

LA SITUATION DU

PERSONNEL INFIRMIER DANS LE MONDE

2020



*Investir dans la formation,
l'emploi et le leadership*



LA SITUATION DU
PERSONNEL INFIRMIER
DANS LE MONDE 2020

*Investir dans la formation,
l'emploi et le leadership*

La situation du personnel infirmier dans le monde 2020: investir dans la formation, l'emploi et le leadership [State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership]

ISBN 978-92-4-000490-0 (version électronique)

ISBN 978-92-4-000491-7 (version imprimée)

© Organisation mondiale de la Santé 2020

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'oeuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'oeuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'oeuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette oeuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle oeuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette oeuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. La situation du personnel infirmier dans le monde 2020: investir dans la formation, l'emploi et le leadership [State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020. Licence : [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/).

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente oeuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente oeuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

La production de ce document a été rendue possible grâce à l'appui financier du Partenariat pour la couverture sanitaire universelle (Belgique, Union européenne, France, Irlande, Japon, Luxembourg, Royaume-Uni et OMS), de l'Allemagne et de la Norvège.

Photos de couverture

Ligne 1 (de gauche à droite) : © Vladimir Gerdo/TASS via Getty, © Irene R. Lengui/L'IV Com, © Tanya Habjouqa

Ligne 2 (de gauche à droite) : © Jaime S. Singlador/Photoshare, © AKDN/Christopher Wilton-Steer

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	vii
Message des Coprésidents	viii
Intervenants et remerciements	ix
Glossaire	x
Résumé d'orientation	xi
CHAPITRE 1 Introduction	1
CHAPITRE 2 Soins infirmiers dans un contexte de priorités plus larges en matière de personnel et de santé	5
2.1 Rôle du personnel infirmier dans la réalisation du Programme de développement durables à l'horizon 2030.	5
2.2 Qu'est-ce qu'un(e) infirmier(ère) ?	8
CHAPITRE 3 Fonctions du personnel infirmier dans les systèmes de santé du 21^e siècle	11
3.1 Rôle du personnel infirmier dans l'instauration de la couverture universelle des soins de santé	11
3.2 Rôle du personnel infirmier dans la gestion des situations d'urgence, des épidémies et des catastrophes	15
3.3 Rôle du personnel infirmier dans la santé et le bien-être de la population	16
CHAPITRE 4 Leviers politiques pour un personnel infirmier formé et suffisant	19
4.1 Enseignement et formation préalables à l'emploi	19
4.2 Flux entrants et sortants de personnel	25
4.3 Répartition équitable et efficacité	27
4.4 Réglementation	32
CHAPITRE 5 État des données disponibles sur le personnel infirmier	35
5.1 Disponibilité, composition et répartition du personnel infirmier	37
5.2 Équité dans la disponibilité du personnel infirmier et dans l'accès à celui-ci	43
5.3 Migrations et mobilité internationale du personnel infirmier	47
5.4 Réglementation relative à l'enseignement et à la pratique des soins infirmiers	49
5.5 Enseignement et offre en personnel infirmier	52
5.6 Réglementation relative à l'embauche et aux conditions de travail	55
5.7 Gouvernance et leadership	59
5.8 Évaluation de la trajectoire actuelle des résultats concernant les ODD 2030.	61
CHAPITRE 6 Orientations futures des politiques relatives au personnel infirmier	67
6.1 Renforcement de la base de données probantes pour la planification, le suivi et la redevabilité.	67
6.2 Mobilité et migrations	69
6.3 Formation et soutien du personnel infirmier	72
6.4 Renforcement des capacités institutionnelles et des compétences de leadership pour une gouvernance efficace	82
6.5 Catalyser les investissements pour la création d'emplois dans le secteur des soins infirmiers	84
6.6 Recherche et données probantes	87
CHAPITRE 7 Conclusion	91
Références	93
Annexe 1. Qu'est-ce qu'un(e) infirmier(ère) ?	108
Annexe 2. Méthodes	110
Annexe Web. Fonctions du personnel infirmier dans les systèmes de santé du XXI ^e siècle https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333948/9789240009202-fre.pdf	

Tableaux

5.1	Nombre d'infirmiers(ères) dans le monde et densité pour 10 000 habitants, par Région de l'OMS, 2018.	38
5.2	Évolution des effectifs en personnel infirmier résultant de l'amélioration des données et de l'augmentation réelle entre 2013 et 2018	38
5.3	Pourcentage d'infirmiers(ères) par rapport à l'ensemble des professionnels de la santé (médecins, infirmiers(ères), sages-femmes, dentistes et pharmaciens) par Région de l'OMS	39
5.4	Pourcentage de personnel infirmier de sexe féminin, par Région de l'OMS	41
5.5	Densité du personnel infirmier par catégorie de revenu (2018).	46
5.6	Pourcentage de personnel infirmier né à l'étranger (ou formé à l'étranger) par catégorie de revenu	48
5.7	Pourcentage de pays répondants ayant déclaré l'existence d'une réglementation sur l'enseignement et la formation du personnel infirmier, par Région de l'OMS.	50
5.8	Production d'infirmiers(ères) diplômé(e)s, par Région de l'OMS et par catégorie de revenu	53
5.9	Pourcentage de pays ayant répondu sur l'existence d'une réglementation sur les conditions de travail du personnel infirmier, par Région de l'OMS.	56
5.10	Indicateurs de leadership et de gouvernance : pourcentage de pays avec un poste de directeur général des soins infirmiers et un programme de renforcement du leadership, par Région OMS	60
5.11	Simulation du stock estimé de personnel infirmier de 2018 à 2030 selon trois scénarios, par Région de l'OMS	63
A2.1	Liste des 36 indicateurs utilisés pour le rapport 2020 sur la situation du personnel infirmier dans le monde	111
A2.2	Estimations de la pénurie en personnel infirmier (en millions) dans les pays au-dessous du seuil de la Stratégie mondiale par niveau de revenu : 2018 et 2030 (trois scénarios).	116

Encadrés

3.1	Contribution du personnel infirmier dans la sécurité des patients	12
3.2	Modèle de soins communautaires pour les populations vieillissantes dispensés par les infirmiers(ères).	14
4.1	Australie : attirer les populations sous-représentées dans le personnel infirmier	21
4.2	Coût de l'enseignement en soins infirmiers	22
4.3	Remédier à la pénurie de formateurs en soins infirmiers	24
4.4	Partenariats mondiaux de compétences	26
4.5	Exemples de demande économique en infirmiers(ères) dans les pays à revenu élevé.	27
4.6	Étendre l'accès via la prescription effectuée par les infirmiers(ères) en Pologne.	28
4.7	Exemple de fonction d'infirmière spécialisée dans la Région Afrique.	29
4.8	Lignes directrices pour le maintien en poste du personnel en milieu rural.	31
4.9	Exemples d'harmonisation des normes d'enseignement et de l'examen requis pour l'obtention de l'autorisation d'exercer	33
5.1	Équité au sein des pays.	46
6.1	Analyse du marché du travail en santé en Écosse	68
6.2	Communauté sanitaire de l'Afrique orientale, centrale et australe : collaboration nationale sur la communication des données relatives aux soins infirmiers à l'aide des indicateurs des CNPS.	70
6.3	Approche de l'Allemagne en matière de gestion des migrations	71
6.4	La technologie dans l'enseignement et la pratique des soins infirmiers.	73
6.5	Efforts du Pakistan pour accroître la capacité de formation en soins infirmiers	75
6.6	Élargir l'accès aux services de santé communautaires dans le Sultanat d'Oman	77
6.7	African Health Profession Regulatory Collaborative	80
6.8	Grèves des agents de santé	81

6.9	Programme de leadership dans la Région Pacifique occidentale	84
6.10	Investir dans le capital humain	86
A1.1	Définitions CITP du personnel infirmier	109

Figures

1.	Densité du personnel infirmier pour 10 000 habitants en 2018	xiii
2.	Proportions relatives des infirmiers(ères) âgés de plus de 55 ans et de moins de 35 ans (pour une sélection de pays)	xiv
3.	Augmentation prévue (jusqu'en 2030) du personnel infirmier, par Région de l'OMS et par catégorie de revenu des pays	xv
4.	Durée moyenne (en années) de la formation du personnel infirmier, par Région de l'OMS	xvi
5.	Pourcentage de pays disposant d'une réglementation en vigueur sur les conditions de travail	xvii
6.	Pourcentage de femmes et d'hommes au sein du personnel infirmier, par Région de l'OMS	xx
2.1	Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé : objectifs stratégiques et pertinence pour les soins infirmiers	7
2.2	Nombre de titres différents utilisés pour la profession d'infirmier dans chaque Région de l'OMS	9
3.1	Contribution du personnel infirmier dans la réalisation des cibles du triple milliard	17
4.1	Leviers de politique publique permettant de façonner les marchés du travail en santé	20
5.1	Nombre de pays pour lesquels des données sur le personnel sont disponibles dans les CNPS de l'OMS (1990-2018)	36
5.2	Part de chaque catégorie professionnelle par rapport à l'ensemble du personnel infirmier, par Région de l'OMS	40
5.3	Pourcentage du personnel infirmier âgé de moins de 35 ans et de 55 ans ou plus, par Région de l'OMS	41
5.4	Proportions relatives des infirmiers(ères) âgés de plus de 55 ans et de moins de 35 ans	42
5.5	Densité du personnel infirmier pour 10 000 habitants en 2018	44
5.6	Différences régionales dans la densité du personnel infirmier pour 10 000 habitants (2018)	44
5.7	Densité du personnel infirmier pour 10 000 habitants par catégorie de revenu (2018)	45
5.8	Pourcentage de pays disposant d'une réglementation et de normes relatives aux soins infirmiers	50
5.9	Carte des scores concernant la réglementation de l'enseignement des soins infirmiers, par pays	51
5.10	Durée moyenne (en années) de la formation du personnel infirmier, par Région de l'OMS	54
5.11	Pourcentage de pays disposant d'une réglementation en vigueur sur les conditions de travail	56
5.12	Carte des scores portant sur la réglementation relative aux conditions de travail	57
5.13	Pourcentage de pays ayant des fonctions avancées pour les soins infirmiers par niveau de densité de médecins pour 10 000 habitants	58
5.14	Lien entre poste de directeur général des soins infirmiers et programme de leadership en soins infirmiers et environnement réglementaire	60
5.15	Projection de la densité du personnel infirmier pour 10 000 habitants en 2030 (répartition mondiale)	62
5.16	Augmentation prévue (jusqu'en 2030) du personnel infirmier, par Région de l'OMS et par catégorie de revenu des pays	63
5.17	Estimation des pénuries en personnel infirmier en 2013, 2018 et 2030	64
A2.1	Nombre d'indicateurs communiqués au niveau mondial pour le rapport 2020 sur <i>La situation du personnel infirmier dans le monde</i>	112
A2.2	Corrélation des indicateurs sur l'enseignement par le biais d'une analyse des correspondances multiples	113
A2.3	Corrélation des indicateurs sur les conditions de travail par le biais d'une analyse des correspondances multiples	114
A2.4	Évolution des effectifs mondiaux en personnel infirmier (en millions) dans le cadre d'un scénario de statu quo et de trois scénarios de production accrue de personnel infirmier diplômé, de 2018 à 2030	115

L'investissement dans le personnel infirmier

contribuera non seulement à l'atteinte des cibles des ODD liées à la santé mais aussi de celles liées à l'éducation (ODD 4), au genre (ODD 5), au travail décent et à la croissance économique partagée (ODD 8).



Tedros Ghebreyesus

Tedros Ghebreyesus
Directeur général de l'OMS



Elizabeth Iro

Elizabeth Iro
Responsable-chef des services infirmiers, OMS



Annette Kennedy

Annette Kennedy
Présidente du Conseil international des infirmières



Sheila Tlou

Sheila Tlou
Coprésidente de Nursing Now



Nigel Crisp

Nigel Crisp
Coprésident de Nursing Now

AVANT-PROPOS

Le rapport 2020 sur *La situation du personnel infirmier dans le monde : investir dans la formation, l'emploi et le leadership* est publié alors que le monde assiste à un engagement politique sans précédent en faveur de la couverture sanitaire universelle. Parallèlement, notre capacité de préparation et de riposte d'urgence est mise à rude épreuve par la flambée actuelle de COVID-19 et les déplacements massifs de population dus aux conflits. Les infirmières et les infirmiers assurent des soins indispensables dans chacune de ces circonstances. Aujourd'hui plus que jamais, le monde a besoin qu'ils mettent pleinement à profit leurs qualifications et leur formation.

Ce premier rapport 2020 sur *La situation du personnel infirmier dans le monde* permet d'être très optimiste. Les possibilités de formation avancée et le renforcement des rôles professionnels, y compris au niveau politique, peuvent contribuer à améliorer la santé des populations. En revanche, nous constatons encore de grandes inégalités dans la répartition du personnel infirmier dans le monde, auxquelles nous devons remédier.

2020 est l'année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier. À cette occasion, il est possible d'exploiter les données figurant dans le rapport 2020 sur *La situation du personnel infirmier dans le monde* et de s'engager à mener des actions pour favoriser et pérenniser les progrès jusqu'en 2030. À cet égard, nous appelons les gouvernements et tous les acteurs concernés :

- à investir pour intensifier considérablement la **formation** du personnel infirmier – en agissant aux niveaux des facultés, de l'infrastructure et des étudiants – afin de répondre aux besoins mondiaux, à la demande nationale et à l'évolution des technologies et de promouvoir les modèles de soins de santé et de prise en charge sociale intégrés ;
- à créer au moins six millions de nouveaux **emplois** d'infirmières et d'infirmiers d'ici à 2030, surtout dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, pour compenser les pénuries attendues et remédier à la répartition inégale du personnel infirmier dans le monde ;
- à renforcer le **leadership** – actuel et futur – des infirmières et des infirmiers afin qu'ils jouent un rôle influent dans la formulation des politiques sanitaires et la prise de décisions et contribuent à l'efficacité des systèmes de soins de santé et de prise en charge sociale.

Tous les pays doivent prendre des mesures pour soutenir ce projet. La plupart des pays peuvent y parvenir avec leurs propres ressources. Pour les pays qui ont besoin d'une aide de la communauté internationale, nous pouvons consacrer une part de plus en plus importante des investissements dans le capital humain à l'économie des soins de santé et de la prise en charge sociale. Ces investissements permettront aussi de progresser dans la réalisation des objectifs de développement durable, ce qui aura des retombées positives en termes d'égalité entre les sexes, d'autonomisation économique des femmes et d'emploi des jeunes.

Saisissons cette occasion pour nous engager dans une décennie d'action, au cours de laquelle il faudra d'abord investir dans la formation, l'emploi et le leadership du personnel infirmier.

ODD 3



ODD 4



ODD 5



ODD 8



Message des Coprésidents

La Soixante-douzième Assemblée mondiale de la Santé a désigné 2020 comme Année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier, non seulement pour marquer le 200^e anniversaire de la naissance de Florence Nightingale, mais aussi pour que soient reconnues les contributions quotidiennes des infirmiers(ères) et des sages-femmes à la santé et au bien-être des populations du monde entier.

À l'heure où le personnel infirmier est sous le feu de l'actualité en raison de la pandémie de COVID-19, nous sommes fiers de présenter le tout premier *rapport sur La situation du personnel infirmier dans le monde* à l'occasion de la Journée mondiale de la santé. Le présent rapport fournit les données les plus récentes et les options politiques les plus pertinentes sur le personnel infirmier dans le monde. Il présente également des arguments convaincants en faveur d'un investissement considérable – mais réalisable – dans la formation, l'emploi et le leadership du personnel infirmier, qui est nécessaire pour accroître le rôle de ces agents de santé afin d'atteindre les objectifs de développement durable, d'améliorer la santé de tous et de renforcer le personnel de soins de santé primaires alors que nous œuvrons à l'instauration d'une couverture sanitaire universelle.

Le rapport 2020 sur *La situation du personnel infirmier dans le monde* est le fruit d'une remarquable collaboration au niveau national. Dans de nombreux pays, les efforts de communication des données ont été conduits par les responsables gouvernementaux des soins infirmiers et obstétricaux, qui ont bénéficié du soutien des ministères de l'Éducation, du Travail et des Finances. Les formateurs en soins infirmiers et les organismes de réglementation ont partagé les données et ont procédé à leur triangulation. Les associations nationales d'infirmiers(ères) et les groupes de la campagne Nursing Now ont joué un rôle de plaidoyer clé pour la notification des données et l'engagement en faveur des questions abordées dans le rapport. Ces collaborations sont essentielles à l'établissement de rapports complets et réguliers sur le personnel infirmier et faciliteront la production de rapports encore plus rigoureux à l'avenir.

Ce que nous avons réalisé ensemble est tout à fait remarquable. Mais il nous reste encore beaucoup à faire. Nous devons tirer parti des données nationales, régionales et mondiales ainsi que de l'Année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier pour favoriser un dialogue et une collaboration sur le renforcement du personnel infirmier plus étroits entre tous les secteurs afin de fournir des soins primaires de meilleure qualité et de progresser dans l'instauration de la couverture sanitaire universelle. Nous devons catalyser et soutenir les investissements dans la formation, l'emploi et le leadership du personnel infirmier.

Pour garantir la santé partout dans le monde, il est nécessaire que tous les pays s'engagent à soutenir le personnel infirmier et à investir dans ce secteur. Nous espérons que vous répondrez à cet appel à l'action.



James Campbell
Directeur du Département
Personnels de santé de l'OMS



Howard Catton
Directeur général du Conseil
international des infirmières



Mary Watkins
Coprésidente déléguée
de Nursing Now

Intervenants et remerciements

COMITÉ DIRECTEUR

Coprésidents : Howard Catton, Mary Watkins

Membres : Sultana N. Afdhal, Sumaya Mohamed Al-Blooshi, David Benton, Sharon Brownie, Peter Johnson, Francisca Okafor, Nancy Reynolds, Debra Thoms, Elizabeth Iro (ex officio), James Campbell (ex officio)

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

Principaux auteurs : Carey McCarthy, Mathieu Boniol, Karen Daniels, Giorgio Cometto, Khassoum Diallo, An'war Deen Lawani, James Campbell

Soutien administratif : Beatrice Wamutitu, Elizabeth Tecson

Intervenants : Jonathan Abrahams, Adam Ahmet, Onyema Ajeubor, Benedetta Allegranzi, Avni Amin, Georgina Arroyo, James Asamani, Ian Askew, Sofonias Getachew Asrat, Shamsuzzoha Babar Syed, Rachel Baggaley, Valentina Baltag, Ana Pilar Betran Lazaga, Melissa Bingham, Moussa Bizo, Nancy Bolan, Carolyn Brody, Lugemba Budiaki, Richard Carr, Silvia Cassiani, Alessandro Cassini, Jorge Castilla Echenique, Paula Cavalcante, Momodou Ceessay, Peter Cowley, Vânia de la Fuente-Núñez, Ibadat Dhillon, Neelam Dhingra-Kumar, Linda Doull, Nathalie Drew Bold, Tarun Dua, James Fitzgerald, Siobhan Fitzpatrick, Helga Fogstad, Nathan Ford, Pierre Formenty, Dongbo Fu, Claudia Garcia-Moreno, Fethiye Gulin Gedik, Regina Guthold, Indrajit Hazarika, Pascale Heilberg, Albert Mohlakola Hlabana, Lisa Hoffmann, Aboubacar Inoua, Gabrielle Jacob, Manoj Jhalani, Rita Kabra, Mikiko Kanda, Ruth Kanyiru, Aminata Sakho Kelly, James Kiarie, Hyo Jeong Kim, Teena Kunjumen, Etienne Langlois, Anaïs Legend, Ornella Lincetto, Francis Magombo, Mary Manandhar, Karifa Mara, Regis Antoine Mbary-Daba, Frances McConville, Michelle McIsaac, Hediheh Mehrdash, Nabil Menasria, Nana Mensah-Abram, Jean Jacques Salvador Millogo, Ann-Beth Moller, Margaret Montgomery, Ashley Moore, Manjulaa Narasimhan, Stephanie Ngo, Susan Norris, Ian Norton, Stephen Nurse-Findlay, Jennifer Nyoni, Asiya Odugleh-Kolev, Alana Officer, Mie Okamura, Sunny Okoroafor, Olufemi Oladapo, Carolina Omar, Zoe Oparah, Arwa Oweis, Monica Padilla, Edith Pereira, Silvia Perel Levin, Vladimir Poznyak, Vinayak Mohan Prasad, Jacqui Reilly, Preyanka Relan, Teri Reynolds, Paul Rogers, David Ross, Aurora Saeres, Salim Sadruddin, Begonia Sagastuy, Farba Lamine Sall, Diah Saminarsih, Julia Samuelson, Alison Schafer, Cris Scotter, Justin Adanmavokin Sossou, Susan Sparks, Simone Marie St Claire, Julie Storr, Tigest Tamrat, Ai Tanimizu, Martin Taylor, Nuria Toto Polanco, Prosper Tumusime, Özge Tunçalp, Anthony Twyman, Nicole Valentine, Mark Van Ommeren, Cherian Varghese, Gemma Vestal, Marco Vitoria, Victoria Willet, Masahiro Zakoji, Tomas Zapata Lopez

INTERVENANTS DANS L'EXAMEN DES INFORMATIONS PROBANTES

Thomas Alvarez, Sarah Abboud, Neeraj Agrawal, Chantelle Allen, António Fernando Amaral, Bethany Arnold, Mukul Bakhshi, Myra Betron, Aurelija Blaževičienė, Julia Bluestone, Jo Booth, Debora Bossemeyer, Irma Brito, Erica Burton, Kenrick Cato, Scholastica Chibebe, Marie Clarisse, Kay Currie, Sheena Currie, Francois-Xavier Daoudal, Annette de Jong, Ana de la Osada, Jennifer Dohrn, Jo-Ann Donner, Manya Dotson, Helen Du Toit, Christine Duffield, Kamal Eldeirawi, Lawrie Elliot, Maria Engström, Diana Estevez, Cherrie Evans, Betty Ferrell, Laura Fitzgerald, Ann Gardulf, Nancy Glass, Claire Glenton, Patricia Gomez, Deb Grant, Meghan Greeley, Doris Grinspun, Valerie A. Gruss, Mark Hathaway, Karen Heaton, Aisha Holloway, Melissa Hojjan, Anne Hradsky, Tonda Hughes, Carol Huston, Aine Hyre, Darlene Irby, Brigitte Ireson-Valois, Susan Jacoby, Krista Jones, Rosemary Kamunya, Joyce Kenkre, Jarmila Kliescikova, Tamara Kreda, Margrieta Langins, Margret Lepp, Isabelle Lessard, Simon Lewin, Ricky Lu, Jill Maben, Elizabeth Madigan, Andrea Marelli, Adelais Markaki, Mokgadi Matlakala, Donna McCarthy Beckett, Sonja McPatrick, Susan Munabi-Babigumira, Dawn Munro, Angeline Mutenga, Khine Haymar Myint, Madeline A Naegle, Edgar Necochea, Wendy Nicholson, Jan Nilsson, Lisa Noguchi, Shelley Nowlan, Araceli Ocampo-Balabagno, Johis Ortega, Jane Otaí, Piret Paal, Anne Pfitzer, Lusine Poghosyan, Zamira Rahmanova, Amelia Ranotsi, Veronica Reis, Jim Ricca, Chandrakant Ruparella, Marla Salmon, Jane Salvage, Diana Schmalkuche, Franklin Shaffer, Judith Shamin, Bongji Sibanda, Jennifer Snyder, Suzanne Stalls, Stacie Stender, Barbara Stillwell, Sheryl Stogis, Luisa Strani, Hannah Tappis, Gaudencia Tibajuka, Vicky Treacy-Wong, Erica Troncosco, Annukka Tuomikoski, Paul Tuthill, Carlos Van der Laet, Tener Goodwin Veenema, Meggy Verputten, Isabelle Violet, Cynthia Vlasich, Jamie Waterall, Jean White, Jill White, Barbara Wienkamp-Weber, Tegbar Yizgav

INTERVENANTS DANS LA COMMUNICATION ET L'ANALYSE DES DONNÉES

L'OMS tient à remercier tous les points focaux des comptes nationaux des personnels de santé, les responsables nationaux des soins infirmiers et obstétricaux, Novametrics (Martin Boyce, Andrea Nove) et toutes les autres personnes qui ont contribué à la communication et à l'analyse des données.

Région Afrique

Hannatu Abdullahi, Solomon Abebe, Medeyele Alakpadong, Fatimetou Aly, Baba Amrivi, Gislain Arnaud, Yao Badie, Elsheikh Badr, Tamali Banda, Tereza Belay, Ana Bella, El'Hadj Bencherik, Mohamed Berthé, Mohamed Bouh, Silvino N'dafa Braba, Cynthia Chusokela, Kete Jean Chrysostome, Ahanhanzon Agonglo Clarisse, Maria da Luz Medina da Cruz, Mohamed' Faza Diallo, Demba Moussa Diallo, Bakala Dieudonné, Mamady Doukouré, Khalid Elmardi, Jean-Baptiste Godui, Dembo Guirassy, Fatima Halidani, Simon Hlungwani, Idriss Moudjougou Igalas, Mary Nandilil Ishepe, Hamza Ismaila, Shakuri Ayinla Kadiri, Tchaa Kadjanta, Edna Kamaïyo, Hossinatou Mary Kanu, Sellu Keifala, Jean Chrysostome Kette, Emile Koroma, Emile Koroma, Seraphin Kouakou, Hannah Kou-Kigo, Feroze Lall Mahomed, Samkeliwe Lukhele, Cipriano Mainga, Mpoetsi Makau, Nonhlanhla Makhanya, Abed Malika, Saturini Manangwa, Miriam Mangeya, Phelelo Marole, Lamin Marong, Jesele Martins, Murebwayire Mary, Thembi Mavuso, Gylän Mein, Kamel Messar, Janet K Michael, Lucy Mkutumulua, Khumo Modisaeman, Flavia Moetsana-Poka, Ceessay Momodou, Mathapelo Mothebe, Jamiru Mpiima, Jane Mudyara, Chilweza Musonda Muzongwe, Lonia Mwape, Wendin Manegedé Félicité Nana, Mariam Ndagije, Ekiri Nguie, Al Nkhoma, Nkosinathi R. Nkwananya, Claudine

Diango Nobou, Cassoma Pedro Norberto, Olga Novela, Emmanuel Ntwuyirusha, Titi Nelly Nthabana, Paul Nyachae, Martinho Ogedge, Francisca Okafor, Petua Kiboko Olobo, Yacouba Ouedraogo, Jacob Pooda, Tarloh Quiwonkpa, Noudjalta Remadij, Bagnou Sahia, Dawda Samateh, Rigbe Samuel, Nené Catriona Sanca, Ekan Ndi Sandrine, Mwila Sekeseke, Malick Seydi, Moibah Sheriff, Tulipoka Soko, Repent Khamis George Stephen, Yao Theodore, Justin Tiendrebeogo, Francina Tjituka, Teklu Tsegay, Nkala Victorine, Solomon Woldeamanuel, Ambrose Wreh, Jacky Yabii, Issa Yahaya, Nasir Yama, Barnabas Yeboah, Rabesata Juste Yolande

Région Amériques

Maria Lucia Aicardi, Ramon Abrego, Sofia Achucarro, Asif Ali, Augustina Ambrose-Popo, Dennis Israel Anas Morales, Jennifer Andall, Elizabeth Anderson, John Francisco Ariza Montoya, Joy Arnell, Sandra Barrow, Lianne Bellisario, Luis Gabriel Bernal Pulido, Shellon Bess, Irma Bois, Rafael Borda, Jennifer Breads, Leonardo Brito, Silvia Brizuela, Hazel Brown, Robin Buckland, Rodrigo Castro, Kerthney Charlemagne-Surage, Andrei Chell, Alba Consuelo Flores, Alberto Cosme Lopes de Souza, Hernando Cubides, Natalie Cueppens, Lervan da Silva, Gays Davies, Carolina de Bass, Gina Dean, Marcos del Risco del Río, Nester Edwards, Fulvia Elizondo Sibaja, Juliana Ferreira Lima Costa, Evelin Flores de Nieto, Janet Flynn, Mireye Fuentes, Luis Felipe Garcia Ruano, Rosa George Claudia Godoy, Cristian González Opelt, Zaila González Vivo, Stacie Goring, Ivette Cataline Grijalva Saenz, Norka Rocio Guillen Ponce, Jascinth Hannibal, Sharon Harper, Carla Harry, Gustavo Hoff, Gail Hudson, Brenda Jeffers, Linda Johnson, Claudia Leija Hernandez, Lisa Little, Javier Cesar Loayza Tamirano, Howard Lynch, Marcelo Marques, Diana Isabel Martinez Changuan, Ithinnia Martinez Mora, Jacqueline Matthew-Fevrier, Ann Matute, Lynn McNeely, Thamehwar Merai, Fernando Munar Jimenez, Karen Nelson, Kerry Nesseler, Mirna Nobrega, Susan Orsega, Bete Paz, Emiliana Peña, Juan Lucas Pereyra, Walter Perez Lazaro, Pauline Peters, Betty Ann Pilgrim, Enma Porras Marroquin, Jorge Ramanho, Jason Roffenbender, Desreen Silcott, Margaret Smith, Tiago Souza, Delores Stapleton Harris, Jackurlyn Sutton, Aldira Samantha Teixeira, Silvia Tejada, Roody Thermidor, Camille Thomas-Gerald, Kc Dianne Torres Quintero, Pedro Diaz Urteaga, Carlos Valli, Alessandro Vasconcelos, Auristela Vasquez, Jeaneth Vega Chavez

Région Asie du Sud-Est

Leela Adhikari, Kimat Adhikari, Sabina Alam, Ahlaam Ali, Nan Nan Aung, Hla Hla Aye, Rathi Balachandran, Alam Ara Begum, Norberta Belo, K. S. Bharati, Vinay Bothra, Jermias da Cruz, Atul Dahal, Dileep De Silva, Padmal De Silva, Apriyanti Shinta Dewi, Maria Dolores Castello, Aminath Fariha Mohamed, Horacio Fernandes Ribeiro, Harindarjeet Goyal, Nalika Gunavardena, Anil Kumar Gupta, Htay Htay Hlaing, Fathimath Hudha, Aneega Ibrahim, Sugeng Eko Irianto, Aishath Irufa, Uraiporn Janta-um-mou, Shivangini Kar Dave, RADC Karunaratne, Daw Nwe Nwe Khin, Thitipat Kuha, Daw Khin Ma Ma Kyaw, Khin Mar Kyi, Sirima Leelawong, Buddhika Loku Balasuriyage, Hussain Maani, Dilip Mairembam, Daw Yin Mya, Kavita Narayan, Thinakorn Noree, Md Nuruzzaman, Kyaw Soe Nyunt, Tandin Pemo, Wichavee Ploysongsri, Pooja Pradhan, Ms Rahmath, Mariyam Rasheed, Tomasia Ana Maria do Rosario e Souza, Joao Noronha Roy, Bhim Prasad Sapkota, Teeraporn Sathira-Angkura, Tini Setiawan, Mariyam Shafeeq, Mohammad Shahjajan, Jayendra Sharma, May Thwel Hla Shwe Alaka Singh, Sasamon Srisuthisak, Rattanaporn Tangthanaseth, Roshani Tui Tui, Fikru Tesfaye Trullu, Liviu Vedrasco, Nani Hidayanti Widodo, Panarut Wisawatapnimit, Sonam Yangchen

Région Europe

Aizat Asanova, Angel Abad Bassols, Zaza Bokhua, Ayşe Boysan, Matt Edwards, Anastasia Gazheva, Shoshy Goldberg, Rivka Hazan Hazoref, Jacques Huguenin, Natalia Kamynina, Kristin Klein, Sergiu Otgon, Marija Palibrk, Cecilija Rotim, Vasos Scoutellas, Jesmond Sharples, Artūras Simkus

Région Méditerranée orientale

Anmal Abu Awad, Alawia Ahmad, Mohammad Alghamdy, Mohamed Bahadi, Kamran Baig, Omar Cherkaoui, Ishraga Elbasher, Kawther Mahmoud, Fouzia Mushtaq, Nathalie Richa, Anmal Swaid Salim, Mohammed Tarawneh, Nasir Yama, Lubna Yaqoob

Région Pacifique occidentale

Amelia Afuha'amango, Lele Ah Mu, Thelma Ali, Carter Apaisam, Jasmin Mohamed Ariff, Margareth Brookdoorn, Moralene Capelle, Teofila Cruz, Eryna Hj Emran, Louisa Helgenberger, Seungryeong Hong, Mary Kata, Asena Kauyaca, Mary Kililo Samor, Virya Koy, Hilla Langrine, Michael Larui, Margaret Leung, Fuatai Maiava, Antonnette Merur, Helen Murdoch, Amanda Neill, Quoc Huy Nguyen, Jane O'Malley, Lay Tin Ong, Daphne Ringi, Michael Roche, Michele Rumsey, Filoiala Sakaio, Yuoko Shimada, Bo Yee Shu, Bertha Tarileo, Puasina Tatui, Alaita Taulima, Khampasong Theppanya, Lisa Townsend, Uchaa Tuvshin, Ben Ung, Hang Zhou

COORDINATION ÉDITORIALE, CONCEPTION ET PRODUCTION

Sharad Agarwal, Prographics Inc, John Dawson, les départements de l'OMS responsables de la traduction, des publications et de l'édition. Nous remercions chaleureusement Son Altesse Royale la Princesse Muna de Jordanie, les infirmiers(ères) et les organismes partenaires pour leur contribution aux photos. L'OMS souhaite rendre un hommage tout particulier à Salome Karwah, infirmière au Libéria qui a survécu au virus Ebola, mais qui, par manque de soins, a succombé à des complications lors de son accouchement.

