationale. Un patient sur quatre a été placé dans la catégorie des obèses et deux sur trois étaient soit en surcharge pondérale, soit obèses. Dans l'ensemble, 605 patients sur 1,061 âgés de 18 à 75 ans et atteints de maladies à long terme (maladies coronariennes, diabète et hypertension) présentaient un IMC supérieur à 28. Etant donné que les ressources pour la pratique ne sont pas illimitées, Plummer a décidé d'accorder la priorité aux patients en surcharge pondérale et obèses atteints de maladies à long terme afin qu'ils puissent contrôler leur poids. Elle a mis au point un programme d'éducation, organisé des réunions de contrôle du poids et des promenades de santé, qui se sont tous avérés populaires et efficaces (Robinson 2007).

Emirats arabes unis: L'Association des infirmières des Emirats (Emirates Nursing Association, ENA) s'est engagée à jouer un rôle actif dans l'amélioration des normes de santé en entreprenant d'éduquer le public et d'améliorer ses connaissances au sujet des maladies chroniques, notamment le diabète et l'hypertension. L'ENA, avec le soutien du ministère de la Santé, a lancé une campagne de sensibilisation à la santé afin de former les patients aux pratiques saines lors du jeûne du mois sacré du Ramadan. La campagne de sensibilisation a été organisée à l'intention de tous les Emirats, d'Abu Dhabi à Fujeirah. Selon une approche multidisciplinaire, les infirmières ont agi en partenariat avec le patient, la famille, les médecins et autres prestataires de soins de santé. Parmi les services proposés au public à l'occasion de cette campagne, on trouve la mesure de la pression sanguine et du taux de sucre dans le sang; la distribution de dépliants et de brochures de sensibilisation à la santé; et l'éducation des patients et de leurs proches sur la façon d'adopter des habitudes saines et de prévenir les complications à long terme. D'autres services ont également été proposés, comme des conseils et une éducation personnalisée pour les jeunes et leur famille sur des thèmes généraux

relatifs à la vie saine, comme le régime, l'exercice, le soutien psycho-social et les activités sociales. A l'heure où nous publions ce rapport, la campagne a déjà touché près de 10,000 personnes. Si ce projet a été couronné de succès, c'est grâce au soutien du ministère de la Santé, à la participation des infirmières volontaires et à une vaste participation du public. (informations transmises par l'ENA).

CHAPITRE 6

Rôle des ANI dans la réduction du risque et l'amélioration des soins chroniques

Les ANI doivent faire preuve de courage et d'ambition pour relever le défi de la prévention et de la gestion des maladies chroniques. En effet, il existe de nombreuses priorités concurrentes et urgentes, dont la plupart ont un impact plus évident et immédiat que la prévention à long terme d'une maladie et la promotion de la santé. Il est cependant essentiel, non seulement pour les patients mais également pour les familles, les communautés et les générations futures, que les ANI jouent un rôle de direction auprès de la profession d'infirmière.

Les ANI sont bien placées pour informer, encourager et autonomiser les infirmières à tous les niveaux, afin qu'elles collaborent avec toutes sortes de parties prenantes, y compris les communautés, les employeurs, les partenaires, les décideurs, les écoles, les patients et leurs familles, dans le but d'enrayer la progression des maladies chroniques et de veiller à ce que toutes les personnes atteintes de maladies chroniques bénéficient des soins, du traitement et de la prise en charge nécessaires pour promouvoir le bien-être et garantir les meilleurs résultats possibles en matière de santé.

Chaque ANI doit tenir compte d'une série de facteurs lorsqu'elle doit décider des interventions les plus appropriées dans son contexte, notamment de la capacité de mise en œuvre, de l'acceptabilité, et le soutien communautaire et politique. Sélectionner un petit nombre d'activités et les mener à bien aura probablement plus d'impact que d'en choisir un grand nombre et les déployer n'importe comment.

Diffusion d'informations et plaidoyer

Les ANI sont bien placées pour transmettre aux particuliers, aux communautés et aux décideurs des informations et des messages essentiels au sujet de maladies chroniques. Il est nécessaire de diffuser largement des informations complètes et factuelles sur les affections chroniques pour renforcer la prise de conscience et entraîner un changement de comportement. Il est également indispensable de partager des informations sur les politiques en matière de maladies chroniques, afin d'encourager le débat public, le plaidoyer et de faire en sorte que les maladies chroniques soient prioritaires dans les programmes de santé publique. Les ANI peuvent:

- Rendre publics des informations essentielles, des faits et des chiffres relatifs aux maladies chroniques dans le cadre de discours et de communiqués de presse.
- Diffuser des informations sur les maladies chroniques dans les écoles, sur le lieu de travail, dans les centres de santé et dans les centres communautaires.
- Organiser des campagnes nationales et des activités pour renforcer la prise de conscience au sujet de la prévention et de la gestion des maladies chroniques.
- Accorder davantage de priorité à la prévention et au contrôle des affections chroniques dans les ordres du jour des différents fora et réunions.
- Rendre hommage aux réussites novatrices des infirmières dans le domaine des soins chroniques et mettre en exergue le travail des infirmières dans les publications, sur les sites web, lors de conférences, etc.
- Faciliter la collaboration avec d'autres associations de professionnels de la santé, les ministères de la santé et autres secteurs et parties prenantes concernés.
- Collaborer avec les ministères de la Santé, notamment pour influencer sur la santé nationale et sur les politiques publiques pertinentes.
- Faire pression pour obtenir une législation et une réglementation qui améliorent et facilitent la contribution des infirmières aux soins chroniques.
- Faire pression en faveur d'une approche équilibrée vis-à-vis des services de prévention, de promotion, de soins et de réhabilitation.
- Offrir un forum pour dialoguer et mieux comprendre les défis et les difficultés.
- Plaider en faveur de la santé des populations vulnérables.
- Diffuser des informations sur les pratiques exemplaires.
- Faire pression sur les employeurs afin qu'ils mettent à disposition des environnements de travail sains.

Diriger la mobilisation de la base

Les ANI peuvent travailler avec des groupes de plaidoyer et autres dirigeants communautaires pour :

- Organiser au niveau de la base des campagnes et des activités susceptibles de déboucher sur des mesures de santé publique, comme des journées annuelles de la santé qui peuvent servir à renforcer la prise de conscience sur les risques, la prévention et la gestion des maladies chroniques.
- Encourager la mise en place d'activités liées aux maladies chroniques au niveau local.
- Soutenir les pratiques d'appui novatrices pour garantir des écoles et des lieux de travail sains, en collaborant avec d'autres acteurs essentiels.
- Encourager les représentantes des ANI locales à s'impliquer dans leurs communautés locales et à parler avec les médias locaux, les voisins, les amis, etc. des avantages découlant d'un style de vie sain et de la prévention des maladies chroniques.
- Encourager les patients et les communautés à faire pression pour obtenir des solutions locales, saines, et à des prix raisonnables.

- Veiller à ce que les stratégies nationales soient adaptées aux contextes locaux.

Constituer des partenariats

Pour une prévention et une gestion réussies des maladies chroniques, il convient de coordonner les mesures au sein du secteur de la santé et au-delà, auprès des organisations relevant de la société civile, des ministères du gouvernement, des dirigeants communautaires, des travailleurs de la santé et du secteur privé et des entreprises. Pour être efficaces, les partenariats doivent encourager la collaboration, limiter les doublons et limiter la concurrence pour obtenir des ressources, afin que les organisations puissent renforcer et étoffer les programmes relatifs aux maladies chroniques.

- Etablir des partenariats entre les leaders communautaires, les professionnels de la santé, les chefs d'entreprise et les décideurs dans le but de partager des informations, élaborer des stratégies et mobiliser des ressources
- Encourager les décideurs à augmenter leur investissement pour la prévention et la gestion des maladies chroniques, et mettre en œuvre des programmes et des politiques de promotion des régimes sains, des activités physiques et de l'abstinence au tabac.
- Fournir des données aux organisations de soins de santé, aux chercheurs et aux décideurs sur les implications pour les infirmières des nouvelles méthodes de prévention, de prise en charge et de gestion, aussi bien pour la mise en œuvre à court terme que pour la rentabilité à long terme, et contribuer aux discussions sur la façon dont ces implications peuvent être gérées de façon efficace.
- Collaborer avec les services d'éducation pour consolider les données sur les maladies chroniques dans les programmes d'éducation.
- Collaborer avec les centres de formation d'infirmières et les centres de recherche afin de canaliser la recherche sur les soins chroniques
- Collaborer avec les régulateurs et les législateurs pour supprimer de la législation et de la pratique réglementaire toute incohérence qui empêcherait les infirmières de réaliser leur potentiel dans la gestion des maladies chroniques.

