

CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES

Comblers l'écart : améliorer l'accès et l'équité



Journée internationale de l'infirmière

12 mai 2011

COMBLER L'ECART : AMÉLIORER L'ACCÈS ET L'ÉQUITÉ



JOURNÉE INTERNATIONALE DES INFIRMIÈRES 2011

Tous droits réservés, y compris pour la traduction en d'autres langues. 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 ou du Centre international des ressources humaines pour les soins infirmiers. De courts extraits (moins de 300 mots) peuvent être reproduits sans autorisation, pour autant que la source soit indiquée.

Copyright © 2011 Conseil international des infirmières.

3, place Jean-Marteau, CH-1201 Genève (Suisse)

ISBN : 978-92-95094-52-9

Table des matières

Lettre de la Présidente et du Directeur général du CII	1
Introduction	3
Chapitre premier : Comprendre les notions d'accès et d'équité	5
Chapitre 2 : Le fardeau de l'inégalité	11
Chapitre 3 : Mesurer l'accès et l'équité	25
Chapitre 4 : Obstacles à l'accès et à l'équité	31
Chapitre 5 : Améliorer l'accès et l'équité	35
Chapitre 6 : Les infirmières améliorent l'accès et l'équité	43
Annexes	
Annexe 1 : Commission des déterminants sociaux de la santé : Surveillance de l'équité. Système de surveillance minimale de l'équité en santé Vers un cadre national complet de la surveillance de l'équité en santé	51
Annexe 2 : Prise de Position du CII sur l'information aux patients	55
Annexe 3 : Prise de Position du CII sur Une eau potable accessible à tous	59
Annexe 4 : Prise de Position du CII sur les services de santé accessibles, financés par des fonds publics	63
Autres lectures et ressources recommandées	67
Références	69



12 mai 2011

Chères collègues, chers collègues,

En dépit des progrès notables enregistrés dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, d'importants écarts persistent en termes d'état de santé et d'espérance de vie entre les pays à revenu faible, moyen et élevé, entre les hommes et les femmes et entre les citadins et les ruraux.

La possibilité d'accéder aux services de santé est un facteur déterminant de l'amélioration de la santé, du bien-être et de l'espérance de vie de toutes les populations. Or, la réalisation de cette exigence fondamentale est limitée par des contraintes liées aux coûts, à la langue, à la distance, aux politiques et aux pratiques, entre autres nombreux facteurs.

En tant que principal groupe – et, dans certains cas, seul groupe – de professionnels de la santé assurant les soins de santé primaires dans nombre des contextes les plus difficiles, les infirmières jouent un rôle essentiel dans l'amélioration de l'équité et de l'accès aux soins de santé, ainsi que des résultats des soins.

La « boîte à outils » publiée à l'occasion de la Journée internationale des infirmières 2011 a pour objet de mieux faire comprendre les notions d'accès et d'équité en santé, de même que les conséquences des inégalités face à la santé. Elle explique comment lever les obstacles qui compromettent l'accès et l'équité. La « boîte à outils » souligne en outre l'importance des déterminants sociaux de la santé, en montrant comment les infirmières peuvent y remédier et, ce faisant, améliorer l'accès aux soins qu'elles prodiguent et œuvrer en faveur de l'équité en santé.

Le Conseil international des infirmières estime que les infirmières ont un rôle important à jouer en faveur de l'équité en santé et de la compréhension de la manière dont le secteur de la santé peut agir pour réduire les inégalités face à la santé.

Avec nos meilleurs messages,

Rosemary Bryant
Présidente

David C. Benton
Directeur général

INTRODUCTION

En 2001, la communauté internationale adoptait les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). L'engagement envers la réalisation des OMD correspondait à une volonté d'améliorer de manière notable l'état de santé de la population mondiale ; il renvoyait en outre à la prise de conscience du fait que la charge de morbidité n'est pas répartie de manière équitable. Au moment de l'adoption des OMD, des écarts importants existaient en matière d'état de santé et d'attentes de vie entre riches et pauvres, entre pays développés et en développement, entre hommes et femmes et entre habitants des campagnes et des villes.

Dix ans plus tard, des progrès importants ont été réalisés. Le rapport d'évaluation publié en 2009 par les Nations Unies relevait ainsi des améliorations dans les principales interventions de santé, en particulier la lutte contre le paludisme et le VIH et la vaccination contre la rougeole (ONU 2010). Le même rapport soulignait, par contre, la persistance d'écarts béants en termes de richesse, de bien-être et d'espérance de vie des différents groupes de populations.

La possibilité d'accéder aux services de santé est cruciale. Or, certains facteurs compromettent l'accès à ces services : la langue, la distance, les politiques et pratiques qui rendent un service inapproprié du point de vue culturel, la qualité déficiente ou simplement l'absence de service ou les mesures de rationnement.

Il faut en outre avoir conscience du fait que la santé n'est pas un bien produit qui serait par les services de santé. Déterminée par le contexte social, la santé est aussi influencée par la génétique et par l'environnement. De nombreux facteurs liés aux conditions socio-économiques, à la géographie, à la participation au marché du travail, à l'éducation, au sexe, à l'orientation sexuelle, parmi d'autres, influencent, directement ou indirectement, la capacité de chacun d'être et de rester en bonne santé ou, au contraire, de subir des maladies.

Le lien fondamental entre la santé et le contexte de vie a été reconnu en 2005, date à laquelle l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a mis sur pied sa Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) « afin de réunir des éléments probants sur les moyens de promouvoir l'équité en santé et de donner l'élan nécessaire au niveau mondial pour passer à l'action » (CDSS 2008).

La Commission souligne (CDSS 2008, p. 188) que les infirmières, entre autres membres des professions médicales et de santé, ont un rôle à jouer dans la réalisation de l'équité en santé et qu'elles doivent comprendre parfaitement la manière dont le secteur de la santé peut agir pour réduire les inégalités face à la santé. Les infirmières doivent en outre comprendre leur propre rôle en matière de fourniture de soins de santé équitables et accessibles. La présente documentation a pour objet d'aider les infirmières dans ces tâches.

CHAPITRE PREMIER

Comprendre les notions d'accès et d'équité

L'accès

Qu'est-ce que l'« accès » ?

La notion d'accès renvoie à la possibilité d'obtenir un bien ou un service au moment voulu. Il est difficile de définir ce que serait un « bon accès » : cela dépend du contexte. Cependant, Chapman *et al.* notent que l'« on peut qualifier de “bon” l'accès dès lors que les patients obtiennent les services dont ils ont besoin au moment opportun et à l'endroit idoine » (Chapman *et al.* 2004, p. 374).

Les principaux éléments constitutifs de l'accès sont : la disponibilité, l'utilisation (le recours aux services disponibles par la population), la pertinence (les services prodigués correspondent aux besoins et aux préférences de la population cible), l'efficacité (l'obtention effective des résultats attendus du traitement ou du service) et l'équité, notion qui renvoie aux conditions d'accès des différents groupes qui constituent la société, comme il sera évoqué plus avant dans ce chapitre (Chapman *et al.* 2004). Les obstacles à l'accès sont notamment :

Accès : possibilité d'aller, de pénétrer dans un lieu ; possibilité d'approcher quelqu'un.

(dictionnaire Le Petit Robert)

- La capacité inexistante et le manque de disponibilité (y compris le rationnement). Citons par exemple : les listes d'attente pour certains types de traitement ; les pénuries d'infrastructures ou de personnel soignant rendant impossible la fourniture de tel ou tel service ; l'inexistence de tel ou tel service en temps et en lieu voulus.
- Les coûts. Dans de nombreux pays, de nombreux services sont conditionnés à un paiement intégral ou partiel, une mesure qui peut constituer un obstacle pour les plus pauvres.
- La langue et la culture. Le fait d'instaurer les conditions permettant aux membres de la communauté d'accéder aux services dans leur propre langue est un facteur important de l'accessibilité et de l'efficacité des soins de santé. À l'inverse, l'incapacité à tenir compte des normes culturelles en vigueur risque d'affecter la volonté des patients de chercher de l'aide, de même que de compromettre l'efficacité des traitements.
- Le manque de connaissances et d'informations. La notion d'accès inclut l'accès à l'information sur sa propre santé, sur les stratégies et approches de prévention et sur les types de services disponibles. Par exemple, le fait de ne pas diffuser des messages de santé publique dans toutes les langues utilisées dans un pays revient à restreindre l'accès à l'information, avec des impacts potentiels directs sur la santé des individus et sur leur capacité de prendre l'initiative d'améliorer leur état de santé et d'avoir recours aux services de santé dont ils auraient besoin.

- La mobilité et les migrations. Les populations déplacées éprouvent parfois des difficultés à trouver les services et à y accéder, en particulier s'il existe des obstacles de nature administrative (par exemple : accès réservé aux personnes résidentes depuis un certain nombre d'années). Il faut également veiller à assurer l'engagement des praticiens de santé ainsi que la continuité des soins.
- L'emploi. Dans certains pays, l'accès aux services de santé dépend étroitement du statut au regard de l'emploi. Ainsi, aux États-Unis, de nombreuses personnes salariées sont affiliées à des plans de santé financés par leurs employeurs. Le fait d'être sans emploi risque donc de limiter l'accès aux soins de santé. L'emploi précaire ou informel, reposant sur les paiements en espèces, limite quant à lui la capacité des personnes d'accéder aux services de santé à moindre coût, compte tenu des pertes de revenu encourues.
- La sensibilité et la formation du personnel. Les normes professionnelles et déontologiques obligent les infirmières et les autres professionnels de la santé de prodiguer leurs services de manière compétente et professionnelle et de traiter leurs patients avec respect. Une bonne formation et une gestion efficace doivent aider les infirmières à respecter ces normes.
- La discrimination. En dépit de l'engagement des services et des professionnels de la santé envers la fourniture de soins de santé efficaces, la discrimination sur la base du sexe, de la race, de l'orientation sexuelle ou du statut socioéconomique persiste. Cette discrimination n'est pas toujours « active » : l'incapacité de remédier aux inégalités ou de fournir des traitements, de même que la stigmatisation de certaines maladies, sont d'autres formes de discrimination.

Les restrictions d'accès risquent de nuire à la qualité des soins de santé. Ainsi, nombre de personnes vivant dans des régions rurales et isolées, dans les pays en voie de développement aussi bien qu'industrialisés, bénéficient d'un accès plus limité que les citadins aux services de santé et aux compétences de praticiens qualifiés (y compris d'infirmières). Ceci peut avoir des effets directs sur la qualité des soins reçus. On a par exemple montré que l'amélioration des résultats en matière de mortalité maternelle (ONU 2010) dans les zones rurales dépend en grande partie de l'accès aux compétences de sages-femmes professionnelles.

Pour améliorer l'accès aux soins, il convient en outre de « prendre en considération les facteurs sociaux qui déterminent cet accès » (Ministère de la santé et des politiques sociales, Espagne, 2010, p. 16). Or, l'amélioration de l'accès suscite parfois des conflits avec d'autres impératifs politiques, notamment celui de la maîtrise des coûts (Chapman *et al.* 2004). L'importance de traiter les déterminants sociaux de la santé sera abordée plus en détail dans cette étude.

L'accès, et le droit à l'accès, sont des principes importants en eux-mêmes. Toutefois, comme l'indique un document commandé récemment par la présidence espagnole de l'Union européenne (UE), *Moving Forward Equity in Health: Monitoring Social Determinants of Health and the Reduction of Health Inequalities*, l'accès est aussi un moyen d'obtenir des résultats plus équitables : « L'accès universel aux services et soins de santé primaires, dans toutes les régions, a entraîné une diminution des inégalités devant la santé au profit des enfants » (Ministère de la santé et des politiques sociales, Espagne, 2010, p. 36).

Équité

S'il généralement est admis que l'équité, ainsi que les concepts associés d'égalité et de justice, sont au cœur des politiques sociales progressistes, la définition de l'équité, et la manière de l'instaurer, ne font pas l'objet de la même unanimité. Cette question est particulièrement épineuse s'appliquant aux systèmes de soins de santé, dans la mesure où les opinions divergent quant aux aspects qui doivent être « égalisés » en priorité et dans quelle mesure (Osterle 2002).

Les objectifs en termes d'équité mettent en général l'accent sur la juste répartition des ressources et des tâches entre et au profit de la population et sur la réduction des inégalités à cet égard. La notion d'équité intègre généralement une prise en compte des opportunités, de telle manière que l'obtention de résultats donnés profite à toute une population, en fonction de ses choix.

Équité : notion de la justice naturelle dans l'appréciation de ce qui est dû à chacun.

(dictionnaire Le Petit Robert)

« L'approche centrée sur l'équité s'oppose à l'approche centrée sur les besoins fondamentaux ou sur la pauvreté, laquelle est axée sur les plus démunis, abstraction faite de leur relation aux riches et aux puissants. L'équité implique d'accorder davantage à ceux qui ont moins et, donc, moins à ceux qui ont plus. L'équité implique la distribution de parts justes plutôt que strictement égales » (McCoy 2003, p. 8).

La relation entre accès et équité

« L'accès inéquitable aux ressources, aux compétences et aux droits est une source d'inégalités en santé » (Ministère de la santé et des politiques sociales, Espagne, 2010). C'est pourquoi l'accès aux systèmes de santé est un facteur important de l'amélioration des résultats de santé. Dans le domaine des soins de santé, le mot « équité » renvoie à un certain nombre de concepts et d'hypothèses implicites. L'équité peut signifier la détermination d'un niveau minimal de services auxquels tout un chacun doit pouvoir accéder. Dans la plupart des pays développés, il s'agira par exemple de la capacité de consulter un professionnel de santé en cas de maladie, d'obtenir des médicaments et des soins d'urgence, ou encore de recevoir des soins et un soutien tout au long d'une grossesse.

L'analyse des résultats, de même que « la mesure dans laquelle la répartition empirique correspond aux interprétations spécifiques de l'équité », sont des domaines d'étude importants dans le champ des soins de santé. Doivent être systématiquement étudiés la distribution de la richesse et de la maladie, de même que la répartition des dépenses publiques, l'utilisation des services, les coûts et les résultats. À cet égard, on évaluera les niveaux relatifs d'accès aux différents types de services, ainsi que les résultats obtenus par catégorie de patients. Dans son article intitulé « Evaluating Equity in Social Policy: A framework for comparative analysis », Osterle (2002) synthétise de la manière indiquée ci-après les débats d'auteurs autour de ces notions. Son article explique en outre l'application du cadre qu'il propose à la fourniture de soins de longue durée.

- « QUE faut-il partager (par exemple : ressources, fardeaux) ;
- Entre QUI (les bénéficiaires) ; et
- COMMENT (les principes) »

(Osterle, 2002, p. 59)

Pour instaurer l'équité s'agissant du premier élément, soit ce qui doit faire l'objet de la répartition, on devra peut-être envisager la définition d'un ensemble minimal de services, ou d'un niveau minimal de ressources, auquel on peut raisonnablement s'attendre que les personnes aient accès. On pourra aussi définir des normes de qualité ou des attentes. Dans certains cas, ces normes et attentes seront tangibles : disponibilité du service, durée de l'attente pour l'accès au service, évaluation de l'obtention ou non du résultat attendu. Dans d'autres cas, les facteurs à l'œuvre seront moins tangibles : degré de satisfaction vis-à-vis du service, qualité de l'interaction avec le personnel soignant, niveau de participation à la prise de décision, autonomisation ou capacité d'exercer un choix. Ces facteurs peuvent constituer des mesures importantes de l'équité, en particulier s'agissant d'usagers de services originaires de contextes culturels très variés (Osterle 2002, pp. 51-52).

Dans la Charte, les peuples des Nations Unies ont proclamé à nouveau leur foi dans les droits fondamentaux de l'homme, dans la dignité et la valeur de la personne humaine, dans l'égalité des droits des hommes et des femmes, et [...] se sont déclarés résolus à favoriser le progrès social et à instaurer de meilleures conditions de vie dans une liberté plus grande.

Déclaration universelle des droits de l'homme des Nations Unies, 1948

Le volet « qui » du modèle d'Osterle renvoie au fait que même dans les pays développés, certaines personnes sont exclues de l'accès à certains services, du fait de circonstances sociales, géographiques ou autres (Osterle 2002, pp. 52-53). Alors qu'une approche strictement égalitariste de l'équité pourrait induire que toutes les personnes reçoivent une part égale, les mesures prises en vue d'obtenir des résultats de santé équitables peuvent entraîner des inégalités importantes au niveau de la répartition des ressources de santé. C'est dans ce contexte que la manière d'atteindre des objectifs équitables prend toute son importance. Au cœur de ces débats réside le concept de besoin et son corollaire, à savoir que la quantité de ressources allouées doit, d'une manière ou d'une autre, refléter ce besoin. De telle sorte que « si A et B n'éprouvent pas les mêmes besoins, A et B recevront une quantité inégale de traitement ou d'appui. La mesure dans laquelle A et B doivent être traités de manière différenciée pour qu'au final la répartition soit équitable relève du principe d'allocation » (Osterle 2002, p. 53). Mais le besoin lui-même n'est pas univoque. Il peut se mesurer de plusieurs manières, par exemple en termes de mortalité, de morbidité ou de qualité de vie.

L'accès aux services est souvent présenté comme un but à atteindre. Or, l'accès n'est pas automatiquement synonyme d'égalité en termes de résultats, lesquels dépendent aussi de variables environnementales (le climat, par exemple) et non-environnementales (une prédisposition génétique). Osterle relève que « les politiques sociales visant un accès équitable ne portent pas sur l'utilisation effective des services, mais bien sur le potentiel d'utilisation équitable de ces services » (Osterle 2002, p. 52). Par conséquent, les prestataires de services seront amenés à cibler des groupes ou des problèmes spécifiques afin d'améliorer leurs résultats. Cette « discrimination positive » (Ministère de la santé et des

politiques sociales, Espagne, 2010), autrement dit le fait de favoriser certains groupes victimes de discriminations historiques et institutionnelles, est un moyen pour les systèmes de soins de santé d'obtenir des résultats plus équitables.

Différentes modalités de rationnement sont en outre appliquées pour équilibrer des priorités parfois conflictuelles en termes d'équité et de besoins. Ainsi, une liste d'attente pour des services de chirurgie électorale sera basée sur un simple mécanisme d'inscription, mais modifié de manière à répartir la queue en plusieurs catégories de « besoins » ou d'urgence. Dans de nombreux pays, les temps d'attente estimés sont appliqués aux différentes catégories en tant que mesure de qualité.

Déontologie et droits de l'homme

La nécessité de prodiguer des services et de garantir des opportunités et ainsi que les droits de toutes les personnes « sans distinction aucune » est enracinée dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, adoptée en 1948 par l'Organisation des Nations Unies.

Le droit à la santé, et le droit à l'égalité des chances en matière d'accès à la santé, sont régis par le même principe. McCoy (2003, p. 8) relève que :

« La notion d'égalité des chances en matière de santé repose sur le concept de non-discrimination, lui-même associé aux droits de l'homme ; ainsi que sur l'exigence faite aux gouvernements (ou à toute forme de représentation sociale organisée) de prendre les mesures nécessaires pour éliminer les répercussions sanitaires inévitables des disparités sociales. (...) Le caractère équitable ou non d'un processus dépend de la définition que la société donne d'un « droit égal pour tous ». Certains intervenants se focalisent sur les inégalités en matière de résultats de santé ; d'autres sur les possibilités d'obtenir de bons résultats de santé ».