Nous tenons à remercier l'organisation **JHPIEGO et la JOHNS HOPKINS UNIVERSITY SCHOOL OF NURSING** pour leur contribution à l'examen des informations et aux processus de communication des données qui ont permis d'élaborer le présent rapport. Peter Johnson, Nancy Reynolds, Jennifer Breads, Anna Bryant, Patrica Davidson, Lisa DiAndreth, Judith Fullerton, Leah Hart, Mark Kubue, Semakaleng Phafoli, Timothy Robertson, Elizabeth Thompson

Marché du travail : structure qui permet aux services de main-d'œuvre d'être recherchés (c'est-à-dire la demande) et offerts (c'est-à-dire l'offre). Les salaires et les conditions de travail (par exemple, une infrastructure adéquate, une gestion favorable, des possibilités de développement professionnel et de progression de carrière) jouent un rôle déterminant dans les choix des agents de santé et des employeurs (1).

Demande : terme qui fait référence aux emplois offerts sur le marché. La demande est le nombre d'agents de santé qu'un système de santé peut supporter en termes de postes financés ou de demande économique de services. Elle est liée aux dépenses de santé du gouvernement, aux assurances privées et aux dépenses directes (2).

Offre : l'offre en agents de santé fait référence à la réserve d'agents de santé qualifiés prêts à travailler dans le secteur des soins de santé. Elle dépend de la capacité de formation et de la migration nette, des décès et des départs à la retraite des agents de santé (2).

Besoins : nombre d'agents de santé requis pour atteindre les objectifs de prestation de services d'un système de santé. Les marchés du travail en santé sont principalement influencés par l'offre et la demande et seulement indirectement par les besoins (1).

Capacité d'absorption des agents de santé par le marché du travail en santé : capacité du système de santé (secteur public et secteur privé) à employer pleinement et de manière productive le vivier d'agents de santé qualifiés disponibles (principalement généré par l'éducation et l'immigration). La capacité

d'absorption est fonction de l'efficacité et de la rapidité avec lesquelles la demande économique se traduit par des offres d'emploi et le recrutement de candidats.

Formation initiale : désigne un programme d'apprentissage formel qui a lieu avant et comme condition préalable à l'embauche dans un cadre de services (3).

Autorisation d'exercer : processus qui consiste à certifier qu'une personne peut exercer les fonctions et les tâches dans un domaine de pratique défini selon la norme requise et à lui conférer une autorisation lui permettant d'exercer légalement une certaine profession dans une juridiction donnée.

Agrément : processus d'évaluation des établissements d'enseignement par rapport à des normes prédéfinies requises pour la dispense d'un enseignement. Le résultat de ce processus est la certification de l'adéquation des programmes d'enseignement et de la compétence des établissements d'enseignement dans la dispense d'un enseignement.

Accréditation : processus d'obtention, de vérification et d'évaluation des qualifications d'un praticien à dispenser des soins ou des services dans ou pour une structure de soins de santé. L'accréditation est une preuve documentée d'une autorisation d'exercer, d'un enseignement, d'une formation, d'une expérience ou d'autres qualifications (4).

Certification professionnelle : processus volontaire par lequel une entité accorde une reconnaissance et une utilisation limitées dans le temps d'un titre de compétence à un individu après avoir vérifié qu'il satisfait à des critères prédéterminés et normalisés (5).

RÉFÉRENCES POUR LE GLOSSAIRE

1. McPake B, Maeda A, Araujo EC, Lemiere C, El Maghraby A, Cometto G. Why do health labour market forces matter? Bulletin of the World Health Organization. 2013;91:841–6. doi:10.2471/BLT.13.118794.
2. Scheffler RM, Campbell J, Cometto G, Maeda A, Liu J, Bruckner TA *et al.* Forecasting imbalances in the global health labor market and devising policy responses. Human Resources for Health. 2018;16:5. doi:10.1186/s12960-017-0264-6.
3. Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): planning, implementing and evaluating pre-service training. Geneva: World Health Organization; 2001.
4. Ambulatory Care Program: the who, what, when, and where's of credentialing and privileging. Joint Commission (https://www.jointcommission.org/assets/1/6/AHC_who_what_when_and_where_credentialing_booklet.pdf, consulté le 5 mars 2020).
5. Credentialing definitions. American Nurses Credentialing Center (<https://www.nursingworld.org/education-events/faculty-resources/research-grants/styles-credentialing-research-grants/credentialing-definitions/>, consulté le 5 mars 2020).

RÉSUMÉ D'ORIENTATION 2020



Images ci-dessus :
© AKDN/Christopher Wilton-Steer, © OMS/Yoshi Shimizu, © OMS/Conor Ashleigh

Le personnel infirmier joue un rôle central pour instaurer la couverture sanitaire universelle et atteindre les objectifs de développement durable

Le personnel infirmier est essentiel pour tenir la promesse de ne « laisser personne de côté » et pour atteindre les objectifs de développement durable au niveau mondial. Il apporte une contribution déterminante aux cibles nationales et mondiales relatives à tout un éventail de priorités sanitaires, dont la couverture sanitaire universelle, la santé mentale et les maladies non transmissibles, la préparation et la riposte aux urgences, la sécurité des patients, et la prestation de soins intégrés centrés sur la personne.

Aucun programme d'action sanitaire mondial ne peut être mené à bien sans des efforts concertés et soutenus pour tirer le meilleur parti du personnel infirmier et de leur contribution aux équipes médicales interprofessionnelles. Pour ce faire, il faut conduire des interventions qui permettent d'obtenir un impact maximal avec la plus grande efficacité, en optimisant à cette fin le champ d'action et le leadership de cette catégorie de personnel tout en accélérant les investissements dans la formation, les compétences et l'emploi. Ces investissements contribueront également aux cibles des ODD liées à l'éducation, au genre, au travail décent et à la croissance économique partagée.

Élaboré par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en collaboration avec le Conseil international des infirmières et la campagne Nursing Now, et avec l'appui des gouvernements et d'autres partenaires, ce rapport 2020 sur *La situation du personnel infirmier dans le monde* démontre avec force combien l'apport de ces agents de santé est précieux.

© Shapecharge/Getty Images

Le personnel infirmier
forme le plus vaste
groupe professionnel
du secteur de la santé,
représentant environ

59 %

des professions
de santé.



État des données disponibles en 2020

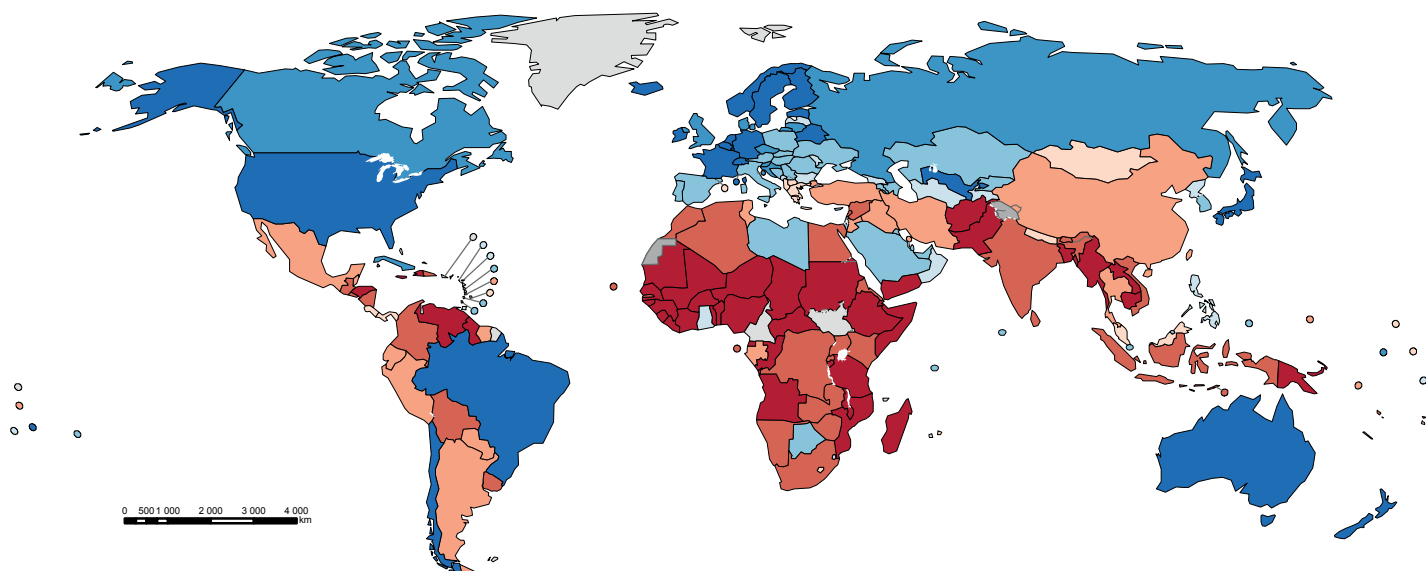
La taille du personnel infirmier augmente, tandis que ces agents doivent s'acquitter de tâches de plus en plus diverses. Or, cet essor n'est pas équitablement réparti, ne permet pas de répondre à la croissance de la demande et ne profite pas à certaines populations.

191 pays ont fourni des données pour ce rapport, ce qui est record absolu et représente une progression de 53 % par rapport à 2018. Environ 80 % des pays ont fait rapport sur 15 indicateurs ou plus. Cependant des lacunes importantes subsistent pour les données relatives aux capacités de formation, au financement, aux traitements et salaires, et aux flux sur le marché du travail en santé. Tout cela empêche de mener les analyses du marché de l'emploi en santé qui seraient nécessaires pour éclairer les politiques et les décisions d'investissement sur le personnel infirmier.

Le personnel infirmier recouvre à l'échelle mondiale 27,9 millions de personnes, dont 19,3 millions d'infirmiers(ères) diplômé(e)s. Ces chiffres correspondent à une augmentation de 4,7 millions du stock total sur la période 2013-2018, et confirment que le personnel infirmier forme le plus vaste groupe professionnel du secteur de la santé, représentant environ 59 % des professions de santé. Parmi ces 27,9 millions de personnes, on trouve 19,3 millions d'infirmiers(ères) diplômé(e)s, 6,0 millions d'infirmiers(ères) adjoint(e)s (22 %) et 2,6 millions de personnes (9 %) n'appartenant à aucune de ces catégories.

Le monde n'est pas doté d'un personnel infirmier suffisamment nombreux au regard des cibles de la couverture sanitaire universelle et des ODD. Plus de 80 % des infirmiers(ères) du monde exercent dans des pays représentant ensemble la moitié de la population mondiale. La pénurie planétaire de personnel infirmier, estimée à 6,6 millions de personnes en 2016, s'est légèrement résorbée, passant à 5,9 millions de personnes en 2018. D'après les estimations, 89 % de cette pénurie (soit 5,3 millions de personnes) est concentrée dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, où la croissance du nombre d'infirmiers(ères) suit à peine celle de la population, et où les niveaux de densité de personnel par rapport à la population ont donc peu progressé. La Figure 1 illustre les importantes variations de la densité du personnel infirmier par rapport à la population, les écarts les plus notables se situant dans les pays des Régions de l'Afrique, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale, et dans certains pays d'Amérique latine.

Figure 1 Densité du personnel infirmier pour 10 000 habitants en 2018



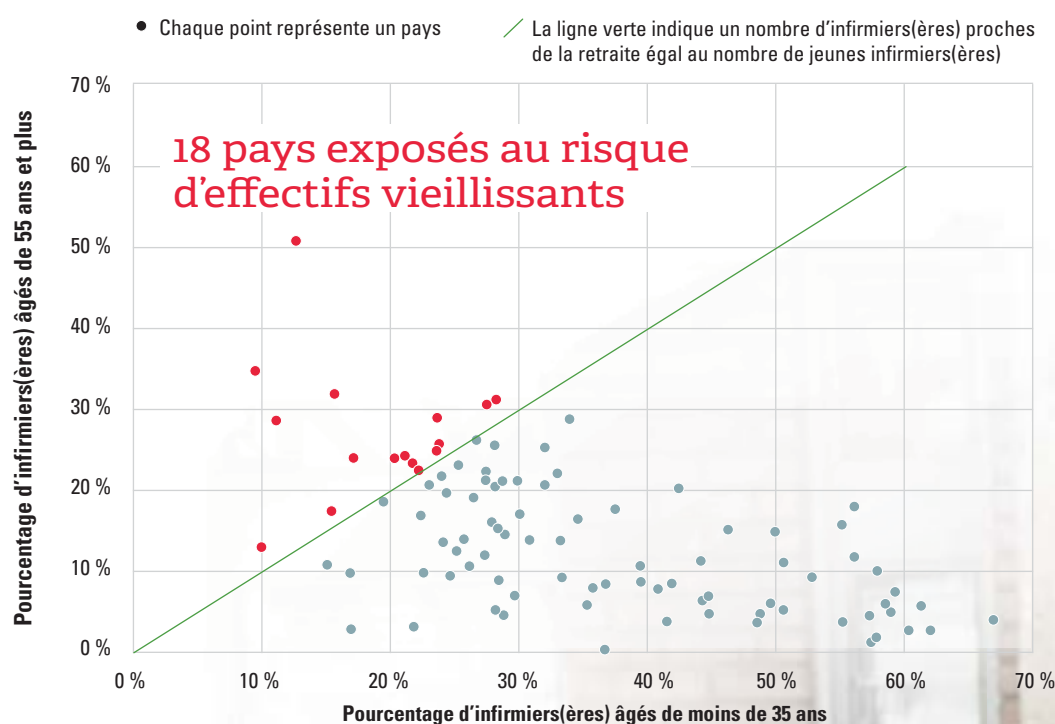
*Comprend le personnel infirmier et apparenté.

Source des données : comptes nationaux des personnels de santé, Organisation mondiale de la Santé 2019. Dernières données disponibles pour la période 2013-2018.

Le vieillissement du personnel de santé dans certaines Régions menace la stabilité des effectifs infirmiers.

Au niveau mondial, le personnel infirmier est relativement jeune, mais il y a des disparités entre les Régions, les tranches d'âge supérieures étant largement plus représentées dans la Région des Amériques et dans la Région européenne. Les pays dans lesquels la part du personnel infirmier en début de carrière (moins de 35 ans) est la plus faible par rapport à celle des agents proches de la retraite (55 ans et plus) devront augmenter le nombre de diplômés et renforcer les systèmes de maintien en poste afin de préserver l'accès aux services de santé. Ceux où le personnel infirmier est jeune doivent répartir les effectifs de manière plus équitable à l'intérieur de leur territoire. Comme l'illustre la Figure 2, les pays ayant une proportion d'infirmiers(ères) proches de la retraite plus élevée que celle des infirmiers(ères) jeunes (les pays situés au-dessus de la ligne verte) auront à l'avenir des difficultés pour maintenir leurs effectifs infirmiers.

Figure 2 Proportions relatives des infirmiers(ères) âgés de plus de 55 ans et de moins de 35 ans (pour une sélection de pays)



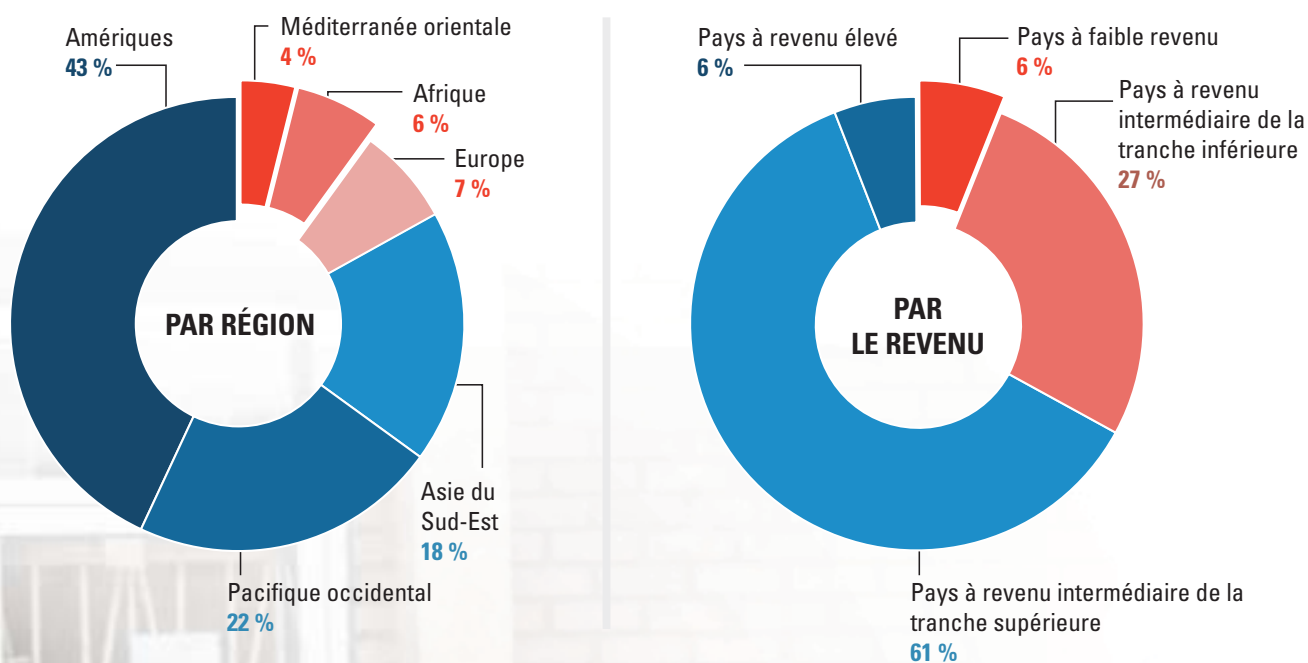
*Comprend le personnel infirmier et apparenté.

Source : comptes nationaux des personnels de santé 2019, Organisation mondiale de la Santé. Dernières données disponibles notifiées par les pays entre 2013 et 2018.



Pour résorber la pénurie d'ici à 2030 dans tous les pays, le nombre total de diplômés en soins infirmiers devrait augmenter de 8 % par an en moyenne, et il faudra aussi améliorer les capacités à les employer et à les maintenir en poste. À défaut, les tendances actuelles indiquent qu'il y aura 36 millions d'infirmiers(ères) en 2030, d'où, au vu des besoins, un déficit estimé de 5,7 millions de personnes touchant principalement les Régions de l'Afrique, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale, même si plusieurs pays des Régions des Amériques, de l'Europe et du Pacifique occidental seront aussi affectés. La Figure 3 indique les augmentations prévues dans les effectifs infirmiers par Région de l'OMS et par catégorie de revenu des pays.

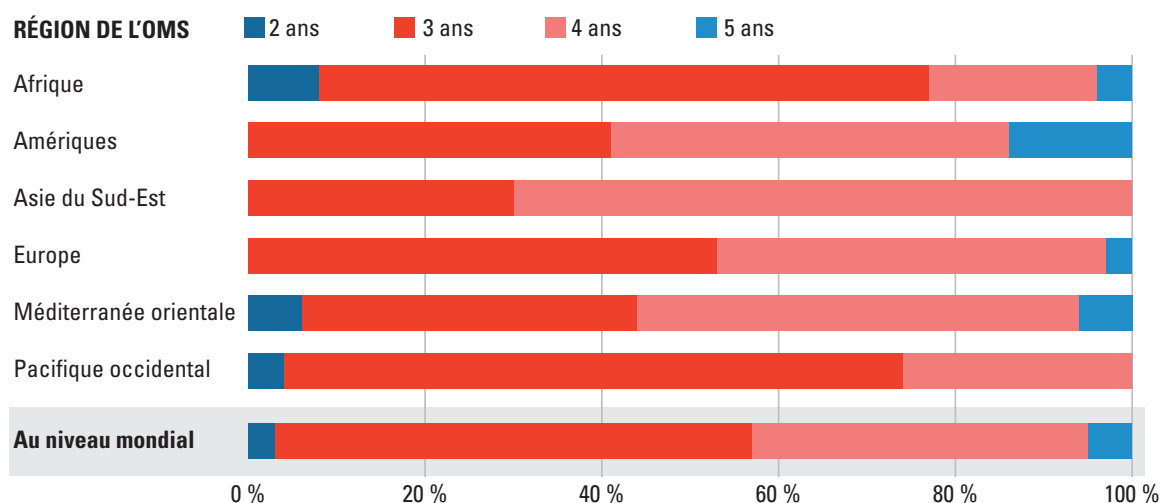
Figure 3 Augmentation prévue (jusqu'en 2030) du personnel infirmier, par Région de l'OMS et par catégorie de revenu des pays



*Comprend le personnel infirmier et apparenté.

Bien que les choses évoluent, la répartition équitable du personnel infirmier et son maintien en poste représentent un **DÉFI QUASIMENT UNIVERSEL.**

Figure 4 Durée moyenne (en années) de la formation du personnel infirmier, par Région de l'OMS



Source : comptes nationaux des personnels de santé 2019 pour 99 pays et base de données Sigma pour 58 pays. Dernières données disponibles notifiées par les pays entre 2013 et 2018.

La majorité des pays (152 sur 157 ayant répondu, soit 97 %) ont indiqué que la durée minimale de la formation du personnel infirmier était de trois ans. La grande majorité des pays ont déclaré qu'il existait : des normes sur le contenu et la durée de la formation (91 %), des systèmes d'agrément (89 %), des normes nationales sur les qualifications des enseignants (77 %) et une formation interprofessionnelle (67 %). Toutefois, les connaissances sont plus lacunaires sur l'efficacité de ces politiques et de ces mécanismes. En outre, les niveaux minimums de formation initiale et continue exigés du personnel infirmier varient encore beaucoup, et des contraintes de capacités (pénurie de personnel enseignant, limitations liées aux infrastructures, établissements d'accueil des stages cliniques) sont observées. Comme le montre la Figure 4, la durée de la formation du personnel infirmier est majoritairement de trois ou quatre ans à l'échelle mondiale.

Au total, 78 pays (53 % de ceux ayant répondu à l'enquête) ont indiqué avoir mis en place des pratiques infirmières avancées. Des données solides indiquent que les infirmiers de pratique avancée tendent à améliorer l'accès aux soins de santé primaires dans les communautés rurales et à résorber les disparités d'accès aux soins pour les populations vulnérables des zones urbaines. Le personnel infirmier à tous les niveaux, quand il peut utiliser dans sa pratique toutes les compétences acquises en formation initiale et continue et bénéficie d'un soutien à cette fin, peut dispenser des soins de santé primaires et des services de prévention efficaces et de nombreux autres services de soins utiles pour instaurer la couverture sanitaire universelle.

Un infirmier sur huit exerce dans un autre pays que celui où il est né ou a été formé. La mobilité internationale du personnel infirmier s'accroît. Bien que les choses évoluent, la répartition équitable du personnel infirmier et son maintien en poste représentent un défi quasiment universel. Les migrations incontrôlées peuvent aggraver les pénuries et contribuer aux inégalités d'accès aux services de santé. De nombreux pays à

© Nazeer Al-Khatib/AFP via Getty



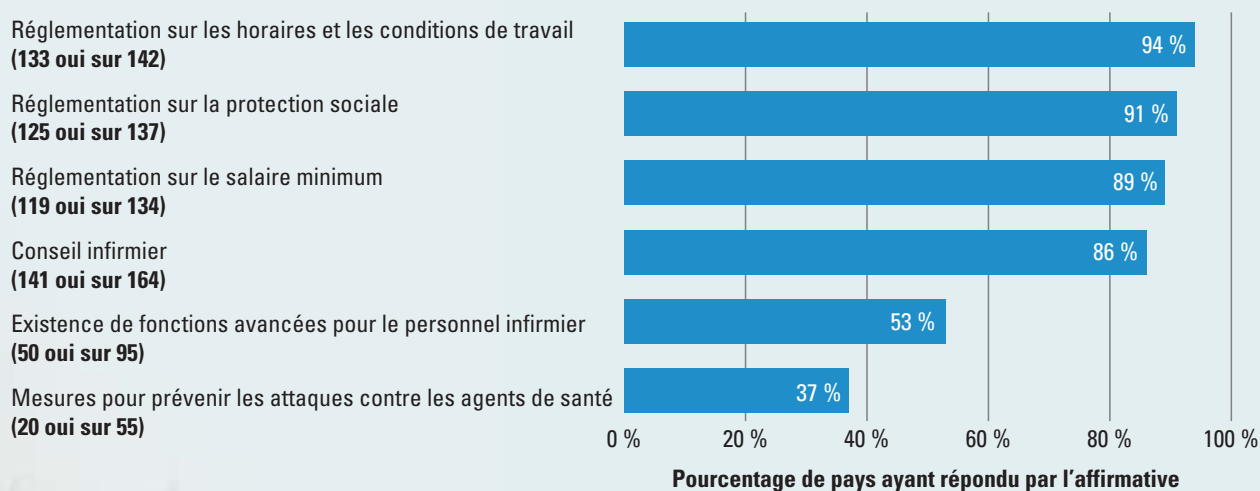
revenu élevé situés dans différentes Régions semblent trop dépendants de la mobilité internationale du personnel infirmier, en raison d'un faible nombre de diplômés dans cette filière ou car il existe une pénurie au regard du nombre de postes disponibles et de la possibilité d'employer les jeunes diplômés dans le système de santé.