Renforcement des capacités

Les ANI jouent un rôle important dans la construction des capacités dans l'ensemble de la profession infirmière en renforçant les capacités des particuliers, des familles et des communautés pour la promotion de la santé, la prévention des maladies et la gestion de la mauvaise santé et des maladies chroniques.

- Fournir une assistance technique pour la conception et la mise en œuvre de programmes relatifs aux maladies chroniques.
- Mettre à disposition un espace/forum favorable à l'échange et à la discussion sur les pratiques et les innovations dans le domaine de la prévention et de la gestion des maladies chroniques.

- Informer les infirmières entre autres des innovations dans le domaine des soins infirmiers.
- Faire pression auprès des ministères afin qu'ils offrent des bourses, d'autres types d'assistance, ou une aide au financement afin de garantir l'éducation à venir.
- Susciter l'intérêt dans les soins infirmiers et la recherche grâce à la mise à disposition de bourses, de possibilités de formation et d'opportunités de carrière pour les infirmières.
- Encourager/faciliter la reprise dans le domaine des nouvelles technologies de l'information grâce à la formation et à des mécanismes de retour d'information.
- Faciliter la gestion du changement.

CHAPITRE 7

Conclusion

Il est urgent de veiller à ce que partout dans le monde, les infirmières prennent l'initiative de s'engager aux côtés de l'ensemble de la communauté et de tous les secteurs pour faire face aux menaces croissantes pour la santé et le bien-être dans le monde. Aucun pays n'a été épargné par le fléchissement abrupt de l'économie mondiale en 2008-2009, qui a renforcé la pression sur les ressources réservées au secteur de la santé. Dans un même temps, des particuliers, des familles et des communautés aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement ont dû faire face à des décisions et à des défis de plus en plus difficiles dans leur vie de tous les jours.

Plus que jamais, les infirmières doivent s'efforcer de rendre faciles les choix les plus sains. Pour cela, elles devront notamment faire pression et plaider au niveau national et international en faveur d'une législation et d'une réglementation qui rendent faciles les choix les plus sains, par exemple sur le front de la fabrication, de l'étiquetage et de l'établissement des prix des aliments; préconiser l'attribution des ressources nationales sur une base factuelle, afin de soutenir les interventions efficaces et saines; collaborer avec les écoles et les lieux de travail pour promouvoir des environnements et des pratiques sains; et saisir les occasions d'informer et d'éduquer les patients et leurs familles.

Contrairement à certains thèmes et activités proposées pour célébrer la Journée internationale de l'infirmière, le présent appel à l'action sollicite l'attention et la réponse de chaque infirmière à titre individuel partout dans le monde, quelle que soit sa spécialisation, le lieu où elle exerce ou son type de pratique. Si chacune des 13 millions d'infirmières dans le monde s'engage personnellement à manger sainement, à faire de l'exercice, à boire sans excès et à renoncer au tabagisme, sa santé et son bien-être s'en trouveraient améliorés et elle aurait moins de risques de développer une maladie chronique. Si chacune de ces infirmières se comporte en modèle à suivre, en éducatrice et en vecteur de changement au sein de sa famille, parmi ses amis, sur son lieu de travail et au sein de sa communauté locale pour promouvoir un style de vie plus sain, nous pourrions ensemble contribuer à enrayer la vague de maladies chroniques. Les infirmières et les communautés, à condition qu'elles soient éduquées et habilitées pour le faire, peuvent apporter une contribution plus efficace

aux vastes changements qu'il convient d'apporter dans le domaine de la santé, de la politique sociale, et de la structure locale, nationale et internationale.

Le CII et ses partenaires s'engagent à prévenir et à mieux gérer les affections chroniques, et à œuvrer à l'avènement d'un monde plus sain.

ANNEXES



**Appel du CII aux infirmières du monde entier :
« Associez-vous à la lutte contre les maladies chroniques ! »**

12 mai 2010, Genève, Suisse – Face à l’augmentation spectaculaire, au niveau mondial, du nombre des décès et des handicaps résultant des maladies chroniques, les infirmières de tous les pays doivent s’engager de manière dynamique aux côtés des communautés et de tous les secteurs afin de contrer cette menace pour la santé et pour le développement. Les statistiques montrent qu’à l’heure actuelle, 60% des décès dans le monde sont imputables aux effets de maladies chroniques, 80% de ces décès intervenant dans des pays à revenu faible à moyen. À l’occasion de la Journée internationale des infirmières, le Conseil international des infirmières (CII) appelle les infirmières du monde entier à passer à l’action, dans le cadre de leur vie personnelle aussi bien que de leurs activités professionnelles, pour enrayer la pandémie de maladies chroniques.

« Aujourd'hui plus que jamais, les infirmières doivent œuvrer pour faciliter les bons choix en termes de santé », estime Rosemary Bryant, Présidente du CII. « Si les treize millions d’infirmières et d’infirmiers que compte la planète s’engageaient tous personnellement à adopter un régime alimentaire équilibré, à faire de l’exercice physique et à éviter la consommation de tabac, elles et ils amélioreraient leur état de santé tout en diminuant leur risque d’être atteints d’une maladie chronique. Si chacune et chacun de ces infirmières et infirmiers se posaient en modèle de comportement, en éducateurs et en agents du changement aux yeux de leurs familles, de leurs amis, de leurs collègues et des membres de leurs communautés afin de promouvoir des modes de vie plus sains, nous serons, tous ensemble, en mesure de stopper la progression des maladies chroniques. »

L’ampleur du problème

L’ampleur du problème est énorme. Le diabète, les maladies cardiovasculaires, les affections respiratoires et certains cancers comptent parmi les premières causes de décès dans le monde et constituent ainsi une menace grave pour la santé humaine et pour le développement.

- L'Organisation mondiale de la santé estime que 180 millions de personnes dans le monde sont atteintes de diabète. Ce chiffre fera plus que doubler d'ici à 2030.
- Les maladies cardiovasculaires ont entraîné environ 17,1 millions de décès en 2004, soit 29% du nombre total des décès. 7,2 millions de ces décès étaient imputables à des cardiopathies coronariennes et 5,7 millions à des accidents vasculaires cérébraux.
- On s'attend, au niveau mondial, à une augmentation des décès imputables au cancer, qui devraient se chiffrer à 12 millions en 2030.

Ces maladies sont évitables. Jusqu'à quatre cinquièmes des maladies cardiovasculaires, accidents cérébraux et cas de diabète de type 2 pourraient être prévenus moyennant l'élimination des facteurs de risques partagés, en particulier la consommation de tabac, les régimes alimentaires malsains, le manque d'activité physique et l'usage nocif d'alcool. Faute d'action déterminée, la mortalité et la charge de morbidité associées à ces problèmes de santé continueront de croître.

Outre l'adoption d'un mode de vie plus sain, les infirmières peuvent militer pour l'introduction de lois et règlements simplifiant les choix favorables à la santé, par exemple concernant la fabrication, le conditionnement et le prix des aliments ; faire du lobbying en faveur de l'allocation rationnelle des ressources à la disposition des États, pour favoriser des interventions de santé efficaces et utiles ; collaborer avec les écoles et les lieux de travail à la promotion d'environnements et de pratiques plus sains ; et profiter de toutes les occasions pour informer et éduquer les patients et leurs familles.

Cet appel à l'action s'adresse aux infirmières du monde entier à titre individuel, en sollicitant leur attention et leur intervention indépendamment de leurs spécialisations, lieux de travail et types de pratique. Des infirmières et des communautés informées et compétentes contribueront de manière plus efficace aux changements indispensables dans les politiques sanitaires et sociales, ainsi qu'aux évolutions structurelles au niveau local, national et international.

Le **Conseil international des infirmières (CII)** est une fédération de plus de 130 associations nationales d'infirmières représentant des millions d'infirmières du monde entier. Géré par des infirmières et à l'avant-garde de la profession au niveau international, le CII œuvre à promouvoir des soins de qualité pour tous et de solides politiques de santé dans le monde.