La *Pan American Health Organization* (Organisation panaméricaine de la santé, Bureau régional pour les Amériques de l'OMS, PAHO) relève pour sa part l'importance du concept de justice, « les situations contraires à l'équité résultant d'inégalités injustes ». La PAHO relève que « le *juste* et l'*injuste* sont interprétés de manière très variable. Dans le contexte de la santé, l'une des acceptions du *juste* renvoie à l'égalité des chances au profit des individus et des groupes sociaux en termes d'accès aux services et d'utilisation des services, en fonction des besoins des différents groupes qui composent une population, indépendamment de leur capacité contributive » (PAHO 1999). On aboutit ce faisant à l'idée de « soins de santé universels » et d'« accès universel » en tant qu'éléments d'un système de santé *juste*.

Coûts et rationnement des soins de santé

La prestation des services de santé représente une part importante, et souvent croissante, des ressources budgétaires des États, en particulier ceux ayant pris un engagement politique envers l'universalité des soins. Plusieurs facteurs tendent à augmenter les coûts : augmentation et vieillissement de la population, exigences plus élevées de la part des patients, prix des nouvelles technologies et des thérapies pharmaceutiques. Dans de nombreux pays en développement contraints d'augmenter de manière importante leurs budgets de santé pour répondre aux besoins fondamentaux de la population, les systèmes de santé sont en concurrence avec d'autres secteurs publics pour se tailler un « espace fiscal » à la mesure de leurs besoins (CII & OMS 2009).

Le rationnement est l'une des solutions à cette tension dans le secteur de la santé. Dans certains cas, le rationnement est explicite : l'accès à certains traitements ou services financés par le secteur public sera limité en fonction de critères tels que l'évaluation du besoin clinique relatif ou le revenu, de telle sorte que le secteur public ne fournisse le service qu'aux personnes incapables de le payer ; dans d'autres cas, des traitements sont exclus de la prise en charge par le secteur public du fait de leur inutilité ou de leur inefficacité au regard de l'amélioration de la santé (exemple : la chirurgie esthétique). Certains observateurs estiment que le refus de traiter une personne est, en soi, contraire à l'éthique (voir par exemple Wood 2010). D'autres soutiennent qu'un mécanisme de rationnement transparent est la condition préalable d'un débat public autour des priorités de santé dans un contexte de limitation des ressources disponibles.

Le rationnement implicite est cependant plus fréquent. Les mesures de réduction des coûts se traduisent par un durcissement des critères d'admission à l'hôpital et par une diminution de la durée des séjours hospitaliers. Dans le même temps, les contraintes budgétaires entraînent des réductions d'effectifs. Le rationnement des soins infirmiers « est une conséquence parfois directement observable de la faiblesse des niveaux de dotation en effectifs » : en effet, les infirmières doivent appliquer leur jugement clinique « à l'établissement de priorités dans leurs évaluations et interventions » (Schubert *et al.* 2008, pp. 227-228). Ce phénomène influence directement la qualité des soins et des résultats pour les patients. Il reflète d'autre part le fait que les infirmières doivent prendre tous les jours des décisions concernant le niveau des soins qu'elles prodiguent au profit de quels patients. Il importe donc que les questions relatives à l'équité soient analysées et évaluées à chacun de ces niveaux.

Dans une réflexion sur le rationnement des soins fondé sur le critère d'âge, Dey et Fraser soulignent que la volonté de contrôler les coûts de la santé et d'imaginer de nouvelles manières d'allouer les ressources disponibles suscite un certain nombre de problèmes déontologiques. Les deux auteurs relèvent que l'âge, entre autres facteurs, est un critère de rationnement « important mais implicite au niveau clinique » (Dey & Fraser 2000, p. 530). Ils suggèrent l'existence d'une certaine tolérance envers « le rationnement fondé sur l'âge, par opposition à d'autres motifs tels que le sexe, la classe sociale ou l'origine ethnique » (Dey & Fraser 2000, p. 517).

CHAPITRE 2

Le fardeau de l'inégalité

Inégalités entre pays

On constate, au niveau mondial, d'importantes disparités en matière de santé des populations et d'accès aux services. La Figure 1 ci-dessous montre que l'espérance de vie à la naissance varie entre moins de 50 ans et plus de 80 ans, selon les pays.

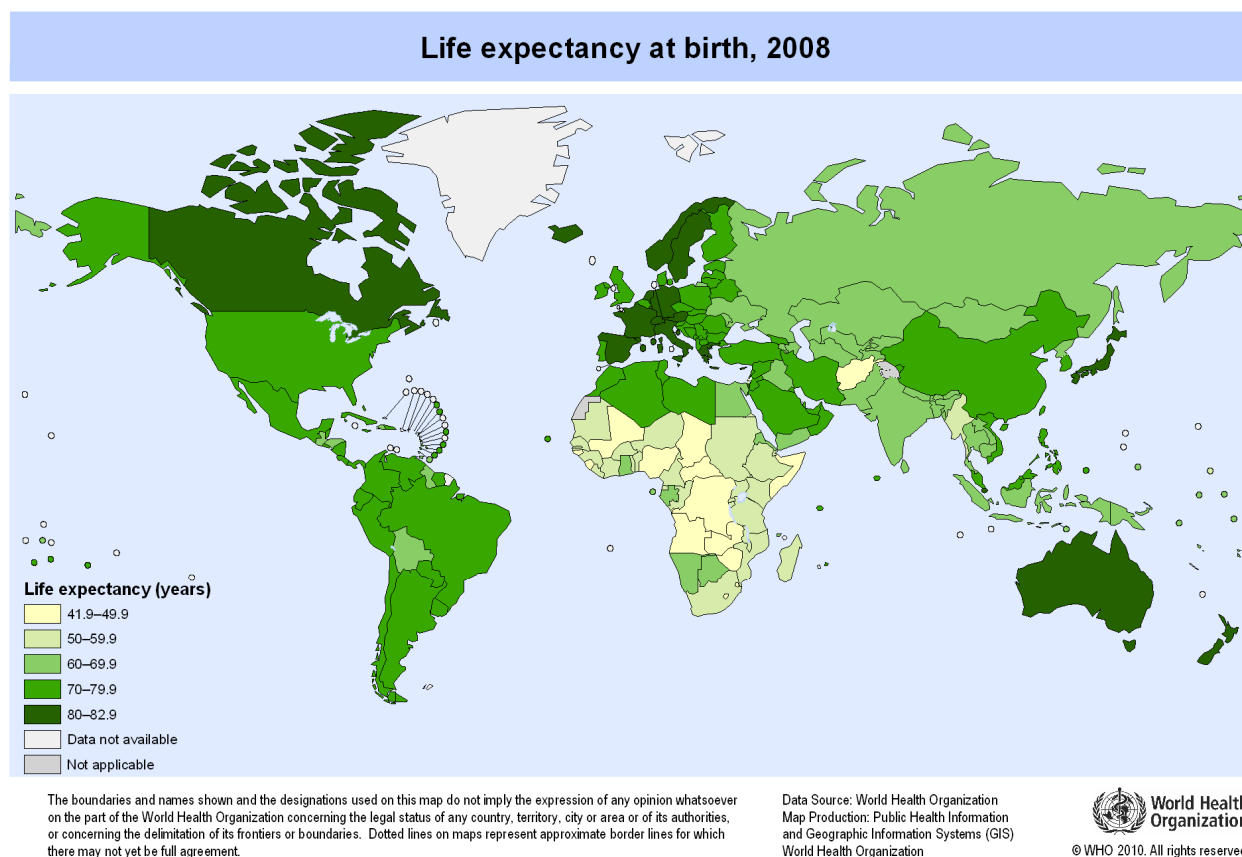
Exemples :

- Au sein des pays de l'Union européenne, la différence des taux de mortalités varie dans une proportion de 1 à 10.
- En 2005, 17,5 millions de personnes ont succombé à des maladies cardiovasculaires, soit 30 % du nombre total des décès. Plus de 80 % des maladies cardiovasculaires interviennent dans les pays à revenu faible à moyen (OMS s.d., *in* CSDH 2008, p. 30).
- Le risque de décès maternel sur la durée de vie est de 1 sur 8 en Afghanistan contre 1 sur 17 400 en Suède (OMS et al. 2007, *in* CDSS 2008, p. 30).
- Plus de la moitié de la population mondiale est privée de toute forme de protection sociale. Seuls 5 % à 10 % de la population est couverte en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, contre un taux de couverture sociale situé entre 20 % et 60 % dans les pays à revenu intermédiaire (OMS 2010e, p.8).
- En Estonie, un homme vivra en bonne santé 71 % de la durée de sa vie ; au Danemark, cette proportion atteint 90 % (DETERMINE 2010, p. 9)

À mi-parcours du délai fixé à 2015 par la Déclaration du Millénaire des Nations Unies, il y a plusieurs exemples de succès, mais de grandes inégalités subsistent dans les pays comme entre les pays. Les tendances actuelles donnent à penser que de nombreux pays à faible revenu n'atteindront pas les cibles des objectifs du Millénaire pour le développement.

Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Rapport du Secrétariat (OMS 2008a)

Figure 1 : Espérance de vie, 2008 (OMS 2010)



Les objectifs du Millénaire pour le développement

L'amélioration de l'accès et de l'équité est au cœur des objectifs du Millénaire pour le développement adoptés par les 192 États membres de l'Organisation des Nations Unies en 2001.

Dans son avant-propos au rapport 2010 des Nations Unies sur les objectifs du Millénaire pour le développement (ONU 2010), le Secrétaire général de l'Organisation, Ban Ki-moon, présente les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) de la manière suivante : « les Objectifs définissent les besoins humains que chacun dans le monde devrait voir satisfaits et les droits fondamentaux dont chacun devrait pouvoir jouir : une vie à l'abri de la pauvreté extrême et de la faim, une éducation de qualité, un emploi productif et décent, une bonne santé et un logement, le droit pour les femmes de donner naissance sans y risquer leur vie, un monde où l'environnement durable est une priorité et où femmes et hommes sont sur pied d'égalité ».

Les Objectifs sont :

1. Éradiquer l'extrême pauvreté et la faim
2. Assurer l'éducation primaire pour tous.
3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.
4. Réduire la mortalité infantile.
5. Améliorer la santé maternelle.
6. Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies.

7. Assurer un environnement durable.
8. Mettre en place un partenariat mondial pour le développement.

Les OMD reflètent la nécessité d'adopter des approches multisectorielles pour améliorer la santé et le bien-être de la population mondiale. Sur la base des travaux de la Commission des déterminants sociaux de la santé, l'engagement de la communauté internationale en faveur des OMD tient compte de l'interdépendance entre la santé et d'autres indicateurs de désavantage : « ... ces inégalités évitables tiennent aux circonstances dans lesquelles les individus grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi qu'aux systèmes de soins existants. De même, les conditions dans lesquelles les gens vivent et meurent dépendent de forces politiques, sociales et économiques » (CDSS 2008, p. i). La relation entre les inégalités en matière d'éducation, de revenu, de sexe et de santé sera abordée ultérieurement dans ce chapitre.

L'inégalité est une réalité choquante devant laquelle il ne faut pas se voiler la face. Il s'agit d'une injustice, d'une parodie des droits de l'homme à l'échelle mondiale.
Nelson Mandela, 2003
(in McCoy, 2003)

OMD liés à la santé

Certains des objectifs sont liés à la santé : réduire de deux tiers la mortalité infantile et des trois quarts la mortalité maternelle, ainsi que maîtriser le VIH, la tuberculose et le paludisme et inverser les tendances actuelles d'ici à 2015 (Stuckler *et al.* 2010).

Une évaluation réalisée en 2008 (OMS 2008a) a montré que si certains progrès ont été réalisés dans ces domaines, d'importantes inégalités persistent. La plupart des cibles ne seront probablement pas atteintes en 2015. Les pays à faible revenu enregistrent un retard toujours plus important à cet égard, comme le montre ce rapport :

OMD 4 : Réduire la mortalité infantile.

- Au niveau mondial, la prévalence d'enfants de moins de cinq ans souffrant d'insuffisance pondérale est tombée de 31 % à 26 % depuis 1990. Mais les progrès sont lents, l'Asie de l'Ouest n'a fait aucun progrès et le taux reste à 46 % en Asie du Sud, où plus de 25 % des nouveau-nés sont encore en situation d'insuffisance pondérale (ONU 2010, p. 13).
- L'Afrique subsaharienne comptait pour la moitié des 8,8 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans dans le monde en 2008 (ONU 2010, p. 27).

OMD 5 : Améliorer la santé maternelle.

- Plus de la moitié des 500 000 femmes ayant succombé aux suites de leur grossesse en 2005 vivaient en Afrique subsaharienne et un tiers en Asie du Sud. Le taux de mortalité maternelle en Afrique subsaharienne se situait à 920 pour 100 000 naissances vivantes, à comparer à 8 pour 100 000 dans les pays industrialisés (OMS 2008a).

OMD 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies.

- En dépit d'améliorations spectaculaires s'agissant de l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à revenu inférieur et intermédiaire, un quart des personnes malades en Afrique subsaharienne n'en disposent toujours pas. La

couverture des besoins des enfants est particulièrement insuffisante, à 15 % (OMS 2008a).

- On estime que 243 millions de cas de paludisme déclarés en 2008 ont entraîné 863 000 décès, dont 89 % sont survenus en Afrique (ONU 2010, p. 46).
- Dans les pays à revenu inférieur à intermédiaire, la proportion de femmes enceintes séropositives au VIH bénéficiant d'un traitement antirétroviral pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant ne dépasse pas 11 %.
- Seul un tiers des enfants de moins de cinq souffrant de la fièvre en Afrique reçoivent un traitement antipaludique (OMS 2008a).

L'OMS signale que si les services de proximité, telle la vaccination, montrent des résultats encourageants, « en revanche, les interventions nécessitant un système de santé opérationnel (...) ont moins d'impact » (OMS 2008a, p. 2).

Les principales contraintes liées à la réalisation de ces objectifs sont :

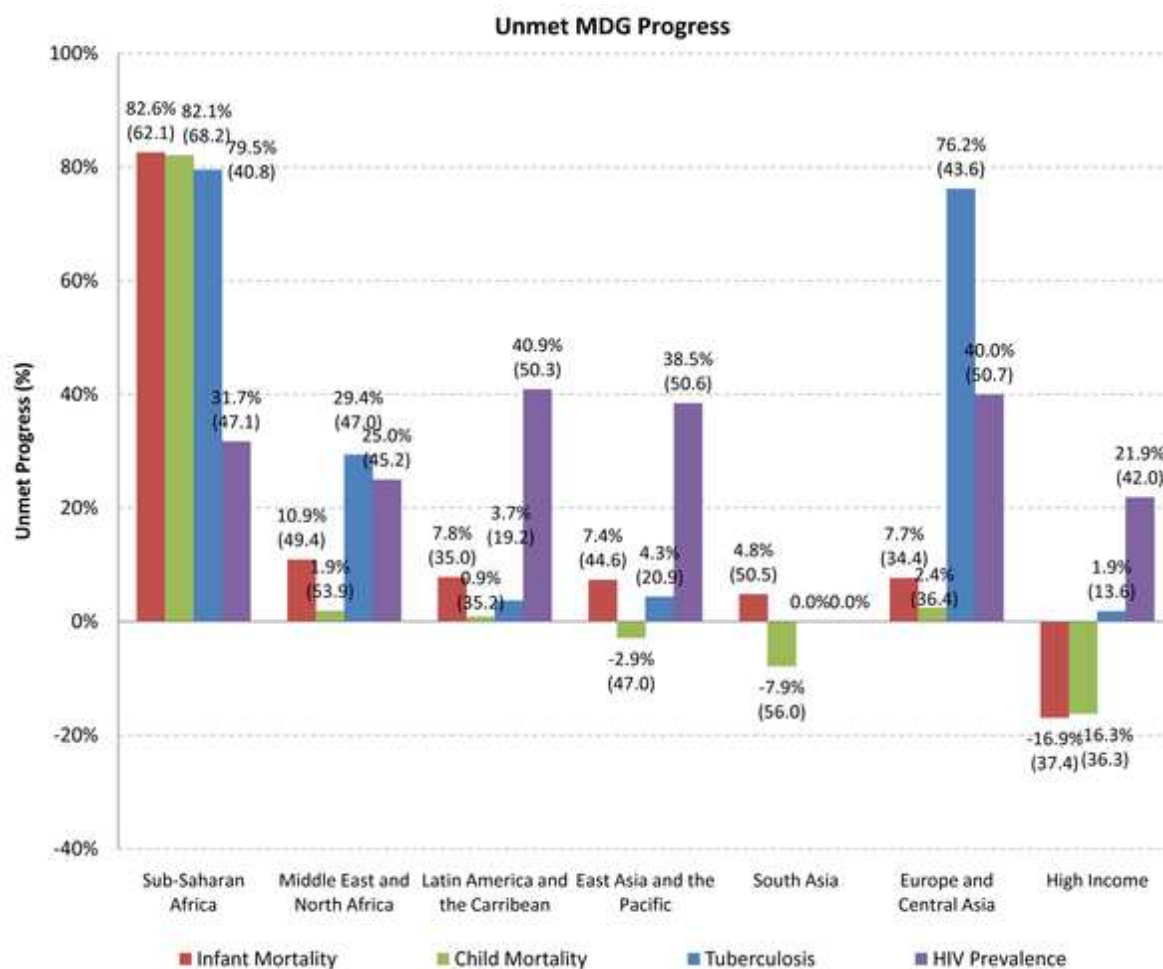
- Les pénuries d'agents de santé bien formés.
- L'action trop timide des gouvernements des États fragiles en réponse aux besoins de santé de leurs populations, pour de multiples raisons.
- La nécessité d'une meilleure coopération entre secteurs : privé, public, communautaire, confessionnel et organisations de volontaires.

Le rapport souligne en outre la nécessité d'augmenter les fonds de donateurs ainsi que les dépenses publiques de santé. Cependant, l'analyse statistique menée par Stuckler *et al.* met en évidence les variations quantitatives des progrès réalisés dans les OMD par rapport aux taux attendus pour chaque pays. Ces variations sont illustrées dans le tableau dressé par les auteurs (voir Figure 2). Le tableau montre que

« ... les charges inférieures de VIH/sida et de maladies non contagieuses sont beaucoup plus étroitement corrélées que les gains en termes de PNB aux progrès dans la lutte contre la mortalité infantile et contre la tuberculose. Une baisse de un pour-cent du taux de prévalence au VIH, ou de 10 % de la mortalité due aux maladies non transmissibles, aurait le même impact sur la réalisation de l'objectif relatif à la tuberculose qu'une hausse de 80% ou plus du PIB, soit au moins une décennie de croissance économique dans les pays à faible revenu » (Stuckler *et al.* 2010).

Cette constatation souligne le rôle crucial que doivent assumer les systèmes et les prestataires dans la promotion de la santé, dans la prévention des maladies évitables et dans le traitement de la morbidité dans les domaines clés liés à la réalisation des OMD, de manière à concrétiser le potentiel de vies sauvées et de prévention des maladies que ces objectifs représentent.

Figure 2 : Unmet MDG progress (Stuckler et al., 2010)



Traduction des légendes :

Titre: "Retard dans la réalisation des OMD"

Axe vertical: "% de retard"

Ligne inférieure de g à d: "Mortalité infantile, mortalité - de 5 ans, tuberculose, prévalence VIH"

Régions: « Afrique subsaharienne, Moyen Orient et Afrique du Nord, Amérique latine et Caraïbes, Asie de l'Est et Pacifique, Asie du Sud, Europe et Asie centrale, revenu élevé »

+ remplacer les points décimaux par des virgules !