La plupart des pays (86 %) sont dotés d'un organisme de réglementation de la profession infirmière. Près des deux-tiers (64 %) des pays imposent une évaluation initiale des compétences à l'entrée dans la profession, et près des trois-quarts (73 %) font de la formation continue une condition pour continuer d'exercer. Cependant, la réglementation de la formation et de la pratique n'est pas harmonisée, exception faite de quelques dispositifs de reconnaissance sous-régionale. Le défi, pour les organismes de réglementation, est d'actualiser l'encadrement de la formation et de la pratique et de tenir à jour les registres du personnel infirmier, à une époque caractérisée par une forte mobilité, le travail en équipe et les technologies numériques. La Figure 5 indique le pourcentage de pays signalant disposer d'une réglementation en vigueur sur les conditions d'emploi.

La profession infirmière reste très genrée, avec tous les biais que cela suppose sur le lieu de travail. Environ 90 % du personnel infirmier est de sexe féminin et, dans le secteur de la santé, peu de postes de direction sont occupés par des infirmiers(ères) ou des femmes. Les données tendent à indiquer que les femmes sont moins bien payées que les hommes, et qu'elles subissent au travail d'autres formes de discrimination fondée sur le genre. Des protections juridiques, notamment des horaires et des conditions de travail déterminés, un salaire minimum et une protection sociale, ont été mises en place dans la plupart des pays, sans être équitablement réparties d'une Région à l'autre. Seul un tiers des pays (37 %) ont pris des mesures pour empêcher les attaques contre les agents de santé.

Au total, 82 pays sur les 115 ayant répondu (71 %) ont indiqué être doté d'un poste de responsable national des soins infirmiers chargé de donner des orientations pour les politiques relatives aux soins infirmiers et les politiques de santé. Un programme de renforcement du leadership existe dans 78 pays (53 % de ceux ayant répondu). L'existence d'un poste de directeur général des soins infirmiers au niveau de l'administration centrale (ou d'un poste équivalent) comme celle d'un programme de renforcement du leadership concourent à un meilleur encadrement de la profession infirmière.

Figure 5 Pourcentage de pays disposant d'une réglementation en vigueur sur les conditions de travail



Source : comptes nationaux des personnels de santé, Organisation mondiale de la Santé, 2019.

Orientations futures des politiques relatives au personnel infirmier



© John W. Poole/NPR

- 1 Les pays touchés par les pénuries devront accroître le financement en vue de former et de recruter au moins 5,9 millions d'infirmiers(ères) supplémentaires.** Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, il faudrait investir environ US \$10 de plus par habitant dans la formation du personnel infirmier. D'autres investissements seraient nécessaires pour l'emploi des infirmiers récemment diplômés. Dans la plupart des pays, cela pourra être financé par le budget national. Les mesures à prendre consistent notamment à examiner la masse salariale dans une optique de bonne gestion et, dans certains pays, à supprimer le *numerus clausus*. Là où les ressources nationales sont restreintes à moyen et long terme, par exemple dans les pays à faible revenu et dans les milieux touchés par des conflits ou vulnérables, des mécanismes tels que la mise en commun des fonds institutionnels doivent être envisagés. Les partenaires du développement et les institutions financières internationales peuvent contribuer à cet effort en transférant des investissements en capital humain (dans la formation, l'emploi, le genre, la santé ou encore le développement des compétences) vers des stratégies nationales pour les personnels de santé afin de promouvoir les soins de santé primaires et d'instaurer la couverture sanitaire universelle. Les investissements dans le personnel infirmier peuvent aussi améliorer la création d'emplois, l'équité entre les sexes et la participation des jeunes.

2 Les pays doivent renforcer leurs capacités de collecte, d'analyse et d'utilisation des données relatives aux personnels de santé. Les mesures à prendre consistent notamment à accélérer la mise en place des comptes nationaux des personnels de santé et à utiliser ces données pour mener des analyses du marché de l'emploi en santé afin d'orienter l'élaboration des politiques et les décisions d'investissement. La collecte de données sur le personnel infirmier nécessitera la participation de différents organismes publics et la mobilisation de parties intéressées de premier plan (conseils de réglementation, établissements de formation du personnel infirmier, dispensateurs de services de santé et associations professionnelles).

3 La mobilité et les migrations du personnel infirmier doivent être suivies efficacement et gérées de façon responsable et éthique. Les mesures à prendre consistent notamment à renforcer la mise en œuvre du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé par les pays, les recruteurs et les parties prenantes internationales. Les partenariats et la collaboration avec les organismes de réglementation, les systèmes d'information sur les personnels de santé, les employeurs, les ministères et les autres parties prenantes peuvent améliorer la capacité à suivre, encadrer et réglementer la mobilité internationale du personnel infirmier. Les pays qui sont trop tributaires du personnel infirmier migrant devraient viser une plus grande autosuffisance en investissant davantage dans la production nationale de personnel infirmier. Ceux dont le personnel infirmier se réduit trop en raison de l'émigration devraient prévoir des mesures pour atténuer ce problème et des programmes de fidélisation consistant à améliorer les salaires (et l'équité salariale) et les conditions de travail, à favoriser la progression de carrière et à permettre à ces agents d'utiliser dans leur pratique toutes les compétences acquises en formation initiale ou continue.

4 Les programmes de formation initiale et continue doivent former un personnel infirmier qui soit un moteur de progrès vers les soins de santé primaires et la couverture sanitaire universelle. Les mesures à prendre consistent notamment à investir dans le personnel enseignant, à améliorer la disponibilité des établissements d'accueil des stages cliniques et à améliorer l'accessibilité des programmes proposés afin d'attirer des étudiants de différents horizons. La profession infirmière doit s'affirmer comme un choix de carrière fondé sur la science, les technologies, le travail en équipe et l'équité en santé. Les directeurs généraux des soins infirmiers et d'autres parties prenantes nationales peuvent conduire un dialogue national sur le niveau d'entrée adapté et les programmes de spécialisation du personnel infirmier, le but étant que l'offre soit suffisante pour répondre à la demande en diplômés dans le système de santé. Les programmes de formation doivent correspondre aux priorités de santé nationales et aux nouveaux enjeux mondiaux, afin de préparer le personnel infirmier à travailler efficacement au sein d'équipes interprofessionnelles et de tirer le meilleur parti des compétences des diplômés en matière de technologies sanitaires.

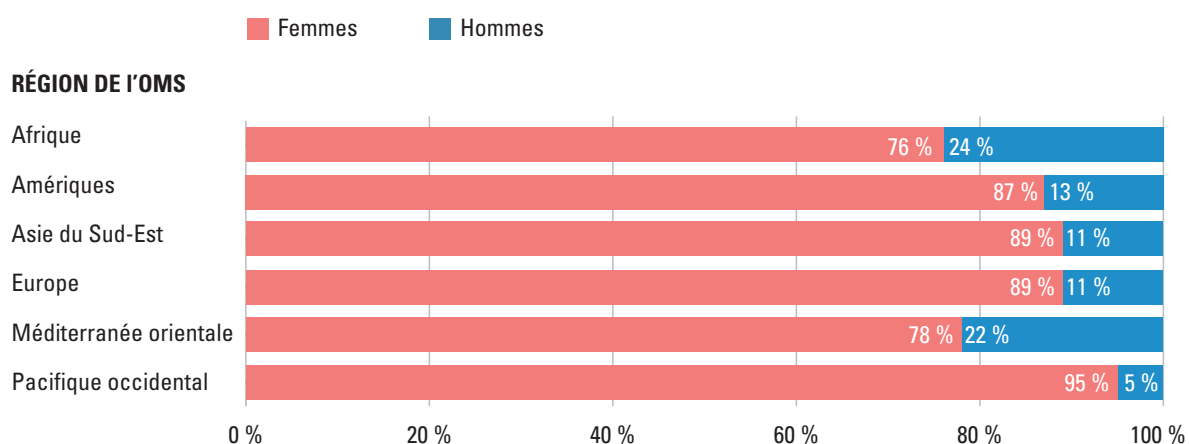
5 Le leadership et la gouvernance sont des aspects essentiels du renforcement du personnel infirmier. Les mesures dans ce domaine consistent notamment à créer un poste de directeur général des soins infirmiers au niveau de l'administration centrale, chargé de renforcer ces ressources humaines et de contribuer aux décisions stratégiques en matière de santé, et à le doter des moyens nécessaires. Le directeur général des soins infirmiers doit piloter les travaux de renforcement des données sur le personnel infirmier et conduire un dialogue stratégique aboutissant en des décisions stratégiques à bases factuelles pour l'investissement dans cette catégorie d'emploi. Des programmes doivent exister ou être organisés pour renforcer les compétences de leadership des jeunes infirmiers(ères). Une attention particulière doit généralement être accordée aux milieux fragiles et touchés par les conflits, afin de (re) construire les fondements institutionnels et les capacités individuelles nécessaires pour une gestion et une gouvernance efficaces du personnel infirmier.

6 Les responsables de la planification et les organismes de réglementation doivent optimiser l'apport de la pratique infirmière. Ces mesures consistent notamment à faire en sorte que les infirmiers des équipes de soins de santé primaires utilisent l'éventail complet de leurs compétences. Les modèles efficaces de soins dirigés par les infirmiers devraient être développés le cas échéant afin de répondre aux besoins de la population et d'améliorer l'accès aux soins de santé primaires, et notamment de répondre à la demande croissante liée aux maladies non transmissibles et à l'intégration des prestations sanitaires et sociales. Les politiques sur le lieu de travail doivent cibler les entraves au maintien en poste du personnel infirmier ; elles doivent notamment soutenir les modèles de soins dirigés par les infirmiers(ères) et les pratiques avancées en soins infirmiers, tout en tirant parti des technologies de santé numérique et en tenant compte du vieillissement du personnel.

7 Les décideurs, les employeurs et les organismes de réglementation doivent délibérément coordonner leur action à l'appui du travail décent. Les pays doivent mettre en place un environnement favorable à la pratique infirmière dans le but d'améliorer l'attrait de la profession, la répartition des effectifs, le maintien en poste et la motivation. Priorité doit être donnée à la bonne application de mesures visant à disposer d'effectifs en nombre suffisant et d'un lieu de travail adapté et à assurer la santé et la sécurité au travail, en accordant une attention particulière au personnel infirmier travaillant dans des milieux fragiles, touchés par les conflits ou vulnérables. La rémunération doit être juste et adaptée afin d'attirer les candidats et de fidéliser et de motiver ceux qui sont en poste. En outre, les pays doivent accorder la priorité aux politiques de lutte contre le harcèlement sexuel, la violence et la discrimination parmi le personnel infirmier, et veiller à leur bonne application.

8 Les pays doivent délibérément prévoir des politiques sur le personnel infirmier qui soient soucieuses de l'égalité des genres. Les mesures à prendre consistent notamment à mettre en place un système de rémunération équitable et neutre du point de vue du genre pour les agents de santé, et à faire en sorte que les politiques et les lois relatives à l'écart de rémunération entre les sexes s'appliquent aussi au secteur privé. Les considérations d'égalité de genre doivent guider les politiques, aussi bien pour la formation et la pratique infirmière que pour la réglementation et l'encadrement, en tenant compte du fait que les effectifs infirmiers restent essentiellement féminins (Figure 6). Les politiques doivent notamment mettre en place des milieux de travail favorables aux femmes, par exemple en instaurant des horaires souples et gérables adaptés à leurs besoins, et en donnant aux infirmières des possibilités de développer leur leadership dans une optique de transformation des rapports de genre.

Figure 6 Pourcentage de femmes et d'hommes au sein du personnel infirmier, par Région de l'OMS



Source : comptes nationaux des personnels de santé 2019. Dernières données disponibles notifiées par les pays entre 2013 et 2018.

Les politiques sur le lieu de travail doivent cibler les entraves au maintien en poste du personnel infirmier ; elles doivent notamment soutenir les modèles de soins dirigés par les infirmiers(ères) et les pratiques avancées en soins infirmiers.

9

Il faut moderniser la réglementation de la profession. Ces mesures consistent notamment à harmoniser les normes relatives à la formation et à l'agrément, à instituer une reconnaissance mutuelle de la formation et des qualifications professionnelles et à élaborer des systèmes interopérables permettant aux autorités de réglementation de vérifier facilement et rapidement les qualifications et l'expérience des infirmiers(ères). La réglementation, notamment concernant le champ de pratique, l'évaluation initiale des compétences et les conditions à remplir en matière de formation continue, devrait aider les infirmiers(ères) à utiliser dans leur pratique toutes les compétences acquises en formation initiale et continue.

10

La collaboration est essentielle. Les mesures dans ce domaine incluent un dialogue intersectoriel mené par le ministère de la santé et le directeur général des soins infirmiers avec le concours d'autres ministères concernés (par exemple ceux de l'éducation, de l'immigration, des finances ou du travail) et des parties prenantes des secteurs public et privé. Il est essentiel de renforcer les capacités de gestion efficace des politiques publiques, de sorte à optimiser les investissements du secteur privé, les moyens de formation et les fonctions du personnel infirmier dans la prestation de services de santé et à les harmoniser avec les objectifs des politiques publiques. Les associations professionnelles d'infirmiers, les établissements d'enseignement et le personnel enseignant, les organismes de réglementation du secteur et les syndicats, les étudiants et les organisations de jeunes, les groupes locaux et les campagnes mondiales (telles Nursing Now) contribuent utilement à affirmer la place du personnel infirmier dans les équipes de soins constituées pour répondre aux priorités sanitaires de la population.

Yoshinobu Oka via Fondation Sasakawa pour la santé



Investir dans l'éducation, l'emploi et le leadership

Ce rapport a présenté des données factuelles solides sur le personnel infirmier. Ces éléments sont nécessaires pour soutenir le dialogue sur les politiques et faciliter la prise de décisions en vue d'investir dans les soins infirmiers pour renforcer les soins de santé primaires, instaurer la couverture sanitaire universelle et avancer sur la voie des ODD.

En dépit de signes encourageants, le rapport met en lumière de grands motifs d'inquiétude. Pour combler les principales lacunes, les progrès devront être plus rapides dans nombre de pays à revenu faible ou intermédiaire des Régions de l'Afrique, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale. Il ne faut pas non plus relâcher les efforts dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et à revenu élevé, où une offre limitée, un personnel plus âgé et un recours excessif au recrutement international empêchent collectivement de répondre aux besoins nationaux en personnel infirmier.



Les gouvernements nationaux, avec l'appui des partenaires nationaux et internationaux le cas échéant, doivent jouer un rôle moteur pour accélérer les efforts visant :

- ▶ **à renforcer le leadership et les capacités de gestion avisée du personnel de santé** afin de progresser dans les domaines de l'éducation, de la santé, de l'emploi et du genre ;
- ▶ **à optimiser le rendement des investissements actuels dans le personnel infirmier en prenant les mesures requises** en matière d'éducation, de travail décent, de juste rémunération, d'affectation du personnel, de productivité, de réglementation et de maintien en poste ;
- ▶ **à renforcer durablement l'investissement dans la formation, les compétences et l'emploi du personnel infirmier.**

Les investissements requis nécessiteront de mobiliser des ressources financières supplémentaires. Si elles sont mises à disposition, le rendement pour la société et pour l'économie pourra être mesuré de plusieurs façons : amélioration de la santé de milliards de personnes, création de millions d'emplois qualifiés (en particulier pour les femmes et les jeunes) et amélioration de la sécurité sanitaire mondiale. Les arguments en faveur de l'investissement dans l'éducation, l'emploi et le leadership sont puissants – les parties prenantes doivent s'engager à agir.



A woman with braided hair, wearing a yellow top and a denim jacket, is smiling and holding a white sign. The sign has the text 'I AM A TB NURSE, AND I LOVE MY JOB !!' written in blue and red marker. The background is an outdoor setting with trees and a lamp post.

I AM A
TB NURSE,
AND I LOVE MY
JOB !!

Introduction

1. Le personnel infirmier, composé de cadres infirmiers et de personnel infirmier de niveau intermédiaire,¹ forme le plus vaste groupe professionnel du secteur de la santé et constitue la base des équipes interprofessionnelles de santé chargées de répondre à la promesse d'une santé pour tous.
2. Les responsabilités et les rôles des infirmiers(ères) en tant que praticiens avancés, cliniciens, responsables, décideurs, chercheurs, scientifiques et enseignants sont essentiels au bon fonctionnement de la formation et de la pratique des professionnels de la santé. Des améliorations dans la santé et le bien-être de la population ont été et continueront d'être réalisées avec compétence grâce à l'industrie, l'innovation et l'initiative du personnel infirmier.
3. Les soins infirmiers existent depuis des siècles et ont considérablement évolué depuis la naissance, il y a 200 ans, de Florence Nightingale, considérée comme la fondatrice des soins infirmiers modernes. Un enseignement structuré, des normes cliniques et des associations professionnelles
- d'infirmiers ont vu le jour dans les années 1800, améliorant progressivement la qualité, les compétences et les conditions de travail du personnel infirmier. Les années 1900 ont été marquées par la croissance des spécialisations et de l'autonomie, ainsi que par un renforcement de la réglementation professionnelle visant à garantir la redevabilité et la sécurité publiques (1). La première organisation internationale des professionnels de la santé, fondée en 1899, a été le Conseil international des infirmières. Actuellement, 121 années après sa création, le Conseil international des infirmières est une fédération de plus de 130 associations nationales d'infirmiers(ères), représentant plus de 20 millions d'infirmiers et d'infirmières dans le monde (2).
4. Dès ses premières années d'existence, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a reconnu la valeur et la contribution considérables du personnel infirmier et des sages-femmes (3). Au fil des années, les infirmiers(ères) et les sages-femmes ont contribué à des événements déterminants pour la santé

¹ Tels que définis par la Classification internationale type des professions de l'Organisation internationale du travail (<https://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/>).

mondiale, notamment l'éradication de la variole, la lutte contre les maladies transmissibles et la réduction spectaculaire de la mortalité et de la morbidité maternelle, néonatale et infantile dans le monde entier (4,5). Leur rôle de premier plan s'est traduit par un niveau d'attention sans précédent de la part de l'Assemblée mondiale de la Santé, qui a adopté, sur une période de 70 ans, 10 résolutions visant à promouvoir l'adoption de normes internationales pour former, employer et maintenir en poste les infirmiers(ères) et les sages-femmes dans le cadre de priorités de formation du personnel plus larges (3,6).

5. Le présent rapport 2020 sur *La situation du personnel infirmier dans le monde*, élaboré par l'OMS en partenariat avec le Conseil international des infirmières et la campagne Nursing Now, examine les données disponibles actuelles dans le but de fournir une vision et un programme d'action axé sur l'avenir en matière de politique relatif au personnel infirmier. Alors que dans le monde, l'année 2020 a été désignée par l'Assemblée mondiale de la Santé Année

internationale des sages-femmes et du personnel infirmier (7), ce rapport historique entend guider les mesures relatives au personnel infirmier qui devront être prises à l'échelon national, régional et mondial au cours des 10 prochaines années en vue d'atteindre les objectifs de développement durable (ODD).

6. Le rapport présente des données complètes et actualisées sur le personnel infirmier actuel dans le monde ; fait le point sur les principaux problèmes, défis et données disponibles connues concernant le rôle du personnel infirmier dans la réalisation d'objectifs de santé ; et propose des mesures stratégiques pour faire progresser la profession dans le cadre d'une approche intégrée visant à renforcer le personnel de santé, les soins de santé primaires et les systèmes de santé.
7. Une section en ligne disponible sur le site web de l'OMS² contient des profils de différents pays dans lesquels figurent les données fournies par ces pays pour ce rapport.

² <http://apps.OMS.int/nhwportal>.



Chapitres du présent rapport

CHAPITRE 2 Soins infirmiers dans un contexte de priorités plus larges en matière de personnel et de santé

Ce chapitre démontre l'importance des soins infirmiers dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et, en particulier, dans l'ODD 3 sur la bonne santé et le bien-être (8).

CHAPITRE 3 Fonctions du personnel infirmier dans les systèmes de santé du 21^e siècle

Ce chapitre décrit le rôle et les contributions du personnel infirmier dans la réalisation d'interventions de santé prioritaires dans le cadre des cibles du « triple milliard » de l'OMS, à savoir la couverture sanitaire universelle, les situations d'urgence sanitaire et l'amélioration de la santé et du bien-être pour tous (9).

CHAPITRE 4 Leviers politiques pour un personnel infirmier formé et suffisant

Ce chapitre décrit les leviers politiques et les déterminants de gouvernance permettant de relever les défis auxquels sont confrontés les infirmiers(ères) travaillant au meilleur de leur potentiel dans les établissements de santé et les communautés, tant au niveau national que mondial.

CHAPITRE 5 État des données disponibles sur le personnel infirmier

Ce chapitre fournit un aperçu analytique du personnel infirmier actuel, notamment en précisant les domaines les plus pertinents pour l'élaboration de politiques nationales, régionales et mondiales, à savoir les effectifs, la composition et la répartition, la capacité de production du personnel, l'enseignement, la réglementation, la pratique, l'environnement politique et de gouvernance, le leadership et les facteurs liés au marché du travail. Il met également en évidence les progrès réalisés et les défis qui se posent au secteur des soins infirmiers pour faire face à la pénurie prévue de 18 millions d'agents de santé d'ici 2030.

CHAPITRE 6 Orientations futures des politiques relatives au personnel infirmier

Ce chapitre présente un programme d'action tourné vers l'avenir avec des mesures envisageables et un appel à l'action adressé aux États Membres, établissements d'enseignement, organismes de réglementation, associations professionnelles, partenaires du développement, organisations internationales et autres parties prenantes.



© Cecile Arcurs/ Getty Image

Soins infirmiers dans un contexte de priorités plus larges en matière de personnel et de santé

2.1 Rôle du personnel infirmier dans la réalisation du Programme de développement durable à l'horizon 2030

8. En 2015, le Programme de développement durable à l'horizon 2030 des Nations Unies a été lancé, avec 17 objectifs ambitieux et interdépendants dans des domaines d'une importance capitale pour l'humanité et la planète (8). Les ODD visent notamment à éradiquer la pauvreté (ODD 1), à assurer la santé et le bien-être de tous (ODD 3), à garantir une éducation inclusive et équitable (ODD 4), à parvenir à l'égalité des sexes (ODD 5) et à promouvoir un travail décent et une croissance économique inclusive et durable (ODD 8).
9. L'OMS coordonne les efforts de la communauté sanitaire mondiale destinés à faire progresser plus rapidement l'ODD 3, ODD qui repose sur le concept de couverture sanitaire universelle. L'instauration progressive de la couverture sanitaire universelle est un objectif auquel tous les États Membres des Nations Unies se sont engagés explicitement et unanimement, notamment par la Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle (10) et la résolution de l'Union interparlementaire (11).
10. Les soins de santé primaires sont la pierre angulaire de la couverture sanitaire universelle. Les dirigeants de la planète ont marqué le 40^e anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata de 1978 sur les soins de santé primaires par la Déclaration d'Astana³ (12) qui établit fermement les soins de santé primaires comme la principale approche pour parvenir à une couverture sanitaire universelle. L'OMS a intégré la logique des ODD et des soins de santé primaires dans l'élaboration et la mise en œuvre de son propre treizième programme général de travail, sous la forme des cibles du « triple milliard » : un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle, un milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire et un milliard

3 Conférence internationale sur les soins de santé primaires : D'Alma-Ata à la couverture sanitaire universelle et aux objectifs de développement durable.

de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être (9).

11. Le rapport mondial de suivi 2019 de l'OMS – *Les soins de santé primaires sur la voie de la couverture sanitaire universelle* – a mis en évidence des progrès remarquables dans l'amélioration de la couverture des services, les pays établissant de plus en plus de mandats juridiques pour l'accès universel aux services et produits de santé dans leurs cadres juridiques nationaux (13). Toutefois, les progrès ont été inégaux d'un pays à l'autre et au sein d'un même pays, et la protection financière des plus vulnérables reste un véritable défi. La faiblesse des systèmes de santé et des facteurs socioéconomiques entrave les progrès ; des données et des éléments de preuve de meilleure qualité sont nécessaires pour identifier les priorités d'investissement et suivre les progrès. Des possibilités existent pour passer de modèles et de rôles de prestation rigides à des systèmes plus souples, accessibles et articulés.
12. L'OMS estime que les investissements globaux nécessaires pour atteindre les cibles de santé de l'ODD 3 d'ici 2030 s'élèvent à US \$3900 milliards (10). Sur la période de 12 ans, plus de 40 % de cet investissement sera consacré à la rémunération, aux salaires et aux émoluments du personnel de santé nécessaire pour faire face à la pénurie prévue de 18 millions d'agents de santé d'ici à 2030 (14-16). Les estimations qui incluent l'investissement supplémentaire nécessaire pour répondre aux besoins du personnel de santé en matière de formation et d'apprentissage continu indiquent qu'en moyenne plus de 50 % des investissements liés à la santé devront être consacrés à la formation, à la rémunération et au maintien en poste du personnel de santé.
13. Contrairement à l'idée reçue – mais fautive – selon laquelle le personnel de santé représente un coût qu'il convient de contenir (17,18), la Commission de haut

niveau des Nations Unies sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique (la « Commission ») a publié en 2016 des données probantes indiquant que les emplois et l'embauche dans le secteur de la santé favorisent la croissance économique et augmentent la productivité d'autres secteurs (17,18). L'investissement dans le système de santé et son personnel contribue de manière significative à la croissance économique inclusive (ODD 8), en particulier par l'emploi et l'autonomisation des femmes (ODD 5) et des jeunes (19,20). Les femmes représentent 70 % du personnel des services de soins sociaux et de santé dans le monde (21), et près de 90 % du personnel infirmier et de sages-femmes (22,23).

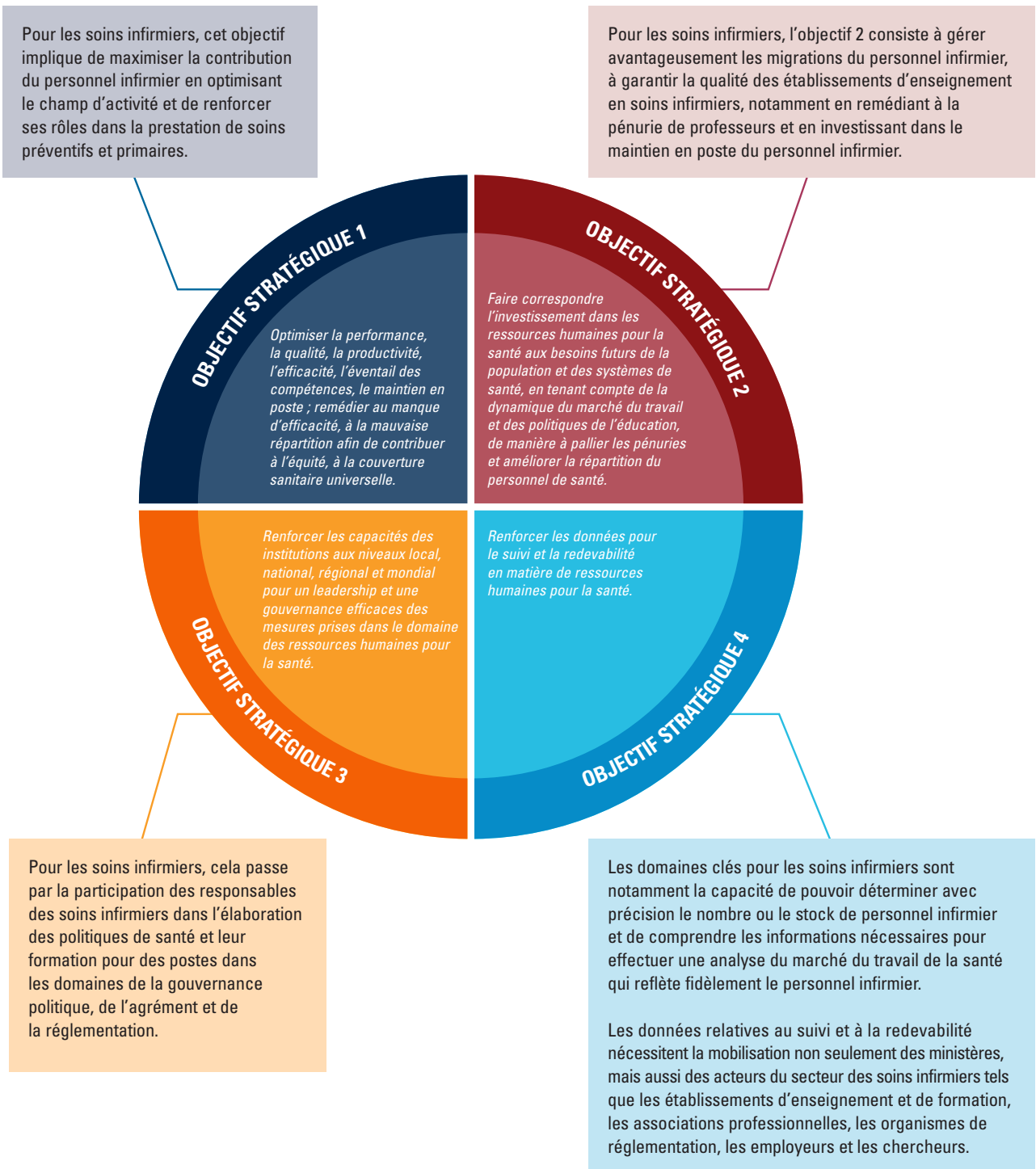
14. La Commission a fourni une justification pour l'investissement dans le secteur social et celui de la santé, ainsi qu'un cadre sur la manière dont cet investissement peut étendre la capacité de formation afin de garantir une offre durable d'agents de santé et transformer leurs compétences pour répondre aux besoins, en constituant un personnel de santé doté des compétences adéquates pour occuper des emplois décents aux bons endroits pour une meilleure prestation de services de santé, et en nombre suffisant pour éviter le déficit prévu de 18 millions d'agents de santé.
15. En 2017, les États Membres de l'OMS ont adopté un plan quinquennal pour mettre en œuvre les recommandations de la Commission, qui s'inscrit dans le cadre du programme « Travailler pour la santé » et d'un fonds d'affectation spéciale réunissant plusieurs partenaires mis en place par l'OMS, l'Organisation internationale du Travail (OIT) et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (15,17). L'OMS met en œuvre ces recommandations en s'alignant sur les approches de renforcement du personnel de santé décrites dans la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 (Figure 2.1) (16).