Pour plus d'information, veuillez prendre contact avec le CII : icn@icn.ch



Le rôle des infirmières en matière de prévention du cancer

Prise de position du CII:

De nombreuses associations de consommateurs et groupes de professionnels de la santé jouent un rôle important en matière de prévention du cancer. Cependant, les infirmières sont particulièrement bien placées pour agir directement sur la santé des populations. C'est pourquoi le Conseil international des infirmières (CII) recommande fortement aux infirmières :

- De participer aux activités de prévention du cancer en aidant les individus à adopter des habitudes de vie plus saines.
- De contribuer à la prévention secondaire et à la détection précoce en sensibilisant le grand public à l'importance des programmes et moyens de dépistage ; en encourageant les individus ou les familles courant un risque particulièrement élevé de se soumettre à un test de dépistage ; et de participer aux programmes de dépistage, notamment au niveau des soins de santé primaires.

Les associations nationales d'infirmières (ANI) sont également appelées à jouer un rôle important. C'est pourquoi le CII les exhorte à :

- Demander que soient menées des recherches en sciences infirmières portant sur l'amélioration potentielle des approches et stratégies de prévention et de détection précoce du cancer, ainsi que sur le rôle des infirmières à cet égard.
- Demander l'inclusion aux programmes d'enseignement de base des nouvelles connaissances et des nouvelles technologies en matière de prévention et de détection précoce du cancer.
- D'apporter leur soutien et de participer aux efforts de sensibilisation du public ainsi qu'aux initiatives gouvernementales et autres en matière de prévention et de détection précoce du cancer.
- Promouvoir la participation de l'organisation nationale des soins infirmiers en oncologie aux activités d'échanges internationaux sur la prévention et la détection précoce du cancer.
- Faire du lobbying pour l'inclusion, dans les programmes de vaccination nationaux, du vaccin contre le papillomavirus humain (PVH).
- Collaborer avec d'autres professionnels de la santé et organes gouvernementaux en vue de l'interdiction totale du tabac et de la fumée dans les lieux publics.

- Encourager l'implication des infirmières dans les activités et stratégies de prévention du cancer, notamment la participation aux initiatives nationales et internationales.
- Faire du lobbying pour l'évolution des politiques d'hygiène du milieu, comme par exemple la création de zones publiques sans fumée, et de mesures de santé publique tenant compte des déterminants sociaux de la santé.

Les cancers sont une cause majeure de décès dans de nombreux pays. On estime qu'à l'heure actuelle 85% des cancers peuvent être potentiellement évités. Bien que les connaissances concernant les causes réelles du cancer soient encore limitées, la recherche a montré que les deux principaux facteurs de risque sont le tabagisme et le régime alimentaire.

Plus de 30% des décès dus au cancer sont imputables à la consommation de tabac et près de 35% des décès dus au cancer seraient imputables aux régimes alimentaires malsains, à l'abus d'alcool ainsi qu'au manque d'activité physique.

Aussi, la prévention du cancer implique-t-elle d'encourager des changements dans le mode de vie et le comportement, c'est à dire cesser de consommer du tabac et diminuer sa consommation d'alcool, modifier ses habitudes alimentaires, prendre davantage d'exercice physique et éviter les environnements dangereux, tels que les pièces enfumées par la cigarette ainsi que l'exposition au soleil et à l'amiante. D'autre part, les possibilités de réduire la fréquence du cancer et de la mortalité qu'il induit en appliquant des stratégies de détection précoce semblent prometteuses.

Près de 99% des cancers du col de l'utérus sont associés à des infections par le PVH¹. Il existe un large consensus quant à la sécurité du vaccin contre le PVH dans le contexte de la prévention et du contrôle du cancer du col de l'utérus².

Il est également confirmé par des études récentes que l'usage du test de Pap (frottis vaginal) et de la cytologie liquide pour dépister le cancer du col de l'utérus a fortement réduit le risque de mortalité dû à cette maladie. D'autres procédés de détection précoce du cancer tels que l'autopalpation des seins, la recherche de sang occulte dans les selles, la sigmoïdoscopie, l'examen buccal et de la peau ainsi que le toucher rectal peuvent contribuer à la diminution de la morbidité et de la mortalité par ce cancer.

La consommation de tabac et les autres facteurs de risque du cancer sont liés aux déterminants sociaux qui influencent plus généralement le mode de vie des individus et des familles.

¹ OMS (2005). *Nouvelle initiative visant à accélérer la mise au point et l'introduction de vaccins offrant une protection contre le cancer du col de l'utérus.*

www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr26/fr/print.html.

² Global Advisory Committee on Vaccine Safety (2007). *In Weekly Epidemiological Record*, No.28/29, 20 juillet 2007, pp. 139-140.

L'information et l'éducation aux facteurs de risques du cancer ne doivent pas être limitées aux seuls aspects relatifs au mode de vie: elles doivent aussi porter sur les déterminants sociaux et les politiques de santé publique, notamment l'interdiction totale du tabac dans les lieux publics.

Adoptée en 1989
Revue et révisée en 2008

Prises de position y afférentes:

- [Réduire les dangers pour la santé liés à l'environnement et au style de vie](#)
- Les infirmières et l'environnement naturel
- [La consommation de tabac et la santé](#)

Le Conseil international des infirmières est une fédération de plus de 130 associations nationales d'infirmières représentant des millions d'infirmières du monde entier. Géré par des infirmières et à l'avant-garde de la profession au niveau international, le CII œuvre à promouvoir des soins de qualité pour tous et de solides politiques de santé dans le monde.



La consommation de tabac et la santé

Prise de position du CII :

La consommation de tabac constitue une grave menace pour la santé publique. Pourtant, les mesures prises pour la contrecarrer sont totalement insuffisantes.

Le Conseil international des infirmières (CII) s'engage :

- Pour l'arrêt de la consommation de tabac.
- Pour la prévention et l'arrêt de la consommation de tabac par les infirmières et les étudiantes en soins infirmiers.
- Pour l'application, en son sein, d'une politique « sans fumée » ; il encourage les organisations nationales d'infirmières à adopter la même politique dans leurs bureaux et pendant leurs réunions et autres manifestations.
- À lutter contre l'épidémie de tabagisme et à collaborer, pour ce faire, avec d'autres organisations gouvernementales et non-gouvernementales internationales, ainsi qu'avec les organisations de professionnels de la santé.
- À collaborer avec les ANI à l'application de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (FCTC).

Le CII encourage ses associations membres à coordonner leurs efforts avec d'autres groupes nationaux afin d'amener les gouvernements et le public à prendre conscience des effets néfastes du tabac sur la santé, et d'inciter les autorités à réduire, décourager et finalement éradiquer la consommation de tabac. De manière plus précise, le CII préconise les actions suivantes au niveau des États :

- Faire du lobbying en faveur de l'adoption de politiques interdisant la publicité et le sponsoring liés au tabac, et imposant l'inscription de mises en garde sur tous les produits à base de tabac.
- Collaborer avec les gouvernements en vue de l'introduction de mesures fiscales et législatives (augmentation des taxes sur les produits à base de tabac, etc.).
- Soutenir le principe de l'interdiction de la fumée dans les lieux publics : écoles, lieux de travail, transports aériens, lieux dévolus au sport, etc.
- Participer à des campagnes d'éducation et d'information axées sur le grand public, et ciblant en particulier les groupes les plus vulnérables, comme les jeunes.
- Soutenir des mesures d'incitation en direction des producteurs de tabac, pour qu'ils s'orientent vers d'autres cultures.
- Encourager les infirmières fumeuses à devenir des modèles en leur offrant des programmes d'arrêt de consommation du tabac.
- Inciter les infirmières à intégrer la prévention et l'arrêt de la consommation du tabac à leur pratique professionnelle.

Conseil international des
infirmières

3, place Jean-Marteau
CH -1201 Genève - Suisse
Téléphone +41 (22) 908 0100
Fax +41 (22) 908 0101
Courriel : icn@icn.ch
Site Web : www.icn.ch

- Œuvrer pour l'intégration de l'information sur le tabac et la fumée à tous les niveaux des programmes de formation aux soins infirmiers.
- Identifier des moyens d'aider les patients fumeurs hospitalisés à faire face à un environnement non-fumeur.

Contexte:

Au niveau mondial, la consommation de tabac augmente de manière constante. Le nombre des décès évitables qu'elle engendre chaque année approche les cinq millions. Ce chiffre devrait s'élever à dix millions en 2020. Nous sommes particulièrement préoccupées par le nombre d'infirmières fumeuses et par la consommation croissante de tabac par les jeunes femmes.