Sexe

Chaque année, plus de 350 000 femmes meurent des suites de complications évitables dues à la grossesse et à l'accouchement (Ban 2010). Le dernier rapport des Nations Unies consacré aux OMD relève que « l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes sont au cœur des OMD, ce sont des conditions préalables si on veut l'emporter sur la pauvreté, la faim et la maladie » (ONU 2010).

Les Nations Unies ont adopté en 2010 leur *Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant*, pour orienter la lutte contre les décès et maladies évitables et promouvoir l'accès des femmes aux services de santé. La stratégie est axée sur l'équité et les résultats, en vue d'assurer l'accès universel à un ensemble d'interventions essentielles destinées à répondre aux besoins des personnes vulnérables ou marginalisées. La réalisation des OMD, partie

intégrante de cette stratégie, permettrait de sauver quatre millions d'enfants et près de 190 000 femmes en 2015 (Ban 2010).

En outre, la création d'ONU-Femmes, en 2010, dirigée par l'ancienne Présidente du Chili, Mme Michelle Bachelet, témoigne de l'importance de remédier aux inégalités entre les sexes. Cette nouvelle institution a pour mission de promouvoir les droits des femmes ainsi que leur pleine participation aux affaires du monde.

La réduction des inégalités entre les sexes implique aussi de tenir compte des besoins des hommes en termes de santé et de services de santé. Certains pays ont élaboré, ou sont en train d'élaborer, des politiques de santé ciblées sur les hommes (ainsi le Royaume-Uni, l'Irlande et l'Australie). En outre, dans un document intitulé *Policy Approaches to Engaging Men and Boys in Achieving Gender Equality and Health Equity*, l'OMS souligne l'importance d'inciter les hommes et les garçons à œuvrer en faveur de l'égalité entre les sexes et à préserver leur santé ainsi que celle des femmes. Ce document de synthèse expose et recommande des approches politiques capables « d'accélérer l'évolution vers l'égalité des sexes au foyer, de diminuer les niveaux de violence et d'exploitation sexuelle, de promouvoir de nouvelles pratiques sexuelles plus sûres et de réduire la consommation excessive d'alcool par les hommes » (OMS 2010a).

Exemples :

- Les preuves s'accumulent d'un lien entre la violence sexiste et le VIH (ONU 2010, p. 44).
- Les femmes Afro-américaines représentaient 67 % des nouveaux cas de sida aux États-Unis en 2005 : or, ces femmes étaient sous-représentées dans les tests cliniques (Cohn 2007, p. 272).
- Une étude sur les inégalités dans les soins de santé pour les plus de 65 ans dans les pays de l'OCDE a montré que les femmes doivent payer des frais de santé non-remboursables plus élevés que les hommes, du fait de leur faible revenu et de leur taux d'activité réduit, ce dernier facteur étant la cause de leur accès limité aux plans de santé parrainés par les employeurs (Corrieri *et al.* 2010, p. 15).
- En Angleterre, les hommes courent un risque de cancer de 14 % supérieur aux femmes, du fait surtout de modes de vie malsains ; 66 % des hommes anglais sont en situation de surpoids, contre 57 % de femmes (WCRF 2010).

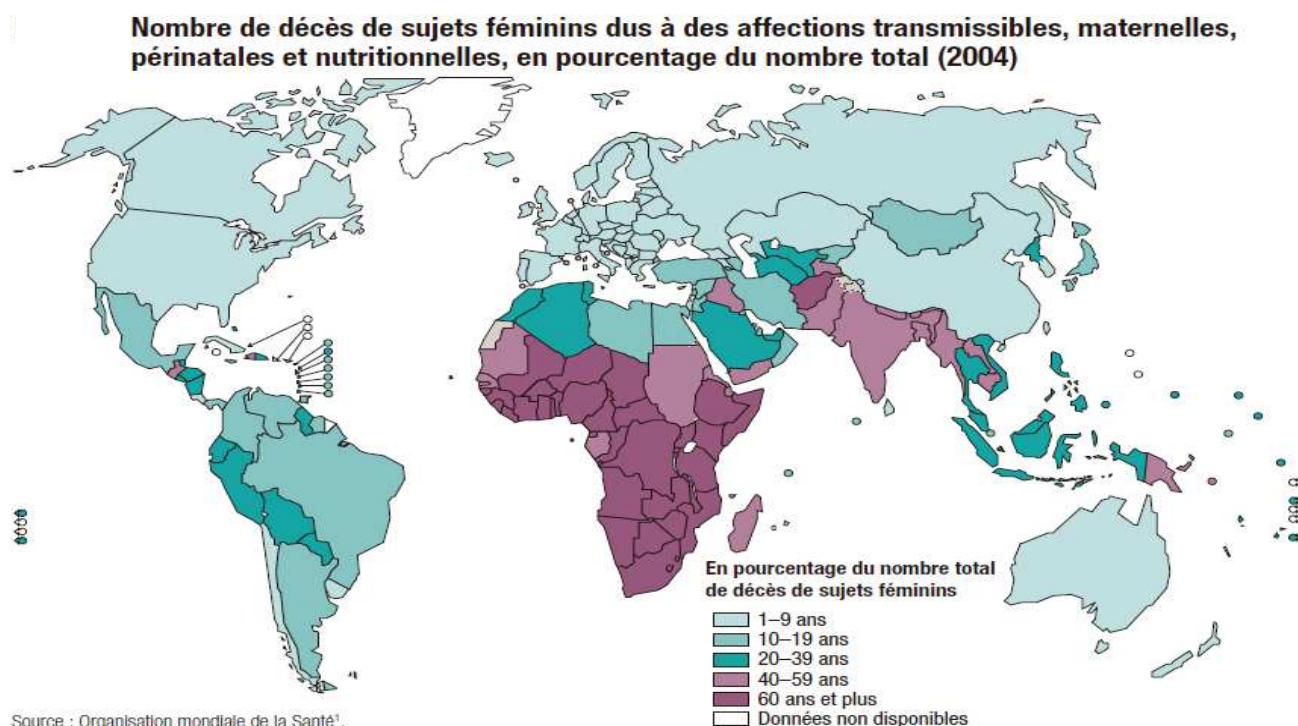
Les infirmières au secours des jeunes mères en difficulté

Rita est une infirmière diplômée exerçant dans le cadre d'un programme de partenariat entre infirmières et familles. À ce titre, elle rend visite à de jeunes mères, souvent des adolescentes, confrontées à une situation financière précaire. Elle collabore activement avec ces jeunes femmes pour améliorer leur bien-être et leur santé, de même que ceux de leurs enfants. L'intervention de Rita doit permettre d'apporter des améliorations à long terme dans la vie de ces familles à risques.

Lors de ses visites, Rita met l'accent sur la santé de la mère, sur la qualité des soins qu'elle prodigue à son enfant et sur le développement personnel des parents. Elle commence ses visites au moment de la grossesse des jeunes filles (avant la 28^e semaine, idéalement entre la 12^e et la 20^e semaine) et les poursuit jusque dans les deux premières années de la vie de l'enfant. Rita recherche et collabore avec des structures de soutien à la mère, avec sa famille, avec le père le cas échéant, avec ses amis aussi, dans l'idée de les rapprocher tous des services humains et sanitaires dont ils pourraient avoir besoin.

Une étude récente portant sur les résultats de ce programme a montré que les visites de Rita et d'autres infirmières ont entraîné une diminution du nombre de naissances prématurées et de bébés souffrant d'insuffisance pondérale à la naissance ; une amélioration des soins parentaux et des environnements familiaux ; une diminution du nombre des grossesses non désirées et à répétition ; une augmentation du taux d'emploi ; une réduction des troubles comportementaux et des comportements criminels et délinquants.

Figure 3 : Nombre de décès de sujets féminins dus à des affections transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles, en pourcentage du nombre total, 2004 (OMS 2006)



Origine ethnique et culture

De nombreux indices montrent que, de par le monde, l'origine ethnique et la culture influencent parfois fortement aussi bien l'accessibilité des services de santé que la qualité des soins prodigués par ces services (voir les exemples ci-dessous). On appelle généralement « compétence culturelle » la capacité d'offrir des services performants à des personnes issues de cultures différentes. Brach et Fraser (2000) soulignent que l'absence d'une telle compétence risque d'avoir les effets suivants au niveau de la prestation des services :

- Incapacité de dépister certains cas par méconnaissance de la prévalence d'états de santé au sein des groupes de populations.
- Ignorance des remèdes traditionnels et d'interactions potentiellement dangereuses.
- Erreurs de diagnostic résultant d'une mauvaise communication.

Les problèmes de communication – obstacles linguistiques, écarts de compréhension ou d'interprétation – risquent de nuire à l'expérience du patient et de limiter sa capacité de prendre part aux décisions concernant ses soins et son traitement, dans la mesure où il n'est pas en mesure de donner son consentement éclairé. Évoquant l'utilisation des services sanitaires par les Roms au Royaume-Uni, Van Cleemput observe que « l'insensibilité culturelle, motivée par l'ignorance ou par le racisme, tient une place importante dans tous les récits de communication manquée » (Van Cleemput 2010, p. 320).

Il faut mentionner, en outre, l'influence du contexte culturel sur le comportement de recherche d'aide professionnelle, et donc sur l'accès aux soins de santé en temps opportun ou non. Par exemple, Van Cleemput relève qu'un Rom (désigné comme « Gitan » ou « traveller », selon la terminologie anglaise, par l'auteur), conformément à « la croyance culturelle selon laquelle il doit se montrer capable de tenir tête à la maladie » et qu'il est tenu de « renvoyer une image sociale de force et de dureté », « se sentira mal jugé s'il admet être déprimé ou mal portant » (Van Cleemput 2010, p. 318). Pour être efficaces, les prestataires de services doivent trouver des moyens de négocier et de dépasser ces barrières culturelles limitant l'accès.

“L'inégalité de santé est une réelle question de vie ou de mort.”

Dr Margaret Chan, Directrice générale, OMS (OMS. 2008b)

Exemples :

- Aux États-Unis, les femmes noires sont statistiquement moins exposées au cancer du sein que les femmes blanches. Or, elles sont davantage susceptibles que ces dernières de succomber à la maladie.
- L'espérance de vie à la naissance des Aborigènes australiens est nettement moins élevée (59 ans pour les hommes, 65 ans pour les femmes, chiffres 1996-2001) que celle de la population australienne en général (77 ans pour les hommes, 82 ans pour les femmes, chiffres 1998-2000) (Australian Human Rights Commission 2008). Aux États-Unis, une réduction de l'écart entre les taux de mortalité des populations afro-américaine et blanche aurait permis d'éviter 886 202 décès entre 1991 et 2000. Ce chiffre est à mettre en rapport avec les 176 633 vies sauvées, pendant la même période, grâce aux progrès médicaux (d'après CDSS 2008).
- Une analyse de l'utilisation des services de santé par les migrants aux États-Unis a montré que les patients nés à l'étranger se disent davantage victimes de discrimination dans ce domaine, surtout s'ils ne sont pas blancs, ne sont pas citoyens des États-Unis et / ou ne maîtrisent pas parfaitement l'anglais (Derose *et al.* 2009, p. 367).

Statut socio-économique

Les personnes pauvres sont souvent confrontées à d'importants obstacles à l'accès aux soins de santé : pouvoir d'achat limité, faibles prestations d'assurance santé, compétence limitée en matière de santé et conditions de vie difficiles (bidonvilles et régions éloignées ou rurales généralement mal desservies par les systèmes de santé et confrontés à des pénuries de professionnels de santé) (Bhattacharyya *et al.* 2010). Les comportements et modes de vie malsains sont également associés à l'exclusion sociale, à des taux plus élevés d'obésité et de consommation de tabac, ainsi qu'au risque accru de dépendance à des drogues (Ministère de la santé et des politiques sociales, Espagne, 2010, p. 43). Les conditions de vie d'une bonne partie des populations pauvres de la planète, marquées par les difficultés d'accès à l'eau potable et à l'assainissement, le logement inadéquat et une nutrition insuffisante, aggravent, elles aussi, tant la prévalence que la susceptibilité à la maladie. C'est pourquoi la Commission des déterminants sociaux de la santé appelle au renforcement du « rôle de l'État dans la fourniture des services de base indispensables à une bonne santé » (CDSS 2008, p. 15). D'autre part, même si les soins de santé sont effectivement gratuits, les personnes pauvres y ont moins facilement accès du fait du temps perdu au

travail et des coûts associés à leur démarche, par exemple les frais de transport (Birdsall & Hecht 1995).

Exemples :

- En Europe, l'excès de risque de décès chez les adultes d'âge moyen dans les groupes socio-économiques les plus défavorisés varie entre 25 % et 50 %, avec des pointes à 150 % (Mackenbach 2005, *in* CDSS 2008).
- La mortalité maternelle en Indonésie est trois à quatre fois plus élevée chez les pauvres que chez les riches (Graham *et al.* 2004).
- En 2006 en Écosse, les hommes et les femmes pouvaient s'attendre à vivre, en moyenne, respectivement 67,9 ans et 69 ans en bonne santé. Par contre, dans les 15 % du territoire les plus démunis, ces chiffres n'étaient, respectivement, que de 57,3 ans et 59 ans.
- À Porto Alegre (Brésil), la mortalité infantile dans les foyers pauvres était deux fois plus élevée que dans les familles riches (Birdsall & Hecht 1995, p. 2).
- Une femme appartenant aux 20 % les plus riches de la population est vingt fois plus susceptible qu'une femme pauvre de bénéficier des services de professionnels de la santé lors son accouchement (OMS 2010e).
- Dans certains contextes, la couverture vaccinale diphtérie-tétanos-coqueluche parmi les plus pauvres ne représente que 10 % de celle des plus riches (OMS 2010e).
- La recherche canadienne a montré des taux d'hospitalisation pour plusieurs indicateurs de santé systématiquement plus élevés chez les personnes vivant dans des régions à faible statut socio-économique, en comparaison avec les groupes intermédiaires et secondaires des régions métropolitaines de recensement.

Géographie et ruralité

La géographie détermine dans une grande mesure l'accès aux services. Ce critère se superpose souvent à d'autres facteurs sociaux de risque dont on sait qu'ils contribuent à la mauvaise santé : faible statut socioéconomique, manque d'installations sanitaires de base, conditions de vies précaires. Dans les pays en développement, les enfants des campagnes sont davantage susceptibles de souffrir d'insuffisance pondérale que les enfants des villes ; en Amérique latine, dans les Caraïbes et dans certains pays d'Asie, cette disparité s'est accentuée ces dernières années (ONU 2010, p. 5).

Récemment, un projet de recherche a souligné des disparités importantes entre régions urbaines elles-mêmes, sachant qu'un tiers de la population mondiale vit dans des bidonvilles. L'analyse montre des différences au sein des villes et entre les villes. Le rapport relève que la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement passe aussi par la résolution de tous ces problèmes (OMS *et al.* 2010).

Exemples :

- Le ratio ville-campagne de prévalence d'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans en Chine est d'environ 4,5 pour 1 (une proportion faible par rapport aux normes internationales). Dans les pays en voie de développement, les enfants des campagnes sont deux fois plus susceptibles d'être en situation d'insuffisance pondérale (UNICEF 2010).
- Makwiza *et al.* signalent qu'en dépit de la gratuité des thérapies antirétrovirales, les patients au Malawi rencontrent toujours d'importantes difficultés en termes d'accès aux services et de suivi des traitements (Makwiza *et al.* 2009, p. 8).
- En Afrique subsaharienne, seules 18 % des femmes rurales utilisent un moyen contraceptif, contre 32 % des femmes urbaines (UNICEF 2010).
- Dans les pays en voie de développement, la couverture d'assainissement est de 70 % supérieure dans les villes par rapport aux campagnes (UNICEF 2010).

Éducation

Les exemples ci-dessous montrent l'existence d'une corrélation entre, d'une côté, le niveau d'éducation et l'état de santé, et, de l'autre, l'augmentation des coûts de la santé. Les niveaux élevés d'éducation sont aussi associés à des meilleures dispositions et capacité à accéder aux services soins de santé, y compris les plus complexes, ainsi qu'à une meilleure participation aux activités de prévention, comme par exemple les campagnes de dépistage.

Répondre aux besoins de santé en milieu rural par une utilisation plus rationnelle des compétences infirmières

Le collectif *Colville Rural Nursing Ltd.* (CRNL) a été créé en 2007 pour répondre aux besoins des familles dans une zone rurale de la Nouvelle-Zélande. Le CRNL, entièrement dirigé par des infirmières, prodigue des soins infirmiers au niveau du district ainsi que des soins infirmiers de santé publique. Chaque infirmière employée dispose de qualifications spécialisées, comme par exemple l'obstétrique ou l'acupuncture. L'une d'entre elles, titulaire d'une maîtrise en soins infirmiers l'autorisant à prescrire des médicaments, se prépare à devenir infirmière praticienne. La formation continue et le perfectionnement professionnel sont des aspects importants de la pratique de ces infirmières.

En janvier 2010, Comité national de la santé de la Nouvelle-Zélande publiait un rapport important dans lequel il formulait des recommandations sur la manière de relever le défi consistant à « prodiguer sur le long terme des services de santé complets aux communautés rurales » (National Health Committee New Zealand 2010, p. v). Les recommandations portent sur la prestation des services, la performance du système, la planification, ainsi que la collecte des statistiques et la recherche. S'appuyant sur les leçons apprises par le CRNL et d'autres intervenants, les auteurs du rapport préconisent l'ouverture de cliniques dirigées par des infirmières.

(National Health Committee New Zealand, 2010)

Exemples :

- Aux Pays-Bas, les femmes et les hommes ayant un faible niveau de formation vivent en moyenne 7 ans de moins que les femmes et les hommes mieux formés ; de même, ils jouissent de 18 ans de moins de vie en bonne santé (DETERMINE 2010, p. 6).
- La prévalence des handicaps de longue durée chez les hommes européens âgés de plus de 80 ans est de 58,8 % pour ceux qui ont reçu une formation scolaire réduite, contre 40,2 % pour ceux qui ont reçu un enseignement supérieur » (Huisman, Kunst & Mackenbach 2003, *in* CDSS 2008).
- Un faible niveau d'instruction est associé à des paiements directs plus élevés pour les médicaments d'ordonnance et à une probabilité plus élevée d'insuffisance de couverture d'assurance chez les plus de 65 ans, dans les pays de l'OCDE (Corrieri *et al.* 2010, p. 6).
- Le faible niveau de formation est associé à un recours moindre aux mesures préventives, par exemple le dépistage par mammographie (Corrieri *et al.* 2010, p. 7).
- L'utilisation de contraceptifs est quatre fois plus élevée chez les femmes ayant suivi une scolarité secondaire que chez les femmes n'ayant pas été scolarisée (ONU 2010, p. 5).

Handicap

Les personnes vivant avec un handicap ont, en général, des contacts plus fréquents avec les systèmes et services de santé : malgré cela, il est établi que nombre d'entre elles éprouvent des difficultés à obtenir des soins qui leur soient adaptés.

Brown *et al.* (2010) signalent deux rapports parus au Royaume-Uni précisent les problèmes à cet égard : *Health Care for All* fait ainsi état, au niveau institutionnel, de discriminations systématiques et d'incapacité à respecter et à appliquer les dispositions de la Loi contre la discrimination. D'autre part, une enquête parlementaire réalisée en 2008 a détaillé nombre d'infractions aux droits de l'homme en ce qui concerne le droit à la vie, la protection contre les traitements dégradants et humiliants et le respect du droit à la vie privée et à la vie familiale (Brown *et al.* 2010, p. 354).