16. Il est possible d'accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle et d'atteindre l'ODD 3 en recentrant l'attention sur les besoins d'investissement pour le personnel de santé. Cela nécessite une compréhension et une quantification complètes de l'offre, de la demande et des besoins, qui sont utilisées pour effectuer des analyses liées au marché du travail en

santé qui servent de base aux stratégies et plans intégrés relatifs au personnel de santé.

17. Le personnel infirmier est confronté à des défis qui sont communs à toutes les professions de la santé, notamment concernant le nombre suffisant de personnel, sa répartition équitable, le maintien en poste, une formation de

Figure 2.1 Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé : objectifs stratégiques et pertinence pour les soins infirmiers



qualité, la réglementation efficace, des conditions de travail favorables, ainsi que la qualité et l'efficacité de la couverture sanitaire universelle (24-26). Toutefois, certains défis sont spécifiques à la profession, notamment les préjugés sexistes, le leadership politique, la réglementation et les nombreux niveaux en matière de formation et de pratique (25). Une bonne compréhension de ces questions et priorités peut faciliter l'adoption de décisions de politique et d'investissement appropriées.

2.2 Qu'est-ce qu'un(e) infirmier(ère) ?

18. Ce rapport vise à présenter les meilleurs éléments de preuve et données disponibles comparables au niveau international sur le personnel infirmier. À cette fin, il est nécessaire de savoir ce qu'est un(e) infirmier(ère). Les données probantes synthétisées dans les chapitres 3 et 4 représentent une interprétation large du personnel infirmier telle qu'elle ressort de la littérature publiée. Dans le chapitre 5,

qui présente les données recueillies et les analyses effectuées spécifiquement pour ce rapport, la terminologie utilisée fait référence spécifiquement et exclusivement à deux catégories professionnelles définies par la Classification internationale type des professions 2008 (CITP-08), à savoir les cadres infirmiers (code CITP 2221) et le personnel infirmier de niveau intermédiaire (code CITP 3221).

19. Les pays ont communiqué des données en fonction des personnes considérées comme répondant aux définitions de ces deux professions ; il n'a pas été demandé aux pays de communiquer des données sur d'autres catégories professionnelles (telles que les sages-femmes, les infirmiers(ères) auxiliaires ou d'autres agents de santé auxiliaires). Certains pays classent leurs agents de santé qui ont un parcours professionnel et un rôle hybrides sous la catégorie « infirmières-sages-femmes ». Les « infirmières-sages-femmes » n'étant pas une catégorie professionnelle classée au niveau international, le rapport ne contient que des données relatives aux

© AKDN/Christopher Wilton-Steer



agents de santé que les pays ont classés comme cadres infirmiers ou personnel infirmier de niveau intermédiaire. De plus amples informations sur ces définitions et sur la manière dont les pays ont été aidés à rendre compte de leur personnel infirmier figurent dans la description des méthodes au chapitre 5, ainsi qu'à l'annexe 1 du présent rapport.

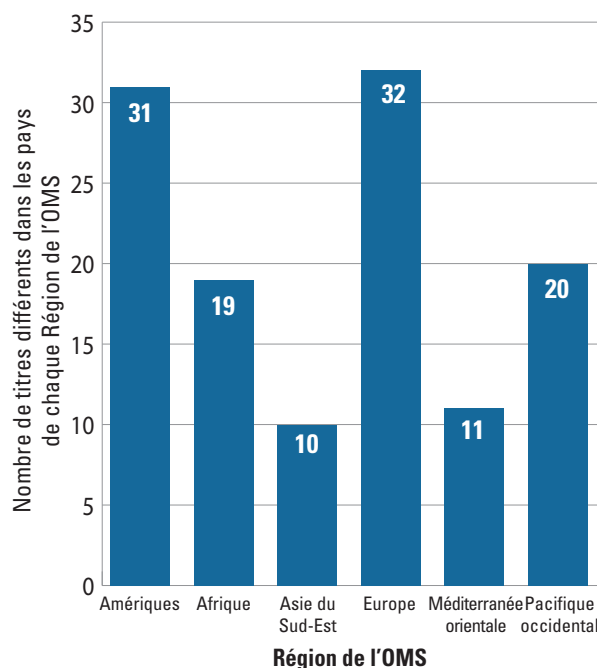
20. Les soins infirmiers regroupent les soins prodigués seuls ou en équipe à des individus de tous âges, familles, groupes et communautés, malades ou en bonne santé, dans tous les milieux. Ils incluent la promotion de la santé, la prévention des maladies et les soins aux personnes malades, handicapées et mourantes (7,27). La défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration des politiques de santé, l'éducation et la recherche sont également des missions essentielles du personnel infirmier (27,28). Les infirmiers(ères) fournissent de nombreux services de soins de santé aux personnes dans tous les environnements de soins de santé, des hôpitaux tertiaires aux postes de santé dans les communautés reculées. Le titre « infirmier(ère) », sous ses différentes formes, doit désigner une personne qui remplit les conditions juridiques, éducatives et administratives requises pour prodiguer des soins infirmiers.

21. Différents parcours de formation permettent d'exercer sous le titre d'infirmier(ère). Après avoir suivi un programme de soins infirmiers de niveau débutant, il est souvent possible d'obtenir un diplôme d'enseignement supérieur et une spécialisation, qui donnent généralement droit à des titres et fonctions différents. Il en résulte un grand nombre de titres, de fonctions et de compétences en soins infirmiers, même au sein d'un même pays. La diversité observée dans un pays donné est amplifiée lorsqu'elle est examinée au niveau régional et augmente encore lorsqu'elle est évaluée au niveau mondial (Figure 2.2). Les données du Global Regulatory Atlas (29) montrent

qu'il existe au moins 144 titres distincts d'infirmiers(ères) dans le monde qui nécessitent un examen pour obtenir une autorisation d'exercer, notamment des titres de spécialistes et de praticiens en soins infirmiers avancés. La profession d'infirmier(ère) est associée à un grand nombre de titres différents, allant de 10 dans la Région Asie du Sud-Est à plus de 30 dans la Région Amériques et la Région Europe.

22. Le rôle d'un infirmier(ère) dans un pays peut être différent de celui d'un infirmier portant le même titre dans un autre pays. Cela souligne l'importance de disposer de définitions normalisées au niveau international pour faciliter les discussions sur les personnes qui peuvent prétendre être des infirmiers(ères), comprendre les fonctions des membres de cette profession et planifier des services de santé dans lesquels la contribution des infirmiers(ères) est optimisée en vue d'atteindre les objectifs en matière de santé.

Figure 2.2 Nombre de titres différents utilisés pour la profession d'infirmier dans chaque Région de l'OMS



Note : Les chiffres indiquent les titres d'infirmier nécessitant un diplôme dans chaque pays, par Région.

Source : Global Regulatory Atlas du NCSBN (29).



Fonctions du personnel infirmier dans les systèmes de santé du 21^e siècle

23. Ce chapitre présente une synthèse de la base de données probantes actuelles (pour une synthèse détaillée, voir l'annexe en ligne) sur les rôles et responsabilités des infirmiers(ères) contribuant à l'ODD 3 et plus particulièrement en rapport avec la mission de l'OMS consistant à « promouvoir la santé, préserver la sécurité mondiale, servir les populations vulnérables » et les cibles du triple milliard de son programme général de travail.

3.1 Rôle du personnel infirmier dans l'instauration de la couverture universelle des soins de santé

24. Une étude Cochrane a montré que les infirmiers(ères) sont performant(e)s dans la prestation de soins de santé primaires dans un grand nombre de services liés aux maladies transmissibles et non transmissibles, notamment la prise de décisions cliniques pour certaines affections, ainsi que l'éducation aux soins de santé et les services de prévention (30). L'étude montre que les services de soins primaires dispensés par les infirmiers(ères) peuvent, dans certains contextes et dans certaines circonstances, conduire à des résultats

similaires ou, dans certains cas, à de meilleurs résultats pour la santé des patients et à une plus grande satisfaction de leur part par rapport à d'autres modèles de prestation de soins ; les infirmiers(ères) ont probablement aussi des consultations plus longues avec les patients (30). D'autres études Cochrane ont montré que les infirmiers(ères) sont compétent(e)s dans l'initiation et le suivi de la thérapie contre le VIH (31), et que les services qu'ils offrent pour l'arrêt du tabac augmentent les chances de cesser de fumer (32). Une étude Cochrane a montré que les agents de santé non spécialisés, notamment les infirmiers(ères), peuvent améliorer les résultats en matière de dépression générale et périnatale, de stress post-traumatique et de troubles liés à la consommation excessive d'alcool, ainsi que les résultats pour les patients et les aidants en cas de démence (33). Une étude systématique Campbell a montré que les infirmiers(ères) spécialisées en traitement des victimes d'agression sexuelle ou les infirmiers(ères) légistes sont efficaces pour l'examen et la documentation médico-légale des agressions sexuelles, qu'elles pouvaient fournir un traitement prophylactique pour prévenir une infection sexuellement transmissible et une

grossesse, et que ces soins représentent un investissement rentable (34).

25. Les infirmiers(ères) sont indispensables pour garantir la qualité des soins et la sécurité des patients, pour prévenir et contrôler les infections et pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens (35). Pour accomplir ces tâches, ils/elles remplissent de multiples fonctions, notamment elles assurent le suivi des patients pour déceler toute détérioration clinique, la détection d'erreurs et d'incidents évités de justesse (36), la mise en œuvre d'interventions de prévention des infections, le suivi du contrôle et le mentorat (37), et veillent à ce que les bonnes pratiques concernant l'eau, l'assainissement et l'hygiène soient respectées (38). Dans le cas d'épidémies comme celles de COVID-19, où l'hygiène des mains, la distanciation sociale et la désinfection des surfaces sont essentielles pour les contenir, le rôle des infirmiers(ères) dans la prévention et le contrôle des infections est crucial (Encadré 3.1).
26. La contribution historique des infirmiers(ères) à la prévention, au traitement et au contrôle des maladies transmissibles ou infectieuses

est également bien documentée (4,49). Ainsi, les interventions menées par les infirmiers(ères) peuvent entraîner une augmentation des taux de vaccination (50). Les infirmiers(ères) participent activement à la gestion et à la prévention de la tuberculose dans le monde entier et peuvent accomplir efficacement des tâches cliniques et non cliniques, telles que la promotion de la santé et le soutien psychosocial (51-54), la circoncision médicale (55-61), et la conception et la mise en œuvre de programmes de prophylaxie avant exposition pour le VIH (62). Le personnel infirmier peut également participer efficacement à la lutte contre les maladies tropicales négligées par l'éducation communautaire, la chimioprophylaxie de masse, l'identification et le diagnostic des cas de maladie, la détermination de la prévalence de la maladie, le dépistage et la confirmation des cas suspects identifiés et envoyés par les agents de santé communautaires, la distribution de médicaments, la réalisation de certains types d'opérations chirurgicales (par exemple pour le trachome) et l'éducation des patients sur la prise en charge de la maladie, comme les soins auto-administrés en cas de lymphœdème (63). Dans plusieurs contextes

Encadré 3.1 Contribution du personnel infirmier dans la sécurité des patients

Chaque année, plus de 8 millions de décès dans des pays à revenu faible ou intermédiaire sont attribués à la mauvaise qualité des soins (39). Les infirmiers(ères) peuvent contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et à la sécurité des patients par la prévention des événements indésirables, mais cela requiert qu'ils/elles travaillent à leur capacité optimale, au sein d'équipes solides et dans un bon environnement de travail. Les infirmiers(ères) jouent un rôle essentiel pour garantir la sécurité des patients en surveillant la détérioration clinique des patients, en détectant les erreurs et les incidents évités de justesse, en prenant conscience des processus de soins et des faiblesses inhérentes à certains systèmes, et en menant de nombreuses autres activités permettant de s'assurer que les patients reçoivent des soins de qualité (36). L'épuisement professionnel des infirmiers(ères) et des médecins dû à une charge de travail élevée, à de longs trajets et à des relations interpersonnelles inefficaces a été associé à une détérioration de la sécurité des patients (40), tandis que de bons environnements de travail, une dotation en personnel infirmier suffisante et une formation au sein d'équipes aux compétences mixtes sont étroitement liés à une réduction de la durée du séjour hospitalier, à une incidence plus faible d'événements indésirables (pneumonie, gastrite, hémorragies digestives hautes, escarres et infections urinaires liées à la pose d'un cathéter, par exemple), et à une réduction de la mortalité globale (41-48).

en Afrique, les infirmiers(ères) contribuent également à l'amélioration de la qualité des soins pour les maladies transmissibles par la formation, le mentorat et la supervision des agents de santé communautaires (63-65).

27. Le personnel infirmier joue un rôle crucial dans la promotion de la santé, l'instruction en santé et la prise en charge des maladies non transmissibles (MNT) (66-72). Avec les connaissances, les compétences, les contextes et le soutien financier appropriés, les infirmiers(ères) sont particulièrement bien placé(e)s pour agir en tant que praticiens, accompagnateurs de santé, porte-parole et courtiers en connaissances de premier ordre pour les patients et les familles tout au long de la vie (73). Le succès des infirmiers(ères) dans les soins et la prévention des MNT a été démontré à plusieurs reprises (66-72) pour une série de tâches, notamment le dépistage et la prestation de services de soins de santé primaires applicables à de multiples MNT, comme l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, le diabète, la santé mentale, les affections neurologiques, les maladies respiratoires et le cancer (70).

En accomplissant ces tâches, les infirmiers(ères) ont contribué à améliorer les résultats de santé, notamment la baisse de la pression artérielle chez des patients et la diminution des cas de dépression, et ont offert des soins équivalents aux patients souffrant d'insuffisance cardiaque ou de diabète (30,70). Les infirmiers(ères) ont également contribué à modifier les comportements, par exemple en matière de consommation excessive de médicaments, et les patients traités par les infirmiers(ères) ont davantage tendance à respecter les rendez-vous de suivi (30,70). Un rôle élargi des infirmiers(ères) au sein des équipes de soins de santé, rendu possible par une orientation appropriée de la formation des infirmiers(ères) et du champ de pratique, peut favoriser l'intégration des maladies non transmissibles dans les soins primaires (74,75). Tout en étant potentiellement pertinent dans divers contextes, un rôle élargi des infirmiers(ères) est susceptible, dans des contextes caractérisés par une pénurie de médecins spécialistes, de faire progresser l'équité en matière de santé (73,76).



28. Les infirmiers(ères) contribuent aux soins tout au long de la vie. En collaboration avec les sages-femmes, les obstétriciens et d'autres médecins spécialistes, ils/elles dispensent des soins prénatals, périnatals et postnatals aux femmes en âge de procréer (77). Les infirmiers(ères) en soins néonataux ayant des compétences spécialisées dans les soins aux nouveau-nés sont en mesure de fournir un soutien particulier et des soins hospitaliers de qualité en temps voulu, avec l'aide d'autres spécialistes en néonatalogie. Dans la plupart des pays, les infirmiers(ères) constituent l'épine dorsale des services de santé scolaire, dispensant des soins aux enfants et aux adolescents (78-81). Les infirmiers(ères) offrent des services dans toutes les sphères de la santé sexuelle et génésique ; par exemple, ils/elles fournissent de manière sûre et efficace des contraceptifs oraux et injectables, des implants et des dispositifs intra-utérins (82).

Les données disponibles confirment également le rôle important joué par les infirmiers(ères) dans le dépistage du cancer du col de l'utérus et la fourniture de services de lutte contre le VIH aux femmes en âge de procréer et au-delà (83,84). La communication d'informations et les activités de plaidoyer ciblant les adolescents en âge de procréer et de leurs parents ou soignants sont des composantes fondamentales du rôle des infirmiers(ères) dans l'extension des services de vaccination contre le papillomavirus humain (83, 85, 86). Les infirmiers(ères) jouent un rôle central dans la prestation de soins aux personnes âgées et peuvent contribuer à la prestation de soins intégrés, ce qui se traduit par de meilleurs résultats pour les populations âgées (Encadré 3.2) (87). En tant que principaux prestataires de soins palliatifs, les infirmiers(ères) contribuent à une expérience de fin de vie caractérisée par la dignité et la compassion.

Encadré 3.2 **Modèle de soins communautaires pour les populations vieillissantes dispensés par les infirmiers(ères)**

Consciente que le Japon fait figure de société « super-vieillissante », la Sasakawa Memorial Health Foundation a lancé un programme en 2014 pour permettre aux infirmiers(ères) de créer et de gérer des centres de soins infirmiers communautaires à domicile (88). Ces centres font office de pôles de santé communautaires à partir desquels les infirmiers(ères) fournissent des services qui permettent aux seniors de vivre dignement chez eux et d'améliorer la qualité de vie des membres de la communauté. La Fondation soutient également un réseau visant à améliorer la coopération entre les différents pôles, à collecter des données et à promouvoir la création de centres de soins infirmiers communautaires à domicile (89).

Un programme de formation de huit mois de soins aux personnes âgées et de soins infirmiers à domicile prépare les infirmiers(ères) à effectuer des évaluations physiques, à répondre aux besoins de soins de santé primaires des habitants de la communauté et à aider les familles à prodiguer des soins palliatifs et de fin de vie à domicile. Des cours supplémentaires portent sur l'esprit d'entreprise, la gestion et les plans d'activité pour créer et exploiter un centre de soins infirmiers à domicile (89).

En mars 2019, 67 infirmiers(ères) avaient suivi le programme et plus de 56 gèrent des centres dans 23 districts du Japon. Le personnel des centres se compose en moyenne à 70 % d'infirmiers(ères) et à 30 % d'autres professionnels, ce qui témoigne de l'approche de collaboration interprofessionnelle privilégiée pour répondre aux besoins en soins de santé primaires des communautés qui fréquentent les centres et qui sont soignées à domicile. En tant que réseau, les centres ont reçu en moyenne 25 000 visites par mois. Le soutien des familles dans la prestation des soins de fin de vie a contribué à la réduction des coûts des soins de santé liés aux admissions à l'hôpital et aux procédures médicales (90).



© Commission nationale de la santé de la République populaire de Chine

3.2 Rôle du personnel infirmier dans la gestion des situations d'urgence, des épidémies et des catastrophes

29. Les infirmiers(ères) sont chargé(e)s de dispenser des soins en cas d'urgence clinique (accidents ou crises cardiaques, par exemple), de prévenir les épidémies et d'y répondre, et de faire face aux catastrophes et aux crises humanitaires. Les infirmiers(ères) sont souvent les premières personnes qu'un patient voit dans un établissement de santé ; leur rôle peut varier en fonction du contexte, mais il prévoit souvent le triage, la reconnaissance précoce des affections potentiellement mortelles, l'administration de médicaments, l'exécution de procédures d'urgence vitale et le déclenchement d'un aiguillage précoce.
30. Les infirmiers(ères) ont joué un rôle déterminant au sein des équipes chargées de gérer les épidémies qui menacent la santé dans le monde, notamment le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003 (91), l'épidémie de coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) en 2015 (92), la maladie à virus Zika en 2016 (93,94), la maladie à virus Ébola en 2014 (95,96) et l'épidémie de Covid-19 qui a débuté en 2019. Grâce à l'Initiative des équipes médicales d'urgence de l'OMS, les infirmiers(ères) et autres agents de santé

sont formés pour mieux soutenir la capacité de leur propre pays à répondre à de futures catastrophes et situations d'urgence (97). Cela peut être particulièrement important pour accroître la résilience des systèmes de santé qui ont été rendus plus vulnérables par des catastrophes et des conflits (98).

31. Dans les milieux fragilisés et touchés par des conflits, les agents de santé, notamment les infirmiers(ères), sont confronté(e)s à un certain nombre de défis tant personnels que professionnels, tels que les menaces d'enlèvement, le fait de devoir faire face à la mort de collègues, la possibilité de leur propre mort, l'augmentation de la charge de travail et la complexité accrue de la tâche (par exemple, avoir à traiter des blessures par arme à feu), ainsi que l'érosion des normes éthiques et professionnelles (99). Malgré ces conditions, les infirmiers(ères) et les autres agents de santé ont fait preuve de résilience et d'engagement face à ces défis et ont continué à fournir des services essentiels (99). Avec un certain soutien, les infirmiers(ères) travaillant dans des zones de conflit ou s'occupant de populations réfugiées ont pu obtenir des résultats positifs dans le traitement de diverses affections, telles que la tuberculose pulmonaire (100) et d'autres infections des voies respiratoires, les caries dentaires et le syndrome de stress post-traumatique (101).

3.3 Rôle du personnel infirmier dans la santé et le bien-être de la population

32. Pour améliorer la santé et le bien-être des populations, les infirmiers(ères) et les autres agents de santé doivent s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé et, ce faisant, contribuer à la réalisation des ODD. La prévention des maladies diarrhéiques par la promotion du lavage des mains, de la nutrition et de l'assainissement (102,103) représente des domaines où l'efficacité du personnel infirmier dans la prise en compte des déterminants sociaux de la santé est de plus en plus évidente (4). Les infirmiers(ères) pourraient être parmi les premiers(ères) à faire face aux effets du changement climatique (104-106), ce qui impliquera des efforts pour renforcer la résilience des plus pauvres et des personnes vulnérables aux événements climatiques, et pour réduire la mortalité due aux maladies sensibles aux conditions climatiques, telles que les maladies diarrhéiques, le paludisme, la trypanosomiase africaine, la leishmaniose, la schistosomiase, les infections intestinales par des nématodes et la dengue.

33. Pour permettre et maintenir les populations en meilleure santé, il faut à la fois garantir la santé des personnes jeunes par un accès équitable à la couverture sanitaire universelle et veiller à ce qu'elles soient en bonne santé et désireuses de poursuivre les efforts de développement durable auprès de la prochaine génération. Les infirmiers(ères), par leur capacité à comprendre les enjeux, sont capables d'adopter les attitudes requises pour répondre aux attentes des jeunes, notamment la confiance, l'absence de jugement, l'écoute et l'accessibilité (107-110).

34. Les infirmiers(ères) ont obtenu des résultats positifs dans des domaines qui représentent un véritable défi pour les femmes, tels que la planification familiale et les soins en cas d'avortement (111,112). L'optimisation de leur rôle dans la prestation de ces services peut conduire à un meilleur accès aux soins de santé génésique pour de nombreuses femmes. Les infirmiers(ères) offrent un soutien social aux femmes dans le cadre des soins de santé maternelle à des moments importants de leur vie (par exemple, avant et

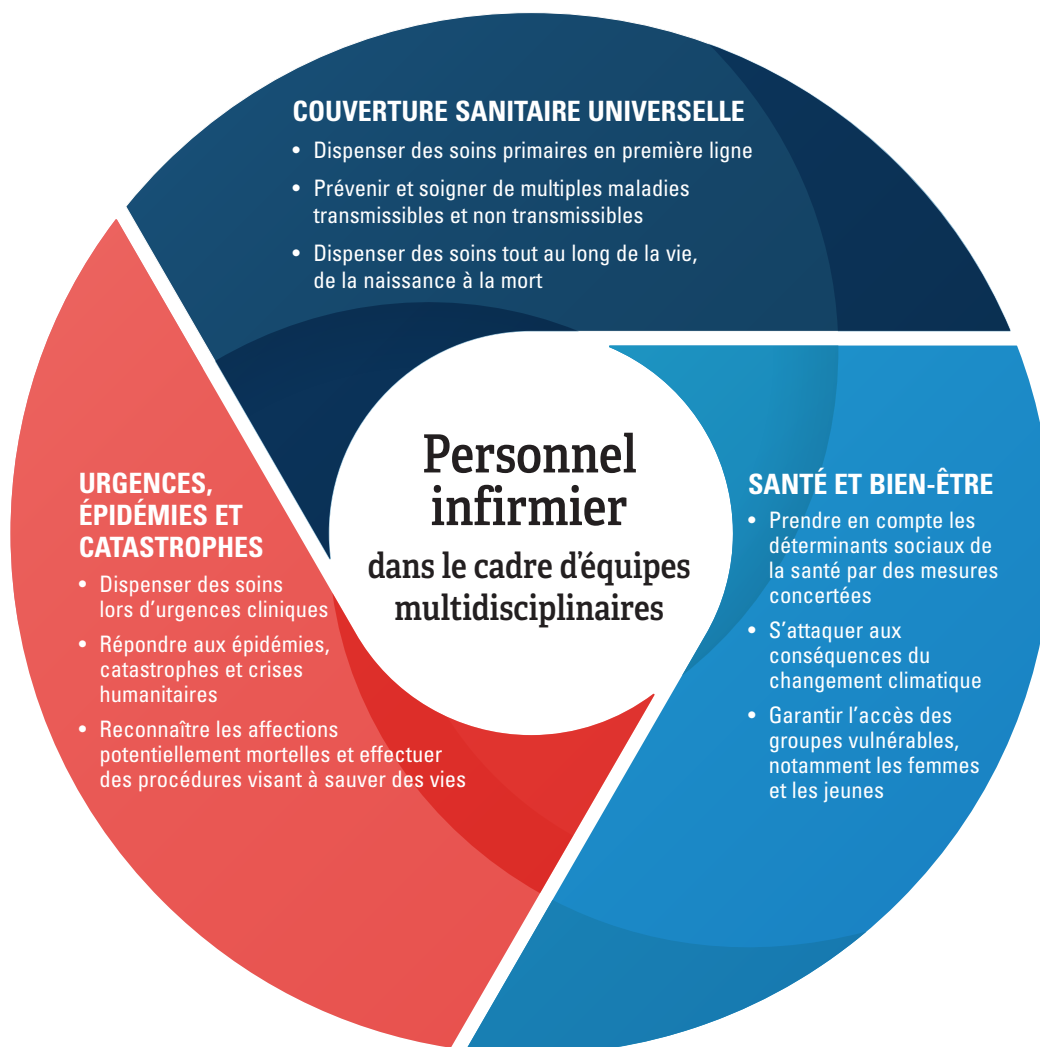
© OMS/Yoshi Shimizu



après un accouchement (113) et en cas de cancer du sein) et jouent un rôle essentiel pour que les femmes reçoivent des soins respectueux dans le cadre des services de santé (114, 115). Les infirmiers(ères) sont également incontournables dans la lutte contre la violence sexiste : des études sur le dépistage de la violence conjugale indiquent

que les infirmiers(ères) et les sages-femmes sont les professionnels de la santé qui procèdent le plus souvent (respectivement 45 % et 24 %) à des identifications directes des personnes concernées (116). La Figure 3.1 résume la contribution du personnel infirmier dans la réalisation des cibles du triple milliard.