Selon le Code déontologique pour la profession infirmière du CII¹, la promotion de la santé et la prévention des maladies sont des responsabilités essentielles de l'infirmière. En outre, les infirmières ont, en tant que citoyennes, le devoir de lancer et de soutenir des actions visant à répondre aux attentes sociales et aux besoins de santé du public.

Les problèmes de santé causés par la consommation de tabac sont tout à fait évitables. La promotion de la santé et la prévention des maladies, préconisées par la Convention cadre de lutte antitabac de l'OMS, doivent être renforcées. Les infirmières sont particulièrement bien placées pour faire respecter les dispositions de la Convention. En outre, les infirmières et leurs ANI doivent s'impliquer dans la recherche sur le tabagisme et sur la diffusion des résultats de ces recherches.

Adoptée en 1999, revue et révisée en 2006

Ancienne prise de position intitulée : *Le tabac et la santé*

Prises de position y afférentes :

- Réduire les dangers pour la santé liés à l'environnement et au style de vie
- La santé et la sécurité des infirmières au travail
- Le rôle des infirmières en matière de prévention et de détection précoce du cancer

Le Conseil international des infirmières est une fédération de plus de 130 associations nationales d'infirmières représentant des millions d'infirmières du monde entier. Géré par des infirmières et à l'avant-garde de la profession au niveau international, le CII œuvre à promouvoir des soins de qualité pour tous et de solides politiques de santé dans le monde.

¹ Conseil international des infirmières (CII), *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*, révision 2005.



Réduire les dangers pour la santé liés à l'environnement et au style de vie

Prise de position

Prise de position du CII:

Les infirmières et les associations nationales des soins infirmiers devraient jouer un rôle stratégique dans l'effort pour réduire les dangers pour la santé liés à l'environnement et au style de vie.

Les Associations nationales d'infirmières (ANIs) peuvent contribuer à réduire les dangers pour la santé des individus et des communautés. Pour cela il faut:

- Promouvoir un style de vie positif, qui comprend l'exercice physique, la gestion du stress, la prévention des accidents, un poids stable, et une éducation nutritionnelle qui tient compte des statuts socio-économiques, du sexe et des croyances culturelles.
- Mettre au point et diffuser à grande échelle une position de l'association nationale d'infirmières en ce qui concerne les risques majeurs pour la santé au niveau national, qui sont liés à l'environnement et au style de vie.
- Travailler avec les gouvernements et les communautés à l'introduction de mesures pour créer et préserver des environnements qui soient sains, au travail et dans la vie de tous les jours, comme par exemple la fluorisation de l'eau, le contrôle de l'utilisation des additifs alimentaires, les mesures de réduction de l'abus de substances toxiques, et la mise sur pied de services de lutte contre les dangers pour la santé.
- Appuyer les gouvernements dans leurs efforts de prévention et de contrôle ciblés des dangers pour la santé, notamment par le biais de la coopération internationale pour aborder des problèmes communs (par exemple: l'alimentation inadéquate, le trafic de drogue, le contrôle de la pollution, les maladies sexuellement transmissibles, les médicaments de contrefaçon, etc.).
- Créer, développer et participer à :
 - des instances de développement, de coordination et de supervision de la prévention des risques et des programmes de contrôle;
 - la préparation aux catastrophes au niveau local et/ou national, à des programmes internationaux d'aide en cas de catastrophes touchant d'autres pays;

Conseil international des infirmières

3, place Jean-Marteau
CH -1201 Genève - Suisse
Téléphone +41 (22) 908 0100
Fax +41 (22) 908 0101
Courriel : icn@icn.ch
Site Web : www.icn.ch

- la recherche sur: l'ampleur et les conséquences des dangers critiques pour la santé liés à l'environnement et au travail, et les interventions qui sont nécessaires; la bonne santé, et les pratiques et techniques qui permettent aux personnes de réduire les dangers pour leur santé et de se maintenir en bonne santé; les premiers signes annonciateurs de dangers pour la santé; l'amélioration des conditions de vie et de travail; la surveillance des niveaux de polluants dans l'environnement; l'évaluation de l'impact de l'intervention en soins infirmiers sur les dangers liés à l'environnement.
- S'assurer que les infirmiers et infirmières sont suffisamment informés et formés, qu'ils disposent des ressources et de l'autorité nécessaires pour remplir efficacement leur rôle dans le domaine de la promotion de la santé et du conseil, dans le contexte des dangers liés à l'environnement et au style de vie.
- Collaborer avec les responsables des établissements de santé au traitement des déchets médicaux dans la perspective de la protection de l'environnement.

Le Conseil International des Infirmières (CII) réaffirme les termes de la Déclaration mondiale sur la survie, la protection et le développement de l'enfant et de son Plan d'action¹ qui répondent au besoin de créer et de préserver des environnements sains pour la santé des enfants.

Contexte

Les problèmes de santé liés au style de vie et à l'environnement sont une cause grandissante de la morbidité, de la mortalité, de l'augmentation des dépenses des soins de santé et du déclin de la productivité et de la qualité de vie. Les plus préoccupants sont :

- Les dangers pour la santé directement liés au style de vie, tels que la consommation excessive de tabac, d'alcool et l'abus de drogue, qui sont source de problèmes au niveau personnel et sociétal et se manifestent sous forme de cancers, de violence, d'accidents de la circulation, etc. Les maladies cardio-vasculaires et les problèmes de santé mentale sont des préoccupations mondiales, tout comme la très forte augmentation des maladies sexuellement transmissibles.
- Les additifs et les produits chimiques utilisés dans la production alimentaire sont une préoccupation grandissante d'un point de vue nutritionnel.
- Dans de nombreux pays industrialisés, on souffre d'obésité et de troubles du comportement alimentaire tels que l'anorexie et la boulimie et, à travers le monde, de nombreuses personnes sont en permanence sous-alimentées.

¹ Nations Unies, Déclaration mondiale sur la survie, la protection et le développement de l'enfant et le Plan d'action pour la mise en application de la Déclaration mondiale sur la survie, la protection et le développement de l'enfant dans les années 90, Nations Unies, New York, 1991.

Certains facteurs environnementaux, tel que le stress, sont des causes majeures de problèmes de santé. La pollution (de l'eau, de l'air et des sols) a pour effet d'accroître la fréquence de maladies chroniques et aiguës.

Qu'ils résultent de choix individuels ou des effets de l'environnement, ces dangers nécessitent notre attention. Les infirmières recommandent de plus en plus l'adoption de politiques et de programmes visant à ce que les maisons, les écoles, les lieux de travail, les communautés, etc. ne présentent pas de danger pour la santé. Il est nécessaire de soutenir, d'instaurer et d'analyser des lieux de travail qui permettent la diminution du stress et aux individus d'apporter leur pleine contribution.

Les infirmiers et les infirmières sont d'importants défenseurs de la prévention des accidents et des maladies se produisant à la maison et sur le lieu de travail. La plupart des accidents peuvent être évités, mais un bien plus grand travail d'éducation est nécessaire.

Adoptée en 1999

Revue et révisée en 2007

Ancienne prise de position intitulée: *Les dangers pour la santé*

Prises de position y afférentes:

- Les infirmières et l'environnement naturel
- La santé et la sécurité des infirmières au travail
- Le rôle des infirmières en matière de prévention et de détection précoce du cancer
- [Réduire la transmission des maladies transmissibles liées aux voyages](#)
- Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)

Le Conseil international des infirmières est une fédération de plus de 130 associations nationales d'infirmières représentant des millions d'infirmières du monde entier. Géré par des infirmières et à l'avant-garde de la profession au niveau international, le CII œuvre à promouvoir des soins de qualité pour tous et de solides politiques de santé dans le monde.



Élimination de l'abus de substances entraînant la dépendance chez les jeunes gens

Prise de position du CII:

Le Conseil international des infirmières (CII) se déclare très inquiet du nombre croissant de jeunes gens qui abusent de substances à effet de dépendance et par les conséquences qui en découlent pour leur santé. Les infirmières, en tant que fournisseurs par excellence de soins de santé aux jeunes, ont un rôle déterminant à jouer dans la résolution de ce problème.

Grâce au plaidoyer et à leurs initiatives, par la promotion des modes de vie sains, le CII et la profession infirmière en général peuvent jouer un rôle important dans la prévention et la diminution de l'abus des substances à effet de dépendance et pour donner aux jeunes les moyens de faire face au stress, à la pression du groupe et aux autres facteurs de risques.