Exemples :

- La mortalité est trois fois plus élevée chez les adultes souffrant de troubles d'apprentissage que dans la population générale, une constatation qui reflète la complexité de la co-morbidité dont souffrent ces personnes (Brown *et al.* 2010, p. 354).
- Même dans les pays qui sont sur le point d'atteindre l'éducation primaire universelle, les enfants handicapés forment la majorité des exclus (ONU 2010, p. 5).

Figure 4 : Enfants en situation d'insuffisance pondérale (de 0 à 59 mois, en %)

Régime alimentaire et nutrition

Le régime alimentaire et la nutrition influencent fortement l'état de santé. Ces deux facteurs dépendent étroitement de la situation socioéconomique des populations, tant dans les pays en voie de développement que dans les pays industrialisés. Dans les villes, la consommation accrue d'aliments très gras et très énergétiques entraîne ce que d'aucuns appellent déjà une « épidémie mondiale d'obésité » (CDSS 2008, p. 62). Dans le même temps, dans les régions du (suite en page 24)

Traduction des légendes :

Prévalence de l'insuffisance pondérale dans les familles pauvres des pays en voie de développement

Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois en situation d'insuffisance pondérale, par tranche de revenu des ménages

Asie du Sud

Afrique subsaharienne

Moyen Orient et Afrique du Nord

Pays en voie de développement

20 % plus pauvres

Deuxième tranche

Tranche intermédiaire

Quatrième tranche

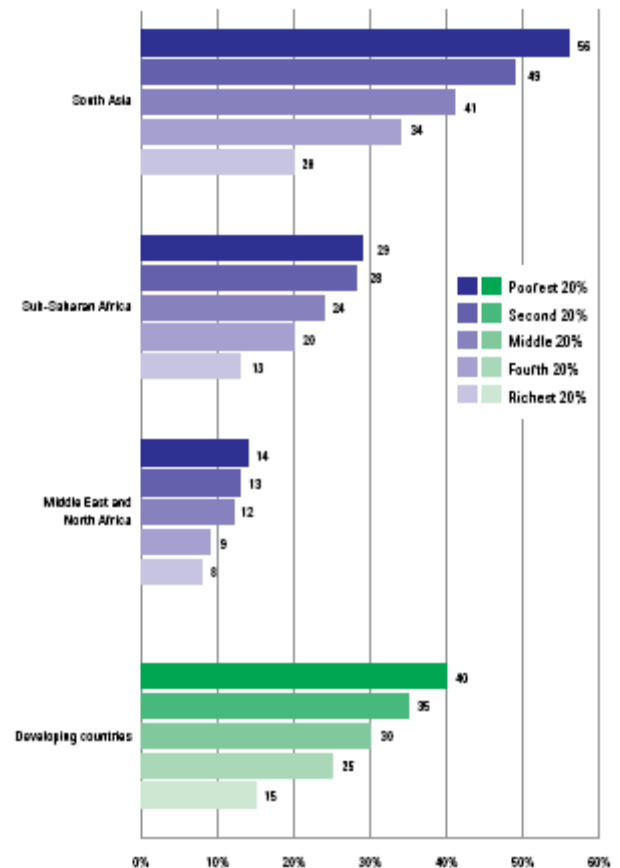
20 % plus riches

L'analyse porte sur un sous-ensemble de 61 pays pour lesquels les statistiques par tranche de revenu sont disponibles. L'échantillon correspond à 52 % des enfants de moins de 5 ans dans le monde en développement. Les estimations de prévalence sont calculées sur la base des Normes OMS de croissance de l'enfant, 2003-2009. La CEI, l'Asie de l'Est et la région Pacifique, l'Amérique latine et les Caraïbes ne sont pas cités du fait de l'absence de statistiques.

Source : base de données mondiale UNICEF, 2010

Across developing regions, underweight prevalence is higher in the poorest households

Percentage of children 0-59 months old who are underweight, by household wealth quintile



Note: Analysis is based on a subset of 61 countries with household wealth quintile information, covering 52% of the under-five population in the developing world. Prevalence estimates are calculated according to WHO Child Growth Standards, 2003-2009. CEE/CIS, East Asia and the Pacific, and Latin America and the Caribbean are not included for lack of data.
Source: UNICEF global databases, 2010.

monde les moins développées, et en particulier dans les zones rurales, la nutrition déficiente dans les premières années de la vie est un problème majeur dans la mesure où elle compromet le développement des individus et risque de susciter des problèmes de santé irréversibles chez les enfants et les femmes enceintes. Au niveau mondial, la réduction de la prévalence d'insuffisance pondérale chez les enfants est un objectif essentiel en vue de la diminution de la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

Ces phénomènes sont étroitement associés à la pauvreté. Drenowski a montré qu'aux États-Unis la densité des points de restauration rapide est plus élevée dans les zones pauvres et que les aliments riches en matières grasses et en sucres sont généralement moins chers que ceux ayant une valeur nutritive plus élevée. L'auteur estime que l'écart de prix de plus en plus marqué entre les aliments sains et malsains confirme l'hypothèse d'un lien de causalité entre pauvreté et obésité (Drenowski 2009, p. 538). Ce sentiment est partagé, en Europe, par Dowler, lequel observe que « la réalité est qu'un certain nombre de problèmes structureaux et sociaux limitent dans une très grande mesure les choix disponibles : quantité de temps et d'argent consacrée à une alimentation saine et à l'exercice physique, ainsi que coût et accessibilité de ces facteurs ; situation géographique des foyers ; circonstances sociales générales des personnes considérées comme faisant partie des classes inférieures » (Dowler 2001, p. 702).

Les exemples ci-dessous montrent que les taux élevés de diabète, associés avant tout à l'augmentation de l'obésité, affectent aussi de nombreuses populations autochtones de par le monde. À cet égard, les problèmes actuels de dislocation du tissu social et de pauvreté se combinent à d'autres facteurs – ruralité et isolement, accès difficile aux services de santé, chômage élevé – pour aggraver le problème.

Exemples :

- Au niveau mondial, la proportion d'enfants de moins de cinq ans souffrant d'insuffisance pondérale est de 26 %, mais de 46 % en Asie du Sud, où plus de 25 % des nourrissons souffrent d'insuffisance pondérale à la naissance (ONU 2010, p. 13).
- Dans les pays en voie de développement, la prévalence des enfants de moins de 5 ans souffrant d'insuffisance pondérale est plus élevée dans les familles pauvres (UNICEF 2010, p. 16).
- La prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans est également plus forte dans les régions rurales (UNICEF 2010, p. 16).
- Des taux très élevés de diabète sucré (avec les complications associées) sont enregistrés dans les populations autochtones en Amérique et dans la région Asie-Pacifique (Hanley 2006) :
 - Chez les Amérindiens, la prévalence de diabète sucré de type 2 est de deux à trois fois supérieure au niveau constaté chez les autres adultes aux États-Unis.
 - Un programme communautaire de dépistage organisé pour les indigènes du détroit de Torres (Australie) a montré chez eux une prévalence au diabète de 26 %, soit six fois le taux constaté dans le reste de la population australienne.
- Aux États-Unis, les taux les plus élevés de diabète de type 2 et d'obésité sont observés chez les personnes dotées d'un faible niveau d'éducation, de faibles revenus et vivant dans les régions les plus pauvres (Drenowski 2009).

CHAPITRE 3

Mesure de l'accès et de l'équité

Exploitation des sources statistiques existantes

Pour renforcer les mesures prises par les États en faveur de l'équité en santé, la Commission des déterminants sociaux de la santé propose deux séries d'indicateurs mettant l'accent sur l'exploitation des statistiques générales sur la population – déjà recueillies dans de nombreux pays – afin d'identifier les inégalités :

- Un système de surveillance minimale de l'équité en santé.
- Un cadre national complet de surveillance de l'équité en santé.

Ces indicateurs sont décrits dans l'Annexe.

Les sources disponibles renferment bien souvent un potentiel statistique important mais inexploité, qu'il est possible de mettre au jour en appliquant une grille de lecture axée sur l'équité ou l'accès. Ainsi, le « Quality and Outcomes Framework (QOF) », appliqué au Royaume-Uni en tant que système de paiement des médecins généralistes, s'est révélé, pour les chercheurs, une « mine » de statistiques primaires de santé, surtout dans la mesure où il permet d'établir des liens avec d'autres sources d'information, notamment s'agissant du contexte socioéconomique local. Sigfrid *et al.* se sont intéressés, pour leur part, aux « rapports d'exception » concernant les patients exclus des mesures de résultats¹. Les chercheurs ont découvert une corrélation entre l'établissement des rapports d'exception pour patients diabétiques et la pauvreté, les taux les plus élevés étant constatés au sein des populations démunies. Les auteurs concluent que toute recherche sur l'inégalité en santé doit tenir compte non seulement de la réalisation ou non des objectifs dans ce domaine, mais encore d'une « analyse des rapports d'exception » (Sigfrid *et al.* 2006, p. 224), dont les enseignements permettent, selon eux, de renforcer les stratégies destinées à améliorer les services aux populations difficiles d'accès.

Ce cas illustre une des grandes difficultés de la mesure de l'accès, qui est de déterminer non seulement quelles personnes ont effectivement accès à un service donné, mais également quelles personnes ne sont pas en mesure de le faire.

¹ Cette exclusion intervient pour des motifs valables, tels que : désaccord du patient, absence au moment des évaluations, intolérance aux médicaments. Les praticiens sont donc en mesure d'exclure un dossier sans causer de préjudice injustifié.

Principaux indicateurs d'inégalité

Un document de travail préparé par l'OCDE en 2009 (de Looper & Lafortune 2009) présente les principaux indicateurs servant à quantifier les inégalités en matière de santé et d'accès aux soins. Les indicateurs des inégalités sont :

- Les statistiques d'espérance de vie et de mortalité.
- Les statistiques de morbidité.
- Des indicateurs composites reprenant ces deux catégories d'informations.

Les indicateurs d'accès et d'utilisation des services sont :

- Le taux de couverture par l'assurance maladie.
- L'utilisation des soins de santé, service par service.
- Les mesures de besoins en soins non couverts.
- Les paiements des patients en tant que part du revenu familial (de Looper & Lafortune 2009, p. 12).

Les auteurs notent que certaines mesures simples – par exemple : calcul de l'écart entre les groupes socio-économiques les plus favorisés et les moins favorisés – mettent l'accent sur le sort des moins favorisés, et sont le plus souvent utilisées pour la collecte statistique de routine et à long terme. Des calculs plus complexes, basés sur les régressions mathématiques, permettent de mesurer les inégalités entre tous les groupes de populations. Citons à cet égard l'« indice relatif d'inégalité » et l'« indice de concentration ». Cependant, la quantité de chiffres requis pour le calcul de ces indices, la complexité du calcul lui-même et la difficulté d'interprétation sont autant d'inconvénients (de Looper & Lafortune 2009, p. 14).

La recherche montre que l'application d'indicateurs différents entraîne des conclusions également différentes. Wagstaff *et al.* (1991), citant deux études sur la relation entre les maladies chroniques et les classes sociales, menées l'une en Suède et l'autre en Angleterre et au Pays de Galles, ont montré que « des conclusions opposées ont été obtenues » moyennant l'utilisation d'indicateurs différents (Schneider *et al.*, 2005, p. 1). Les auteurs concluent que la plupart des outils sont limités dans leur capacité à évaluer l'équité dans le cadre de l'analyse. Ils relèvent toutefois que de nombreux outils d'évaluation économique soit intègrent diverses hypothèses au sujet de l'équité, soit, implicitement ou explicitement, sont déjà inclus dans l'analyse (CCOMS pour l'évaluation des technologies de santé 2008).

Le rôle vital des infirmières itinérantes au Moldova

En tant qu'infirmière itinérante, Irine passe le plus clair de son temps à visiter, à leur domicile, des personnes âgées et handicapées. Son pays, le Moldova, l'un des États de l'Europe de l'Est ayant accédé parmi les derniers à l'indépendance, a connu une augmentation spectaculaire de la pauvreté et de la misère dans les années postsoviétiques. La majorité de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Les retraités et les personnes handicapées sont les plus durement atteints. Le programme d'infirmières itinérantes a été lancé par la Croix-Rouge moldave pour garantir une aide sociale et médicale à ces personnes, dont les revenus sont trop faibles pour couvrir ne serait-ce que les besoins de base (qu'il s'agisse de médicaments ou de traitement).

Le salaire des infirmières est lui-même très bas. Irine ne gagne que l'équivalent de 23 dollars par mois. Malgré cela, elle et ses collègues sont particulièrement dévouées aux personnes dont elles s'occupent. Le programme cherche toujours des fonds pour maintenir les activités des trente infirmières engagées actuellement. Cependant, les besoins sont tellement criants que l'on espère pouvoir augmenter à cent le nombre de ces infirmières, afin de toucher 2 000 personnes au total. Irine et ses collègues sont conscientes de ce que les soins qu'elles prodiguent sont les seuls dont disposent ces personnes isolées et très pauvres.

On est donc amené à penser que l'intégration des aspects relatifs à l'égalité dans la formulation des programmes et politiques doit encore progresser. De Looper et Lafortune relèvent que « l'un des critères importants du choix d'une mesure de l'inégalité en santé est la facilité avec laquelle l'outil appliqué facilite la mise à jour et le contrôle réguliers des statistiques » (de Looper & Lafortune 2009, p. 14). Ceci est vrai surtout dans les pays ou régions où les statistiques sont rares ou qui ne disposent pas des compétences pour concevoir et appliquer des collectes complexes.

Il faut en outre observer que les mesures d'évaluation de l'équité et de l'accès sont, parfois, elles mêmes de nature discriminatoire. Comme l'ont souligné Dey et Fraser, « toute mesure qui s'appuie sur le nombre d'années de vie risque de procéder à une discrimination par l'âge, de même que toute mesure de la qualité de vie risque d'opérer une discrimination par le handicap » (Dey & Fraser 2000, p. 521-522). Par conséquent, l'indicateur doit être adapté à l'usage qui en sera fait. Par exemple, un indicateur tel que les « années de vie ajustées sur l'incapacité » donne une bonne idée de l'état de santé de personnes appartenant à différents groupes professionnels, contribuant à l'évaluation de l'impact sanitaire des différents rôles professionnels. Par contre, appliqué – abstraction faite de toute autre considération – à l'évaluation de l'allocation la plus judicieuse des ressources de santé (par exemple : la détermination des priorités d'accès à l'arthroplastie de la hanche), l'indicateur risque de freiner l'accès des personnes souffrant d'un handicap préexistant.

Outils d'évaluation de l'égalité

L'existence d'outils appropriés pour mesurer et évaluer l'accès et l'équité conditionne les initiatives en vue de l'amélioration de la prestation des services (Sigfrid *et al.* 2006) ainsi que des résultats de santé.

Le Centre collaborateur de l'OMS pour l'évaluation des technologies de santé de l'Université d'Ottawa offre un ensemble d'outils (*Equity Oriented Toolkit*²) destinés à « l'évaluation des technologies en fonction des besoins », en vue de promouvoir un processus décisionnel et une affectation des ressources judicieux. Il donne des exemples d'une gamme d'outils utilisés dans le monde pour évaluer la charge de morbidité, l'efficacité au niveau communautaire, la performance économique et l'application et la traduction des connaissances. Ces outils consistent en méthodes analytiques spécifiques, comme les « années de vie ajustées sur l'incapacité » ; en listes de contrôle, comme la liste de vérification de dépistage d'impact sur la santé ; en logiciels (« Harvard Policy Maker ») ; ou encore en bases de données (« Cochrane Library ») – entre autres.

Chaque ensemble d'outils proposé est comparé aux autres, notamment dans son adéquation à la mesure de l'égalité, évaluée en termes :

- De mesure et de contrôle.
- De participation communautaire.
- De sensibilisation.

² Voir : www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo_toolkit/about.htm.

Mesure des inégalités en termes d'accès au personnel de santé

Les comparaisons de densité sont une manière simple de mettre en évidence les inégalités dans la répartition du personnel de santé à travers le monde. Il s'agit d'un ensemble de données particulièrement utiles : en effet, plusieurs études ont prouvé les fortes corrélations entre densité de main-d'œuvre et résultats de santé. On dispose ainsi d'une analyse de niveau général, qui ne tient pas compte de la répartition des agents de santé dans des secteurs particuliers, ni de la manière dont cette distribution se rapporte aux besoins de santé de la population. Pourtant, les écarts entre pays, très marqués, témoignent des importantes inégalités face à l'accès aux agents de santé, comme le montre la Figure 6 (voir page 34).

L'Atlas mondial de la main-d'œuvre pour la santé (*Global Atlas of the Health Workforce*), publié par l'OMS, en assurant une large diffusion de ces statistiques de base concernant le personnel de santé, permet à ses utilisateurs d'étudier une série d'aspects tels que la répartition par âge, et de comparer les situations dans les zones rurales et non rurales. L'Atlas est destiné à appuyer les décisions politiques, l'élaboration des programmes et la prise de décision. Il contient des statistiques concernant une gamme de catégories d'agents de santé, notamment les infirmières et les sages-femmes. Les statistiques présentées dans la Figure 6 (voir page 34) sont tirées de l'Atlas.

Cela étant, l'OMS, dans son *Rapport sur la santé dans le monde en 2006*, estimait que la disponibilité de renseignements sur l'ampleur et la nature des problèmes de personnel de santé est, « au mieux, incomplète » (OMS 2006, p. 126). De nombreux pays éprouvent encore des difficultés à collecter les statistiques de base relatives à leurs agents de santé, leur situation d'emploi et leur localisation. Ce problème n'est pas limité aux pays les moins riches : ensembles de données incomplets, absence de coordination entre organisations et administrations, isolement des ensembles de données (par exemple : dossiers d'employés / dossiers d'inscription professionnelle / dossiers d'émigration et d'immigration) – autant de problèmes qui compliquent la recherche d'informations de base sur la répartition des infirmières et autres professionnels de santé.

Les infirmières face aux sans-abri : bienvenue dans la réalité !

Kate et Jennifer, deux étudiantes en soins infirmiers, se glissent le long de la rivière Spokane en ce froid matin d'octobre. Leur guide, Martha, appartient au groupe Outreach d'aide aux sans-abri. Martha avise Gypsy, couché sous un rideau de douche scotché à une toile tendue entre les arbres d'un épais fourré. Gypsy souffre d'un emphysème et a le souffle court. Il se laisse examiner par les infirmières et déboutonne sa chemise qui laisse apparaître des cicatrices sur sa poitrine. « Vous devriez peut-être prendre mon pouls. J'ai subi un triple pontage », explique-t-il. Et en effet Kate compte 160/100. Aussi recommande-t-elle à Gypsy de se rendre à la clinique, où on lui prescrira des médicaments pour faire tomber sa pression. Les jeunes femmes lui donnent des jus de fruits et quelques barres chocolatées, remarquant au passage une boîte d'œufs à moitié vide, seule nourriture apparente. Elles promettent à Gypsy de revenir dans une semaine pour prendre de ses nouvelles et lui amener les couvertures dont il a besoin.