Figure 3.1 Contribution du personnel infirmier dans la réalisation des cibles du triple milliard



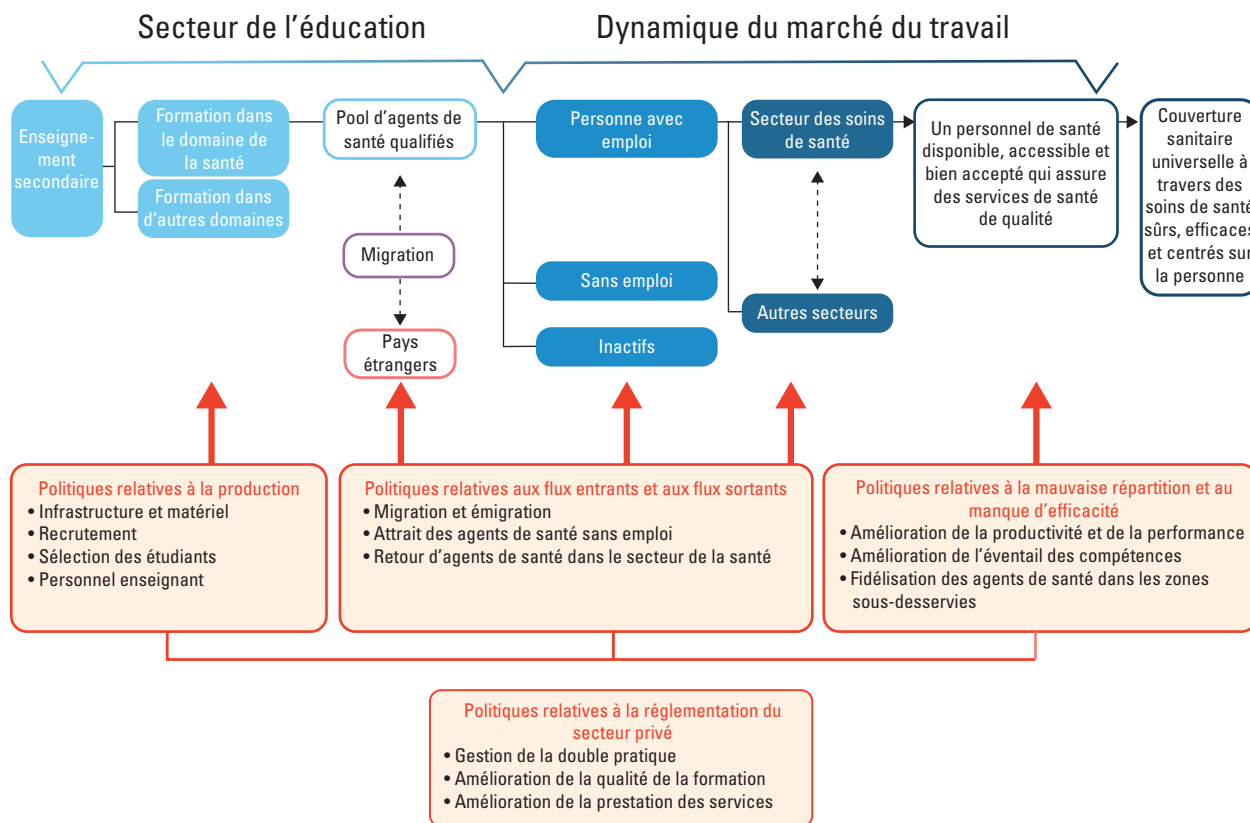


© OMS / Yoshi Shimizu

Leviers politiques pour un personnel infirmier formé et suffisant

35. L'optimisation de la contribution des infirmiers(ères), telle que décrite au chapitre précédent, nécessite un cadre politique et de pratique favorable. Bon nombre des facteurs qui influent sur la disponibilité, la répartition, la capacité, l'environnement de travail favorable et les performances du personnel infirmier peuvent être analysés dans une perspective de politique publique, en utilisant le cadre du marché du travail en santé de l'OMS (117) (Figure 4.1).
36. Sur la base de ce cadre, le rapport examine quatre dimensions qui caractérisent le discours politique sur les soins infirmiers, consolidant la base de données probantes tirées de la littérature spécialisée, à savoir a) l'enseignement et la formation préalables à l'emploi ; b) les flux entrants et sortants de personnel ; c) la répartition équitable et l'efficacité ; et d) la réglementation (y compris pour le secteur privé). Le cadre fait également référence aux facteurs sociétaux, économiques et démographiques qui affectent le marché du travail en santé. Certains de ces facteurs (préjugés sexistes, niveau de revenu des pays) sont examinés en détail dans le présent rapport, tandis que d'autres, tels que les perspectives démographiques (vieillesse, modèles de croissance) et le changement climatique, devraient être pris en compte plus directement dans le contexte national lors de la conception et de la mise en œuvre de politiques pertinentes en matière de personnel infirmier.
- #### 4.1 Enseignement et formation préalables à l'emploi
37. Le but de l'enseignement en soins infirmiers est de produire un personnel infirmier capable de répondre aux besoins de santé de la population, en termes de quantité, de qualité et de répartition. L'admission d'étudiants et la production de professionnels par les établissements d'enseignement en soins infirmiers doivent donc être adaptées aux besoins et à la capacité d'absorption du secteur de la santé. Un dialogue régulier et une coordination entre les secteurs de la santé, de l'éducation, du travail et des finances peuvent contribuer à éviter toute inadéquation.
38. Le nombre d'étudiants qui s'inscrivent à des programmes d'enseignement en soins infirmiers et qui les terminent est d'abord fonction du niveau d'éducation de base de la population et des conditions d'inscription à ces programmes (118, 119). L'inscription dépend du lieu où se

Figure 4.1 Leviers de politique publique permettant de façonner les marchés du travail en santé



Source : Adapté de Angelica Sousa, Richard M. Scheffler, Jennifer Nyoni, Ties Boerma. A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. Bulletin of the World Health Organization. 2013;91:892-4.

déroule le programme, du coût, de la capacité en matière de programmes, des affiliations cliniques et du niveau d'enseignement en soins infirmiers offert. Chacun de ces facteurs est à son tour subordonné au nombre d'enseignants qualifiés disponibles pour accomplir la mission et les objectifs des programmes, ainsi que par l'infrastructure et la capacité relative à l'enseignement clinique (120). Squires *et al.* ont indiqué que des facteurs « macro » tels que la capacité du système de santé à accueillir des agents de santé (lits d'hôpital par population) et l'autonomisation des femmes ont également une incidence sur la production d'infirmiers(ères) dans un pays donné (121).

39. Les questions de genre peuvent avoir une incidence sur l'inscription des étudiants en soins infirmiers et donc sur l'offre d'infirmiers(ères). La sous-évaluation sociale et économique du travail d'infirmier limite les possibilités des infirmiers(ères) à participer à la prise de décision et à devenir des leaders

au sein des systèmes de santé (22,23,122), ce qui peut nuire aux efforts de recrutement de candidats qualifiés aux programmes d'enseignement en soins infirmiers. Les perceptions biaisées concernant le rôle des femmes dans la prestation de soins et les normes sociales en matière de genre font du recrutement d'étudiants de sexe masculin un défi permanent, et si un enseignement en soins infirmiers pour les femmes peut être considéré comme un facteur de mobilité sociale, il n'en va peut-être pas de même pour les hommes (123-125). En outre, les possibilités offertes aux femmes dans d'autres catégories professionnelles peuvent être limitées par des contraintes culturelles ou systémiques, ce qui fait de l'enseignement en soins infirmiers la seule ou la plus évidente voie d'accès à une carrière dans les soins de santé pour les femmes, au lieu d'être un choix pour des personnes véritablement désireuses d'exercer la profession, quel que soit leur sexe.

40. Dans certains contextes, certains groupes raciaux, ethniques ou autres groupes vulnérables peuvent être sous-représentés dans l'enseignement en soins infirmiers (126). Cela peut avoir des répercussions négatives sur l'adéquation culturelle entre les infirmiers(ères) et les communautés pour lesquelles ils/elles travaillent. Bien que la profession s'attache de plus en plus à garantir que l'enseignement et la formation intègrent les compétences culturelles, des efforts plus importants sont nécessaires pour accroître la sélection et le recrutement d'étudiants issus de populations sous-représentées (Encadré 4.1).
41. L'emplacement des écoles en soins infirmiers et des centres de formation a également une incidence sur le nombre de candidats qualifiés. Les centres d'enseignement en soins infirmiers sont principalement situés dans des centres urbains dotés d'universités et d'hôpitaux, ce qui laisse aux étudiants potentiels venant des zones rurales ou reculées beaucoup moins de possibilités de poursuivre leurs études (129). En raison de l'attention croissante portée à la répartition géographique du personnel de santé et à la responsabilité sociale des établissements de formation, certains programmes prévoient des sites de formation ruraux, ou recrutent et soutiennent activement les étudiants issus de communautés historiquement sous-représentées dans l'enseignement supérieur. Les programmes d'enseignement à distance en ligne combinés à des possibilités appropriées d'enseignement clinique peuvent constituer des options valables pour les étudiants potentiels vivant dans des zones rurales (130) ; s'il convient de veiller constamment au suivi et à la préservation de la qualité de l'enseignement, cette approche peut, dans certains contextes, renforcer la diversité des profils dans les centres de soins infirmiers (131).
42. Les coûts (tant en termes de frais de scolarité que de dépenses de subsistance) peuvent avoir des répercussions sur la capacité des étudiants à suivre ou à achever leur programme d'enseignement. Si le coût de l'enseignement en soins infirmiers peut varier considérablement (Encadré 4.2), les programmes publics sont plus fortement subventionnés et souvent moins chers que les programmes privés qui reposent sur les frais de scolarité des étudiants et les contributions privées. Le coût de la vie, ainsi que des revenus faibles ou nuls en cas d'études à temps plein, alourdit le coût des études. Bien souvent, les pays ont leurs propres systèmes de financement des études, qui peuvent inclure des mesures ou des incitations pour les étudiants issus de groupes sous-représentés ou pour ceux qui souhaitent exercer dans des zones mal desservies après l'obtention de leur diplôme.
43. Il existe toute une variété de programmes d'enseignement de premier niveau qui forment des infirmiers(ères) à des qualifications et des

Encadré 4.1 **Australie : attirer les populations sous-représentées dans le personnel infirmier**

En Australie, les Australiens autochtones ont demandé une augmentation des soins dispensés par des praticiens autochtones afin d'accroître leur accès non seulement aux soins, mais aussi à des soins culturellement adaptés (127). La solution n'a toutefois pas consisté simplement à augmenter le nombre d'étudiants issus de communautés autochtones, aborigènes et des îles du détroit de Torres, mais aussi à veiller à ce que les problèmes auxquels ces étudiants sont confrontés soient résolus, par exemple par la mise en place d'un environnement favorable, la présence d'enseignants autochtones, l'intégration d'un contenu indigène dans le programme de formation et la prise en compte des besoins financiers des étudiants (127,128).

fonctions professionnelles différentes, mais qui répondent aux critères de la classification internationale type des professions (CITP-08). Les programmes de premier niveau peuvent préparer les infirmiers(ères) au niveau du certificat, du diplôme d'école et du diplôme universitaire (licence) ; les études requises pour un programme en soins infirmiers de premier niveau peuvent aller de l'achèvement de la neuvième année ou moins et d'un âge de 17 ans pour un programme de certificat à l'achèvement de l'enseignement secondaire (12^e année) plus deux ans d'enseignement universitaire pour passer ensuite une licence (135,136). Si la diversité des programmes et des conditions d'admission peut permettre à un plus grand nombre de personnes d'entrer dans la profession, les employeurs omettent souvent de déterminer les fonctions en matière de pratique en fonction du niveau d'études, ce qui crée une inadéquation entre le système d'offre qui produit un généraliste et l'employeur qui a structuré ses services dans un contexte de soins spécialisés ou différenciés.

44. Certains pays forment une proportion importante de leur personnel infirmier au

niveau du certificat et du diplôme d'école, souvent dans des établissements de formation autonomes qui se concentrent sur des compétences cliniques axées sur des tâches (137). Les programmes au niveau du diplôme universitaire (licence) comprennent généralement des cours supplémentaires sur le leadership, la gestion des cas, et les facteurs socio-économiques qui influent sur la santé et les résultats sur les patients dans divers environnements de soins hospitaliers et ambulatoires ; parfois, un volet recherche est également inclus. Ces programmes mettent également l'accent sur les « compétences de pensée critique » qui peuvent contribuer à des jugements cliniques plus avancés et à accroître la sécurité des soins. Des résultats de recherche indiquent que les patients qui sont soignés par une plus grande proportion d'infirmiers(ères) formé(e)s au niveau de la licence ont moins de risques de mourir, de rester à l'hôpital pendant des périodes longues et de faire face à des coûts de soins de santé élevés (46,138,139). Toutefois, la plupart des études indiquant de meilleurs résultats pour les patients pris en charge par des infirmiers(ères) titulaires d'une licence ont été réalisées dans des hôpitaux et n'ont pas

Encadré 4.2 Coût de l'enseignement en soins infirmiers

Au niveau mondial, on estime que US \$27,2 milliards sont dépensés chaque année pour la formation des futurs infirmiers(ères) et sages-femmes (132). Alors que les infirmiers(ères) et les sages-femmes représentent plus de la moitié du personnel de santé dans le monde, les dépenses consacrées à l'enseignement des soins infirmiers et de la profession de sage-femme représentent environ un quart des dépenses mondiales consacrées à la formation des agents de santé. Les estimations publiées en 2010 faisaient état d'un coût moyen par diplômé en soins infirmiers de US \$50 000 au niveau mondial, avec une fourchette allant d'une moyenne d'environ US \$3000 par infirmier(ère) en Chine à plus de US \$100 000 en Amérique du Nord (132). Cet écart peut être attribué à la part proportionnelle des secteurs public et privé dans le financement, l'acquisition et la gestion des établissements d'enseignement, car les modèles de financement de l'enseignement en soins infirmiers diffèrent à la fois entre les pays et au sein de chacun d'entre eux (133). Les différents niveaux de qualification qui coexistent et la diversité de la durée et de la préqualification des programmes d'enseignement constituent un autre facteur qui explique la variabilité du coût de l'enseignement en soins infirmiers (134). Des données plus nombreuses et de meilleure qualité sur les diplômés en soins infirmiers et en obstétrique, ainsi que sur le coût de l'enseignement et de la formation, sont nécessaires pour orienter les investissements afin de faire face aux pénuries attendues d'ici 2030.

été reproduites dans des environnements de soins ambulatoires et communautaires, ce qui limite la possibilité de tirer des conclusions générales (140). D'autres données suggèrent que les infirmiers(ères) titulaires d'un baccalauréat n'utilisent peut-être pas la totalité de leurs connaissances et compétences sur le lieu de travail (141).

45. Les infirmiers(ères) peuvent également être formé(e)s comme spécialistes post-baccalauréat ou au niveau de la maîtrise pour une spécialisation ou des pratiques infirmières avancées, ou peuvent obtenir un doctorat en soins infirmiers, soit un doctorat en soins infirmiers axés sur la pratique, soit un doctorat universitaire axé sur la recherche (142). L'amélioration des qualifications des cadres infirmiers nécessitera une articulation entre différents niveaux de programmes qui s'appuient sur les acquis des apprentissages antérieurs et en reconnaissent la valeur (143). Dans les pays où il existe une demande d'infirmiers(ères) titulaires d'une licence, les programmes d'enseignement qui « complètent » ou « améliorent » un titre de compétences en soins infirmiers existant peuvent représenter un important mécanisme d'évolution professionnelle et générer des taux élevés de retour sur l'investissement privé. Il convient de noter que la préparation des infirmiers(ères) au niveau du baccalauréat est nécessaire pour l'enseignement de troisième cycle au niveau de la maîtrise ou du doctorat, ce qui peut avoir, par la suite, une incidence sur la quantité et la qualité du corps enseignant pour les programmes de soins infirmiers de premier niveau.
46. Un élément essentiel mais souvent problématique de l'enseignement en soins infirmiers est de garantir aux étudiants suffisamment de temps et d'exposition correspondant à des contextes de pratique clinique. Au cours des stages cliniques, les étudiants appliquent et intègrent les compétences en matière de pensée critique, d'évaluation clinique et de soins infirmiers acquises dans le cadre de l'enseignement. Les professeurs d'enseignement clinique sont tenus de garantir une supervision

appropriée et de procéder à une évaluation des compétences cliniques. Étant donné que de nombreux programmes de soins infirmiers se déroulent dans des zones urbaines, il peut être difficile de fournir des expériences cliniques appropriées dans des établissements ruraux ou reculés. Cette exposition peut être déterminante dans la décision finale que prendra l'étudiant concernant le lieu d'exercice de sa profession (144). Il a été démontré que certains programmes en ligne ou à distance améliorent l'accès à des sites cliniques ruraux et reculés qui n'étaient pas auparavant associés à un établissement d'enseignement « physique » (145,146). Par ailleurs, la technologie de la télésanté et les laboratoires de simulation peuvent fournir des expériences cliniques appropriées et complémentaires dans le domaine des soins primaires (147-150). Les programmes d'enseignement à distance en ligne doivent faire l'objet d'un suivi et être soumis aux mêmes normes d'agrément et de qualité que les autres établissements d'enseignement.

47. De nombreux pays ont connu une croissance significative des établissements d'enseignement de la santé privés, à la fois à but non lucratif et à but lucratif (151,152). Ce dernier groupe est plus souvent associé à des frais de scolarité plus élevés et peut être soumis à des exigences et des agréments spécifiques de la part des autorités de réglementation (152). Ils peuvent être déconnectés des objectifs de politique publique en matière de santé et d'éducation, et donc ne pas toujours être alignés sur les priorités de santé, en particulier si l'intention est de former des infirmiers(ères) pour le marché international du travail en santé en pleine croissance. Lorsqu'aucun mécanisme d'assurance qualité n'est en place, le contenu et les modalités de l'enseignement peuvent ne pas répondre aux normes nationales, notamment l'expérience clinique requise, ce qui a pour conséquence de produire des diplômés qui ne possèdent pas les connaissances, les compétences ou les comportements requis pour dispenser

des soins sûrs et de qualité (153). Une multiplication d'écoles privées non affiliées à des hôpitaux ou à des centres médicaux universitaires peut exercer une pression sur les établissements d'accueil des stages cliniques existants et remettre en cause la qualité de la formation qui y est dispensée.

48. L'un des plus grands défis de la formation des infirmiers(ères) est le recrutement et le maintien en poste d'un nombre suffisant d'enseignants qualifiés (19,20,154). Les problèmes concernent notamment leur cadre d'emploi (établissement d'enseignement ou établissement de services cliniques), ce qui peut impliquer des différences de salaire et un temps réservé à l'enseignement. Un rapport de l'American Association of Colleges of Nursing a proposé de fusionner les fonctions d'enseignement et de pratique

clinique des enseignants chargés de former le personnel infirmier (nominations conjointes) afin d'améliorer le statut, la rémunération et l'engagement des experts cliniciens dans l'enseignement des soins infirmiers (155). Parmi les autres stratégies figurent les partenariats universités-centres cliniques dans le cadre desquels les cliniciens reçoivent une formation universitaire pour les préparer à dispenser un enseignement à des étudiants dans leur environnement de travail, ainsi que des mesures d'incitation à se perfectionner, par exemple par une réduction des frais de scolarité et l'accès à d'autres moyens de formation. Le succès de ces partenariats repose souvent sur le fait que les sites cliniques peuvent offrir suffisamment de temps aux infirmiers cliniciens spécialisés pour superviser les étudiants ou dialoguer avec eux sur place. L'Encadré 4.3 présente des exemples dans différents pays.

Encadré 4.3 Remédier à la pénurie de formateurs en soins infirmiers

Le problème de la pénurie de formateurs en soins infirmiers, qui se pose dans le monde entier, pourrait être atténué par des approches plus collaboratives, telles que la mise en commun des ressources entre les institutions, voire entre les pays (156).

En Thaïlande, le Programme de développement de l'enseignement supérieur en soins infirmiers, mené à l'université de Chiang Mai et financé par la Commission médicale chinoise, constitue une approche collaborative visant à améliorer les qualifications universitaires des enseignants en soins infirmiers (157). Ce programme, lancé en 1994, se concentre sur la formation de personnes titulaires d'une maîtrise ou d'un doctorat en soins infirmiers pour enseigner en Chine dans les établissements d'enseignement en soins infirmiers de niveau baccalauréat de plus en plus nombreux. Ce type de programme a ensuite étendu son impact à 10 pays d'Asie de l'Est et du Sud-Est, permettant l'expansion des programmes d'enseignement en soins infirmiers et la reconnaissance mutuelle des diplômes dans toute la région (157).

Aux États-Unis, le programme Veterans Affairs Nursing Academic Partnership finance les salaires et la formation d'infirmiers(ères) spécialisé(e)s pour devenir professeurs dans des établissements universitaires partenaires afin d'augmenter le nombre de diplômés préparés à répondre aux besoins spécifiques des anciens combattants dans des contextes de soins aigus et de soins primaires (158).

Au Rwanda, la capacité des formateurs en soins infirmiers a été renforcée par une formation continue axée sur des méthodes d'enseignement avancées et l'élaboration de programmes de formation, entre autres approches (159). Cette initiative a été soutenue par un partenariat universitaire international, reconnaissant que le programme devait être géré par le pays lui-même et qu'une humilité culturelle devait être de rigueur dans le cadre de cette collaboration (159).

49. La pénurie de professeurs de niveau maîtrise ou doctorat est un obstacle à la mise en place de programmes d'enseignement supérieur en soins infirmiers, en particulier lorsque les exigences relatives aux formateurs sont spécifiées dans les critères d'agrément ou d'approbation. Le manque de professeurs de niveau doctorat a également un impact sur la capacité de la profession à mener les recherches nécessaires pour rassembler des éléments de preuve censés éclairer la pratique, et à assumer des fonctions de leadership dans le milieu universitaire et le secteur des soins de santé (20,154,160).

50. Parmi toutes les disciplines des soins de santé, il a été démontré que les soins infirmiers utilisent le plus la formation interprofessionnelle (161). Cette approche de la formation est également appréciée par les étudiants en soins infirmiers, qui la perçoivent comme facilitant l'acquisition de compétences en matière de collaboration interprofessionnelle (149,162). En outre, l'intégration de formateurs de différentes disciplines dans l'enseignement des soins infirmiers peut apporter dans la formation des infirmiers(ères) des connaissances spécialisées provenant d'autres disciplines et peut améliorer les compétences requises pour les soins dispensés aux patients en équipe (163). Actuellement, cette approche pédagogique est davantage utilisée dans les pays à revenu élevé que dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (159), mais le recours croissant à la technologie, même dans les milieux à faibles ressources, crée une réelle possibilité d'améliorer l'apprentissage interdisciplinaire (162).

4.2 Flux entrants et sortants de personnel

51. Le nombre d'infirmiers(ères) en exercice (ou « stock » de personnel infirmier) est déterminé par de nombreux éléments. Les « flux entrants » comprennent les diplômé(e)s des programmes de soins infirmiers nationaux qui commencent à exercer, le personnel infirmier qui immigre

en provenance d'autres pays et les personnes qui reprennent leur activité. Les « flux sortants » incluent les infirmiers(ères) diplômé(e)s qui ne parviennent pas à conserver leur emploi dans le secteur de la santé national, les infirmiers(ères) qui choisissent de travailler en dehors du secteur de la santé, les personnes qui prennent leur retraite et celles qui émigrent à l'étranger.

52. L'un des déterminants fondamentaux des flux entrants d'agents de santé sur le marché du travail en santé est la capacité économique du pays à créer des postes financés (que ce soit dans le secteur public ou privé) ou des possibilités de revenus par la prestation de services de santé. La création d'emplois est donc directement liée au niveau socioéconomique du pays et, dans ce cadre, au degré de priorité accordé par les responsables politiques du secteur public aux investissements dans le secteur de la santé et dans le personnel de santé en particulier. Les autres facteurs qui ont une incidence sur la demande sont les changements démographiques, tels que le vieillissement de la population ; l'évolution des profils de maladies, comme la progression des maladies chroniques et des morbidités multiples ; les taux élevés de départs d'infirmiers(ères) ou les pénuries d'autres professionnels de la santé ; une augmentation des établissements de santé, par exemple par la construction d'hôpitaux ou une modification des politiques d'embauche dans les hôpitaux ; ou des modifications de la législation, telles que des normes de dotation en personnel pour les ratios infirmiers(ères)/patients (140,164). Parmi les facteurs susceptibles de faire baisser la demande d'infirmiers(ères), on peut citer les nouvelles technologies qui influent sur la nécessité d'hospitaliser le patient ou de le soigner par un prestataire, les niveaux élevés de maintien en poste, une plus grande productivité (par exemple, grâce à l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes ou à un recours accru à la technologie) et la délégation des fonctions à une autre catégorie professionnelle (164).

53. La mobilité internationale du personnel infirmier s'accroît, ce qui a des effets importants sur le vivier d'agents de santé dans les pays. Les raisons de la migration des infirmiers(ères) sont la disponibilité de meilleurs emplois, de meilleurs salaires, de meilleures conditions de travail, de meilleures infrastructures de santé, de meilleures ressources cliniques ou hospitalières et de meilleures possibilités de formation. Outre ces facteurs d'attraction, les dispositions des pays de destination en matière de visas pour les demandes de regroupement familial peuvent également constituer une incitation à

la migration. Les facteurs d'incitation au départ incluent l'absence de possibilités d'emploi, les mauvaises conditions de travail et de service, et l'insécurité dans les pays d'origine. Les envois de fonds des infirmiers(ères) travaillant à l'étranger peuvent représenter une source de revenus importante pour les familles et une contribution non négligeable à l'économie de certains pays d'origine. Les solutions politiques, telles que les accords entre pays (accords bilatéraux), doivent être bénéfiques tant pour les pays d'origine que pour les pays destinataires, conformément aux dispositions du Code de pratique mondial de l'OMS pour le

Encadré 4.4 Partenariats mondiaux de compétences

L'adoption du Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières en décembre 2018 par 152 États Membres des Nations unies a fait progresser une approche globale de la question des migrations internationales. Un des principes centraux du Pacte mondial est la création de partenariats mondiaux en matière de compétences, accords bilatéraux visant à tirer parti des possibilités offertes par les migrations en faisant correspondre la demande et l'offre de travailleurs avec un soutien éducatif ciblé dans les pays d'origine (166). Le format des partenariats est conçu pour faire en sorte que les pressions des migrations se traduisent par des avantages tangibles, mutuels et équitablement partagés pour les pays d'origine et de destination, ce qui est conforme aux principes du Code de pratique mondial de l'OMS.

Par le biais d'un tel accord, le pays de destination accepte de fournir la technologie et le financement pour former les migrants potentiels ayant des compétences bien précises dans le pays d'origine, avant la migration, tandis que le pays d'origine accepte de fournir cette formation, et reçoit également un soutien pour la formation de non-migrants (166). Dans le cadre de ce partenariat, les infirmiers(ères) peuvent par exemple être formé(e)s pour rester dans leur pays en recevant une formation adaptée aux besoins du pays d'origine, ou pour émigrer en recevant une formation les préparant à travailler dans le pays de destination. En fonction des besoins de chaque partenaire, ce partenariat peut ne pas se limiter à une seule profession. Le partenariat entre Health Education England (du National Health Service du Royaume-Uni) et le Gouvernement jamaïcain vise à améliorer le personnel infirmier spécialisé de la Jamaïque. Les infirmiers(ères) jamaïcain(e)s suivent une formation en soins intensifs dans les hôpitaux du Royaume-Uni pendant une période de deux ans, puis retournent en Jamaïque pour y exercer en tant que spécialistes. Parallèlement, les infirmiers(ères) britanniques se rendront en Jamaïque pour soutenir les activités de renforcement du système de santé, notamment la prestation de services, l'amélioration de la qualité et la formation. Le programme d'échange a été lancé en 2019.

L'Organisation internationale pour les migrations a des projets similaires dans le monde entier, qui mettent en relation les pays d'origine et les pays de destination grâce à des programmes qui favorisent une gestion efficace de la migration des agents de santé, le renforcement des capacités des systèmes de santé dans les pays d'origine et le transfert de compétences et de connaissances de la diaspora (167). Son action se fait en collaboration avec les gouvernements nationaux et d'autres parties prenantes. L'Organisation internationale pour les migrations est un partenaire clé des efforts de l'OMS, qui approuve le Code de pratique mondial de l'OMS ainsi que les politiques et les résolutions pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé (167).

recrutement international des personnels de santé (165) sur le soutien et les garanties (voir Encadré 4.4).

54. Le nombre d'infirmiers(ères) formé(e)s à l'étranger travaillant dans les pays de l'OCDE a augmenté de 20 % au cours de la période de cinq ans allant de 2011 à 2016, dépassant celui des médecins pour atteindre un total de près de 550 000 personnes (168). La nette amélioration des données indique un flou entre les pays « d'origine » et « de destination » traditionnellement reconnus (169). Si la demande économique en infirmiers(ères) reste élevée dans les pays à revenu élevé (voir Encadré 4.5), on observe l'émergence de schémas migratoires de l'Asie, de l'Afrique et des Caraïbes vers d'autres régions et pays (tels que les États du Golfe) (170), ainsi que des migrations Sud-Sud entre pays d'une même région.

4.3 Répartition équitable et efficacité

55. Une fois dans le secteur de la santé, les infirmiers(ères) sont employé(e)s dans divers cadres dans le continuum des points de prestation de services de santé, public ou privé (175-178). La répartition des infirmiers(ères) dans les différents types d'établissements et l'appartenance des établissements à l'un ou l'autre secteur ne sont pas systématiquement documentées.

Toutefois, les infirmiers(ères) peuvent préférer travailler dans des hôpitaux et des établissements de soins aigus plutôt que dans des établissements de soins primaires et, dans certains contextes, ils/elles choisissent de travailler dans le secteur privé en raison de la meilleure rémunération par rapport aux établissements publics (175,177).

56. Les modèles de soins devraient s'efforcer de parvenir à l'éventail de compétences optimal au sein d'équipes de soins de santé primaires intégrés (179), permettant aux infirmiers(ères) d'utiliser toutes compétences acquises lors de leur formation en soins infirmiers (180, 181). Les infirmiers(ères) sont la pierre angulaire des équipes de soins intégrés, souvent à la tête de la prestation de soins et assumant des fonctions de pratique élargies, notamment, le cas échéant, la collaboration avec les agents de santé communautaires et leur supervision (182-193). Permettre aux infirmiers(ères) d'exercer leur profession au plus haut niveau de leur formation et de leur expérience peut se traduire par un plus grand épanouissement professionnel et une plus grande satisfaction des patients à l'égard des soins (194). Les facteurs favorables à cela sont la formation en soins de santé primaires, l'existence de lignes directrices normalisées sur la pratique ou d'un règlement intérieur, et des systèmes de données permettant de suivre les résultats des soins aux patients (195,196).

Encadré 4.5 Exemples de demande économique en infirmiers(ères) dans les pays à revenu élevé

L'évolution démographique, épidémiologique et des politiques de santé fait apparaître une demande croissante en infirmiers(ères) dans les pays à revenu élevé. En voici quelques exemples :

- Au Royaume-Uni, la Health Foundation estime qu'il faudra recruter au moins 5000 infirmiers(ères) par an à l'étranger jusqu'en 2024 (171).
- Au Japon, un nouveau programme de visas a été mis en place pour attirer jusqu'à 245 000 travailleurs étrangers, dont 60 000 aides-soignant(e)s (172).
- Le Gouvernement allemand a fait état d'environ 36 000 postes vacants dans le domaine des soins aux personnes âgées et aux malades (173), en précisant que cela nécessiterait de recruter à l'étranger (174).