Le Conseil international des infirmières est déterminé à tout faire pour prévenir ces abus ; il appelle les infirmières et les organisations nationales d'infirmières (ANI) à mobiliser leurs efforts en vue de la prévention des abus de substances à effet de dépendance, notamment parmi les jeunes, et à :

- exhorter leurs gouvernements, les autorités communales et scolaires, les associations de jeunes et de parents à informer largement sur les dangers de l'abus de substances à effet de dépendance et sur la manière d'acquiescer la capacité de faire face à ces dangers;
- Collaborer avec d'autres organisations, y compris les écoles de soins infirmiers, les associations de jeunes et de parents, le personnel scolaire, les gouvernements et les collectivités pour appliquer des stratégies d'élimination des abus;
- collaborer avec les agences nationales à l'élaboration de politiques globales contre l'alcool, les drogues et autres substances, de façon aussi à réduire la demande de médicaments psychotropes, et pour minimiser les dégâts par l'accès à la prévention et au traitement ;
- mobiliser toutes les énergies en faveur de la prévention du tabagisme et de l'arrêt de la consommation de tabac ;
- Appuyer l'intégration dans les programmes de formation aux soins infirmiers, et ce à tous les niveaux, d'initiatives favorisant la prévention et la cessation de la consommation, d'alcool, de drogues et d'autres substances suscitant la dépendance ;
- s'impliquer dans la recherche sur les taux, les tendances et le fardeau de la maladie associés aux abus et à la dépendance des adolescents vis-à-vis de ces substances ; sur les approches de traitements centrés sur les patients et sur les interventions pharmacologiques; sur les interventions ciblant les groupes et individus à risque; et sur l'identification des obstacles à l'application d'interventions préventives efficaces ;

Prise de position

Conseil international des infirmières

3, place Jean-Marteau
CH -1201 Genève - Suisse
Téléphone +41 (22) 908 0100
Fax +41 (22) 908 0101
Courriel : icn@icn.ch
Site Web : www.icn.ch

- appliquer, de manière totalement non-discriminatoire, une gamme de mesures telles que : l'information et le conseil ; les vaccinations ; les échanges d'aiguilles ou de seringues ; des modalités complètes de traitement et de prévention ;
- lutter contre les préjugés, la stigmatisation et la discrimination associés aux abus de substances entraînant la dépendance ;
- favoriser les politiques et interventions s'inscrivant dans le cadre des droits de l'homme.

Les ANI et les infirmières doivent s'engager dans les débats nationaux et les initiatives politiques autour du problème d'abus de substances.

Contexte :

Le tabac, l'alcool et les drogues illégales constituent un danger pour la santé et le tissu social et économique des familles, des collectivités et des États.

Un nombre croissant de problèmes sociaux et économiques est à mettre en relation avec l'abus de tabac, d'alcool et d'autres substances. Souvent, les effets ne sont pas limités aux individus mais s'étendent à leurs familles, à leurs amis, à leurs collègues et à la société au sens large.

Les jeunes gens abusent souvent de substances pour des raisons familiales, à cause des tensions de l'existence ou sous la pression de leurs amis. Les changements physiologiques de l'adolescence sont source d'incertitudes et d'angoisses ; la drogue est souvent utilisée comme dérivatif à ces situations.

La prévalence du VIH, des maladies sexuellement transmissibles, des hépatites B et C, parmi d'autres maladies, augmente parmi les personnes abusant d'alcool et de drogues et parmi celles qui partagent les seringues utilisées pour l'injection de drogues.

On estime que le tabagisme cause près de 5 millions de morts annuellement¹, suivi par l'alcool qui cause 2,3 millions de morts prématurées ou 3.2% des décès à travers le monde ; les drogues illégales causent 0.2% de morts en général².

Il est important de bien faire la différence entre l'abus de tabac et l'abus d'autres substances. Dans le cas du tabac, tout « emploi », même « simple », représente un risque pour la jeunesse : la recherche indique que, chez les enfants prédisposés, la dépendance en nicotine déploie ses effets presque immédiatement après le début de la consommation de tabac.

¹ OMS, Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2008 - Le paquet mPower, Genève : OMS.

² OMS : www.who.int

Le CII appuie donc les initiatives mondiales destinées à réduire ou éliminer le tabagisme, comme le Cadre de contrôle du tabac de l'OMS.

Les infirmières doivent faire face aux effets néfastes des abus de substances et à leurs répercussions physiques, psychologiques et sociales. Les infirmières, en tant que fournisseurs par excellence de soins de santé, ont donc un rôle déterminant à jouer dans l'élimination de l'abus de substances entraînant la dépendance. Les préjugés, la stigmatisation et la discrimination associés à l'abus de substances dissuadent les jeunes de demander de l'aide et d'avoir recours aux services de santé. L'application de mesures de contrôle de la nocivité est déterminante pour le succès des programmes de contrôle et de prévention des abus de substances entraînant une dépendance.

Adoptée en 1995

Revue et révisée en 2002 et 2008

Prises de position y afférentes:

- La consommation de tabac et la santé
- Réduire les dangers pour la santé liés à l'environnement et au style de vie
- Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)

Publications du CII:

- Fiche d'information : Les infirmières se mobilisent pour la lutte contre le tabac, Genève, CII, 2000

Le Conseil international des infirmières est une fédération de plus de 130 associations nationales d'infirmières représentant des millions d'infirmières du monde entier. Géré par des infirmières et à l'avant-garde de la profession au niveau international, le CII œuvre à promouvoir des soins de qualité pour tous et de solides politiques de santé dans le monde.



LES SOINS INFIRMIERS, C'EST IMPORTANT

Les Soins infirmiers, c'est important présente de brèves informations de référence ainsi qu'un point de vue international sur les problèmes sociaux et de santé actuels

Adhésion aux traitements au long cours

L'adhésion thérapeutique est généralement définie comme « le degré jusqu'où le comportement du patient (en termes de prise de médicaments, de suivi des régimes alimentaires, de modification du style de vie) coïncide avec un avis médical ou une recommandation de santé qui lui a été prescrite ». ¹ La plupart des études concernant la notion d'adhésion thérapeutique¹ mettent l'accent sur la mesure dans laquelle les patients respectent les prescriptions de leurs médecins en matière de prise de médicaments. Cependant, l'adhésion englobe des comportements plus généraux qui dépassent largement la simple question des médicaments. Quelques exemples de comportements liés à l'adhésion thérapeutique:²

- Réclamer un suivi médical.
- Remplir une ordonnance.
- Respecter le mode de prise des médicaments.
- Se faire vacciner.
- Se présenter aux rendez-vous de suivi.
- Adapter son comportement en vue de réduire son poids, de gérer soi-même son asthme ou son diabète, réduire ou interrompre sa consommation de tabac, choisir une méthode de contraception, gérer des comportements sexuels à risques, adopter un régime alimentaire plus sain ou un rythme d'activité physique plus régulier.

Les données en notre possession laissent clairement entendre que la plupart des patients atteints de maladies chroniques telles que l'asthme, le diabète, l'hypertension et le VIH/sida éprouvent des difficultés à respecter les traitements qui leur sont prescrits. Par exemple, on sait qu'en Chine seuls 43% des patients souffrant d'hypertension suivent scrupuleusement le traitement prescrit ; en Gambie, le même pourcentage ne se situe qu'à 27%. En Australie, 43% des patients souffrant d'asthme prennent leurs médicaments à la fréquence prescrite par leur prestataire de soins. En Europe, 28% des patients diabétiques atteignent leur objectif glycémique. L'adhésion aux thérapies antirétrovirales varie de 37% à 83%, en fonction des médicaments prescrits et de la fréquence de la prise médicamenteuse. Dans les pays développés, l'adhésion aux régimes de traitement est d'environ 50%. Ce chiffre est beaucoup plus bas dans les pays en voie de développement.³

¹ D'autres expressions sont aussi utilisées, comme par exemple « observance » et « compliance ». Cette fiche d'information retient « adhésion », terme qui implique l'acceptation par le patient des recommandations d'un prestataire de soins de santé.