Tous les étudiants de l'Université de l'État de Washington (USA) qui préparent un diplôme de soins infirmiers doivent obligatoirement suivre un semestre de préparation aux soins infirmiers communautaires. À Spokane, certaines étudiantes ont ainsi choisi de travailler auprès des nécessiteux du centre-ville – les pauvres, les sans-abri, les malades mentaux, les alcooliques et les drogués... Cette initiative leur a permis de prendre conscience du lien entre santé et pauvreté. Jennifer avoue avoir été un peu secouée par ce volet de sa formation : « Je ne me rendais pas compte qu'il y a tant de sans-abri à Spokane et je n'avais aucune idée d'où ils se trouvent. On pourrait marcher juste à côté d'eux sans les voir. Maintenant, je les reconnais. Au lieu de penser "tiens, un SDF", maintenant je me dis "eh, mais, c'est Gary". Tous ces gens ont des noms maintenant. »

CHAPITRE 4

Obstacles à l'accès et à l'équité

Dépenses de santé

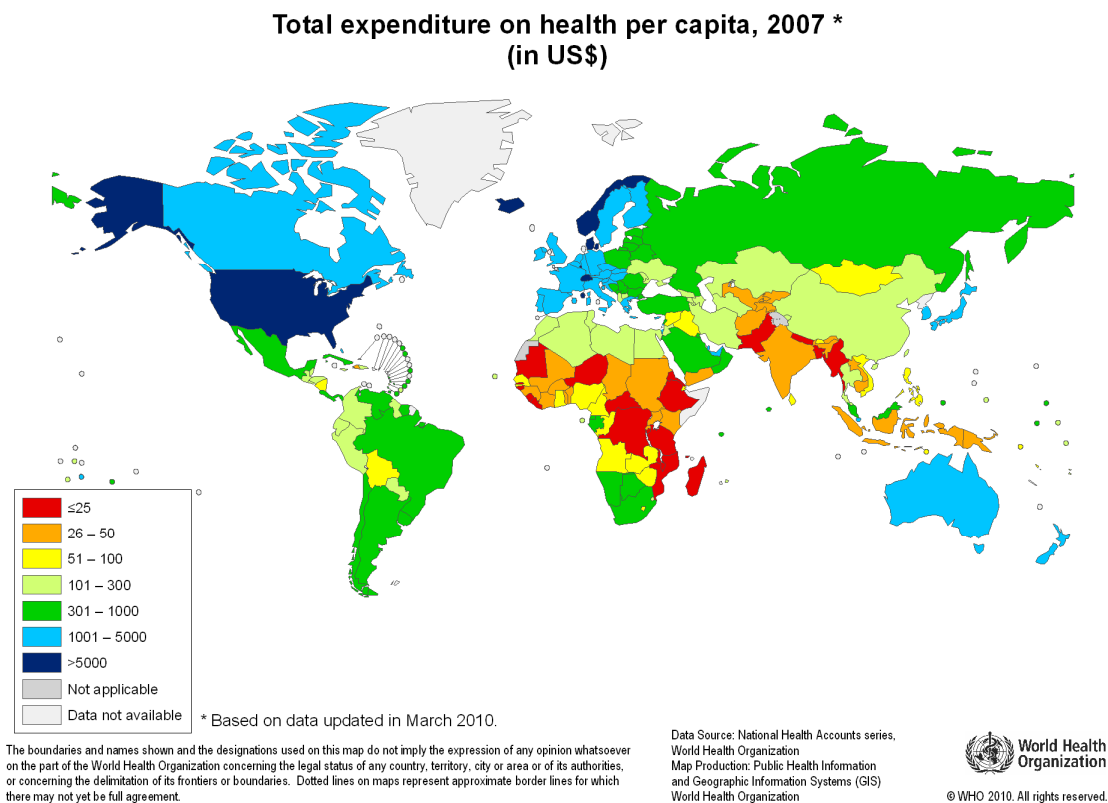
Le niveau des dépenses de santé est extrêmement variable selon les pays, comme le montre la carte établie par l'OMS des dépenses de santé par habitant (voir Figure 5, page 33). Cette réalité influence directement la prestation des services dans tout le spectre des soins de santé, de même que la capacité des États de former, de recruter et de retenir le personnel soignant. Dans les pays à revenu faible à moyen, les gouvernements sont les principaux employeurs d'agents de santé qualifiés : le niveau des dépenses conditionne donc en partie les niveaux de dotation en effectifs (CII et OMS 2009).

La manière dont les fonds disponibles sont dépensés joue également un rôle déterminant dans l'accès et l'utilisation des services. Les frais d'utilisation des services de santé, notamment les coûts indirects que sont les dépenses de transport et les pertes de salaires, « déterminent la capacité des patients de suivre leurs traitements jusqu'à leur terme » (OMS Bureau régional pour l'Europe 2010).

Une analyse des dépenses publiques, et en particulier des dépenses de santé, réalisée à travers le prisme de l'équité permet de mettre en lumière la manière dont les mécanismes de financement favorisent ou, au contraire, compromettent cette équité. Une analyse des dépenses publiques en Indonésie en 1990 a ainsi montré que les ménages appartenant à la tranche de revenu la plus basse (soit 20% des ménages) n'ont bénéficié que de 2% des dépenses publiques de santé, alors que les 20 % de ménages appartenant à la tranche de revenu la plus élevée ont reçu 30% des dépenses publiques de santé (Birdsall & Hecht 1995, p. 4). Birdsall et Hecht observent en outre que, lorsque les populations rurales pauvres ont un accès limité aux services de santé les plus élémentaires (par exemple au Kenya, au Pakistan, au Pérou), « l'affectation d'une part importante des ressources publiques aux hôpitaux urbains est très probablement le signal d'inégalités en santé » (Birdsall & Hecht 1995, p. 7).

Une analyse d'études portant sur l'accès aux services de soins de santé par les immigrants aux États-Unis ne recense que quatre études portant sur les coûts des soins de santé ; elle n'en constate pas moins l'existence de disparités importantes et choquantes : « À l'échelle nationale, les adultes immigrés reçoivent 55% de dépenses de santé de moins que les adultes nés aux États-Unis – l'écart montant à 74% pour les enfants d'immigrés –, même après ajustement pour tenir compte de l'âge, du revenu, de la couverture d'assurance et de l'état de santé » (Derose *et al.* 2009, p. 368).

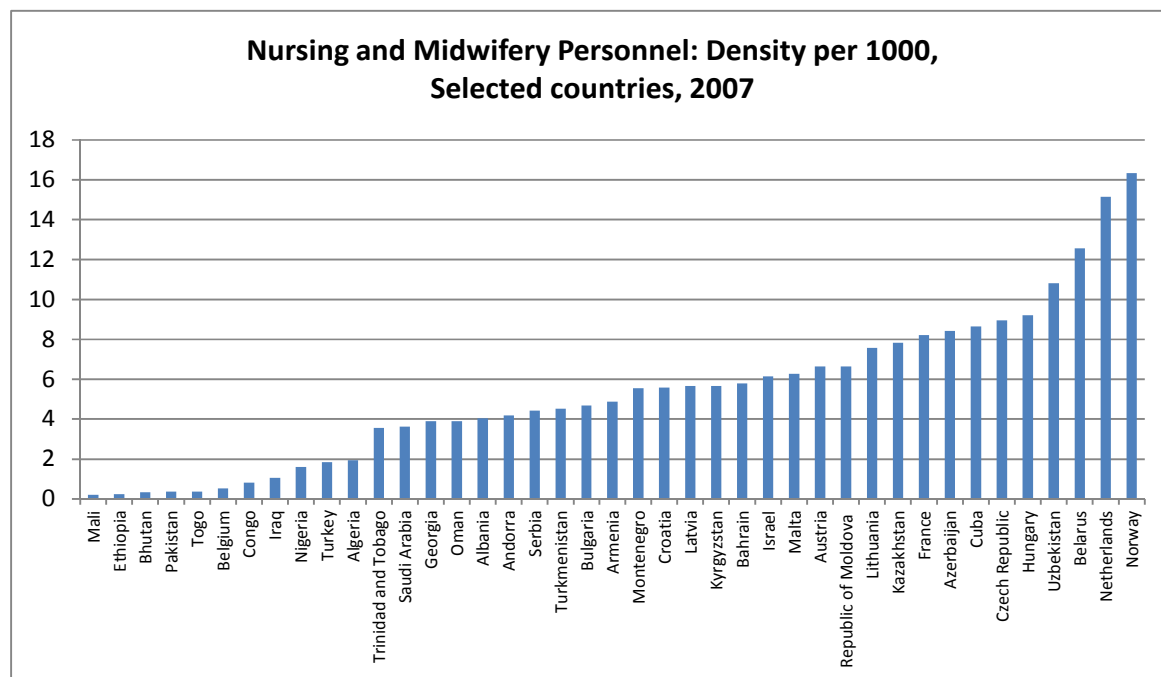
Figure 5 : Dépenses totales de santé par habitant, 2007 (en dollars des États-Unis) (OMS 2006)



Ressources humaines

Les professionnels de la santé sont répartis de manière inégale. La densité de main-d'œuvre varie au sein des régions, de même qu'entre régions, dans un rapport d'un à dix. Il existe en outre d'importantes variations dans le profil des qualifications des agents de santé. En 2007, le Mali ne comptait que 0,2 infirmières et sages-femmes pour mille habitants, contre 16,33 en Norvège. Le ratio infirmières / médecins s'échelonne entre 8 pour un en Afrique et 1,5 pour un dans la région du Pacifique Ouest (CII & OMS 2009).

Figure 6 : Infirmières et sages-femmes pour mille habitants (pays choisis), 2007
Densité de personnel infirmier et obstétrique, pour 1000 habitants, pays choisis, 2007



Source : Atlas mondial de la main-d'œuvre de santé (OMS 2010b)

Traduction des légendes :

... Éthiopie, Bhoutan, ... Belgique... Irak, ... Turquie, Algérie, Trinité-et-Tobago, Arabie saoudite, Géorgie, ... Albanie, Andorre, Serbie, Bulgarie, Arménie, Monténégro, Croatie, Lettonie, ... Bahreïn, Israël, Malte, Autriche, République du Moldova, Lituanie, ... Azerbaïdjan, ... République tchèque, Hongrie, Ouzbékistan, ..., Pays-Bas, Norvège (les autres pays idem !)

Pour de nombreux pays, les pénuries d'infirmières et d'autres ressources humaines de santé (RHS) constituent un obstacle majeur à l'accès adéquat aux services de santé. Ainsi, une étude sur l'accès au dépistage, au conseil et aux thérapies antirétrovirales (ART) au Malawi révèle que la pénurie de RHS suscite « de graves problèmes en termes de prestation équitable et durable d'ART ». L'étude cite des taux de vacance de postes professionnels de l'ordre de 50 pour cent à l'échelle du secteur (Makwiza *et al.* 2009, p. 8).

S'ils sont disponibles, les personnels ne sont pas nécessairement répartis de manière optimale. De nombreuses régions rurales, dans les pays industrialisés aussi bien qu'en développement, sont confrontées à des pénuries d'agents de santé, et notamment d'infirmières. C'est ainsi que le Ghana souffre de « graves écarts dans la répartition géographique de son personnel soignant, ainsi qu'entre sites primaires et tertiaires » (Dovlo 1998). De même, une analyse de publications scientifiques en anglais a montré que les pénuries de professionnels qualifiés dans les campagnes compromettent l'accès aux services de soins palliatifs pour personnes vivant avec le VIH/sida (Harding *et al.* 2005, p. 252). En outre, on peut craindre que les faibles possibilités de formation et de perfectionnement professionnels du personnel œuvrant dans les régions rurales n'affectent la qualité des soins. Ces circonstances risquent d'entraîner une résistance au changement

en vue d'un recentrage des financements publics au profit des soins de base. Cette démarche exigerait en effet le redéploiement d'agents de santé des zones urbaines vers les zones rurales, où les conditions de vie et de travail sont plus difficiles et l'accès aux modalités de perfectionnement professionnel limité (Birdsall & Hecht 1995).

L'OMS a publié récemment une série de recommandations à portée générale relatives à l'amélioration de l'accès aux agents de santé dans les régions rurales et isolées, grâce à des mesures de fidélisation des personnels (OMS 2010c). Le document contient des recommandations dans les domaines de l'éducation, de la réglementation, des incitations financières et du soutien personnel et professionnel. En outre, le document souligne que le respect du principe de l'équité en santé devrait favoriser l'allocation des ressources disponibles de manière à contribuer à la réduction des inégalités de santé (OMS 2010c, p. 3).

Améliorer l'accès grâce à la prescription par les infirmières

En Suède, un certain nombre d'infirmières de district ayant reçu une formation complémentaire sont autorisées à prescrire des médicaments, dont la liste a été dressée par l'Agence suédoise des médicaments. Cette liste contient plus de 230 médicaments administrés dans le traitement de 60 affections. L'évaluation de la prescription par les infirmières montre des résultats positifs en termes d'accès à la santé par les patients, par les personnes âgées et par les personnes handicapées.

CHAPITRE 5

Améliorer l'accès et l'équité en santé

Traiter les déterminants sociaux de la santé

Le lien fondamental entre la santé et le contexte de vie a été reconnu en 2005, date à laquelle l'OMS a mis sur pied sa Commission des déterminants sociaux de la santé « afin de réunir des éléments probants sur les moyens de promouvoir l'équité en santé et de donner l'élan nécessaire au niveau mondial pour passer à l'action » (CDSS 2008).

Reutter et Duncan ont observé que les infirmières sont conscientes de longue date de l'existence de ce lien, de même qu'elles assument depuis fort longtemps des activités de sensibilisation, de plaidoyer et d'élaboration de politiques en vue d'exercer une influence positive sur les principaux déterminants sociaux de la santé, comme par exemple le logement, le bien-être des enfants et le droit de vote des femmes. En 1861 déjà, Florence Nightingale estimait que « le rapport entre la santé et le logement » est « l'un des plus importants qui soient » (Reutter & Duncan 2002, p. 294).

La Commission relève que les sociétés se tournent traditionnellement vers le secteur de la santé pour répondre à leurs préoccupations relatives à la maladie. Or, la mortalité et la morbidité ayant pour cause les conditions de travail et de vie des populations, l'action sur les déterminants sociaux de la santé doit impliquer, tous ensemble, les pouvoirs publics, la société civile et les communautés locales, les entreprises, ainsi que les grands forums et organismes internationaux (CDSS 2008, p. 1).

C'est pourquoi les principales recommandations de la Commission sont :

- Améliorer les conditions de vie quotidiennes.
- Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources.
- Mesurer l'ampleur du problème et évaluer l'efficacité de l'action.

« Les personnes vivant dans la pauvreté et victimes d'exclusion sociale sont, plus que d'autres, privées d'accès à des informations de santé pertinentes et de qualité, de même qu'aux autres ressources politiques et sociales. La maladie et la protection sociale insuffisante aggravent à leur tour le risque de pauvreté et d'exclusion sociale. Les minorités ethniques, les migrants, les personnes sans emploi ou en situation de sous-emploi, les femmes, les enfants, les personnes malades et âgées sont particulièrement exposés au risque de tomber dans le cercle vicieux de la pauvreté et de l'impuissance. »

Ministère de la santé et des politiques sociales, Espagne (2010, p. 41)

Le rapport final de la Commission, très complet, est intitulé *Comblant le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*³. Il définit un certain nombre de domaines d'action prioritaire, propose une analyse des déterminants sociaux de la santé ainsi que des exemples d'initiatives ayant concrètement permis d'améliorer la santé et l'égalité en santé dans des pays situés à tous les niveaux de développement socioéconomique.

La PAHO et l'OMS ont rédigé, de leur côté, un manuel d'autoformation aux déterminants sociaux de la santé et à la formulation de politiques dans ce domaine. Destiné principalement aux collaborateurs des deux institutions, le manuel servira aussi aux infirmières et à d'autres professionnels de la santé impliqués dans la conception de politiques et programmes, de même qu'à toute personne désireuse d'améliorer ses connaissances et d'acquérir des compétences « pour appliquer une approche de l'élaboration de politiques publiques basées sur les déterminants sociaux de la santé, parmi d'autres stratégies, par le biais du renforcement des compétences au niveau personnel et institutionnel » (PAHO & OMS 2009).

Le Module d'introduction de cet outil fixe les objectifs généraux suivants :

- Envisager la notion d'égalité en santé en tant que valeur reflétant la théorie de la justice sociale et en tant que condition fondamentale du droit à la santé.
- Prendre conscience du potentiel d'identification des inégalités en santé en tant qu'élément stratégique de la conception de politiques publiques plus équitables.
- Aborder les politiques intersectorielles et les stratégies d'action concertée dans la perspective des déterminants sociaux de la santé.
- Analyser les recommandations formulées dans les rapports rédigés par la Commission des déterminants sociaux de la santé et par ses neuf « réseaux de savoirs », de même que favoriser leur discussion et leur adoption, en tenant compte des conditions et des priorités de chaque pays.

Pour de plus amples informations :

www.who.int/pmnch/topics/conferences/200902_paho/en/index.html.

Rôle des systèmes de santé

Si la réduction des inégalités en santé ne relève pas des seuls services de santé, ces derniers n'en exercent pas moins une influence sur les inégalités en santé. L'OMS a élaboré un « mécanisme d'amélioration de l'égalité en santé » qui devrait permettre « a) de diminuer les inégalités par le biais de l'offre de services adaptés et b) de susciter une action plus large sur les déterminants sociaux de la santé » (OMS Bureau régional pour l'Europe 2010, p. v).

Dans un rapport intitulé *Challenging Inequity Through Health Systems* (2007), la Commission des déterminants sociaux de la santé identifie, au sein même des systèmes de santé, un certain nombre de caractéristiques utiles pour remédier aux inégalités en santé :

³ http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf

- « Le leadership, les procédures et les mécanismes permettant de tirer parti des initiatives intersectorielles des départements gouvernementaux en vue de promouvoir la santé des populations.

New York : l'action des infirmières praticiennes en pédiatrie en faveur de l'accès aux soins

Dans l'État de New York, certaines infirmières praticiennes en pédiatrie prodiguent des services de soins de santé primaires. Ces infirmières favorisent le bien-être de leurs patients en procédant régulièrement à des contrôles de santé, surveillent la croissance et le développement des enfants, assurent les vaccinations ainsi que le traitement des enfants atteints de maladies courantes – affections des voies respiratoires supérieures, infections des oreilles et diarrhées. Les infirmières praticiennes suivent leurs patients aussi bien en soins ambulatoires que dans les contextes hospitaliers. Les enfants et les familles sont pris en charge à l'hôpital. Par les services qu'elles prodiguent, ces infirmières améliorent l'accès, la qualité et la rentabilité des soins.

- Les mécanismes et pratiques organisationnels qui impliquent les populations, les groupes et les organisations de la société civile (en particulier celles œuvrant auprès des personnes socialement défavorisées et marginalisées) dans les décisions et les initiatives visant à identifier et traiter les besoins de santé et à allouer les ressources nécessaires à ces fins.
- Les modalités de financement et de prestation des soins de santé qui visent à offrir une couverture universelle et des avantages particuliers aux groupes socialement défavorisés et marginalisés (en particulier un accès facilité aux soins de santé, une meilleure protection contre les coûts des maladies et la redistribution des ressources au profit des groupes les plus pauvres et ayant les besoins de santé les plus importants).
- La revitalisation de l'approche globale des soins de santé primaires en tant que stratégie d'intégration des caractéristiques de l'égalité en santé identifiées ci-dessus » (Gilson *et al.* 2007, p. v)

Le rapport souligne que la mise en place d'un système doté de ces caractéristiques et capable de remédier à l'inégalité « exige une analyse technique préalable ainsi qu'un véritable engagement politique » (Gilson *et al.* 2007, p. xvii).