57. Dans de nombreux pays, la prescription fait partie du champ d'activité des cadres infirmiers ou des infirmiers(ères) diplômé(e)s d'État (197,198). La prescription par les infirmiers(ères) peut être limitée à des groupes spécifiques ou à des listes de médicaments établies dans la législation ou le cadre réglementaire professionnel (199). Dans d'autres circonstances, la prescription de médicaments est spécifique aux priorités en matière de santé, comme le traitement antirétroviral de première ligne dans les pays d'Afrique subsaharienne où le VIH est très répandu, la résistance aux antimicrobiens ou la prise en charge des maladies chroniques (200-202) (voir Encadré 4.6). Les infirmiers(ères) jouent également un rôle important en encourageant l'observance du traitement, en contrôlant les décisions de prescription et en réduisant les erreurs de prescription (203,204).
58. La fonction d'infirmier(ère) en pratique infirmière avancée diplômé(e) d'État a été définie pour améliorer l'accès des populations mal desservies et reculées aux soins et pour remédier au manque de personnel dans les établissements de soins primaires (192,207). Le type le plus courant pour la fonction d'infirmier(ère) en pratique infirmière avancée est celui d'infirmier(ère) praticien(ne), avec un champ en matière clinique qui comprend le droit de commander de son propre chef des tests de diagnostic, d'établir des diagnostics et de prescrire des traitements et des médicaments (207). Une certification par des organisations professionnelles et une formation de niveau maîtrise sont généralement requises (208). Dans un petit nombre de pays à revenu élevé, il existe des éléments probants sur l'efficacité des infirmiers(ères) praticien(ne)s et des infirmiers(ères) en pratique avancée à fournir des soins de qualité, à améliorer l'accès aux soins et à accroître la satisfaction des patients à l'égard des soins, lorsque ces personnels sont correctement formés (208,209), bien que les données sur le rapport coût-efficacité soient limitées (208-210). Le nombre de maîtrises d'infirmiers(ères) et d'infirmiers(ères) praticien(ne)s est également en augmentation

Encadré 4.6 Étendre l'accès via la prescription effectuée par les infirmiers(ères) en Pologne

En Pologne, parmi les priorités nationales en matière de santé, figure l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques au niveau communautaire et l'augmentation de l'accessibilité aux traitements et aux médicaments dans les établissements de soins de santé primaires. Les décisions politiques concernant la formation des infirmiers(ères) et les mécanismes de réglementation ont effectivement élargi la fonction des infirmiers(ères) dans le système de soins de santé, et augmenté l'accès des patients aux services de santé (205).

En 2016, les infirmiers(ères) ayant des qualifications spécifiques ont été autorisé(e)s à prescrire des médicaments sous certaines conditions. Pour préparer les infirmiers(ères) diplômé(e)s à cette tâche, la prescription a été intégrée dans chaque programme de formation initiale des infirmiers(ères) et des sages-femmes, et la réglementation a autorisé toutes les infirmiers(ères) titulaires d'une licence en soins infirmiers à prescrire une liste prédéterminée de médicaments (206). Parallèlement, une nouvelle stratégie nationale de formation en soins infirmiers et obstétricaux a introduit des normes organisationnelles pour les différentes fonctions et compétences professionnelles des infirmiers(ères) et a amélioré les conditions de travail.

Depuis 2016, 10 287 infirmiers(ères) et 4799 sages-femmes ont suivi une formation leur permettant de prescrire des médicaments. En décembre 2018, les infirmiers(ères) et les sages-femmes avaient délivré de manière indépendante 2538 ordonnances et autorisé le renouvellement de 363 288 ordonnances.

dans d'autres pays (159,211-214), bien que les réglementations concernant la préparation à l'enseignement et la certification ou l'agrément varient considérablement (192). La reconnaissance de la définition de la fonction d'infirmière en pratique avancée et des compétences connexes varie également beaucoup d'un pays à l'autre (192,215), bien que l'expérience des pays suggère que les pratiques infirmières avancées augmentent l'attrait de la carrière d'infirmière (211,214). Une infirmière titulaire d'un baccalauréat ayant une expertise dans les soins à des populations de patients définies peut également être éligible à la certification en tant que spécialiste, bien qu'elle ne soit pas agréée en tant qu'infirmière en pratique avancée (voir Encadré 4.7).

59. La mauvaise répartition géographique du personnel de santé entre zones rurales et zones urbaines est un problème

généralisé. Les pays ont recours à diverses mesures stratégiques dans de multiples domaines (éducation, réglementation, finances et emploi) pour tenter de déployer équitablement et de retenir les agents de santé dans les zones rurales ou reculées (217) (voir Encadré 4.8). Sachant qu'une approche sur plusieurs fronts est nécessaire pour traiter ce problème aux multiples facettes, il est essentiel de comprendre l'impact des diverses interventions pour étendre et partager ces stratégies dans différents contextes de pratique et dans différentes régions géographiques (144). Dans une étude nationale, des mesures supplémentaires ont été jugées importantes pour les prestataires ruraux, notamment en matière d'équité, de transparence, de prévisibilité de la gestion des ressources humaines pour la santé par le Ministère de la Santé, et de statut d'emploi (permanent ou contractuel) (218). Des études menées dans

Encadré 4.7 Exemple de fonction d'infirmière spécialisée dans la Région Afrique

Un nombre croissant de Gouvernements d'Afrique orientale et australe investissent dans des formations d'infirmiers(ères) spécialisé(e)s dans la santé des enfants dans le cadre de stratégies visant à réduire la mortalité infantile. Un(e) spécialiste de la santé des enfants est un(e) infirmier(ère) diplômé(e) d'État qui a suivi une formation supérieure menant à une qualification supplémentaire reconnue d'infirmier(ère) spécialisé(e) en pédiatrie ou en santé des enfants.

La voie la plus habituelle consiste à se spécialiser après avoir suivi une formation de base (diplôme avancé ou baccalauréat en soins infirmiers) en préparant un diplôme de troisième cycle en soins pédiatriques d'une durée de 12 mois. Le titre et les qualifications qui en résultent varient selon les pays – les dénominations types sont infirmier(ère) diplômé(e) d'État spécialisé(e) en pédiatrie, ou cadre infirmier avec spécialisation en pédiatrie.

La Région compte environ 3650 puéricultrices diplômées d'État, dont environ 750 au Kenya, au Malawi, en Ouganda et en Zambie, et 2900 en Afrique du Sud (216). Les 12 centres d'enseignement (dont la majorité se trouve en Afrique du Sud) délivrent chaque année environ 205 diplômes de puéricultrices. Trois autres centres (Botswana, République-Unie de Tanzanie et Zimbabwe) sont en cours de création (216).

Peu de systèmes d'information nationaux dans la Région sont actuellement mis en place pour ventiler les données en fonction de la spécialisation des infirmiers(ères). Le Children's Nursing Workforce Observatory soutient la planification nationale pour parvenir à un éventail de compétences optimisé qui répond aux besoins de santé particuliers des enfants de la Région. Depuis 2015, des chercheurs, des formateurs en soins infirmiers et d'autres parties prenantes collaborent pour évaluer le rôle du personnel infirmier spécialisé dans les soins aux enfants en Afrique orientale et australe et faire rapport à ce sujet.

des pays à revenu intermédiaire et élevé ont montré que l'engagement organisationnel, ainsi que le soutien intensif des cadres infirmiers, étaient liés au maintien en poste des infirmiers(ères) en milieu rural (219,220).

Le recrutement d'étudiants en soins infirmiers issus de communautés difficiles à atteindre peut permettre de mieux les retenir s'ils retournent travailler dans leur communauté (146,221).

60. Le maintien en poste des infirmiers(ères) dans leur milieu de travail peut être difficile. La rotation du personnel infirmier est une conséquence inévitable des forces du marché qui peuvent avoir des effets à la fois positifs et négatifs sur les organismes de soins de santé, les patients et le personnel infirmier (220,222). Ainsi, des taux de rotation modestes peuvent être bénéfiques pour le développement des compétences professionnelles et l'alignement organisationnel, par exemple lorsque les infirmiers(ères) quittent leur poste pour poursuivre leur carrière au sein d'un organisme ou d'un système de santé (223). D'autre part, les démissions et la rotation du personnel entraînent presque toujours des coûts organisationnels et peuvent avoir des répercussions négatives sur les soins aux patients.
61. Des facteurs aussi bien organisationnels qu'individuels ont un impact sur l'intention d'un(e) infirmier(ère) de quitter ou de conserver un emploi donné. Les facteurs individuels sont les changements dans la vie ou la santé personnelle ou familiale, les objectifs de formation, le stress au travail, l'insatisfaction professionnelle ou, inversement, le sentiment d'être autorisé à prendre des décisions (224,225). Les facteurs organisationnels qui influent sur le désir de rester en poste comprennent l'environnement de travail, les relations de travail, les conditions de travail, le salaire, le style de gestion et une supervision efficace (226). Dans des études portant sur l'Australie, l'Égypte, la Jordanie, les Philippines et la République islamique d'Iran, il ressort que les styles de direction des responsables des soins cliniques et la culture organisationnelle

ont un impact direct sur l'épanouissement professionnel et la rotation du personnel infirmier, et peuvent affecter la qualité des soins, tant en milieu hospitalier (227-229) qu'en milieu rural (219,220).

Travail décent

62. Selon l'OIT, le travail décent « regroupe l'accès à un travail productif et convenablement rémunéré, la sécurité sur le lieu de travail et la protection sociale pour les familles, de meilleures perspectives de développement personnel et d'insertion sociale, la liberté pour les individus d'exprimer leurs revendications, de s'organiser et de participer aux décisions qui affectent leur vie, et l'égalité des chances et de traitement pour tous, hommes et femmes » (230). Les défis types au programme d'action relatif au travail décent dans le contexte de la profession d'infirmier(ère) sont notamment les questions de genre, les risques d'agression, les durées de travail excessives et le traitement injuste des infirmiers(ères) migrant(e)s.
63. Les infirmières, ainsi que les autres femmes du personnel de santé, sont confrontées à plus d'obstacles au travail que leurs collègues de sexe masculin (21,231). Il s'agit notamment des perceptions biaisées du rôle des femmes dans la prestation de soins, des normes sociales liées au genre, des préjugés et des stéréotypes sexistes, qui tous nuisent à la capacité des infirmières à obtenir de bonnes conditions de travail, à recevoir un salaire équitable et un traitement égal, à participer à la prise de décision et à devenir des leaders dans le domaine des soins de santé (21,22,122). Un rapport de l'OMS de 2019, intitulé *Des services dispensés par des femmes dans un secteur dirigé par des hommes*, a établi que le fardeau de la discrimination est souvent plus lourd dans les emplois où les femmes sont majoritaires : 36 % des infirmières dans un contexte donné ont déclaré qu'elles n'étaient pas respectées par leurs supérieurs et 32 % qu'elles aimeraient être entendues ou écoutées (21). Ces obstacles nuisent au bien-être et aux moyens de subsistance

des femmes travaillant dans le secteur de la santé, et freinent les progrès en matière d'égalité des sexes (21). La discrimination entre hommes et femmes a également un impact direct sur les soins, car le soutien institutionnel et le respect des infirmières améliorent la qualité des soins (232). Le harcèlement sexuel sur le lieu de travail est un problème auquel sont confrontées les femmes dans l'ensemble du personnel de santé, notamment les infirmières (25 %) (233) et les sages-femmes (37 %) (21).

64. Dans certains contextes, les infirmiers(ères) et les agents de santé courent le risque d'être agressés. Entre le 1^{er} janvier 2019 et le 1^{er} janvier 2020, l'OMS, par le biais de son système de surveillance des agressions sur les agents de santé, a enregistré 1005 agressions, qui ont entraîné 198 décès et 626 blessés parmi les agents santé et les patients dans 11 pays confrontés à des situations d'urgence complexes (234).
65. La prestation de services de santé exige une réactivité constante vis-à-vis des patients, ce qui pose des problèmes particuliers liés à des durées de travail longues et irrégulières, avec

des répercussions négatives potentielles sur le personnel infirmier lui-même (notamment l'épuisement professionnel) et sur les patients (notamment une augmentation des erreurs médicales) (235). La convention n° 149 de l'OIT sur le personnel infirmier (1977) engage les signataires à veiller à ce que les infirmiers(ères) aient la même durée de travail que les autres travailleurs, et à ce que les heures supplémentaires, les heures incommodes et le travail par équipes fassent l'objet d'une réglementation et d'une compensation.

66. Les infirmiers(ères) migrant(e)s sont également particulièrement exposé(e)s au risque de ne pas bénéficier de conditions de travail décentes. Les infirmiers(ères) migrant(e)s et les infirmiers(ères) issu(e)s de minorités ethniques sont plus exposé(e)s à des risques d'accidents du travail et de discrimination que les infirmiers(ères) du pays de destination ou de la majorité ethnique (236). La discrimination est considérée comme la principale cause d'altération de la santé chez les infirmiers(ères) migrant(e)s et issu(e)s de minorités (236). Toutefois, le manque de travail décent dans leur pays peut également être un facteur qui incite les infirmiers(ères) à émigrer (237-240).

Encadré 4.8 Lignes directrices pour le maintien en poste du personnel en milieu rural

Attirer, recruter et retenir le personnel infirmier dans les zones rurales et reculées est une préoccupation croissante dans de nombreux pays. En 2010, l'OMS a publié des recommandations mondiales relatives à l'amélioration de l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales et reculées grâce à une meilleure fidélisation (217).⁴

Ces recommandations couvrent quatre grands domaines d'intervention : la formation, la réglementation, les incitations financières et le soutien personnel et professionnel. Bien que la recherche spécifique aux soins infirmiers en milieu rural soit en augmentation, elle reste très limitée. Les données proviennent principalement de pays à revenu élevé (notamment l'Australie, le Canada et les États-Unis), mais elles suggèrent que les incitations financières, le soutien personnel et professionnel, et l'accélération des parcours de carrière dans le secteur de la santé ont une incidence sur le maintien en poste des infirmiers(ères) dans les zones rurales.

4 Ces lignes directrices sont en cours d'actualisation.

4.4 Réglementation

67. La réglementation sert à protéger le public en fixant et en appliquant des normes en matière de conduite, d'enseignement et de pratique. Elle peut également profiter aux prestataires et contribuer à faire progresser la qualité de l'enseignement (241,242) et de la pratique en soins infirmiers dans les secteurs public et privé. Les organismes de réglementation produisent et conservent de plus en plus de données et d'éléments de preuve sur le personnel de santé (243) : *au cours des 15 dernières années, on a assisté à une augmentation marquée de la production de données probantes sur la recherche réglementaire dans plusieurs disciplines, les soins infirmiers étant le domaine où la production est la plus importante (244,245).*
68. La réglementation de l'enseignement peut inclure la fixation de normes nationales pour l'enseignement des soins infirmiers, l'approbation des programmes d'enseignement et de formation en soins infirmiers par l'organisme de réglementation des soins infirmiers, et l'agrément des institutions par des agences externes. L'agrément, par le biais duquel les institutions sont évaluées par rapport aux normes de dispense de l'enseignement, incite les institutions à produire des diplômés qui peuvent améliorer la qualité, l'équité, la pertinence et l'efficacité des services de santé destinés à la population (246). Toutefois, les normes et les cycles d'agrément doivent suivre l'évolution des sciences de la santé et des modèles de prestation et être abordables ou neutres en termes de coûts pour les institutions. L'application des normes est nécessaire pour remédier aux insuffisances des programmes ou, mesure extrême mais parfois nécessaire, pour interrompre les programmes qui ne peuvent être amenés à des normes acceptables. Une étude réalisée en 2013 dans 17 pays d'Afrique subsaharienne a révélé qu'il existait un mandat juridique fort pour l'agrément de l'enseignement des soins infirmiers ; cependant, les niveaux d'agrément étaient faibles dans les centres qui produisaient la majorité des infirmiers(ères) de la région et étaient plus élevés dans les centres publics que privés (247). Dans certains cas, le secteur privé a contesté ces conclusions au motif que ceux qui prennent les décisions sont en situation de conflit d'intérêts ; en conséquence, les gouvernements ont commencé à modifier la composition des organes de décision pour accroître la participation des membres non professionnels (248).
69. Au sein des pays, l'agrément peut varier selon le type de centre (249). Dans certains pays, les agences gouvernementales créent et supervisent les universités publiques, et seules les institutions privées doivent faire l'objet d'un agrément ; ailleurs, s'il n'y a pas de mandat gouvernemental, les institutions privées peuvent ne pas avoir à être soumises à un agrément du tout. L'agrément peut être mandaté directement par la loi ou indirectement en exigeant que les diplômés qui demandent à être inscrits ou enregistrés auprès du conseil ou qui passent les examens d'autorisation d'exercer soient diplômés d'un centre ayant été approuvé par le conseil infirmier ou ayant reçu un agrément d'un organisme approprié.
70. La plupart des normes relatives à l'enseignement des soins infirmiers précisent le nombre minimum d'heures de cours clinique et les compétences minimales pour garantir l'intégrité et l'importance du contenu du programme. Les normes relatives à l'enseignement des soins infirmiers sont souvent spécifiques à une juridiction spécifique (par exemple, un pays, un État ou une zone où un ensemble particulier de lois ou de règles doit être respecté), ce qui peut avoir un impact sur la mobilité des diplômés en soins infirmiers. Les accords de reconnaissance mutuelle et des exigences harmonisées en matière d'enseignement renforcent la normalisation et une mobilité sans danger et plus efficace des praticiens. En la matière, nous pouvons citer, entre autres, le United States Nurse Licensure Compact (250,251), le Caribbean Regional Examination for Nurse Registration (252), la directive du Parlement européen relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles (253,254), Accord de l'Association des nations

de l'Asie du Sud-Est (255) et l'accord Trans-Tasman (256). L'Encadré 4.9 présente des exemples d'harmonisation des normes d'enseignement et de l'examen requis pour l'obtention de l'autorisation d'exercer.

71. En ce qui concerne l'infirmier(ère) à proprement parler, la réglementation professionnelle implique a) d'établir les exigences pour la reconnaissance initiale du titre d'« infirmier(ère) » (c'est-à-dire *diplômé(e) d'État ou diplômé(e) d'État et agréé(e)*), ce qui pourrait inclure un examen pour obtenir l'autorisation d'exercer ; b) d'établir les exigences pour la réinscription, l'enregistrement ou l'autorisation d'exercer, ce qui pourrait inclure une exigence de formation professionnelle continue ; c) de fixer le champ de pratique des infirmiers(ères) et le code de conduite et de déontologie ; et d) de faciliter les enquêtes sur les infirmiers(ères) et les éventuelles mesures disciplinaires à leur encontre (259). Les organismes de réglementation ont également de plus en plus

pour mandat et obligation de tenir à jour un registre du personnel infirmier en exercice.

72. Plus de 60 % des pays ont recours à un examen d'autorisation d'exercer pour évaluer et faire respecter un niveau minimum de connaissances initiales ou d'« aptitude à la pratique » des diplômés en soins infirmiers avant de leur délivrer un diplôme leur permettant d'exercer (29). Une autre méthode d'évaluation de l'aptitude initiale à la pratique est l'examen clinique objectif structuré, qui vise à observer directement la compétence dans un environnement clinique simulé ; toutefois, cette méthode peut être coûteuse et lourde à gérer (260-262). La question de savoir si les examens d'aptitude à la pratique doivent être utilisés pour le renouvellement de l'autorisation d'exercer, pour la réintégration dans la profession ou pour les infirmiers(ères) formé(e)s à l'étranger fait l'objet d'un débat.

Encadré 4.9 Exemples d'harmonisation des normes d'enseignement et de l'examen requis pour l'obtention de l'autorisation d'exercer

En 1972, les territoires de la Communauté des Caraïbes ont créé le Regional Nursing Body dont la tâche initiale consistait à établir un vivier commun de formateurs qualifiés afin de réduire les goulets d'étranglement dans la réalisation d'évaluations des compétences des infirmiers(ères) diplômé(e)s (252). Lorsque les analyses ont indiqué que les objectifs, les contenus et les méthodes des programmes d'enseignement des soins infirmiers étaient similaires dans toute la sous-région, les pays ont convenu d'un examen unique et partagé pour les infirmiers(ères), qui a démarré en 1990. Le Regional Nursing Body coordonne l'examen, qui est basé sur des compétences mutuellement acceptées pour l'exercice de la profession d'infirmier(ère) diplômé(e) d'État ; la gouvernance est partagée entre les infirmières en chef ou principales, les infirmières tutrices et le conseil infirmier de chaque pays, ainsi que les formateurs des universités de la sous-région (257). L'examen permet de normaliser et d'améliorer la formation des infirmiers(ères), ainsi que la réciprocité et la facilité de circulation des infirmiers(ères) diplômé(e)s d'État entre les pays de la sous-région.

Dans l'Union européenne, les efforts visant à harmoniser les structures nombreuses et complexes des diplômes et des programmes de formation en soins infirmiers ont commencé avec l'introduction des directives sectorielles à la fin des années 1970, et se sont accélérés avec les révisions de 2005 (Directive 36) et les mises à jour ultérieures qui ont introduit un ensemble normalisé de compétences (Directive 55) (253, 254). Ces changements, associés à l'accord de Bologne (1999), ont donné lieu à une structure d'enseignement en trois cycles correspondant à un niveau de licence, de maîtrise et de doctorat, avec des qualifications universitaires harmonisées dans toutes les disciplines (258).



© OMS/Sergey Volkov

État des données disponibles sur le personnel infirmier

73. Ce chapitre présente, pour la première fois dans l'histoire de l'OMS, des données sur le personnel infirmier provenant de plus de 190 pays, sur la base d'un ensemble d'indicateurs normalisés et d'un processus de déclaration de données, en suivant l'approche des comptes nationaux des personnels de santé (CNPS).
74. Des données ont été recueillies sur la disponibilité, la composition, la répartition, l'enseignement et la formation, les compétences, la gestion, la réglementation, le financement et le leadership du personnel infirmier.⁵ Au total, des données ont été collectées et analysées sur plus de 30 indicateurs. Les efforts de collecte de données ont inclus diverses parties prenantes telles que les ministères de la santé, d'autres ministères comme ceux du travail et de l'éducation, les observatoires des ressources humaines pour la santé, les instituts nationaux de santé publique, les organisations professionnelles d'infirmiers(ères), les responsables nationaux des soins infirmiers et obstétricaux et d'autres organisations nationales, régionales et internationales. Les données ont été collectées par le biais d'un système unique de définition et de communication des données, la plateforme CNPS, qui sert de répertoire en ligne pour les États Membres pour la communication, le suivi et l'utilisation de leurs ressources humaines à des fins de données sur la santé. Les méthodes sont détaillées à l'annexe 2.
75. L'analyse s'est concentrée sur le personnel infirmier actuel, mais la dernière partie de ce chapitre examine les futurs scénarios possibles concernant le personnel infirmier sur la base de différentes hypothèses afin d'évaluer les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs définis dans le document *Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030*, et en relation avec le programme de développement durable à l'horizon 2030 et le programme de couverture sanitaire universelle (16).
76. Le nombre de pays qui communiquent des données sur les effectifs en personnel infirmier est le plus élevé jamais enregistré, ce qui signifie qu'il s'agit de l'ensemble de

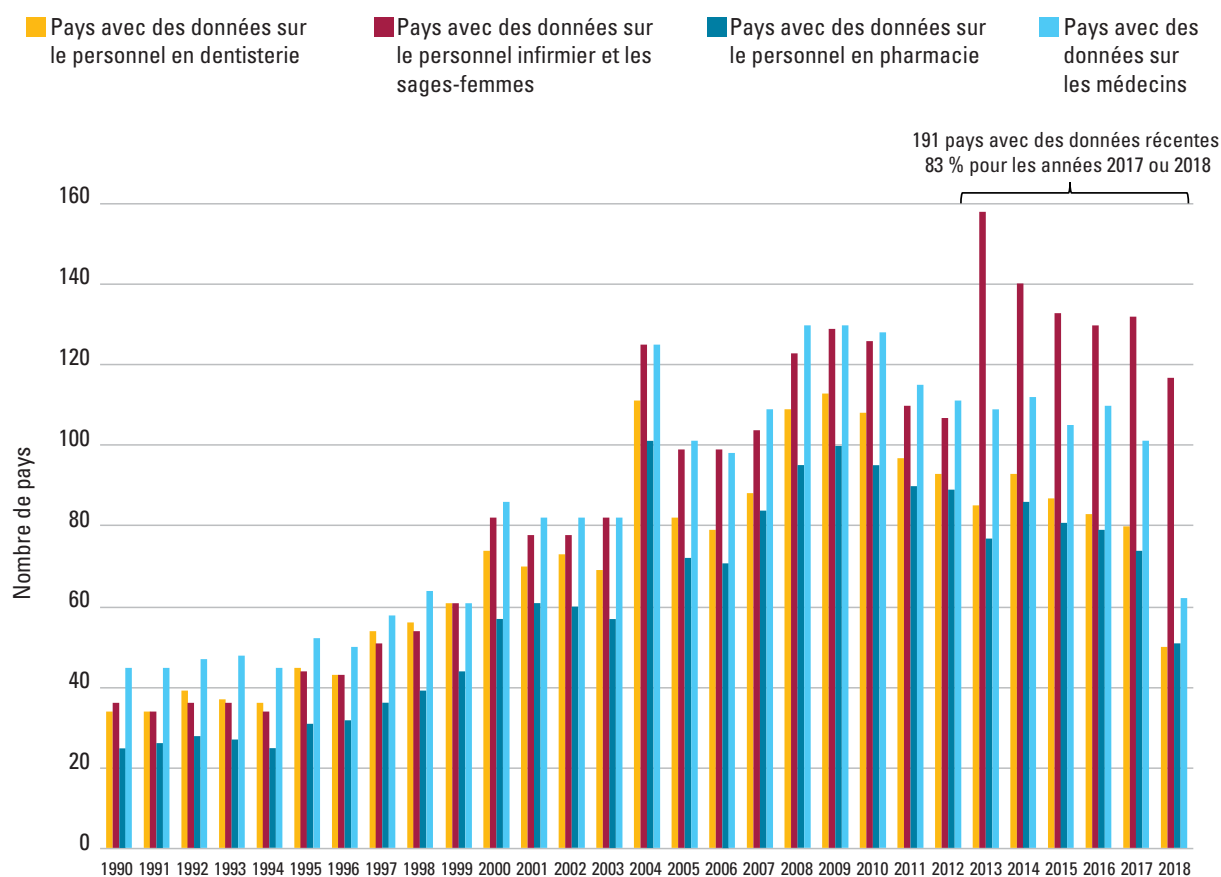
5 En utilisant la définition du personnel infirmier de l'OIT : voir Annexe 1.

données le plus complet et le plus exact jamais compilé sur le personnel infirmier (Figure 5.1). Les informations sur les soins infirmiers ont particulièrement augmenté au cours de la période 2013-2018 par rapport aux autres professions grâce à la dynamique provoquée depuis que l'Assemblée mondiale de la Santé a désigné 2020 comme année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier. Les données sur le stock de personnel de santé ont augmenté ces dernières années, non seulement en termes de quantité d'informations mais aussi de rapidité de déclaration, une majorité de pays ayant communiqué des données sur les cinq professions incluses dans l'indicateur ODD 3.c.1 (médecins, personnel infirmier et sages-femmes, dentistes, pharmaciens) au cours des cinq dernières années. La disponibilité de données réelles

et rétrospectives a permis d'actualiser après coup les estimations précédentes et de remédier aux limites des données des analyses et rapports antérieurs.

77. Sur les 36 indicateurs relatifs au personnel infirmier utilisés pour ce rapport (voir Tableau A2.1 de l'annexe 2), presque tous les États Membres de l'OMS ont pu communiquer des données sur leur personnel infirmier et la majorité sur d'autres indicateurs clés, tels que la répartition par âge, la composition par sexe et la durée de la formation. Environ 80 % des pays ont fourni des données pour au moins 15 indicateurs, et 23 % pour au moins 25 indicateurs. Ce chapitre présente une sélection d'indicateurs pour lesquels le taux de réponse des États Membres (voir annexe 2 pour la liste complète disponible à l'annexe 2) est élevé.

Figure 5.1 Nombre de pays pour lesquels des données sur le personnel sont disponibles dans les CNPS de l'OMS (1990-2018)



Notes : a) Au cours des cinq dernières années, les données sur le stock de personnel infirmier ont été recueillies dans 191 pays. Les dernières données peuvent faire référence à différentes années ; la plupart des pays (83 %) a fourni des données sur les effectifs datant de 2017 ou 2018. b) Le décalage dans la disponibilité et la communication des données explique la tendance apparente à la baisse de ces dernières années ; davantage de données devraient être disponibles pour 2014-2018, maintenant une tendance à la hausse pour les données sur le stock de personnel infirmier.

Source : CNPS, 2019.

5.1 Disponibilité, composition et répartition du personnel infirmier

5.1.1 Principales conclusions

- Les données de 191 pays indiquent un stock mondial d'environ 28 millions d'infirmiers(ères) en 2018, principalement (69 %) des cadres infirmiers.
- Le nombre d'infirmiers(ères) a augmenté de 4,7 millions entre 2013 et 2018, même en tenant compte d'une meilleure disponibilité et qualité des données.
- Les cadres infirmiers et le personnel infirmier de niveau intermédiaire représentent environ 59 % des professionnels de la santé (médecins, personnel infirmier, sages-femmes, dentistes, pharmaciens) dans 172 pays pour lesquels des données sont disponibles.
- Neuf employés en soins infirmiers sur 10 sont des femmes, avec d'importantes variations régionales : dans la Région Afrique, le ratio femmes-hommes est de 3:1. Les hommes sont plus nombreux que les femmes dans 13 pays.
- Il existe également de grandes variations dans la répartition au sein des Régions. Dans la Région Amériques, plus de huit infirmiers(ères) sur 10 travaillent dans trois pays (Brésil, Canada et États-Unis), qui représentent 57 % de la population de la Région. Dans les Régions Afrique et Méditerranée orientale, la densité d'infirmiers(ères) par rapport à la population varie d'un facteur 100 entre pays.
- Un(e) infirmier(ère) sur six dans le monde devrait prendre sa retraite dans les 10 prochaines années ; ce pourcentage est nettement plus élevé dans la Région Amériques (24 %), ce qui pose un problème de reconstitution des effectifs.