L Le problème de la non-adhésion

La non-adhésion thérapeutique compromet l'action des systèmes de santé, des responsables et des professionnels en faveur de l'amélioration de la santé des populations. Elle entraîne des complications médicales et psychologiques, nuit à la qualité de vie des patients, augmente le risque d'apparition de résistances aux médicaments, conduit à un gaspillage de ressources médicales et compromet la confiance du public dans les systèmes de santé.^{4,5}

M Mesure de l'adhésion thérapeutique

S'il est important de pouvoir mesurer précisément le degré d'adhésion thérapeutique, reste que l'on ne dispose pas d'étalon susceptible d'évaluer la portée du problème. Un examen de la littérature indique que plusieurs mesures existent pour ce faire. Il ne s'agit cependant que de mesures indirectes du comportement réel des patients. Voici quelques unes de ces stratégies :

- Demandes directes aux soignants et aux patients.
- Questionnaires standardisés auto-administrés par les patients.
- Décompte des doses de médicaments restantes.
- Système de contrôle électronique enregistrant la date et l'heure de l'ouverture du contenant.
- Contrôle du moment où les ordonnances sont remplies et renouvelées.

Chacune de ces méthodes présente des inconvénients et doit être mise en œuvre avec prudence. Par exemple, on constate que soignants et patients tendent à surestimer l'adhésion thérapeutique. De même, le décompte des médicaments ne dit rien de leur prise effective par les patients.

Facteurs qui influencent l'adhésion thérapeutique^{6,7}

L'adhésion thérapeutique dépend de nombreux facteurs. Citons :

- La situation socio-économique.
- L'illettrisme et le degré d'instruction.
- Le chômage.
- L'éloignement des centres de traitement.
- Le coût élevé des médicaments ou des transports.
- Les caractéristiques de la maladie.
- Certains facteurs liés aux thérapies elles-mêmes, comme par exemple la complexité et la durée des traitements ou leurs effets secondaires.
- Les croyances culturelles au sujet de la maladie et des traitements.

On voit que certains de ces facteurs concernent les patients, d'autres les médicaments et d'autres encore les prestataires de soins de santé. Par exemple, la précarité socioéconomique est un facteur lié aux patients et compromettant l'adhésion thérapeutique ; les effets secondaires des médicaments concernent les thérapies. Compte tenu des interactions complexes qui existent entre les différents facteurs exerçant une influence sur l'adhésion thérapeutique, il importe de garder à l'esprit la nécessité d'aider les patients, et non de les culpabiliser.

Renforcement de l'adhésion thérapeutique

Une meilleure adhésion thérapeutique est synonyme de sécurité des patients, de meilleurs résultats de santé et de maîtrise des coûts de la santé. L'adhésion thérapeutique améliore l'efficacité des interventions, promeut la santé et améliore la qualité et l'espérance de vie des patients.⁸ L'adhésion thérapeutique présente également des avantages économiques pour les systèmes de santé et pour les patients.⁹

Il n'existe pas de manière unique de promouvoir l'adhésion thérapeutique. Il faut au contraire combiner plusieurs stratégies éducationnelles et comportementales.¹⁰ Par stratégies comportementales, on entend notamment les rappels et l'amélioration du comportement des patients. Les prestataires de soins de santé peuvent de leur côté tenir compte des préférences des patients, s'efforcer de simplifier la prise des médicaments, entre autres. Au nombre des stratégies éducationnelles favorisant l'adhésion thérapeutique des patients souffrant de maladies chroniques figurent la réduction du nombre des médicaments à prendre, la simplification de la posologie, l'information quant aux effets secondaires probables, la motivation des patients à adapter leur mode de vie aux changements occasionnés par les thérapies.

Il est particulièrement important d'éduquer les patients quant aux maladies chroniques dont ils souffrent et de les rendre sensibles aux avantages des traitements et aux complications de la non-adhésion thérapeutique.¹¹ L'éducation est d'autant plus importante que l'essentiel des soins des maladies chroniques nécessite la participation active du patient.

Les stratégies éducationnelles sont importantes pour améliorer l'adhésion thérapeutique, mais il ne suffit pas d'informer les patients : ils doivent aussi être motivés et encouragés à atteindre les objectifs de traitement et de changements de modes de vie.

La gestion des maladies chroniques et le renforcement de l'adhésion thérapeutique passent par l'adoption d'une approche multidisciplinaire. Les organisations de patients, les familles et les communautés sont les partenaires-clés pour la promotion de l'adhésion thérapeutique. Tous ces acteurs doivent être impliqués dans la planification des soins et des résultats de santé attendus. L'amélioration de l'adhésion thérapeutique exige la coopération constante entre professionnels de la santé, chercheurs, responsables politiques, familles et avant tout patients.

Pour plus d'informations, veuillez contacter : icn@icn.ch

TG/2006

<p>Le Conseil international des infirmières est une fédération de plus de 130 associations nationales d'infirmières représentant des millions d'infirmières à travers le monde. Géré par des infirmières pour les infirmières, le CII est la voix internationale de la profession infirmière et s'efforce de promouvoir des soins de qualité pour tous ainsi que de solides politiques de santé dans le monde.</p>
--

¹ Organisation mondiale de la santé (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Sur Internet, 8 juillet 2005 :

http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en/

² OMS (2003). *Ibid.*

³ Organización Panamericana de la Salud (sept. 2003). Poor adherence to long-term treatment of chronic diseases is a worldwide problem. Washington.

⁴ OMS (2003). *Op. cit.*

⁵ Balkrishnana R (2005). The importance of medication adherence in improving chronic-disease related outcomes: what we know and what we need to further know. *Medical Care* 43(6), pp. 517-520.

⁶ OMS (2003). *Op. cit.*

⁷ Balkrishnana R (2005). *Op. cit.*

⁸ Williams AB (2001). *Adherence to regimens: 10 vital lessons*. In *American Journal of Nursing*, 101 (6), 37-43, Lippincott, Williams and Wilkins, USA.

⁹ Organización Panamericana de la Salud (sept. 2003).

¹⁰ Balkrishnana R (2005). *Op. cit.*

¹¹ Williams AB (2001). *Op. cit.*



LES SOINS INFIRMIERS, C'EST IMPORTANT

Les Soins infirmiers, c'est important présente de brèves informations de référence ainsi qu'un point de vue international sur les problèmes sociaux et de santé actuels.

L'usage nocif de l'alcool

Introduction

L'usage nocif de l'alcool, facteur de risque évitable de nombreux problèmes sociaux et maladies, englobe de nombreux aspects de la boisson. D'abord, la quantité d'alcool consommé, puis les schémas de consommation (régulière, occasionnelle ou intoxicante), ainsi que la qualité de la boisson alcoolisée ou de la substance toxique (méthanol par exemple) qu'elle contient¹.

La consommation d'alcool a des effets néfastes sur la santé ainsi que des conséquences sociales :

- Intoxication (ivresse), dépendance (consommation habituelle, compulsive et prolongée)
- Nombreux décès prématurés
- Traumatismes intentionnels aussi bien qu'involontaires
- Maladies contagieuses et non-contagieuses telles que maladies cardiovasculaires, cirrhose du foie, cancers, troubles mentaux, et
- Maladies sexuellement transmises, y compris VIH.

On estime que l'alcool est à l'origine de 3,7% de la mortalité mondiale, dont 2,3 millions de décès prématurés, et qu'il entraîne 4,4% de la charge mondiale de morbidité. En outre, l'usage nocif de l'alcool est associé à un certain nombre de conséquences sociales néfastes : criminalité, violence, chômage et absentéisme. Depuis peu, les effets néfastes de l'alcool sur la jeunesse et sur les femmes suscitent une forte préoccupation dans de nombreux pays². Le CII, par exemple, dans sa prise de position relative à *l'élimination de l'abus de substances entraînant la dépendance chez les jeunes gens*, se déclare très préoccupé par le nombre croissant de jeunes gens qui abusent de substances à effet de dépendance et par les conséquences qui en découlent pour leur santé.

¹ Organisation mondiale de la santé (2008). Soixante et unième Assemblée mondiale de la santé, A61/13, 20 mars 2008.

² OMS (2008). *Op. cit.*

Quels facteurs influencent-ils la consommation d'alcool ?

Pour concevoir des interventions efficaces contre l'usage nocif de l'alcool, il importe de comprendre les facteurs qui déterminent ce problème. La consommation d'alcool est souvent enracinée dans le contexte culturel et social de nombreuses civilisations. Elle est aussi associée à certaines caractéristiques personnelles¹ :

- Âge, sexe, statut physiologique et psychologique, conscience personnelle des effets indésirables de la consommation d'alcool.
- Valeurs sociales, économiques et culturelles ; normes familiales telles qu'acceptation et approbation des schémas individuels de consommation d'alcool.
- Disponibilité, accessibilité économique et tolérance sociale de la consommation d'alcool.
- Caractéristiques socioculturelles de l'influence des pairs, de la situation personnelle et des attitudes sociales vis-à-vis de la consommation d'alcool.
- Image transmise par la publicité et les médias de la consommation d'alcool comme « virile » et « attirante », déterminant ainsi les valeurs et opinions individuelles à ce sujet.
- Statut juridique de l'alcool et existence de sanctions pénales à l'encontre des personnes occasionnant des traumatismes sous l'influence de l'alcool.