Renforcement et prestation des services

S'agissant de la prestation des services au niveau local, il est possible d'améliorer l'accès en augmentant la capacité globale, dans la mesure du possible ; en optimisant la production des ressources existantes ; en ciblant les ressources sur les zones les plus mal desservies ; et en améliorant certains aspects spécifiques des soins, comme par exemple la continuité des soins (Chapman *et al.* 2004). Si la demande en service dépasse l'offre, il faudra peut-être recourir à des listes d'attentes ou à d'autres mécanismes de rationnement. Dans ce cas, il importe que les critères d'allocation des ressources soient transparents et ouverts au débat public (Dey & Fraser 2000). De cette manière, les mesures de rationnement ne sembleront ni discriminatoires ni injustes. Après avoir étudié certaines approches innovantes de l'amélioration de l'accès aux services de soins primaires – un aspect important des efforts visant à améliorer la santé et prévenir les maladies – Chapman *et al.* concluent :

« Il est possible d'améliorer l'accès aux soins primaires en diversifiant les modalités de fourniture, en renforçant les rôles du personnel soignant et en introduisant une dose de souplesse dans la prestation des services. La réduction des inégalités d'accès passe

probablement par l'allocation prioritaire de ressources limitées vers certains services bien ciblés et par la fourniture de services permettant de combler des lacunes détectées en termes de soins et / ou de communautés desservies » (Chapman *et al.* 2004, p. 380).

Bhattacharyya a identifié quelles innovations dans la prestation des services de santé sont susceptibles d'améliorer les services destinés aux personnes les plus pauvres. Ces pratiques exemplaires sont notamment « les stratégies axées sur les patients, telles que l'adaptation des services aux besoins des pauvres », les subventions croisées, les mesures d'efficience (comme la spécialisation), les économies d'échelle permettant de diminuer le coût unitaire des services, ainsi que les approches opérationnelles visant à améliorer la disponibilité (services de proximité, télémédecine...) (Bhattacharyya *et al.* 2010, p. 8).

Autres exemples de stratégies

capables d'améliorer l'accès des groupes marginalisés : renforcement des services mobiles, comme par exemple unités mobiles prodiguant des services de dépistage de base dans les centres commerciaux ou autres lieux publics ; services de proximité conçus pour atteindre des populations spécifiques très isolées ; mesures de réduction des temps d'attente.

Bhattacharyya identifie dix études de cas exemplaires, en particulier celle de l'organisation indienne *Bhagwan Mahaveer Viklan Samiti Sahayata* (BMVSS), qui a mis au point un membre inférieur prothétique adapté aux besoins des amputés dans les pays en développement. En complément, le BMVSS a adopté un certain nombre de mesures destinées à rendre ses services plus accessibles et plus attrayants pour les pauvres.

- Accueil des patients 24 heures sur 24.
- Logement et pension gratuits le cas échéant ; les familles en visite sont nourries gratuitement.
- Pose des prothèses en une séance, de manière à minimiser les visites et le temps perdu loin du travail (Bhattacharyya *et al.* 2010, pp. 4-5).

Des infirmières récompensées pour leurs services de proximité

En 1988, le Centre de contrôle des maladies de la Colombie britannique (BCCDC, Canada) inaugurait un programme de soins de proximité assuré par des infirmières, « Outreach Street Nurse Program ». Ce dernier offre des services de prévention du VIH et des maladies sexuellement transmissibles (MST) destinés à des personnes n'ayant pas accès aux soins de santé généraux. Les infirmières participantes se consacrent aux soins cliniques, à l'éducation et à la formation, à la conception et à l'application de projets, ainsi qu'à la recherche.

Elles s'engagent à « atteindre les populations qui ne sont pas en mesure d'accéder aux services de santé et sont confrontées à la discrimination et à la stigmatisation dans un contexte de difficultés sociales et sanitaires ». Leur action est fondée « sur les valeurs de respect, d'équité en santé et de justice sociale. »

Les responsables du programme ont réalisé un documentaire pédagogique : « Bevel Up : Drugs, Users & Outreaching Nursing ». Ce documentaire, lauréat, notamment, du prix Prism en 2008, est utilisé, au niveau national et international, pour l'éducation à la santé ainsi que dans les contextes de pratique et politique.

En 2010, le programme a reçu le Prix des droits de l'homme décerné par le « International Centre of Nursing Ethics ».

(BC Centre for Disease Control 2010)

D'autres exemples d'approches novatrices pour la prestation des services sont disponibles sur le portail européen pour l'action sur l'équité en santé, une ressource sur Internet mise en place par le Consortium de l'Union européenne des déterminants socio-économiques de la santé (Consortium DETERMINE). Le site contient un répertoire de pratiques optimales et présente un très grand nombre de projets appliqués avec succès dans la lutte contre les inégalités par le biais d'approches novatrices et ciblées de la prestation des services (DETERMINE 2009).

Les mécanismes de financement envisagés sous l'angle de l'équité

La conception de mécanismes financiers et de financement capables de remédier aux inégalités en matière de santé et de promouvoir l'accès des personnes pauvres ou défavorisées peut contribuer de manière importante à la lutte contre les inégalités et à la promotion de la santé. Un certain nombre de stratégies existent à cet égard :

- « Réduire les paiements directs par les patients en supprimant les frais de santé dans le secteur public, appliquer des solutions innovantes en vue de la diminution des autres coûts de santé (notamment les frais de transport et de médicaments). »
- « Élargir l'accès géographique à des services complets en investissant dans les services publics primaires et secondaires au profit des régions actuellement mal desservies et en optimisant les modalités d'orientation vers les services spécialisés. »
- « Réorienter les ressources publiques entre régions géographiques en tenant compte des besoins de santé des populations et de toutes les sources de financement disponibles. »
- « Assurer le financement des soins de santé primaires et locaux dans le cadre de la couverture universelle » (Gilson *et al.* 2007, pp. xii-xvi).

Les auteurs notent en outre qu'il peut aussi être utile de « tester » d'autres stratégies, telle « l'assurance-santé communautaire (ou d'autres formes d'assurance axées sur certains groupes de population), en tant que mécanismes permettant de protéger les groupes les plus pauvres contre les niveaux de paiements exagérés, et de tirer parti d'expériences réalisées au plan national et international concernant la manière d'éviter les nombreux pièges de ces régimes, de façon à étendre la couverture d'assurance au profit des plus défavorisés » (Gilson *et al.* 2007, p. xiii).

Exploitation des statistiques pour contrôler l'accès et l'équité

Contrôle et surveillance de routine

Dans ses recommandations, la Commission des déterminants sociaux de l'OMS juge indispensable l'existence, « aux niveaux local, national et international, de systèmes d'observation méthodique de l'équité en santé et des déterminants sociaux de la santé » (CDSS 2008, p. 206). La Commission recommande en outre que :

- « Les pouvoirs publics veillent à ce que tous les enfants soient enregistrés à la naissance sans frais pour les ménages. Ceci doit s'inscrire dans le cadre de l'amélioration de l'enregistrement civil des naissances et des décès. »
- « Les autorités nationales instaurent des systèmes nationaux de surveillance de l'équité en santé qui recueillent méthodiquement des données sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités en santé. »
- « L'OMS dirige l'instauration d'un observatoire mondial de l'équité en santé qui s'inscrit dans une structure plus élargie de gouvernance mondiale » (CDSS 2008, p. 206).

La mise en place de mécanismes de surveillance méthodique est une première étape importante dans l'évaluation de l'état de santé des populations et de la manière dont la santé et l'accès aux services de santé sont répartis au sein d'une communauté. Idéalement, pour la Commission, il faut que « tous les pays disposent d'un minimum de données de base sur l'équité en santé représentatives à l'échelle nationale et comparables dans le temps » (CDSS 2008, p. 181).

L'identité, un droit pour chaque enfant

On estime qu'un tiers des naissances dans le monde ne sont jamais enregistrées : chaque année, entre 48 millions et 50 millions de bébés rejoignent ainsi les rangs des personnes condamnées à vivre sans identité officielle ni citoyenneté. Un enfant qui n'est pas inscrit dans les registres de l'état civil risque de se voir privé de ses droits fondamentaux, en particulier l'accès à l'éducation et à la santé, par exemple à la vaccination de base. Privés de reconnaissance officielle et de papiers, les enfants sont extrêmement vulnérables à toutes les formes d'exploitation.

Le CII et la Confédération internationale des sages-femmes se sont associés, en 2007, pour publier un ensemble d'outils consacrés à l'enregistrement des enfants. Cette documentation est conçue pour renforcer la prise de conscience, chez les infirmières et les sages-femmes, de l'importance de l'enregistrement des nouveau-nés. Elle a également pour objectif d'aider les associations et groupes d'infirmières et de sages-femmes à faire avancer la cause de l'enregistrement des naissances dans leurs pays.

Documentation disponible à l'adresse suivante :

www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fre_e_publications/birth_registration_toolkit.pdf

(CII & CISF 2007)

Améliorer l'accès dans les townships de l'Afrique du Sud

Dans certains townships d'Afrique du Sud, des infirmières praticiennes gèrent des dispensaires accueillant de 200 à 300 patients par jour. Ces infirmières supervisent les activités d'équipes formées de jeunes infirmières, de volontaires et de promoteurs de santé. Les infirmières procèdent aux anamnèses et aux examens de santé ; s'il n'y a pas de médecin, elles prodiguent des soins complets et sont autorisées à prescrire des médicaments. Certains jours, les infirmières embarquent à bord d'une camionnette médicalisée et se rendent sur le terrain, directement au contact des patients – une bonne manière d'améliorer l'accès aux soins.

Le rapport complet de la Commission (*Comblé le fossé en une génération. Instauration l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, 2008) définit aussi bien les exigences minimales d'un système de surveillance de l'équité qu'un cadre complet de surveillance. Ces deux éléments sont présentés en Annexe.

Chapitre 6

Les infirmières améliorent l'accès et l'équité

Professionnalisme et déontologie

Le Conseil international des infirmières considère que les droits de l'homme et le principe d'équité font partie intégrante de la déontologie des soins infirmiers. Cette prise de position est affirmée dans le préambule au Code déontologique du CII pour la profession infirmière (2006) :

« Le respect des droits de l'homme – en particulier le droit à la vie, à la dignité et à un traitement humain, ainsi que les droits culturels – fait partie intégrante des soins infirmiers. Ces derniers ne sont influencés par aucune considération d'âge, de couleur, de croyance, de culture, d'invalidité ou de maladie, de sexe et d'orientation sexuelle, de nationalité, de politique, de race ni de statut social, autant de particularités qu'ils respectent au contraire » (CII 2006, p. 1).

Nombre des articles du Code traitent directement des questions d'équité et d'accès, en particulier :

- L'infirmière crée une ambiance dans laquelle les droits de l'homme, les valeurs, les coutumes et les croyances spirituelles de l'individu, de la famille et de la collectivité sont respectés (CII 2006, p. 2).
- L'infirmière partage avec la société la responsabilité du lancement et du soutien d'initiatives permettant de satisfaire les besoins sociaux et de santé de la population, en particulier des groupes les plus vulnérables (CII 2006, p. 2).
- Par l'intermédiaire de son organisation professionnelle, l'infirmière participe, dans le domaine des soins infirmiers, à la création et au maintien de conditions d'emploi et de travail équitables et sûres (CII 2006, p. 3).

Le Code contient des indications sur la manière de l'appliquer au profit d'infirmières appartenant à des contextes différents. Quelques exemples sont donnés ci-après. Le Code est disponible à l'adresse suivante : http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_french.pdf.

Tableau 1 : Extrait du Code déontologique du CII pour la profession infirmière
(CII 2006, p. 5)

Volet N°1 du Code: L'INFIRMIÈRE ET L'INDIVIDU		
Praticiens et gestionnaires	Enseignants et chercheurs	Associations nationales d'infirmières
Fournir des soins en respectant les droits de l'homme; et en étant sensible aux valeurs, coutumes et croyances de tous les peuples.	Inclure dans les cours des références aux droits de l'homme, à l'équité, à la justice et à la solidarité en tant que fondements de l'accès aux soins.	Préparer des prises de position et des directives sur les droits de l'homme et les normes déontologiques.
Assurer et surveiller la sécurité de l'environnement sur le lieu de travail.	Sensibiliser les étudiantes-infirmières à l'importance de l'action sociale dans les domaines d'actualité.	Militer en faveur d'un environnement sûr et sain.

Dans un article, Nancy Crigger évoque l'évolution de la déontologie infirmière dans le contexte de la mondialisation. Elle identifie ce faisant cinq éléments qui peuvent « faciliter l'adoption d'une déontologie mieux adaptée et plus équitable » (Crigger 2008, p. 21) :

- Inclusion et équilibre : le fait de prendre en compte les opinions des personnes marginalisées, de même que d'étudier les perspectives offertes par la science, la religion, l'anthropologie par exemple.
- Équilibre entre communauté et individu : de telle sorte que le bien commun soit pris en compte au même titre que les avantages pour les personnes.
- Application d'une dose de réflexion critique et réaliste à la pratique individuelle, ainsi qu'adoption d'une perspective différente.
- Ouverture à de nouvelles approches des droits de l'homme : en particulier insistance sur les « libertés » plutôt que sur les droits, ce qui favorise l'émergence de nouvelles possibilités et compétences.
- Adoption d'un point de vue sur le monde des affaires et la technologie qui permette d'en discerner la capacité à aggraver les inégalités, mais aussi à y remédier.

Ces directives déontologiques aident l'infirmière à prodiguer des soins justes et équitables, à améliorer l'expérience des patients et la qualité des soins et, enfin, à contribuer à l'élimination des soins infirmiers des comportements discriminatoires et porteurs de stigmatisation.

Formation et renforcement des compétences

Pour être en mesure de prodiguer des soins libres de toute discrimination et équitables, les infirmières doivent bénéficier d'une formation efficace et d'opportunités de renforcement de leurs compétences, ce dernier aspect impliquant un engagement constant envers la formation continue.

Pour Brown *et al.*, les personnes handicapées pâtissent de certains défauts inhérents aux soins infirmiers, à savoir une perception négative et le manque de compétences et de

connaissances relatives à leurs besoins en tant que clients. Les auteurs relèvent aussi, cependant, que nombre d'infirmières n'ont pas reçu la formation suffisamment poussée qui leur permettrait de prodiguer des soins de qualité. Ils citent, à cet égard, une étude portant sur des infirmières praticiennes dans laquelle seuls 8 % des personnes interrogées se disent formées aux problèmes posés par les troubles d'apprentissage.

Il est également important que les gestionnaires, y compris les infirmières gestionnaires et les employeurs, dotent leurs employés de l'information et de la formation adaptées aux besoins et préférences des communautés locales. Enfin, le fait de recruter délibérément du personnel appartenant à des groupes minoritaires locaux, de même que de soutenir ce personnel sur son milieu de travail, sont deux démarches importantes aussi bien pour rendre les services plus accessibles aux clients que pour veiller à ce que les clients appartenant aux mêmes groupes minoritaires bénéficient de traitements d'une qualité égale à ceux dont jouit la majorité.

Compétence culturelle

La compétence culturelle du personnel soignant est importante non seulement dans la mesure où elle favorise l'élévation du taux d'utilisation des services de santé par tous les membres de la communauté, mais également parce qu'elle permet d'augmenter la qualité des services par l'amélioration de l'expérience du patient et de la communication entre les fournisseurs de services de santé et leurs usagers.

Brach et Fraser (2000) citent les principales techniques d'amélioration de la compétence culturelle :

- Recours à des services d'interprétation.
- Recrutement et fidélisation d'agents de santé appartenant à des groupes minoritaires.
- Formation destinée à améliorer la sensibilité, les connaissances et les compétences culturelles.
- Coordination avec les praticiens traditionnels.
- Recours à des travailleurs de santé communautaire.
- Adaptation des activités de promotion de la santé aux conditions culturelles.
- Participation des membres de la famille ou de la communauté.
- Immersion dans une autre culture.
- Arrangements administratifs et organisationnels : emplacement des services, modifications de l'environnement physique et des horaires d'accueil, par exemple.

Des infirmiers sensibles aux différences culturelles

Toutes sortes de tristes records sanitaires sont régulièrement battus le long de la frontière entre le Mexique et les États-Unis, région où vivent 9 millions de personnes : taux record de grossesses chez les adolescentes, d'obésité, de diabète ; taux record aussi de blessures dans des accidents de la route, dû au défaut du port de la ceinture de sécurité.

Environ 3,4 millions de personnes dans cette région vivent très largement sous le niveau de pauvreté. Plus d'un tiers d'entre elles se débattent dans des conditions de vie très précaires nécessitant une aide spéciale. La grande majorité, qui ne peut se payer d'assurance maladies, ne bénéficie d'aucun soin préventif et ne comprend pas toujours l'intérêt de surveiller son taux de cholestérol ou sa pression artérielle. Pour compliquer encore les choses, les disparités économiques entre le Mexique et les États-Unis obligent plus de 800 000 personnes à franchir clandestinement, chaque année, la frontière longue de plus de 3 000 kilomètres.

Rudy, en tant qu'infirmier disposant de compétences culturelles et linguistiques spéciales, joue un rôle particulier dans la réduction des graves inégalités qui touchent les populations vivant dans cette région frontalière. Spécialisé dans les soins familiaux et exerçant dans un centre médical de l'Arizona, État voisin du Mexique, Rudy est également président de la section locale de l'Association des infirmiers et infirmières d'origine hispanique. « En tant qu'infirmiers », explique-t-il, « nous sommes quotidiennement confrontés aux problèmes de santé des clandestins : épuisement dû à la chaleur, hypothermie, et même empoisonnement : les clandestins ont tellement soif pendant leur traversée du désert qu'ils en viennent à avaler n'importe quoi, y compris de l'antigel. S'ils arrivent jusqu'ici, nous les envoyons immédiatement en dialyse. Mais le pire, c'est la pauvreté : elle est à l'origine du chômage, des grossesses chez les adolescentes, du manque de logements, de la violence domestique, du diabète, des cancers – entre autres. »

Nouveaux rôles et flexibilité

L'apparition de nouveaux rôles infirmiers a été étudiée en tant que stratégie importante d'amélioration de l'accès à de nombreux services.

Le déploiement accéléré de nouvelles catégories d'infirmières et le renforcement des rôles d'infirmière clinicienne spécialisée et d'infirmière praticienne ont amélioré la qualité des soins et diminué les coûts organisationnels. Chapman *et al.* ont procédé à un examen des stratégies utilisées pour améliorer l'accès aux soins de santé primaires au Royaume-Uni. Ils ont constaté que les autorités ont recours à des services de soins infirmiers primaires gérés par des infirmières pour « améliorer l'accès aux services dans les régions où le recrutement et la fidélisation des médecins généralistes sont difficiles ». Ils ont aussi observé que le triage et les consultations téléphoniques par des infirmières permettent d'économiser du temps et d'améliorer l'accès sans affecter la qualité des soins (même si les auteurs relèvent que le recours au téléphone risque de compromettre l'accès des personnes ne maîtrisant pas la langue anglaise, souffrant de troubles de l'audition ou de la parole ou n'ayant pas accès au téléphone) (Chapman *et al.* 2004).

L'introduction ciblée de nouvelles catégories d'agents de santé dans certaines régions s'est, enfin, révélée un moyen efficace de diminuer les coûts sans nuire à la satisfaction des patients (CII 2010). Cette stratégie a été employée avec succès dans des zones connaissant des pénuries graves de personnel soignant.