5.1.2 Stocks mondiaux et régionaux d'infirmiers(ères)

78. Les données collectées dans 191 pays indiquent un stock mondial de personnel infirmier de près de 28 millions de personnes, secteur public et secteur privé réunis (Tableau 5.1). Cela correspond à une densité mondiale de 36,9 infirmiers(ères) pour 10 000 habitants. Toutefois, ce chiffre global masque de profondes variations au sein des Régions et entre chacune d'elles.⁶
79. Alors que la Région Amériques et la Région Afrique ont des chiffres de population similaires, il y a presque

10 fois plus d'infirmiers(ères) dans la Région Amériques que dans la Région Afrique, avec respectivement 83,4 et 8,7 infirmiers(ères) pour 10 000 habitants. Les Régions Méditerranée orientale et Asie du Sud-Est ont les deuxième et troisième plus faibles densités (respectivement 15,6 et 16,5 infirmiers(ères) pour 10 000 habitants), mais cela représente encore près du double de la densité observée dans la Région Afrique.

80. Environ 81 % des infirmiers(ères) travaillent dans trois Régions (Amériques, Europe et Pacifique occidentale), qui représentent ensemble 51 % de la population mondiale.

6 Voir section 5.2 sur l'équité.

81. Une interprétation prudente est nécessaire pour comparer cette estimation totale de 27,9 millions d'infirmiers(ères) pour 2018 avec l'estimation de la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé de 20,7 millions pour le nombre d'infirmiers(ères) et de sages-femmes (dont 18,8 millions d'infirmiers(ères)) en utilisant les données de 2013. Une partie de l'augmentation du nombre d'infirmiers(ères)

de 2013 à 2018 est due à l'amélioration de la disponibilité des données (représentant 4,4 millions d'infirmiers(ères)), tandis que l'augmentation réelle est estimée à 4,7 millions d'infirmiers(ères) (Tableau 5.2), dont 3,6 millions de cadres infirmiers, en supposant une proportion constante de cadres infirmiers par rapport au personnel infirmier de niveau intermédiaire (Figure 5.2).

Tableau 5.1 Nombre d'infirmiers(ères) dans le monde et densité pour 10 000 habitants, par Région de l'OMS, 2018

RÉGION OMS	Nombre de pays ayant communiqué les effectifs/total	Nombre de personnel infirmier (millions) (%)	Densité par 10 000 habitants
Afrique	44/47	0,9 (3 %)	8,7
Amériques	35/35	8,4 (30 %)	83,4
Asie du Sud-Est	11/11	3,3 (12 %)	16,5
Europe	53/53	7,3 (26 %)	79,3
Méditerranée orientale	21/21	1,1 (4 %)	15,6
Pacifique occidental	27/27	6,9 (25 %)	36,0
Mondial	191/194	27,9 (100 %)	36,9

^a Comprend le personnel infirmier et apparenté.

Note : Les données sur les stocks n'étaient pas disponibles pour le Cameroun, les Comores et le Soudan du Sud.

Source : CNPS 2019. Dernière densité disponible signalée par les pays entre 2013 et 2018. Pour les pays dont l'effectif a été déclaré entre 2013 et 2017, afin de normaliser tous les pays à l'année 2018, l'effectif a été déclaré en appliquant leur dernière densité disponible par rapport à la population 2018.

La taille de la population pour chaque pays et chaque année utilisée pour calculer les valeurs de densité a été extraite de la révision 2019 du rapport *Perspectives de la population dans le monde* des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales (263).

Tableau 5.2 Évolution des effectifs en personnel infirmier résultant de l'amélioration des données et de l'augmentation réelle entre 2013 et 2018

SOURCE	Stock de personnel infirmier en 2013		Stock de personnel infirmier en 2018		Augmentation réelle du stock (millions)
	Nombre de pays avec des données pour 2009–2013	Stock (millions)	Nombre de pays avec des données pour 2013–2018	Stock (millions)	
Estimation de la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé, 2016	102	18,8 ^a			
Estimation de <i>La situation du personnel infirmier dans le monde 2020</i>	174	23,2	191	27,9	4,7
Augmentation due à de meilleures données (millions)		4,4			

^a La publication originale inclut les sages-femmes : 20,7 millions d'infirmiers(ères) et de sages-femmes, dont 18,8 millions d'infirmiers(ères).

Source : CNPS 2019.

82. Le stock total de 27,9 millions d'infirmiers(ères) déclaré pour 2018 met donc en évidence deux tendances positives distinctes :
- une meilleure disponibilité des données sur le personnel infirmier, qui permet une meilleure interprétation et une réévaluation des analyses antérieures ;
 - une augmentation réelle du stock de personnel infirmier au niveau mondial, reflétant la demande croissante du marché du travail et l'investissement des États Membres dans cette catégorie professionnelle.
83. Si l'on compare le stock de personnel infirmier avec le stock global de médecins, de sages-femmes, de dentistes et de pharmaciens dans les 172 pays pour lesquels des données sont disponibles, les infirmiers(ères) représentent en moyenne 59 % des professionnels de la santé, avec des pourcentages allant de 49 % dans la Région Méditerranée orientale à 68 % dans la Région Pacifique occidental (Tableau 5.3).

84. Soixante-six pays ont pu déclarer le stock réel de personnel de santé pour au moins 10 professions ; si l'on compare les infirmiers(ères) à l'ensemble de ces agents de santé possibles, le stock d'infirmiers(ères) représente une part du personnel de santé comprise entre 40 et 50 %.

5.1.3 Composition

85. Sur les 27,9 millions d'infirmiers(ères) dans le monde, 19,3 millions (69 %) sont classés comme cadres infirmiers (code CITP 2221) et 6 millions (22 %) comme personnel infirmier de niveau intermédiaire (code CITP 3221). Cela laisse 2,6 millions (9 %) de personnes non classées dans l'une ou l'autre de ces catégories, ce qui indique d'éventuelles difficultés d'alignement entre les systèmes de données nationaux et le système CITP. Ces infirmiers(ères) sont soit des cadres infirmiers soit du personnel infirmier de niveau intermédiaire, et cette catégorie n'inclut pas les aides-soignantes ou les auxiliaires de santé. Les proportions relatives des différentes catégories de personnel infirmier varient considérablement d'une Région à l'autre, comme l'illustre la Figure 5.2.

Tableau 5.3 Pourcentage d'infirmiers(ères) par rapport à l'ensemble des professionnels de la santé (médecins, infirmiers(ères), sages-femmes, dentistes et pharmaciens) par Région de l'OMS

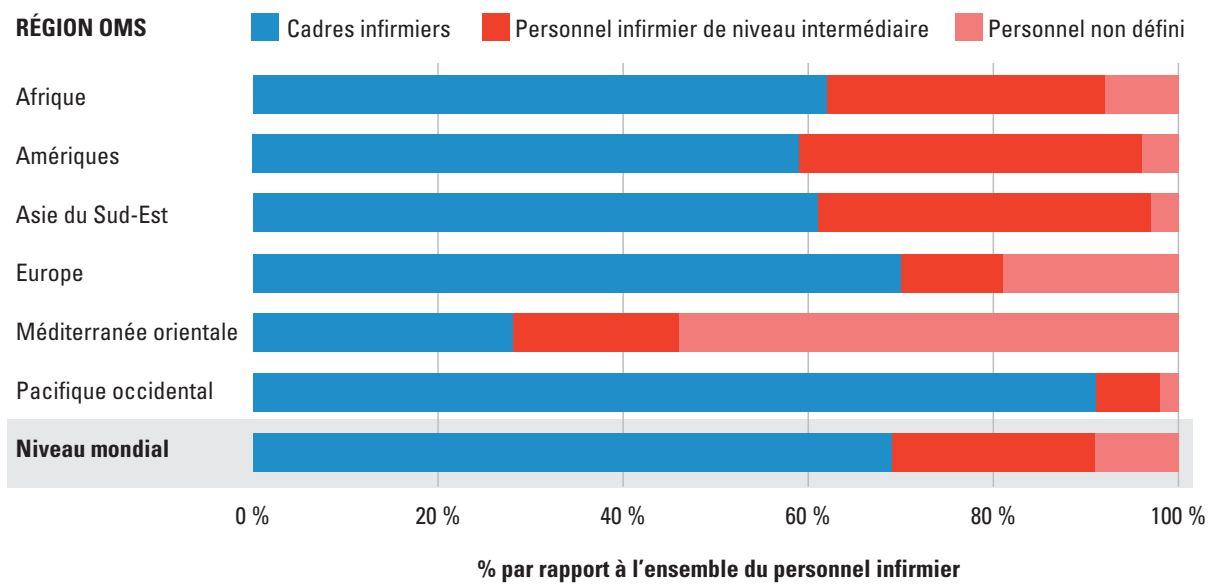
RÉGION OMS	Stock d'infirmiers(ères) ^a comparé au stock de professionnels de la santé de l'ODD 3.c.1	
	Nombre de pays déclarants/total	Pourcentage moyen d'infirmiers(ères)
Afrique	45/47	66 %
Amériques	24/35	56 %
Asie du Sud-Est	11/11	53 %
Europe	50/53	57 %
Méditerranée orientale	20/21	49 %
Pacifique occidental	22/27	68 %
Niveau mondial	172/194	59 %

^a Comprend le personnel infirmier et apparenté.

Note : L'ODD 3.c.1 est l'indicateur utilisé pour évaluer les progrès réalisés pour la cible ODD 3.c.

Source : CNPS 2019.

Figure 5.2 Part de chaque catégorie professionnelle par rapport à l'ensemble du personnel infirmier, par Région de l'OMS



5.1.4 Démographie du personnel infirmier : répartition par sexe et par âge

RÉPARTITION PAR SEXE

86. L'intégration de la dimension de genre dans les stratégies relatives au personnel de santé est nécessaire pour garantir que des approches fondées sur des données probantes et tenant compte de la dimension de genre soient adoptées dans la planification et la gestion du personnel de santé. La composition par sexe et les questions de vieillissement du personnel infirmier ont longtemps été négligées pour diverses raisons, notamment le manque de données de qualité à des fins de planification nationale et de comparaison régionale et mondiale. Sur les 194 États Membres de l'OMS, 132 ont fourni des données ventilées par sexe et 106 ont fourni des données sur l'âge. Dans ces 132 pays, environ neuf membres du personnel infirmier sur 10 (89 %) sont des femmes, avec d'importantes disparités régionales. La proportion de femmes dans le secteur des soins infirmiers est la plus élevée (95 %) dans la Région Pacifique

occidental et la plus faible (76 %) dans la Région Afrique. Treize pays ont signalé plus d'hommes que de femmes dans le secteur des soins infirmiers (Tableau 5.4).

RÉPARTITION PAR ÂGE

87. Les tendances mondiales en matière de population et de vieillissement du personnel rendent nécessaire la prise en compte de la structure par âge du personnel dans les projections. Dans de nombreux pays, les responsables de la planification s'appuient sur un âge de départ à la retraite normalisé, mais cette approche a ses limites, étant donné les différences d'âge réel de départ à la retraite selon les professions, le sexe et le niveau d'études. Les données sur le profil d'âge de 106 pays ont été utilisées pour illustrer les tendances actuelles concernant la démographie du personnel infirmier. Dans l'ensemble, les informations disponibles indiquent un personnel infirmier relativement jeune : 38 % des infirmiers(ères) sont âgé(e)s de moins de 35 ans⁷ alors que 17 % ont 55 ans ou plus (ce dernier groupe étant censé partir à la retraite au cours de la prochaine décennie) (Figure 5.3). Les

⁷ Ci-après appelés jeunes infirmiers(ères).

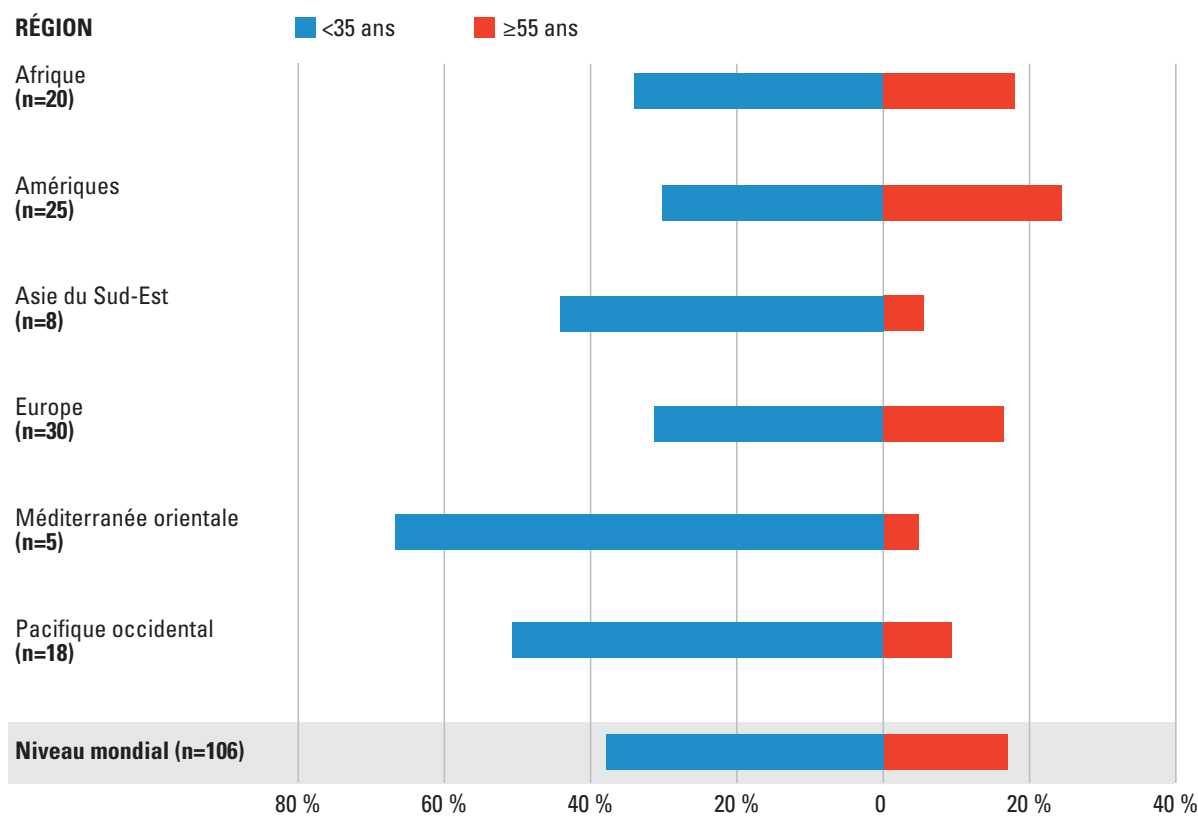
Tableau 5.4 Pourcentage de personnel infirmier de sexe féminin, par Région de l'OMS

RÉGION OMS	Nombre de pays déclarants/total	% femmes	% hommes
Afrique	30/47	76 %	24 %
Amériques	26/35	87 %	13 %
Asie du Sud-Est	9/11	89 %	11 %
Europe	32/53	89 %	11 %
Méditerranée orientale	11/21	78 %	22 %
Pacifique occidental	24/27	95 %	5 %
Niveau mondial	132/194	89 %	11 %

Note : Les effectifs comprennent le personnel infirmier et apparenté.

Source : CNPS 2019. Derniers effectifs disponibles communiqués par les pays entre 2013 et 2018.

Figure 5.3 Pourcentage du personnel infirmier âgé de moins de 35 ans et de 55 ans ou plus, par Région de l'OMS



Note : Les effectifs comprennent le personnel infirmier et apparenté.

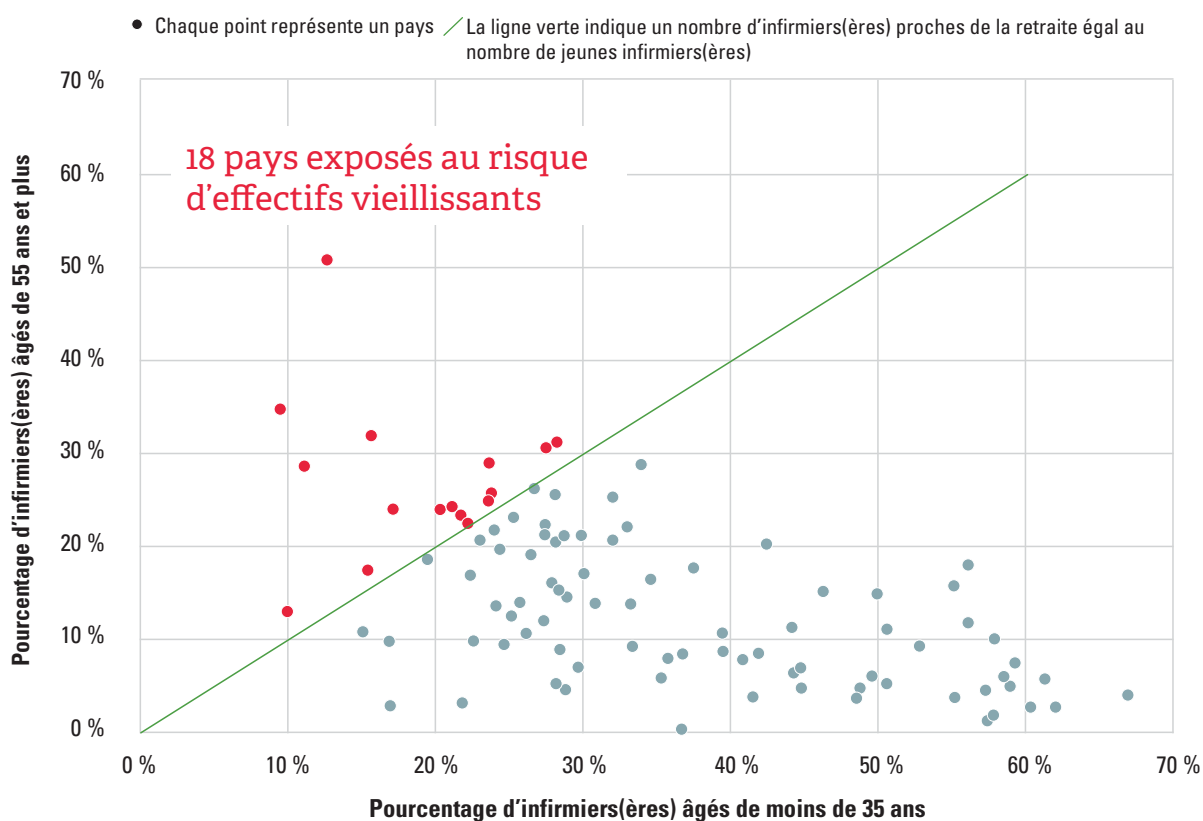
variations régionales sont toutefois importantes : dans la Région Méditerranée orientale, on compte 14 jeunes infirmiers(ères) pour chaque personne approchant de la retraite ; en revanche, dans la Région Amériques, ce ratio est de 1,2:1, et en Europe et en Afrique de 1,9:1, ce qui indique un vivier de remplacement beaucoup plus restreint.

88. Étant donné que 17 % des infirmiers(ères) dans le monde sont âgés de 55 ans ou plus et devraient donc prendre leur retraite dans les 10 prochaines années, 4,7 millions de jeunes infirmiers(ères) devront être formé(e)s et embauché(e)s au cours de la prochaine décennie, rien que pour maintenir le statu quo. Pour suivre le rythme de la croissance démographique et éliminer la

pénurie de personnel infirmier, il en faudra encore plus (voir section 5.8).

89. Pour illustrer le vieillissement du personnel infirmier, le ratio entre les jeunes et les plus âgés est indiqué dans la Figure 5.4. Si plusieurs pays ont une forte proportion de jeunes infirmiers(ères), plusieurs autres sont à peine à l'équilibre (proportions similaires d'infirmiers(ères) de moins de 35 ans et de plus de 55 ans, comme l'indique la ligne verte à la Figure 5.4), et 18 pays (un sur six parmi ceux pour lesquels des données sont disponibles) sont confrontés à une situation particulièrement difficile, ayant un personnel vieillissant avec moins de jeunes infirmiers(ères) que d'infirmiers(ères) approchant de la retraite.

Figure 5.4 Proportions relatives des infirmiers(ères) âgés de plus de 55 ans et de moins de 35 ans



Note : Les effectifs comprennent le personnel infirmier et apparenté de 106 pays disposant de données ventilées par âge.

Source : CNPS 2019. Effectifs disponibles les plus récents signalés par les pays entre 2013 et 2018.

5.2 Équité dans la disponibilité du personnel infirmier et dans l'accès à celui-ci

5.2.1 Principales conclusions

- Environ 81 % des infirmiers(ères) se trouvent dans les Régions Amériques, Europe et Pacifique occidental, ce qui représente 51 % de la population mondiale.
- Les pays où la densité d'infirmiers(ères) est faible se trouvent principalement dans les Régions Afrique, Asie du Sud-Est et Méditerranée orientale, ainsi que dans certains pays d'Amérique latine.
- Les inégalités au niveau mondial en matière de disponibilité du personnel infirmier sont largement liées aux revenus, avec une densité de 9,1 infirmiers(ères) pour 10 000 habitants dans les pays à revenu faible, contre 107,7 pour 10 000 habitants dans les économies à revenu élevé.
- Il existe des disparités importantes au sein des pays : dans 35 pays disposant de données ventilées par zones urbaines et zones rurales, 36 % des infirmiers(ères) sont déployé(e)s dans les zones rurales, où vit 49 % de la population. Dans 76 pays pour lesquels des données sont disponibles, 75 % des infirmiers(ères) sont employé(e)s dans le secteur public, les 25 % restant dans le secteur privé.

90. La voie vers une couverture sanitaire universelle exige de s'attaquer aux disparités démographiques, géographiques et de compétences en matière de disponibilité du personnel de santé et d'accès à celui-ci.

5.2.2 Équité entre les régions

91. La Figure 5.5 montre les différences au niveau mondial dans la densité du personnel infirmier pour 10 000 habitants, les écarts les plus importants étant concentrés dans les Régions Afrique, Asie du Sud-Est et de Méditerranée orientale et dans certains pays d'Amérique latine.

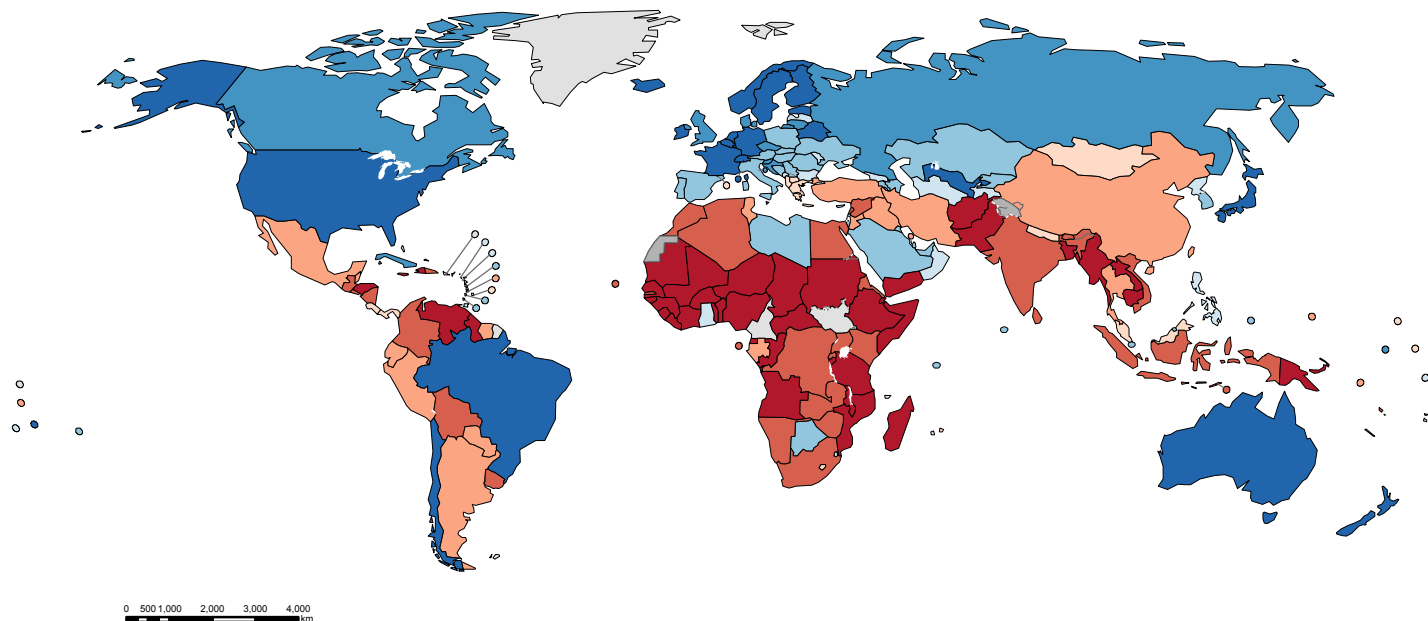
5.2.3 Équité dans la disponibilité du personnel infirmier dans les Régions

92. La Figure 5.6 illustre les différences de densité de personnel infirmier au sein des Régions : chaque point représente un pays. Toutes les Régions présentent

des disparités importantes dans la densité des infirmiers(ères), mais la disparité est la plus grande dans la Région Méditerranée orientale, avec un rapport entre la densité la plus élevée et la plus faible de 121 pour 1, et dans la Région Afrique, avec un rapport de 100 pour 1. En outre, dans la Région Amériques, quelques grands pays ont des densités élevées de personnel infirmier, tandis que la plupart des autres pays ont des densités relativement faibles : 87 % des infirmiers(ères) de cette région se trouvent au Brésil, au Canada et aux États-Unis, qui représentent environ 57 % de la population de la Région. Des disparités de densité plus faibles – 10 pour 1 – sont observées dans la Région Europe. Les pays de la Région Afrique sont regroupés dans la partie inférieure de la colonne, ce qui indique que seuls quelques pays africains ont une densité de plus de 25 infirmiers(ères) pour 10 000 habitants. Des tendances similaires sont observées dans les Régions Asie du Sud-Est et Méditerranée orientale. La variance de la densité dépend

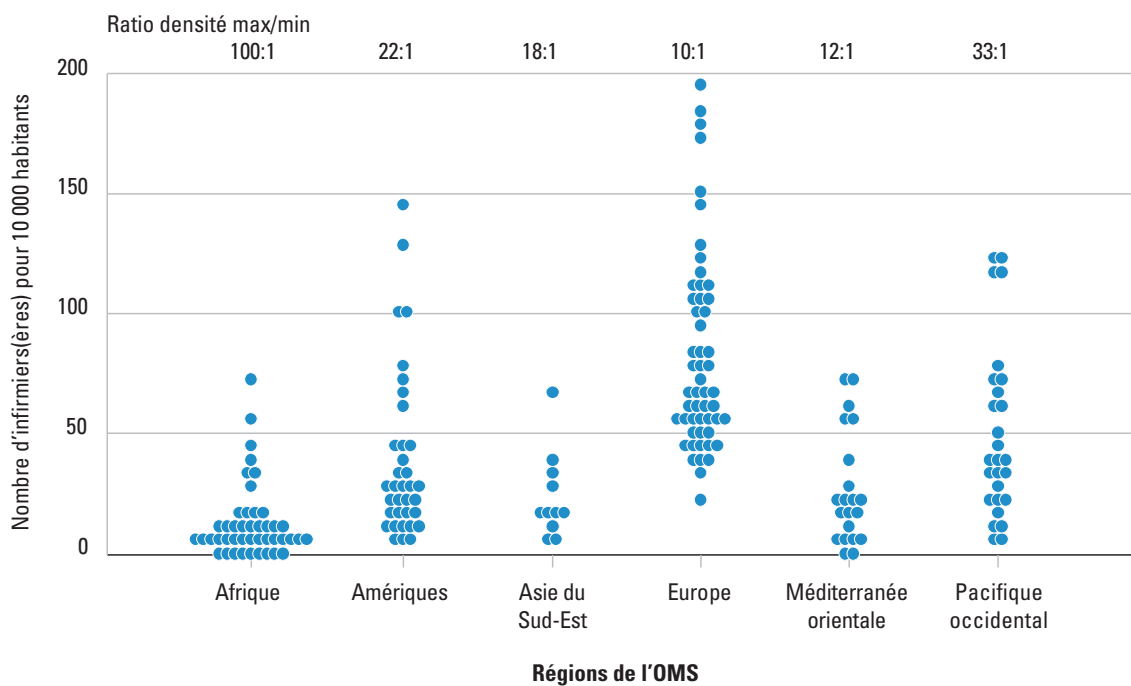
Figure 5.5 Densité du personnel infirmier pour 10 000 habitants en 2018

■ < 10
 ■ de 10 à 19
 ■ de 20 à 29
 ■ de 30 à 39
 ■ de 40 à 49
 ■ de 50 à 74
 ■ de 75 à 99
 ■ 100 +
■ sans objet
■ données non disponibles



Note : Comprend le personnel infirmier et apparenté.
Source : CNPS 2019. Dernières données disponibles pour la période 2013-2018.

Figure 5.6 Différences régionales dans la densité de personnel infirmier pour 10 000 habitants (2018)



Note : Les effectifs comprennent le personnel infirmier et apparenté.
Source : CNPS 2019. Derniers effectifs disponibles communiqués par les pays entre 2013 et 2018.