Dans de nombreuses sociétés, l'alcool est associé aux célébrations : mariage, naissance, promotion professionnelle, obtention de diplômes. La communication autour de la « consommation modérée » d'alcool véhicule souvent des messages contradictoires, qui risquent de contredire les politiques de santé et les stratégies de réduction des effets nocifs de l'alcool.

Quelles sont les conséquences de l'usage nocif d'alcool ?

L'alcool a des effets toxiques pour pratiquement chacun des organes du corps humain. L'usage nocif de l'alcool entraîne des effets aussi bien aigus qu'à long terme sur un certain nombre de facteurs sanitaires, sociaux et économiques. Ses effets aigus sont associés aux comportements à risque, au premier rang desquels les pratiques sexuelles dangereuses risquant de susciter l'apparition de maladies contagieuses telle que l'infection au VIH, mais aussi des accidents et traumatismes dus à la conduite, à l'utilisation de machines et à la violence en état d'ivresse. Ses effets à long terme se manifestent dans plus de soixante maladies et troubles de santé. L'usage nocif de l'alcool risque d'aggraver des troubles chroniques telles que maladies cardiovasculaires, cancer du sein, hépatite C et cirrhose du foie. À long terme, l'usage nocif d'alcool peut compromettre le système immunitaire et entraîner une augmentation du risque d'apparition de maladies infectieuses, en particulier les pneumonies bactériennes². L'alcool est une « substance psychoactive » affectant le système nerveux central, entraînant des troubles du fonctionnement moteur, du processus cognitif, de l'humeur et de la perception, ainsi que des changements de comportement. Ces effets ont parfois des conséquences sociales très graves³.

Les « conséquences sociales » liées à l'usage nocif de l'alcool sont la rupture des liens familiaux, communautaires et professionnels, la violence et la criminalité. D'autres conséquences sont la perte d'emploi, la participation à des activités criminelles et les poursuites judiciaires. Ces conséquences affectent aussi bien la personne consommatrice d'alcool que sa famille, sa communauté et la société en général⁴.

Les effets dommageables de l'usage nocif de l'alcool sur la santé individuelle, familiale et communautaire ont des répercussions économiques en termes de soins de santé et de coûts sociaux. Au niveau mondial, l'alcool entraîne 1,8 millions de décès par an (3,2% des décès prématurés), dont un tiers dû aux traumatismes involontaires⁵. Les coûts pour les systèmes de soins de santé sont notamment le traitement des traumatismes et maladies dus à l'alcool, ainsi que les frais de réhabilitation⁶. Les coûts sociaux sont les pertes matérielles, le chômage, les accidents de la route et la douleur et les souffrances infligées aux familles⁷.

Quelles sont les stratégies de réduction de l'usage nocif de l'alcool ?

Les stratégies de réduction de l'usage nocif de l'alcool doivent viser simultanément plusieurs objectifs : repousser l'âge de la première consommation d'alcool ; diminuer le nombre de personnes abusant de l'alcool ; combattre les schémas d'usage nocif de l'alcool ; modifier les comportements en matière de consommation d'alcool⁸. La littérature identifie un certain nombre de stratégies de réduction des méfaits de l'alcool^{9,10,11}.

- *Favoriser les actions de promotion, de prévention et d'éducation à la santé* afin de sensibiliser les populations et de renforcer la capacité des individus et des communautés à participer à la lutte contre l'abus d'alcool. Pour être efficaces, les stratégies doivent être fondées sur la compréhension du contexte socioculturel de la consommation d'alcool et sur une combinaison de mesures visant la population en général, tout en tenant compte des besoins des groupes vulnérables (jeunes et femmes enceintes).
- *Renforcer l'action communautaire* visant à minimiser les méfaits résultant de la consommation d'alcool en ralliant les principales parties concernées : leaders communautaires, organisations religieuses, organisations de promotion de la santé, associations de consommateurs et syndicats. Il faut ainsi améliorer la perception communautaire des effets nocifs de l'alcool, réduire la tolérance envers la consommation exagérée d'alcool et mobiliser la population contre la vente et la consommation déréglées d'alcool.
- *Réglementer la vente d'alcool* afin de contrôler la consommation et la disponibilité des boissons alcoolisées. Cette stratégie implique de réglementer la production et la distribution de boissons alcoolisées en définissant et en appliquant un âge minimum autorisé pour l'achat et la vente, en limitant les lieux et heures de vente, en restreignant les ventes au détail et la densité des débits de boissons, et en contrôlant les prix, la publicité et la promotion.
- *Définir et appliquer des mesures de sécurité routière* pour lutter contre la conduite en état d'ivresse et pour diminuer les conséquences et la gravité des accidents de la circulation. Il faut notamment définir un taux d'alcoolémie légalement autorisé et mettre en place un système administratif de suspension et d'annulation du permis de conduire.
- *Renforcer la réaction du secteur de la santé* par l'implication et la formation du personnel de santé à la détection précoce des problèmes liés à la consommation d'alcool et à la prévention des maladies les plus graves. Les traitements et services communautaires prodigués aux personnes affectées de troubles liés à l'alcool sont d'autant plus efficaces qu'ils s'appuient sur des politiques et systèmes appropriés et qu'ils s'inscrivent dans une stratégie générale de prévention.

Que peuvent faire les infirmières et leurs associations nationales ?

Les infirmières et les associations nationales d'infirmières (ANI) jouent un rôle important dans la réduction et l'élimination de l'usage nocif de l'alcool. Les ANI peuvent prendre les mesures suivantes :

- Collaborer avec les pouvoirs publics, le secteur communautaire et d'autres organisations à la diffusion de l'information concernant les conséquences nocives de l'alcool et à la mise en place de stratégies de réduction de l'abus d'alcool.
- Demander l'intégration des programmes de prévention de l'usage nocif de l'alcool dans l'enseignement des soins infirmiers et dans la formation continue.
- Demander aux pouvoirs publics de concevoir des politiques de lutte contre les méfaits de l'alcool par l'élargissement de l'accès à la prévention et au traitement.
- S'impliquer dans la recherche sur les problèmes liés à l'alcool : taux, tendances et charges de morbidité ; interventions infirmières auprès des groupes à risque ; obstacles aux interventions de prévention ; approches des traitements centrées sur le patient ; et
- Soutenir des politiques et interventions fondées sur les droits de l'homme.

Les infirmières et leurs associations nationales sont en mesure d'améliorer la réaction du secteur de la santé contre l'usage nocif de l'alcool, grâce aux services de prévention, de traitement, de soins et de réhabilitation.

Pour plus d'information, veuillez prendre contact avec le CII : icn@icn.ch

Le **Conseil international des infirmières (CII)** est une fédération de plus de 130 associations nationales d'infirmières représentant des millions d'infirmières du monde entier. Géré par des infirmières et à l'avant-garde de la profession au niveau international, le CII œuvre à promouvoir des soins de qualité pour tous et de solides politiques de santé dans le monde.

TG/Octobre/2009

Références

¹ OMS-SEARO (Bureau régional Asie du Sud est), www.searo.who.int

² OMS (2007). Comité OMS d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool, Série de rapports techniques, n°944.

³ OMS (2007), *ibid.*

⁴ OMS (2007), *ibid.*

⁵ OMS (2009). *Op. cit.*

⁶ OMS (2008). *Op. cit.*

⁷ OMS (2007). *Op. cit.*

⁸ Samarasinghe D (2009). *Reducing Alcohol Harm: Things We Can Do. FORUT, Solidaritetsaksjon for utvikling*. Disponible sur : "Alcohol, Drugs and Development", www.add-resources.org

⁹ OMS (2008). *Op. cit.*

¹⁰ Samarasinghe D (2009). *Op. cit.*

¹¹ Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC) et Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCSA-CCLAT). (2007, avril). *Réduire les méfaits liés à l'alcool : vers une culture de modération au Canada. Recommandations en vue d'une stratégie nationale sur l'alcool.* http://www.nationalframework-cadrenational.ca/uploads/files/FINAL_NAS_EN_April3_07.pdf

Tous droits réservés, y compris la traduction en d'autres langues. Il est interdit de photocopier ou de photocopier cette publication, de l'enregistrer ou de la transmettre sur quelque support que ce soit, sans la permission écrite du Conseil international des infirmières. Cependant de courts extraits (en dessous de 300 mots) peuvent être reproduits sans autorisation à condition que la source soit indiquée.