Recherche

Les données probantes montrent que des disparités existent dans le secteur de la recherche, à l'image de la situation dans la fourniture de services de santé. Un article paru récemment consacré aux infirmières chercheuses dans le domaine du VIH montre que la recherche clinique ne donne pas toujours une image exacte de la population séropositive. Par exemple, aux États-Unis, on a constaté que les Afro-américaines représentaient 67 % des nouveaux cas de sida en 2005, alors même qu'elles étaient sous-représentées dans les échantillons soumis aux tests cliniques. L'auteur de l'article cité note que cette disparité ne reflète pas seulement de mauvaises pratiques en termes de recherche clinique, mais aussi qu'elle « interdit de nous faire une idée des facteurs politiques, sociaux et individuels qui déterminent la propagation de la maladie » (Cohn 2007).

Des infirmières pour orienter les patients

Dans la province canadienne de l'Ontario, près de 780 000 personnes n'ont pas accès à un prestataire de soins de santé familiale. Un district a choisi de combler cette lacune en affectant deux infirmières à plein temps dans chacun des quatorze réseaux locaux de soins intégrés. Ces infirmières sont chargées d'assurer le lien entre les patients et les prestataires de soins de santé. Appelées « Care Connectors », elles orientent les patients vers les médecins et praticiens disponibles. L'orientation est déterminée en fonction des priorités, elles-mêmes définies par les réponses à un questionnaire portant sur les besoins de santé des patients.

À la date de septembre 2010, 76 000 patients s'étaient inscrits pour bénéficier de ce service. Sur ce total, 5600 étaient classés prioritaires : les trois quarts de ces patients ont été aiguillés vers un praticien de santé. En outre, 75 % de tous les patients ont été orientés par les infirmières chez des praticiens situés dans un rayon de dix kilomètres autour de leur domicile, y compris dans les communautés du nord du pays et dans les régions rurales.

(Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé 2010)

Selon Cohn, les infirmières, compte tenu de leur expérience dans les soins directs et dans la communication avec les patients, ainsi que du haut degré de confiance dont elles jouissent auprès du public dans de nombreux pays, sont « dans une situation privilégiée » pour faire en sorte que les patients soient bien informés et que des protocoles de recherche garantissent la participation et la représentation de tous les groupes de population. « En particulier, les infirmières sont conscientes de l'importance, pour la gestion et le traitement des maladies, de la collaboration avec les populations marginalisées » (Cohn 2007, p. 274).

L'organisation *Campbell and Cochrane Equity Methods Group* a mis au point un outil destiné à aider les infirmières qui mènent des recherches à intégrer à leurs travaux les préoccupations relevant de l'équité. Sa « Liste de contrôle de l'équité pour auteurs de revues systématiques » (*Equity Checklist for Systematic Review Authors*) présente une série de questions visant à guider les chercheurs dans l'intégration d'une perspective d'équité dans tous les aspects d'une revue de littérature, y compris des stratégies et méthodes de recherche, la description et la méthodologie des études considérées, ainsi que l'analyse des résultats (Ueffing *et al.* 2009). Les auteurs encouragent l'utilisation et la diffusion de leur liste de contrôle, disponible à l'adresse suivante : <http://equity.cochrane.org/our-publications>.

Lobbying, plaidoyer et élaboration de politiques

Les infirmières jouent un rôle important dans l'élaboration des politiques grâce à la formulation de prises de position en matière d'analyse, de plaidoyer et de recherche, particulièrement dans les domaines de la prestation et de la restructuration des services de santé. Cependant, des auteurs tels que Reutter et Duncan estiment que la nécessité de traiter les déterminants sociaux de la santé entraîne un besoin correspondant de plaidoyer dans le domaine des politiques publiques au sens large, « au-delà des organismes de santé traditionnels et des services de santé gouvernementaux, afin de mobiliser des secteurs tels que la finance, l'agriculture, l'éducation, le transport, l'énergie et le logement » (Reutter & Duncan 2002, p. 295).

Des infirmières au Parlement

Au Palais de Westminster de Londres, une infirmière gère un service très moderne de santé au travail. L'essentiel de son temps est consacré au suivi des parlementaires, des pairs de la Chambre des Lords et des milliers d'employés et de visiteurs qui se présentent. L'infirmière est confrontée « à pratiquement toutes les situations courantes dans un service d'urgences et de consultation médicale » : des maux de tête aux accidents de sport, en passant par les premiers secours en cas de crises cardiaques.

L'infirmière est aussi responsable du dépistage des employés et des candidats. Elle organise des activités liées à la promotion de la santé : exercice physique, sensibilisation des parlementaires en mission à l'étranger à la santé en voyage. Elle coordonne la surveillance médicale et infirmière des cérémonies (ouverture et clôture des séances parlementaires, par exemple) qui impliquent un médecin, une ambulance et une foule d'aides-soignants. Les politiciens suivent des horaires très irréguliers, siégeant parfois jusqu'aux petites heures du matin : ils ont par conséquent tendance à négliger leur santé. L'infirmière croise de nombreux visages bien connus. Cependant, grâce à son professionnalisme, elle réserve un accueil identique à chacun.

Les associations nationales d'infirmières sont un canal pour la formulation des intérêts des infirmières. Elles constituent un point de contact initial pour les principaux intervenants du gouvernement et de la société civile. Elles jouent, enfin, un rôle central dans l'élaboration d'une contribution de qualité aux débats politiques concernant aussi bien la manière dont le système de santé est orienté, structuré et géré, que les aspects politiques plus généraux des déterminants sociaux de la santé. Dans une publication conjointe sur la macroéconomie, le

CII et l'OMS suggèrent à la communauté infirmière un certain nombre de domaines à explorer en vue de soutenir le développement du personnel et l'amélioration de la santé, notamment la participation aux débats nationaux et locaux sur le financement des systèmes de santé, et l'importance des agents qualifiés pour l'obtention des résultats de santé attendus (CII et OMS 2009, p. 34).

Le lobbying et le plaidoyer font ainsi partie intégrante du rôle des infirmières en matière d'équité et d'accès. Ils nécessitent l'acquisition d'un ensemble de compétences et de connaissances. La formation des infirmières commence de refléter cette exigence avec l'introduction d'enseignements supérieurs destinés à équiper les infirmières des compétences requises pour participer efficacement à l'élaboration des politiques publiques (Reutter & Duncan 2002).

ANNEXES



UN SYSTEME DE SURVEILLANCE MINIMALE DE L'EQUITE EN SANTE

Résultats sur le plan sanitaire :

- Mortalité : mortalité infantile et/ou mortalité des moins de cinq ans, mortalité maternelle, mortalité des adultes et espérance de vie à la naissance (EVN) ;
- Morbidité : au moins trois indicateurs de morbidité nationale pertinents, qui varieront selon les contextes des pays et qui pourraient inclure la prévalence de l'obésité, du diabète, de la dénutrition et du VIH ;
- Auto-évaluation de la santé mentale et physique.

Mesures des inégalités :

- En plus des moyennes des populations, les données sur les résultats sanitaires doivent être fournies de manière stratifiée, y compris la classification par :
 - sexe;
 - au moins deux marqueurs sociaux (par ex. instruction, revenu/ richesse, classe professionnelle, ethnique/ race) ;
 - au moins un marqueur régional (par ex. rural/ urbain, province).
- Insérer au moins une mesure sommaire des inégalités en santé absolues entre les groupes sociaux et une mesure sommaire des inégalités en santé relatives entre les groupes sociaux.
- Des données de bonne qualité concernant la santé des peuples autochtones doivent être disponibles, le cas échéant.

Vers un cadre national complet de la surveillance de l'équité en sante

Inégalités de santé

Introduire des informations concernant :

- Les résultats sanitaires classés selon :
 - le sexe
 - au moins deux critères de classification socio-économique (instruction, revenu/ richesse, classe professionnelle) ;
 - le groupe ethnique/ race/ indigénat ;
 - d'autres critères de classification sociale pertinents selon le contexte ;
 - le lieu de résidence (rural/ urbain et province ou autre unité géographique pertinente) ;
- La répartition de la population dans les sous-groupes ;
- Une mesure sommaire de l'inégalité en santé relative: les mesures comprennent le ratio des taux, l'indice relatif d'inégalité, la version relative du risque attribuable à la population et l'indice de concentration;
- Une mesure sommaire de l'inégalité en santé absolue : les mesures comprennent la différence de taux, l'indice de pente d'inégalité et le risque attribuable à la population.

Résultats sur les plan sanitaire

- Mortalité (toutes causes confondues, cause spécifique, âge spécifique) ;
- DJE ;
- Santé mentale ;
- Morbidité et incapacité ;
- Auto-évaluation de la santé physique et mentale ;
- Résultats par cause.

Déterminants, le cas échéant, y compris les données classifiées

Conditions de vie quotidiennes

- Comportements de santé
 - Tabagisme ;
 - Consommation d'alcool ;
 - Activité physique ;
 - Régime alimentaire et nutrition ;
- Environnement physique et social :
 - Eau et assainissement ;
 - Conditions de logement ;
 - Infrastructure, transports et urbanisme ;
 - Qualité de l'air ;
 - Capital social ;
- Conditions de travail :
 - Substances de travail dangereuses ;
 - Stress ;

Soins de santé :

- Couverture ;
- Infrastructure des systèmes de soins sanitaires ;

Protection sociale :

- Couverture ;
- Générosité.

Facteurs structurels de l'inégalité en santé:

- Sexospécificité:
 - Normes et valeurs ;
 - Participation économique ;
 - Santé sexuelle et génésique ;
- Inégalités sociales:
 - Exclusion sociale ;
 - Répartition des revenus et des richesses ;
 - Instruction ;
- Contexte sociopolitique:

- Droits civils ;
- Conditions de l'emploi ;
- Priorités de la gouvernance et des dépenses publiques ;
- Conditions macroéconomiques.

Conséquences du mauvais état de santé

- Economiques ;
- Conséquences sociales.



L'information aux patients

Prise de position du CII:

Le Conseil international des infirmières (CII) est convaincu du droit de chacun à disposer de l'information la plus actuelle possible concernant la promotion et la conservation de sa propre santé et la prévention et le traitement des maladies. Cette information de santé doit être facilement accessible, opportune, précise, compréhensible, pertinente, fiable et fondée sur des bases factuelles ou sur les meilleures pratiques disponibles. En outre, toute personne devrait pouvoir accéder à une information précise, fiable et transparente sur les résultats de la recherche, sur les produits pharmaceutiques et sur les innovations techniques en matière de promotion de la santé et de prévention et de traitement des maladies.

Chacun a droit au respect de sa vie privée et de la confidentialité des informations concernant sa santé. Le partage judicieux de l'information par les infirmières et autres professionnels de la santé est une condition *sine qua non* de l'établissement de relations franches et empreintes d'esprit de collaboration avec les patients et leurs familles ou les proches qui les soignent.

Toute personne a droit d'accéder à l'information, sous une forme adéquate et adaptée à son niveau de compréhension, lui permettant de faire des choix et de prendre des décisions en pleine connaissance de cause quant à sa propre santé. L'information destinée aux patients et aux proches qui les soignent doit être adaptée à leurs besoins spécifiques ainsi qu'aux circonstances particulières qui régissent en général la vie des individus : spiritualité, religion, culture, appartenance ethnique, de même qu'aptitudes langagières et niveau de connaissances en matière de santé⁴. Les risques et avantages des interventions, les options de santé disponibles doivent être discutées avec les patients et, si nécessaire, avec leurs familles ou les proches qui les soignent.

Les infirmières et autres professionnels de la santé doivent collaborer avec les organisations de patients, les groupes d'auto-soins et d'autres intervenants concernés pour faire en sorte que les patients et le public en général aient accès à une information appropriée concernant la santé et les services de santé. Ceci implique également que les infirmières s'engageront dans la recherche sur la nature, sur la qualité et sur l'impact que l'information aux patients a sur le résultat des interventions de santé et sur la pratique des soins infirmiers.

Contexte

Celles et ceux qui prennent une part active au rétablissement de leur santé opèrent de meilleurs choix en matière d'automédication, ont des modes de vie plus sains et sont davantage susceptibles d'être satisfaits des soins et du

⁴ Ces connaissances sont définies comme la capacité de comprendre et d'user efficacement de l'information générale sur la santé.

résultat des traitements qu'ils reçoivent⁵. Les infirmières et autres professionnels de la santé doivent tenir compte du droit des individus à prendre des décisions et faire des choix en toute connaissance de cause en ce qui concerne la gestion de leur propre santé, ainsi que de leur droit d'accepter ou de refuser des soins ou traitements de santé. Les infirmières et autres professionnels de la santé doivent rester attentifs aux besoins que les patients expriment en matière d'information, ainsi qu'aux évaluations que les patients font eux-mêmes à cet égard, plutôt que de se reposer sur leurs connaissances professionnelles ou sur des idées toutes faites.

Les infirmières et autres professionnels de la santé doivent disposer des connaissances et aptitudes nécessaires au traitement de l'information; ils doivent aider les patients à gérer et exploiter l'information dont ils disposent; ils doivent enfin contribuer à enrichir et évaluer la base de données factuelle concernant l'impact de l'existence de patients informés sur les résultats de santé.

L'information doit être diffusée par toute la gamme des moyens de communication; elle doit être formulée conformément à des normes de qualité officiellement reconnues ou préconisées.

La formation de base et la formation continue, les programmes de formation des infirmières et des autres professionnels de la santé doivent leur fournir les compétences nécessaires pour garantir la bonne information des patients et du public, ainsi que pour collaborer avec eux de façon à répondre de manière optimale à leurs besoins de santé.

Le CII est conscient du fait que la sécurité des patients dépend de l'information aux patients, et que cette information doit faire partie intégrante des initiatives déployées pour renforcer la qualité et la santé de soins de santé.

⁵ Département de la santé. Gestion des maladies chroniques et automédication. Cadres de services nationaux. (2002). *A practical aid to implementation in primary care. Programme « Expertise du patient »* Rapport intermédiaire. 6 février 2003. www.doh.gov.uk/cmo/progress/expertpatient/index.htm

ADOPTÉE EN 2003
Revue et révisée en 2008

Prises de position y afférentes:

- Sécurité des patients
- Information relative à la santé: protéger les droits des patients

Publications du CII:

- Patient Talk! Le projet de l'Information aux patients du CII (2003)

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.



Une eau potable accessible à tous

Prise de position du CII :

Pour le Conseil international des infirmières (CII), le droit à l'accès à l'eau propre potable est non négociable. Une eau potable facilement accessible est un besoin universel autant qu'un droit fondamental et essentiel pour la santé, la qualité de vie et le développement. L'eau est un bien public, c'est pourquoi le CII s'oppose à la privatisation des services et ressources en eau.

Le CII estime aussi qu'à condition que la volonté politique nécessaire ne manque pas, il est possible de rendre accessible à tous une eau propre, sûre et bon marché, et ce en utilisant les technologies appropriées.

Le CII approuve l'objectif fixé par les Nations Unies Objectifs du Millénaire pour le développement de réduire de moitié, d'ici à 2015, la proportion des populations sans accès durable à l'eau potable⁶. L'accessibilité est un élément déterminant des stratégies de réduction de la pauvreté.

Le CII exhorte les infirmières et les associations nationales d'infirmières (ANIs) à :

- collaborer avec des représentants d'autres secteurs (autorités locales et fournisseurs d'eau par exemple) afin qu'ils garantissent un approvisionnement en eau saine et facilement accessible ;
- faire pression sur leurs gouvernements afin qu'ils permettent l'accès de toute la population à une eau saine et facilement accessible ;
- défendre les intérêts des plus pauvres et favoriser une approche respectueuse du genre, notamment pour ce qui concerne les rôles respectifs des hommes et des femmes dans la gestion de l'eau, de telle façon que tous et toutes bénéficient équitablement d'un accès facilité à l'eau potable.

De plus, le CII appelle les infirmières et les ANIs à collaborer avec les instances nationales et internationales chargées des questions de l'eau afin :

- de renforcer la vigilance et de garantir la sécurité des ressources en eau contre les attaques intentionnelles au moyen d'agents biologiques, chimiques et autres ;
- de militer pour des politiques raisonnables qui garantissent l'accès de tous à l'eau potable et
- de prendre la mesure des conséquences, pour les populations vulnérables et pour la santé publique, de la déréglementation et de la privatisation des ressources en eau.

⁶ Nations Unies, Sommet Nations Unies Millénaire, Septembre 2000

Le CII est préoccupé par les conséquences du réchauffement climatique en termes de santé publique, compte tenu du fait que le réchauffement climatique est souvent associé à des épisodes de sécheresse, d'inondations et d'interruption de l'approvisionnement en eau sûre.

Contexte

Les infirmières prodiguent leurs soins de santé à l'individu, à la famille et à la collectivité afin de promouvoir et restaurer la santé, prévenir la maladie et soulager la souffrance⁷. Elles ne pourraient pas remplir cette mission sans que les populations aient accès à une eau propre et sûre.

L'accroissement rapide de la population, l'industrialisation, l'urbanisation, les méthodes de l'agriculture intensive, le changement climatique, les modes de vie dispendieux en eau, tous ces facteurs conduisent vers une crise mondiale de l'eau. Environ 20% de la population mondiale n'a pas d'accès à l'eau potable tandis que 50% de la population mondiale ne dispose pas d'installations sanitaires sûres⁸.

Plus de trois millions de personnes meurent chaque année de maladies liées à la qualité de l'eau (diarrhées)⁹; des millions d'autres souffrent de la dysenterie et du trachome. Deux millions d'enfants meurent chaque année de toutes ces maladies¹⁰.

Du fait de la dégradation et de la pollution croissantes de l'environnement, les sources d'eau sont également menacées de contamination par les bactéries (à travers les égouts) ; par des produits chimiques (tels que les nitrates); par les métaux lourds (plomb, mercure, arsenic); et par les composés organiques persistants.

Le manque d'eau potable constitue une menace grave sur la santé publique. Il est un lourd fardeau pour les femmes de certains pays, qui doivent parcourir de longues distances pour rapporter de l'eau sur leur dos, avec des conséquences extrêmement néfastes pour leur santé. Malgré tous ces efforts déployés au péril de leur colonne vertébrale, l'eau qu'elles vont chercher est souvent contaminée par des déchets animaliers ou humains, avec tous les dangers que cela représente pour la santé.

On s'inquiète d'autre part du risque que courent les réserves d'eau d'être la cible d'attaques par des agents bactériologiques, chimiques ou autres, attaques intentionnelles qui viseraient les populations.

⁷ Conseil international des infirmières (2006), Code déontologique du CII pour la profession infirmière. Genève : CII

⁸ www.unep.org

⁹ Organisation mondiale de la santé. Eau et Santé. Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé, 79 (5), 486.

¹⁰ WSSCC/OMS/UNICEF Global Assessment Report, 2000

Enfin, la tendance générale vers plus de déréglementation et de privatisation de l'eau est une barrière à l'accès universel à l'eau propre et sûre.

Les effets du changement climatique, en particulier du réchauffement climatique, compromettent l'approvisionnement en eau sûre.

Adoptée en 1995
Revue et révisée en 2008

<p>Prises de position y afférentes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Réduire les dangers pour la santé liés à l'environnement et au style de vie• Vers l'élimination des armes utilisées dans les guerres et les conflits• Les infirmières et les soins de santé primaires• Les infirmières et les droits de l'homme	<p>Publications du CII :</p> <ul style="list-style-type: none">• Les soins infirmiers, c'est important: Eau potable pour tous : sauvegarde des vies
---	--

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.



Services de santé accessibles, financés par des fonds publics

Prise de position

Prise de position du CII:

Le Conseil international des infirmières (CII) et les associations nationales d'infirmières qui lui sont affiliées plaident pour la mise en place de systèmes nationaux de soins de santé qui permettent de fournir à l'ensemble de la population toute une gamme de services de santé essentiels définis par chaque pays tant en ce qui concerne les soins préventifs que les soins curatifs.