Copyright © - 2009 Conseil international des infirmières,
3, place Jean-Marteau, 1201 Genève, Suisse

REFERENCES

Bannister M (2008). *Management of type 2 diabetes: updated NICE guidance*. Primary Health Care Volume: Numéro 18 : 8 (2008-01-01) ISSN: 0264-5033.

BBC World Service. *Cancer epidemic on the way*. Tobacco in India, Tobacco on Trial Initiative.

http://www.bbc.co.uk/worldservice/sci_tech/features/health/tobaccotrial/india.htm consulté le 6 novembre 2009.

Bischoff A, Ekoe T, Perone N, Slama S, Loutan L (2009). *Chronic Disease Management in Sub-Saharan Africa: Whose Business Is It?* International Journal of Environmental Research and Public Health 2009, 6, 2258-2270;

<http://www.mdpi.com/1660-4601/6/8/2258/pdf> consulté le 6 November 2009.

C3 Collaborating for Health (2009). *Diabetes in Australia to double*.

<http://www.c3health.org/uncategorized/diabetes-in-australia-to-double/> consulté le 6 novembre 2009.

Conseil international des infirmières (2009) *Cadre de compétences pour l'infirmière spécialisée*, Genève, CII.

Conseil international des infirmières (2008). *Cadre et compétences du continuum des soins infirmiers*, Genève, CII.

Conseil international des infirmières (2007). *Compétences internationales pour le Telenursing*, Genève, CII.

Conseil international des infirmières (2004). *Collaborative Practice in the 21st Century*, en anglais seulement, Genève, CII.

Conseil international des infirmières, Base de données sur l'innovation <http://www.icn.ch/innovations/> consultée le 6 novembre 2009.

Fekete EM, Antoni MH and Schneiderman N (2007). *Psychosocial and behavioral interventions for chronic medical conditions*. Current Opinion in Psychiatry. 20(2):152-7, 2007 March consulté sur Medline le 3 novembre 2009.

Healthcare Information for All by 2015 <http://www.hifa2015.org/> consulté le 6 novembre 2009.

Hee-Seung K and Hye-Sun J (2007). *A nurse short message service by cellular phone in type-2 diabetic patients for six months*. Journal of Clinical Nursing p1082-1087, Blackwell Publishing Ltd.

International Diabetes Federation (2001) (Fédération internationale du Diabète) *Diabetes and Cardiovascular Disease: Time to Act*.

<http://www.idf.org/webdata/docs/Diabetes%20and%20CVD.pdf> consulté le 6 novembre 2009.

International Diabetes Federation (a) (Fédération internationale du diabète). *Why you should care..* <http://www.idf.org/why-you-should-care> consulté le 6 novembre 2009.

International Diabetes Federation (b) (Fédération internationale du diabète) *World Diabetes Day Media Kit*
http://www.idf.org/websdata/docs/World_Diabetets_Day_Media_Kit.pdf, p24.

International Diabetes Federation (c) (Fédération internationale du diabète).
Prevention. <http://www.idf.org/prevention> consulté le 6 novembre 2009.

Improving Chronic Illness Care (2004). *Chronic Care Model*, presentation by Ed Wagner, Director, MacColl Institute for Health Care Innovation.
http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Model_Talk&s=27 consulté le 6 novembre 2009.

Lindstrom J, Peltonen M, Eriksson JG, Aunola S, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, Keinanen-Kiukaanniemi S, Uusitupa M and Tuomilehto J (2008). Finnish Diabetes Prevention Study (DPS) Group. *Determinants for the effectiveness of lifestyle intervention in the Finnish Diabetes Prevention Study*. *Diabetes Care*. 31(5):857-62, 2008 May. Consulté sur Medline le 3 novembre 2009.

National Collaborating Centre for Chronic Conditions (2008). *Type 2 diabetes: national clinical guideline for management in primary and secondary care (update)*. London: Royal College of Physicians
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG66FullGuideline0509.pdf> consulté le 6 novembre 2009.

Organisation mondiale de la Santé (2009a), Aide-mémoire N°312, *Diabète*.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/> consulté le 6 novembre 2009.

Organisation mondiale de la Santé (2009b). Aide-mémoire N°317 *Maladies cardiovasculaires*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html> consulté le 6 novembre 2009

Organisation mondiale de la Santé (2009c). Aide-mémoire N°297 *Cancer*.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html> consulté le 6 novembre 2009

Organisation mondiale de la Santé (2009d). *Maladies respiratoires*.
<http://www.who.int/respiratory/en/> consulté le 6 novembre 2009.

Organisation mondiale de la Santé (2009e). *Preparing for the second wave: lessons from current outbreaks*. Pandemic (H1N1) 2009 Note d'information 9, 28 août 2009, OMS, Genève
http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_second_wave_20090828/en/index.html consulté le 6 novembre 2009.

Organisation mondiale de la Santé (2008a) *2008-2013 Plan d'action pour la lutte mondiale contre les maladies non transmissibles*, Genève, OMS
<http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf> consulté le 6 novembre 2009

Organisation mondiale de la Santé (2008b). Commission des Déterminants sociaux de la Santé, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, Genève, OMS
http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf consulté le 6 novembre 2009..

Organisation mondiale de la Santé (2005). *Prévention des maladies chroniques: un investissement vital*. Genève, OMS
http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241563001_eng.pdf consulté le 6 novembre 2009.

Organisation mondiale de la Santé (2002). *Soins novateurs pour les affections chroniques(Des): éléments constitutifs*, Genève, OMS.

The Oxford Health Alliance (2009a). *The costs of chronic disease*.
<http://www.oxha.org/knowledge/backgrounders/the-costs-of-chronic-diseases>
consulté le 6 novembre 2009

The Oxford Health Alliance (2009b). *Community Interventions for Health*
<http://www.3four50.com/cih/> consulté le 6 novembre 2009.

The Oxford Health Alliance (2006). *Chronic disease: an economic perspective*.
<http://www.oxha.org/knowledge/publications/oxha-chronic-disease-an-economic-perspective.pdf> consulté le 6 novembre 2009.

Perreault L, Kahn SE, Christophi CA, Knowler WC, Hamman RF and the Diabetes Prevention Program Research Group (2009). *Regression From Pre-Diabetes to Normal Glucose Regulation in the Diabetes Prevention Program*. *Diabetes Care* September 2009 32:1583-1588; published ahead of print July 8, 2009, doi:10.2337/dc09-0523 consulté le 7 septembre 2009.

PriceWaterhouseCoopers LLP (2008). *Working Towards Wellness: The Business Rationale*. Presentaion by Ruxandra Băndilă
www.oecd.org/dataoecd/51/48/40945809.ppt. consulté le 6 novembre 2009

Robinson F (2007). *Sharing good practice: cardiovascular risk management category winner Anita Plummer*. *Practice Nurse* Déc. 14; 2007 34(10): 14-5.

Rosecrans A M, Gittelsohn J, Ho LS, Harris SB, Naqshbandi M and Sharma S (2008). *Process evaluation of a multi-institutional community-based program for diabetes prevention among First Nations*. *Health Education Research* Vol.23 no.2 2008, pp 272–286
<http://her.oxfordjournals.org/cgi/reprint/23/2/272> consulté le 6 novembre 2009

Sipla R, Ketola E, Tala T and Kumpusalo E (2008). *Facilitating as a guidelines implementation tool to target resources for high risk patients – The Helsinki Prevention Programme (HPP)*. *Journal of Interprofessional Care*, janvier 2008; 22(1): 31 – 44.

Thorpe KE (2009). *Chronic disease management and prevention in the US: The missing links in health care reform*. *Eurohealth* Vol 15 No 1 2009
http://www.euro.who.int/document/OBS/Eurohealth15_1.pdf consulté le 6 novembre 2009.

Whittemore R, Melkus G, Wagner J, Dziura J, Northrup V and Grey M (2009). *Translating the diabetes prevention program to primary care: a pilot study*. *Nursing Research*. 58(1):2-12, 2009 Jan-Fév. Consulté sur Medline le 3 novembre 2009.