Lorsque de tels services ne sont pas financés par des fonds publics, le CII est d'avis que les gouvernements se doivent d'assurer la mise à disposition de services de santé accessibles aux groupes vulnérables.

Les services de santé essentiels auxquels il convient d'assurer l'accès devraient être déterminés en fonction des besoins de chaque pays. Il conviendrait en la matière d'assurer un équilibre entre efficacité, rentabilité et qualité, tout en s'efforçant de parvenir à un tel équilibre dans le cadre des ressources disponibles.

Le CII apporte son soutien aux efforts déployés par les associations nationales d'infirmières afin d'influencer la mise en œuvre d'une politique publique de santé qui soit basée sur les priorités de santé de la nation concernée, ainsi que sur les principes d'équité, d'accessibilité des services essentiels, d'efficacité (y compris du point de vue de la productivité), de rentabilité et de qualité des soins.

Le CII s'efforce de promouvoir la préparation des infirmières, par le biais de programmes d'enseignement, à exercer des fonctions de leadership et de gestion les amenant à assumer une large gamme de rôles et de responsabilités. Le CII soutient en outre les efforts déployés par les associations nationales d'infirmières afin de faire en sorte que les politiques gouvernementales relatives aux services de santé financés par des fonds publics ne réduisent pas – du point de vue de l'infirmière – le niveau d'éducation requis du fait des demandes complexes liées à ces services.

Le CII et ses associations membres soutiennent et promeuvent les principes inhérents aux soins de santé primaire en tant que moyen de promouvoir la disponibilité des services de santé essentiels et leur accessibilité à un coût que les communautés et les nations peuvent supporter.

Pour assurer des services rentables, de qualité et accessibles, des principes de régulation, des normes et des mécanismes appropriés doivent être mis en place et appliqués sur un pied d'égalité tant en ce qui concerne les services de santé privés que les services de santé publics.

Les systèmes d'enseignement des soins infirmiers devraient s'assurer que les programmes sont régulièrement mis à jour afin de répondre aux besoins d'un environnement en perpétuelle mutation, tout en s'assurant que ces programmes sont appliqués de manière adéquate et que les besoins en matière de formation continue sont satisfaits.

La bonne santé d'une nation constitue une ressource nationale vitale. L'un des premiers objectifs de toute nation doit être de parvenir au meilleur niveau de santé possible pour sa population, dans le cadre des ressources disponibles.

Le CII et les associations membres doivent entretenir des réseaux relationnels efficaces avec les parties prenantes concernées afin d'assurer que les allocations de ressources et les services disponibles correspondent aux besoins et aux priorités, qu'ils contribuent à la promotion des soins de santé primaire et qu'ils tiennent compte à la fois des considérations de qualité et des coûts.

Il est d'autant plus difficile d'atteindre cet objectif que l'on est en présence :

- D'une demande accrue de services de santé (due, entre autres, à la nature évolutive et à la quantité des problèmes de santé ; au vieillissement de la population ; et aux attentes croissantes du public) ;
- D'une croissance des coûts des soins de santé, souvent associée à une insuffisance des ressources et à un accent de plus en plus souvent mis sur l'utilisation de technologies de pointe coûteuses.
- D'une utilisation inadéquate des ressources disponibles en raison de lacunes voire de dysfonctionnements en matière de planification et d'établissement des priorités, ainsi qu'en matière d'utilisation et de gestion des systèmes de soins de santé.

La réforme du système de santé entreprise dans nombre de pays cherche à répondre à ces problèmes, ce qui a incontestablement des conséquences sur les composantes tant privées que publiques des systèmes de santé.

Adoptée en 1995
Revue et révisée en 2001

Prise de position y afférente:

- Promouvoir la valeur et la rentabilité des soins infirmiers

Publications du CII:

- **La notion de rapport coût-efficacité dans les services de soins de santé**, Genève, CII, 1993
- **Coût des soins infirmiers**, Genève, CII, 1993

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.

Autres lectures et ressources recommandées

Challenging Inequity through Health Systems (Gilson et al. 2007). *Final Report of the Knowledge Network on Health Systems*. OMS, Commission sur les déterminants sociaux de la santé.

www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf

Code déontologique du CII pour la profession infirmière (CII 2006).

http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_french.pdf.

Comblent le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux (CDSS 2008).

whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf

Equity-Oriented Toolkit (WHOCC for Knowledge Translation and Health Technology Assessment in Health Equity 2004).

www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo_toolkit/index.htm

Global Learning Device on Social Determinants of Health (PAHO & OMS 2009)

<http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/curso/cursoeng/contexto.html>

The European Portal for Action on Health Equity

www.health-inequalities.eu

RÉFÉRENCES

- Alleyne, G., Stuckler, D. & Alwan, A. (2010). "The hope and promise of the UN Resolution on non-communicable diseases." *Globalization and Health*, 6(15).
- Australian Human Rights Commission (2008). *Face the Facts: Questions and Answers about Aboriginal and Torres Strait Islander Peoples*. Sur Internet : www.hreoc.gov.au/racial_discrimination/face_facts/chap1.html#1-4 [état au 7 décembre 2010].
- Ban, K-M. (2010). *Global Strategy for Women's and Children's Health*. New York : Nations Unies.
- BC Centre for Disease Control. (2010). *Outreach/Street Nurse Program Receives Human Rights Award*. Sur Internet : www.bccdc.ca/resourcematerials/newsandalerts/news/Sept16_ICNEaward.htm [état au 18 novembre 2010].
- Bhattacharyya, O., Khor, S., McGahan, A., Dunne, D., Daar, A. S. & Singer, P. A. (2010). "Innovative health service delivery models in low and middle income countries - what can we learn from the private sector?" *Health Research Policy and Systems*, 8(24).
- Birdsall, N. & Hecht, R. (1995). *Swimming Against the Tide: Strategies for Improving Equity in Health*. Human Capital Working Paper. Rapport 14567. Vol. 1. Banque mondiale. Sur Internet : <http://www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubWP-305.pdf> [état au 20 décembre 2010].
- Brach, C. & Fraser, I. (2000). "Can Cultural Competency Reduce Racial and Ethnic Health Disparities? A Review and Conceptual Model." *Medical Care Research & Review*, 1^{er} novembre 2000, 57: 181-217. Sur Internet : http://mcr.sagepub.com/content/57/suppl_1/181 [état le 3 septembre 2010].
- Brown, M., MacArthur, J., McKechnie, A., Hayes, M. & Fletcher, J. (2010). "Equality and access to general health care for people with learning disabilities: reality or rhetoric?" *Journal of Research in Nursing* 15(4), pp. 351-361.

- Bryant, R. (2009). Discours de clôture du 24^e Congrès quadriennal du CII, 3 juillet 2009, Durban, Afrique du Sud. Conseil international des infirmières.
- Centre collaborateur de l'OMS (CCOMS) pour l'évaluation des technologies de santé (2004). *Economic Evaluation Tools*. Sur Internet : www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo_toolkit/download/economic_evaluation_TOOLS.pdf [état au 10 octobre 2010].
- Centre collaborateur de l'OMS (CCOMS) pour l'évaluation des technologies de santé (2008). *Equity-Oriented Toolkit*. Sur Internet : www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo_toolkit/index.htm [état au 10 octobre 2010].
- Chapman, J. L., Zechel, A., Carter, Y. H. & Abbott, S. (2004). "Systematic review of recent innovation in service provision to improve access to primary care." *British Journal of General Practice*. 1^{er} mai 2004, 54(502): 374–381.
- Cohn, E. G. (2007). "Including marginalized Populations in HIV Clinical Trials: A New Role For Nurse-Researchers." *Policy, Politics & Nursing Practice*, 8(4), pp. 271-275.
- Commission sur les déterminants sociaux de la santé (2008). *Comblant le fossé en une génération. Instauration de l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève, OMS.
- Conseil international des infirmières (2006). *Code déontologique pour la profession infirmière*. Genève, Conseil international des infirmières.
- Conseil international des infirmières (2010). Fiche d'information : *Profil des qualifications*. Centre international des ressources humaines pour les soins infirmiers. Sur Internet : www.ichrn.com/publications/factsheets/SkillMix_ICHRN_Factsheet-EN.pdf [état au 13 octobre 2010].
- Conseil international des infirmières et Confédération internationale des sages-femmes (2007). *Boîte à outils : l'enregistrement des naissances. L'identité, un droit pour chaque enfant*. Genève, Conseil international des infirmières.
- Conseil international des infirmières et Organisation mondiale de la santé (2009). *Soins infirmiers, politiques macroéconomiques et finances publiques : Guide*. Genève, CII & OMS. Sur Internet : http://www.ichrn.com/publications/policyresearch/Nursing_macro_economics-FR.pdf.
- Corrieri, S., Heider, D., Matschinger, H., Lehnert, T., Raum, E. & König, H.-H. (2010). "Income-, education- and gender-related inequalities in out-of-pocket health-care payment for 65+ patients - a systematic review." *International Journal for Equity in Health* 9(20).
- Crigger, N. J. (2008). "Towards a Viable and Just Global Nursing Ethics." *Nursing Ethics* 15(1), 17-26.

- de Looper, M. & Lafortune, G. (2009). *OECD Health Working Papers No. 43: Measuring Disparities in Health Status and in Access and Use of Health Care in OECD Countries*. OCDE, Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales.
- Derose, K. P., Bahney, B. W., Lurie, N. & Escarce, J. J. (2009). "Review: Immigrants and Health Care Access, Quality, and Cost." *Medical Care Research and Review* 66(4), pp. 355-408.
- DETERMINE: Consortium de l'Union européenne pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé (2010). *L'histoire du projet DETERMINE. Mobiliser l'action pour l'équité en santé dans l'Union européenne*. Consortium DETERMINE.
- DETERMINE: Consortium de l'Union européenne pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé (2009). *European Directory of Good Practices to Reduce Health Inequalities*. Sur Internet : www.health-inequalities.eu/?uid=5e0f4e1c50c6c3de1dbfda30bd297c4f&id=main2 [état au 12 octobre 2010].
- Dey, I. & Fraser, N. (2000). "Age-Based Rationing in the Allocation of Health Care." *Journal of Aging and Health*, 12(4), pp. 511-537.
- Dovlo D (1998). *Health Sector Reform and Deployment, Training and Motivation of Human Resources towards Equity in Health Care: Issues and Concerns in Ghana*. Ministre de la santé, Ghana. Sur Internet : www.hrresourcecenter.org/node/181 [état au 11 octobre 2010].
- Dowler, E. (2001). "Inequalities in diet and physical activity in Europe." *Public Health Nutrition* 4, 701-709.
- Drenowski, A. (2009). "Obesity, diets and social inequalities." *Nutritional Reviews*, vol. 67 (suppl. 1), 536-539.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2010). *Casebook of Primary Healthcare Innovations*. Ottawa, FCRSS.
- Fonds des nations Unies pour l'enfance (2010). *Progress for Children: Achieving the MDGs with Equity*. New York : UNICEF.
- Gilson, L., Doherty, J., Loewenson, R. & Francis, V. (2007). *Challenging Inequity Through Health Systems*. OMS, Commission sur les déterminants sociaux de la santé.
- Hailu, D. & Soares, S. S. (2009). *What Explains the Decline in Brazil's Inequality?* Brasilia: International Policy Centre for Inclusive Growth.
- Hanley, A. (2006). "Diabetes in Indigenous Peoples." *Medscape Diabetes and Endocrinology*. Sur Internet : <http://cme.medscape.com/viewarticle/540921> [état au 18 novembre 2010].

- Harding, R., Easterbrook, P., Higginson, I. J., Karus, D., Raveis, V. H. & Marconi, K. (2005). "Access and equity in HIV/AIDS palliative care: a review of the evidence and responses." *Palliative Care* 19:251-258.
- Harper, S. & Lynch, J. (2005). *Methods for Measuring Cancer Disparities: Using Data relevant to Healthy People 2010 Cancer-Related Objectives*. National Cancer Institute. Bethesda, MD (USA) : U.S. National Institutes of Health.
- Institut canadien d'information sur la santé (2010). *Disparités en matière d'hospitalisation selon le statut socioéconomique chez les hommes et les femmes*. Sur Internet : http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/disparities_in_hospitalization_by_sex2010_f.pdf [état au 7 décembre 2010].
- Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A-J., R., Schaap, M.M., Menvielle, G., Leinsalu, M. & Kunst, A. E. (2008). "Socio-Economic Inequalities in Health in 22 European Countries." *New England Journal of Medicine*, 5 juin 2008, 558(23), pp. 2468-2481.
- Makwiza, I., Nyirenda, L., Bongololo, G., Banda, T., Chimizizi, R. & Theobald, S. (5 mai 2009). "Who has access to counseling and testing and anti-retroviral therapy in Malawi - an equity analysis." *International Journal for Equity in Health* 8:13.
- McCoy, D. (2003). *Health Sector Responses to HIV/AIDS and treatment access in southern Africa: Addressing equity*. Health Systems Trust. Regional Network for Equity in Health in Southern Africa (EQUINET), en coopération avec Oxfam GB.
- McKee, M. (2002). "What can health services contribute to the reduction of inequalities in health?" *Scandinavian Journal of Public Health*, 30:54-58.
- Ministère de la santé et des politiques sociales, Espagne (2010). *Moving Forward in Health: Monitoring Social Determinants of Health and the re-education of Health Inequalities: An Independent Report Commissioned through the Spanish Presidency of the EU*. Ministère de la santé et des politiques sociales, Espagne.
- National Health Committee (Nouvelle-Zélande) (2010). *Rural Health: Challenges of Distance Opportunities for Innovation*. Wellington : National Health Committee.
- Organisation des Nations Unies (1948). *Déclaration universelle des droits de l'homme*. Sur Internet : www.un.org/fr/documents/udhr/index.shtml [état 20 décembre 2010].
- Organisation des Nations Unies (2010). *Rapport sur les objectifs du Millénaire pour le développement*. New York : Nations Unies.

- Organisation mondiale de la santé (2004). *Rapport sur la santé dans le monde. Le financement des systèmes de santé et la voie vers la couverture universelle*. OMS, Genève.
- Organisation mondiale de la santé (2006). *Global Health Atlas*. Sur Internet : <http://gamapserver.who.int/maplibrary/default.aspx> [état au 6 décembre 2010].
- Organisation mondiale de la santé (2006). *Rapport sur la santé dans le monde 2006 – Travailler ensemble pour la santé*. Genève, OMS.
- Organisation mondiale de la santé (2008a). *Suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Rapport du Secrétariat*. 10 avril. Sur Internet : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_15-fr.pdf [état au 13 octobre 2010].
- Organisation mondiale de la santé (2008b). *Les inégalités « tuent à grande échelle »* (communiqué de presse). 28 août. Sur Internet : www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr29/en/index.html [état au 27 septembre 2010].
- Organisation mondiale de la santé (2010a). *Policy approaches to engaging men and boys in addressing gender equality and health equity*. Genève, OMS.
- Organisation mondiale de la santé (2010b). *Global Atlas of the Health Workforce*. Sur Internet : <http://apps.who.int/globalatlas/DataQuery/default.asp> [état le 18 novembre 2010].
- Organisation mondiale de la santé (2010c). *Global policy recommendations: Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Résumé pour décideurs*. Sur Internet : www.who.int/hrh/retention/Executive_Summary_Recommendations_EN.pdf [état au 14 octobre 2010].
- Organisation mondiale de la santé (2010d). *Measuring health workforce inequalities: methods and application to China and India*. Genève, OMS.
- Organisation mondiale de la santé (2010e). *Social Determinants of Health: Tools and resources*. Sur Internet : www.who.int/social_determinants/tools/en/ [état au 10 octobre 2010].
- Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Europe (2010). *How health systems can address inequities in priority public health conditions: the example of tuberculosis*. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.
- Organisation mondiale de la santé, Centre OMS pour le développement de la santé, Kobe & UN-Habitat (2010). *Hidden Cities: Unmasking and Overcoming Health Inequities in Urban Settings*.

- Osterle, A. (2002). "Evaluating Equity in Social Policy: A Framework for Comparative Analysis." *Evaluation* 8:46, 46-59.
- Pan American Health Organization (mars 1999). *Methodological Summaries: Measuring Inequity in Health*. Sur Internet : www.paho.org/english/sha/be991ineq.htm [état au 1^{er} octobre 2010].
- Pan American Health Organization / Organisation mondiale de la santé PAHO / OMS (2009). *Global Learning Device on Social Determinants of Health and Public Policy Formulation*. Sur Internet : <http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/curso/cursoeng/contexto.html> [état au 10 octobre 2010].
- Pearsall, J. (éd.) (2002). *The Concise Oxford English Dictionary* (10^e édition révisée). Oxford: Oxford University Press.
- Reutter, L., & Duncan, S. (2002,). "Preparing Nurses to Promote Health-Enhancing Public Policies." *Policy, Politics & Nursing Practice*, novembre, vol. 3 n°4, pp. 294-305.
- Schneider, M. C., Castillio-Salgado, C., Bacallao, J., Loyola, E., Mujica, O. J., Vidaurre, M., & Roca, A. (2005). *Methods for measuring health inequalities (Part III)*. Pan American Health Organization. Sur Internet : http://www.paho.org/english/dd/ais/be_v26n2-en-desigualdades_3.htm [état octobre 2010].
- Schubert, M, Glass, T. A., Clarke, S. P., Aiken, L, H., Schaffer-Witvliet, B., Slaone D., M. & de Geest, S. (2008). "Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study." *International Journal for Quality in Health Care* 20(4), pp.227-237.
- Sigfrid, L. A., Turner, C. & Ray, S. (29 juin 2006). "Using the UK primary care Quality and Outcomes Framework to audit health care equity: preliminary data on diabetes management." *Journal of Public Health*, vol. 28, n°3, pp. 221-225.
- Stuckler, D., Basu, S. & McKee, M. (mars 2010). *Drivers of Inequality in Millennium Development Goal Progress: A Statistical Analysis*. PLoS Medicine. Sur Internet : www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1000241#pmid.1000241-WHO1 [état au 13 octobre 2010].
- Theodorakis, P. N., Mantzavinis, G. D., Rumbullaku, L., Lionis, C., & Trell, E. (2006). *Measuring health inequalities in Albania: a focus on the distribution of general practitioners*. Human Resources for Health. Sur Internet : www.human-resources-health.com/content/4/1/5 [état au 1^{er} octobre 2010].
- Ueffing, E., Tugwell, P., Petticrew, M. & Kristjansson, E. (2009). *C1, C2 Equity Checklist for Systematic Review Authors*. 28 mai. Cochrane Health

Equity Field 2009. Sur Internet:
<http://equity.cochrane.org/sites/equity.cochrane.org/files/uploads/equitychecklist.pdf> [état au 18 novembre 2010].

Van Cleemput, P. (2010). "Social exclusion of Gypsies and Travellers: health impact." *Journal of Research in Nursing* 15(4), pp. 315-327.

Wagstaff, A., Paci, P., & Van Doorslaer, E. (1991). "On the measurement of inequalities in health." *Soc Sci med* 33:545-557.

Wood, T. (2010). *German doctors fear health care rationing*. 19 janvier 2010. DW-World.de. Sur Internet : www.dw-world.de/dw/article/0,,5139759,00.html [état au 17 novembre 2010].

World Cancer Research Fund (2010). *Press Releases: Higher rates of cancer in men "not inevitable"*. Sur Internet : www.wcrf-uk.org/audience/media/press_release.php?recid=133 [état au 17 novembre 2010].