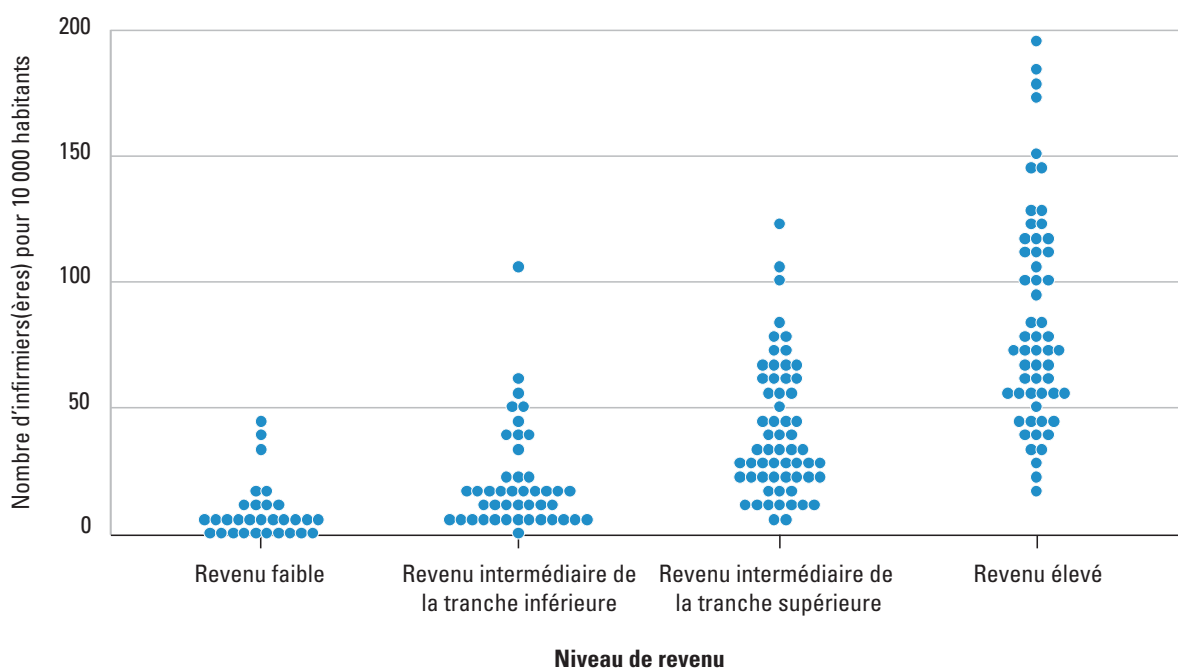
largement du niveau de revenu, avec une densité de 9,1 infirmiers(ères) pour 10 000 habitants dans les pays à revenu faible contre 107,7 pour 10 000 habitants dans les pays à revenu élevé (Tableau 5.5 et Figure 5.7).

93. Si l'on considère les 46 pays classés comme les moins avancés par le Comité des politiques de développement des Nations Unies en décembre 2018, la

densité du personnel infirmier est de 6,4 pour 10 000 habitants, soit six fois moins que la moyenne pour tous les autres pays, et nettement moins que la moyenne pour les pays à revenu faible. La grande majorité de ces pays sont également considérés comme vulnérables (classés en état d'alerte élevée ou en état d'alerte) par l'Indice des États Fragiles.⁸ L'Encadré 5.1 contient de plus amples informations sur l'équité au sein des pays.

8 Pays ayant un score de 80+ selon l'indice des États Fragiles.
Source : <https://fragilestatesindex.org/>.

Figure 5.7 Densité du personnel infirmier pour 10 000 habitants par catégorie de revenu (2018)



Note : Les effectifs comprennent le personnel infirmier et apparenté.

Source : CNPS 2019. Derniers effectifs disponibles communiqués par les pays entre 2013 et 2018. Les catégories de revenu proviennent de la classification adoptée par la Banque mondiale à partir de 2018.

Tableau 5.5 Densité du personnel infirmier par catégorie de revenu (2018)

CATÉGORIE DE REVENU	Nombre de pays déclarants/total	Densité pour 10 000 habitants			Ratio plus élevé sur plus faible
		Global	Plus bas	Plus haut	
Pays à revenu faible	30/31	9,1	0,6	42,0	68:1
Pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure	44/46	16,7	1,8	104,6	57:1
Pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure	60/60	35,6	5,0	124,2	25:1
Pays à revenu élevé	57/57	107,7	19,4	196,1	10:1
Niveau mondial	191/194	36,9	0,6	196,1	319:1

Note : Les effectifs comprennent le personnel infirmier et apparenté.

Source : CNPS 2019. Dernier effectifs disponibles déclarés par les pays entre 2013 et 2018.

Pour les îles Cook et Niue, les classifications par catégorie de revenu n'étaient pas disponibles. Le revenu de ces territoires a donc été considéré comme un revenu intermédiaire de la tranche supérieure, revenu correspondant à celui des pays de la même Région. Les catégories de revenu proviennent de la classification adoptée par la Banque mondiale à partir de 2018.

Encadré 5.1 Équité au sein des pays

Disponibilité du personnel infirmier dans les zones rurales

La répartition du personnel infirmier au sein des pays est tout aussi importante du point de vue de l'équité d'accès. Au total, 35 pays (principalement en Amérique latine et en Afrique)⁹ ont fourni des données sur la proportion du personnel infirmier dans les zones rurales. En moyenne, dans ces pays, environ 36 % des infirmiers(ères) travaillent dans les zones rurales alors que 50 % de la population y réside.

Disponibilité du personnel infirmier dans les secteurs public et privé

Au sein des pays, une autre source potentielle d'inégalité est la répartition du personnel infirmier entre le secteur public et le secteur privé. Pour 76 pays ayant fourni des données, 75 % des infirmiers(ères) en moyenne travaillaient dans le secteur public, avec des différences relativement faibles entre les régions.

⁹ Antigua-et-Barbuda, Belize, Brésil, Brunei Darussalam, Cambodge, Équateur, Égypte, El Salvador, Eswatini, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Guyana, Honduras, Îles Marshall, Islande, Kenya, Madagascar, Mongolie, Myanmar, Ouganda, Pakistan, Paraguay, Pérou, République démocratique populaire lao, République-Unie de Tanzanie, Samoa, Serbie, Sierra Leone, Sri Lanka, Tadjikistan, Thaïlande, Timor-Leste, Uruguay, Venezuela (République bolivarienne du).

5.3 Migrations et mobilité internationale du personnel infirmier

5.3.1 Principales conclusions

- Sur la base des données de 86 pays, un(e) infirmier(ère) sur huit (13 %) est né(e) ou a été formé(e) dans un pays autre que celui où elle exerce.
- Chez les pays répondants, on constate un recours important aux infirmiers(ères) né(e)s à l'étranger dans les pays à revenu élevé, où 15,2 % des infirmiers(ères) sont né(e)s ou ont été formé(e)s à l'étranger.
- Malgré une amélioration de la disponibilité des données, les données sur les migrations et la mobilité sont encore insuffisantes pour permettre une évaluation complète de la complexité des schémas migratoires.

5.3.2 Difficultés à quantifier la mobilité internationale du personnel infirmier

94. Les évolutions démographiques, épidémiologiques, financières et sanitaires ont entraîné une accélération de la mobilité internationale des professionnels de la santé au cours des dernières décennies, mobilité qui devrait s'accroître (18). Le Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé de l'OMS, adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2010, est un instrument juridique international essentiel pour renforcer la gestion éthique de la mobilité internationale des personnels de santé.
95. Le mouvement des agents de santé des pays à revenu faible vers les pays à revenu élevé, ainsi que les défis qui y sont associés, sont reconnus et débattus depuis longtemps. Les données permettant d'éclairer les décisions politiques se sont toutefois largement limitées à certains pays à revenu élevé. Les améliorations récentes dans la disponibilité des données,

notamment grâce au système des CNPS, indiquent que la distinction entre pays d'origine (au Sud) et pays de destination (au Nord) est moins nette qu'on ne le pensait auparavant.

96. En 2018, 86 pays au total avaient fourni des données sur la proportion d'infirmiers(ères) né(e)s ou formé(e)s à l'étranger comme indicateur indirect de l'ampleur du phénomène migratoire (Tableau 5.6) par le biais des CNPS et des systèmes de notification de l'OCDE, d'Eurostat et du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Dans les pays ayant fourni des données, un(e) infirmier(ère) sur huit (13 %) est né(e) ou a été formé(e) dans un pays autre que celui dans lequel elle exerce. En appliquant cette proportion au stock de personnel infirmier, on estime à 3,7 millions le nombre d'infirmiers(ères) né(e)s ou formé(e)s à l'étranger dans le monde. Le personnel infirmier né ou formé à l'étranger se trouve principalement dans les pays à revenu élevé, soit un pourcentage de 15,2 %, contre moins de 2 % dans les pays des autres catégories de revenu.

Tableau 5.6 Pourcentage de personnel infirmier né à l'étranger (ou formé à l'étranger) par catégorie de revenu

CATÉGORIE DE REVENU	Nombre de pays déclarants/total	% d'infirmiers(ères) né(e)s ou formé(e)s à l'étranger
Pays à revenu faible	3/31	ND
Pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure	18/46	0,4 %
Pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure	27/60	0,7 %
Pays à revenu élevé	38/57	15,2 %
Total	86/194	13,2 %

Note : Les effectifs comprennent le personnel infirmier et apparenté. L'expression « formé(e)s à l'étranger » a été utilisée en remplacement pour 30 pays qui ne pouvaient pas fournir de données sur le pourcentage d'infirmiers(ères) né(e)s à l'étranger.

Source : CNPS 2019. Derniers effectifs disponibles communiqués par les pays entre 2013 et 2018. Les catégories de revenu proviennent de la classification adoptée par la Banque mondiale à partir de 2018.

ND = non déclaré en raison du petit nombre de pays.

© Ian Miles-Flashpoint Pictures/Alamy



5.4 Réglementation relative à l'enseignement et à la pratique des soins infirmiers

5.4.1 Principales conclusions

- La quasi-totalité des pays ont fait rapport sur les indicateurs relatifs à la réglementation portant sur l'enseignement des soins infirmiers, et plus de 50 % des pays ont répondu par l'affirmative à chacun des neuf indicateurs connexes.
- Les mécanismes et processus de réglementation ont été signalés comme nombreux dans les Régions Afrique, Amériques et Europe.
- Une plus grande attention est accordée à la réglementation du contenu de l'enseignement (comme les normes relatives à la durée et au contenu ou les mécanismes d'agrément des établissements d'enseignement) qu'à la direction et à la gouvernance de l'enseignement.
- Les systèmes d'enseignement des soins infirmiers semblent plus réglementés dans la Région Europe et le sont moins dans les Régions Asie du Sud-Est, Méditerranée orientale et Pacifique occidental, notamment en ce qui concerne l'examen d'aptitude à la pratique et les normes de qualification des enseignants.

5.4.2 Analyse des résultats

97. La Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 comprend un jalon pour l'année 2020 qui stipule que les pays devraient disposer de mécanismes de réglementation et d'agrément pour l'enseignement des soins infirmiers. Cette section présente une synthèse de neuf indicateurs autodéclarés relatifs à la réglementation de l'enseignement et de la formation en soins infirmiers (Figure 5.8).
98. La grande majorité des pays ont déclaré disposer de normes concernant la durée et le contenu de l'enseignement des soins infirmiers, de mécanismes d'agrément des établissements d'enseignement et d'une liste de référence des établissements d'enseignement bénéficiant d'un agrément (respectivement 91 %, 89 % et 81 % des pays répondants). Parmi les pays répondants, 77 % ont déclaré disposer de normes pour les qualifications des

enseignants et 73 % de systèmes de formation professionnelle continue. Environ deux tiers des pays répondants disposent de normes pour la formation interprofessionnelle, les examens d'aptitude à la pratique et d'une association nationale pour les étudiants n'ayant pas encore passé leur examen d'aptitude à la pratique (respectivement 67 %, 64 % et 62 %). Sur les 95 pays répondants, 53 % ont déclaré des fonctions avancées pour le personnel infirmier. Toutefois, l'existence de ces processus ou systèmes de réglementation ne signifie pas nécessairement qu'ils fonctionnent de manière adéquate.

99. Le Tableau 5.7 présente des données sur l'existence de mécanismes et de systèmes de réglementation de l'enseignement et de la formation dans les différentes Régions de l'OMS. Les pays des Régions Afrique, Amériques et Europe ont plus fréquemment signalé l'existence d'une réglementation sur l'enseignement que les pays des autres Régions. Dans la Région Méditerranée

Figure 5.8 Pourcentage de pays disposant d'une réglementation et de normes relatives aux soins infirmiers

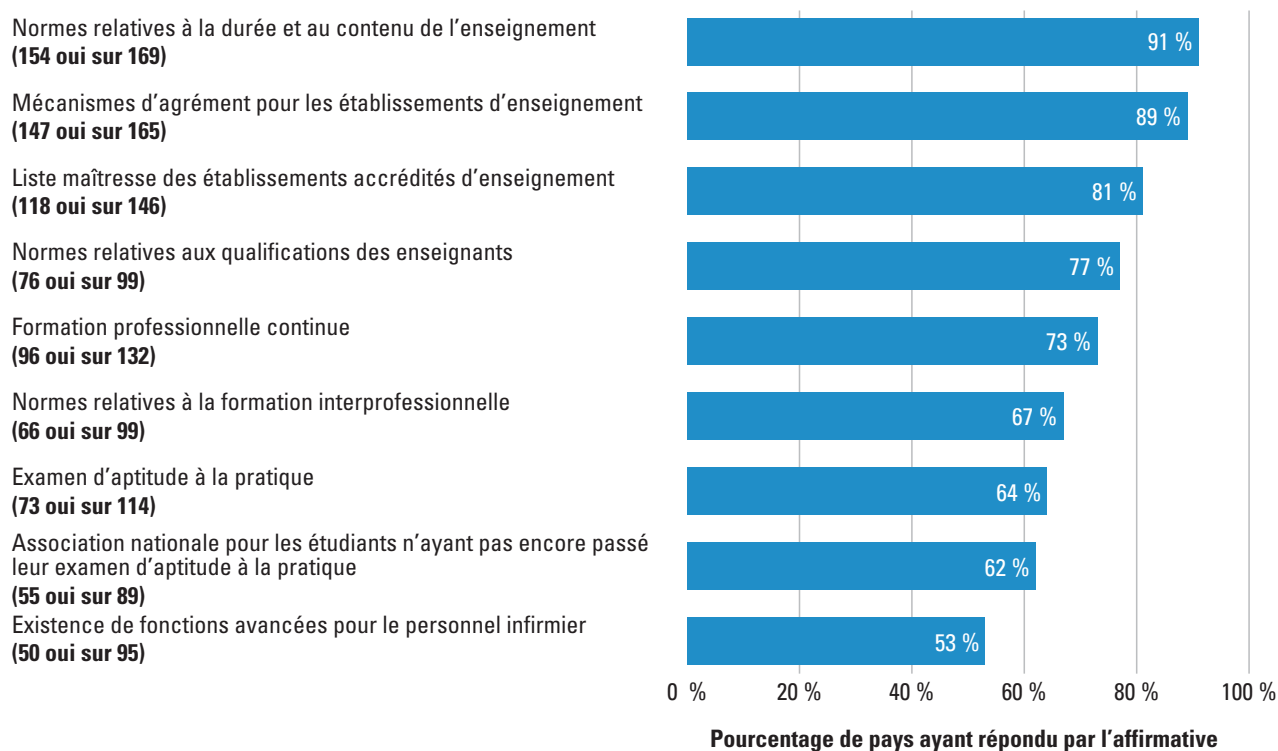


Tableau 5.7 Pourcentage de pays répondants ayant déclaré l'existence d'une réglementation sur l'enseignement et la formation du personnel infirmier, par Région de l'OMS

RÉGION OMS	Liste maîtresse des établissements accrédités d'enseignement	Normes applicables à la durée et au contenu de l'enseignement	Mécanismes d'accréditation des établissements d'enseignement	Normes d'éducation interprofessionnelle	Formation professionnelle continue	Existence de fonctions avancées pour le personnel infirmier	Examen d'aptitude à la pratique	Normes applicables aux qualifications des enseignants	Association nationale pour les étudiants n'ayant pas encore passé leur examen d'aptitude à la pratique
Afrique	91 %	100 %	90 %	81 %	68 %	74 %	68 %	78 %	66 %
Amériques	77 %	91 %	94 %	49 %	71 %	55 %	57 %	75 %	91 %
Asie du Sud-Est	69 %	85 %	78 %	60 %	61 %	75 %	72 %	64 %	38 %
Europe	85 %	94 %	98 %	87 %	91 %	30 %	64 %	94 %	67 %
Méditerranée orientale	80 %	80 %	70 %	20 %	50 %	50 %	70 %	80 %	30 %
Pacifique occidental	70 %	77 %	78 %	52 %	63 %	52 %	56 %	71 %	35 %
Total	81 %	91 %	89 %	67 %	73 %	53 %	64 %	77 %	62 %

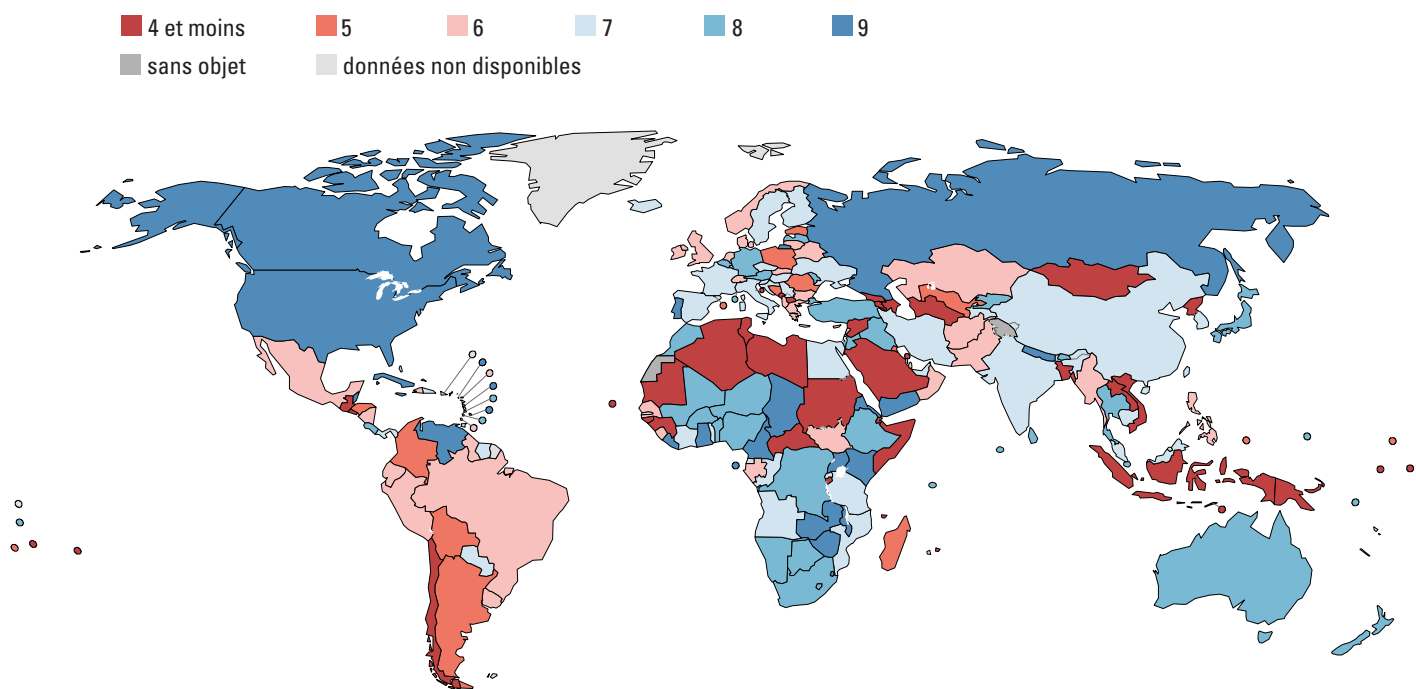
Source : CNPS 2019, et indicateurs spécifiques de *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020* pour les trois derniers facteurs. Dernières données disponibles notifiées par les pays entre 2013 et 2018.

orientale, les pays ont signalé une plus grande disponibilité d'examens d'aptitude à la pratique et l'existence de fonctions avancées pour le personnel infirmier. Les pays de la Région Asie du Sud-Est ont été moins nombreux que les pays des autres Régions à signaler l'existence de systèmes de formation professionnelle continue, d'associations nationales pour les étudiants n'ayant pas encore passé leur examen d'aptitude à exercer ou de normes de formation interprofessionnelle. Ces différences régionales peuvent, dans une certaine mesure, refléter des interprétations différentes de ces indicateurs.

100. Les données relatives aux neuf indicateurs ont été utilisées pour obtenir un score composite pour la réglementation de l'enseignement et de la pratique pour chaque pays (voir annexe 2). Chaque

indicateur va de 0 (absence) à 1 (présence), avec une valeur de 0,5 pour les réponses partielles ; les réponses manquantes ont été considérées comme correspondant à 0. Ces scores ont ensuite été additionnés avec un score maximum de 9. Comme l'analyse considère implicitement qu'une réponse manquante pour un indicateur équivaut à un score de 0, une analyse de sensibilité a été réalisée pour examiner les implications d'une classification différente des valeurs manquantes, ce qui n'a pas modifié l'interprétation des résultats. La Figure 5.9 confirme la conclusion selon laquelle l'existence déclarée de mécanismes de réglementation examinés dans ce rapport indique un environnement de réglementation pour l'enseignement relativement plus solide en Amérique du Nord, en Europe occidentale et en Afrique subsaharienne.

Figure 5.9 Carte des scores concernant la réglementation de l'enseignement des soins infirmiers, par pays



Note : En additionnant les questions sur l'enseignement des soins infirmiers, score brut de 0 à 9
Source : CNPS 2019.

5.5 Enseignement et offre en personnel infirmier

5.5.1 Principales conclusions

- Au total, 88 pays, principalement d'Asie du Sud-Est et d'Europe, ont communiqué des données sur le nombre de diplômés en soins infirmiers par an.
- Les Régions ayant la plus faible densité d'infirmiers(ères) (Régions Afrique, Méditerranée orientale et Asie du Sud-Est) ont également les nombres de diplômés les plus faibles (respectivement 7,7, 7,1 et 12,2 pour 100 000 habitants).
- Par rapport à leur population, la Région Amériques comptait 10 fois plus de diplômés que les Régions Afrique et Méditerranée orientale.
- Dans les pays ayant fourni des données, la durée moyenne de l'enseignement des soins infirmiers dans les Régions Afrique et Pacifique occidental était de deux à trois ans pour environ 75 % des pays, tandis qu'elle était de quatre à cinq ans pour plus de la moitié des pays des Régions Amérique, Asie du Sud-Est et Méditerranée orientale.

5.5.2 Filière de l'enseignement

101. Des investissements importants dans l'enseignement et la formation sont nécessaires pour répondre aux besoins actuels et futurs des systèmes de santé et couvrir les besoins nationaux et infranationaux.
102. Pour évaluer l'adéquation de la filière de l'enseignement, il a été demandé aux pays de fournir le nombre de diplômés en soins infirmiers pour l'année la plus récente disponible. Au total, 88 pays, dont près de la moitié (41) se trouvent en Europe, ont communiqué des informations sur cet indicateur. Les chiffres « totaux » du Tableau 5.8 doivent donc être interprétés avec la plus grande prudence, car ils sont faussés par les données de l'Asie du Sud-Est et de l'Europe, et ne sont pas représentatifs de la situation dans d'autres Régions.
103. Comme pour la densité du personnel infirmier, le niveau de revenu est un facteur associé à l'augmentation du nombre de diplômés pour 100 000 habitants.
104. Une simulation basée sur les données disponibles et appliquant à la population mondiale la densité globale de 22,6 diplômés pour 100 000 habitants donnerait une estimation de 1,72 million de diplômés en soins infirmiers par an. Cette analyse doit être considérée comme un simple exemple, car elle ne concerne qu'un petit nombre de pays par Région, à l'exception de la Région Europe. Cependant, les données, bien que limitées en termes de couverture, n'ont pas montré une grande différence dans le ratio entre diplômés et stock de personnel infirmier. En outre, ces résultats estimés sur le stock ont été comparés à la part du groupe d'âge des moins de 35 ans, c'est-à-dire à grosso modo au personnel ayant commencé à travailler au cours des 10 dernières années. En utilisant un dixième de ce groupe plus jeune comme estimation du stock entrant sur le marché chaque année, cela correspondrait à un stock de 1,06 million à comparer avec l'estimation actuelle de 1,7 million de diplômés. Comme tous les agents ne sont pas employés, l'ordre de grandeur semble plausible.

Tableau 5.8 Production d'infirmiers(ères) diplômé(e)s, par Région de l'OMS et par catégorie de revenu

PAR RÉGION OMS	Nombre de pays répondants/ total	Nombre moyen de diplômés en soins infirmiers pour 100 infirmiers(ères) en exercice			Nombre de diplômés pour 100 000 habitants
		Global	Plus bas	Plus haut	
Afrique	14/47	8,8	2,8	23,7	7,7
Amériques	14/35	9,8	0,8	30,8	81,2
Asie du Sud-Est	8/11	7,5	3,9	13,8	12,2
Europe	41/53	4,0	1,0	31,9	31,9
Méditerranée orientale	5/21	4,6	0,6	16,5	7,1
Pacifique occidental	6/27	5,7	3,4	12,0	20,6
PAR CATÉGORIE DE REVENU					
Pays à revenu faible	8/31	13,8	4,1	31,9	10,4
Pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure	15/46	7,7	2,8	13,8	12,8
Pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure	26/60	6,4	0,6	30,8	22,7
Pays à revenu élevé	40/57	3,6	1,5	7,6	38,7
Total	88/194	6,2	0,6	31,9	22,6

Source : CNPS 2019. Les catégories de revenu proviennent de la classification adoptée par la Banque mondiale à partir de 2018.



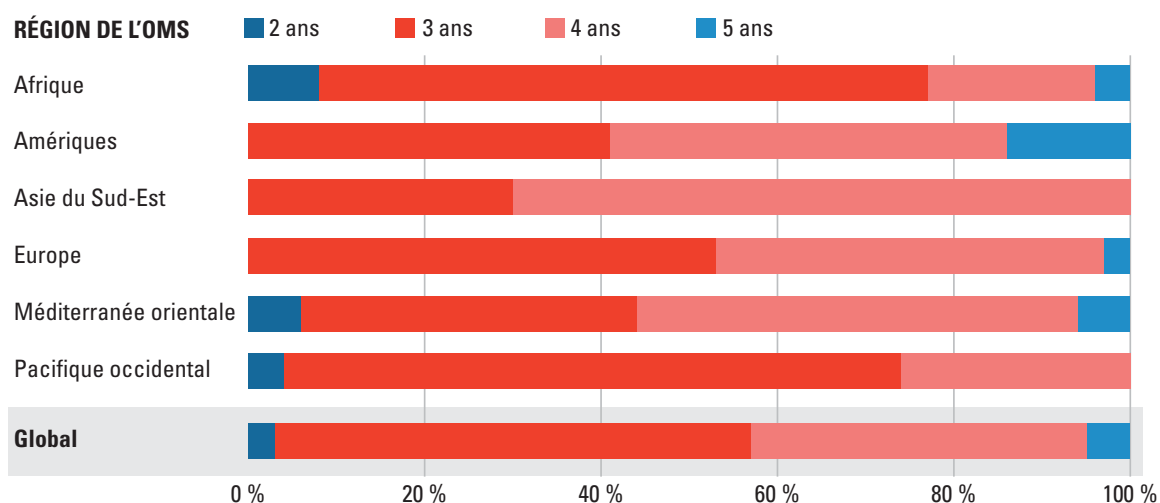
© OMS/Yoshi Shimizu

5.5.3 Durée de la formation initiale

105. Des données sur la durée des programmes de formation initiale du personnel infirmier ont été obtenues pour 157 pays auprès de diverses sources. Quelques pays, principalement dans les Régions Afrique, Méditerranée orientale et Pacifique occidental, ont des programmes de deux ans, tandis que la majorité des pays de toutes les Régions ont des programmes de trois ou quatre ans ; les programmes de cinq ans sont rares dans les différentes Régions (Figure 5.10). Dans les Régions Afrique et Pacifique occidental, environ trois quarts des pays ont des programmes de trois ans, et dans la Région Asie du Sud-Est, près de trois quarts des pays ont des programmes de quatre ans.

106. À une époque où le champ de pratique des soins infirmiers s'étend, il est important de prendre en compte la formation du personnel infirmier au-delà de la formation initiale, ainsi que les entrées multiples par des voies d'accès direct (avec des conditions préalables définies). Les déclarations relatives à la durée des programmes de formation initiale sont soumises à ces limitations inhérentes, ce qui limite la capacité des données présentées à décrire la grande diversité de l'enseignement dispensé aux infirmiers(ères) dans le monde, en particulier pour les fonctions avancées.

Figure 5.10 Durée moyenne (en années) de la formation du personnel infirmier, par Région de l'OMS



Source : CNPS 2019 pour 99 pays et base de données Sigma pour 58 pays. Dernières données disponibles notifiées par les pays entre 2013 et 2018.

5.6 Réglementation relative à l'embauche et aux conditions de travail

5.6.1 Principales conclusions

- Les Régions Afrique, Amériques, Europe et Méditerranée orientale ont déclaré de hauts niveaux de mécanismes de réglementation relatifs aux conditions de travail du personnel infirmier.
- Certains pays, principalement dans les Régions Asie du Sud-Est et Pacifique occidental, mais aussi dans la Région Afrique et en Amérique du Sud, ont fait état de niveaux plus faibles de ces mécanismes de réglementation.
- Un peu plus d'un tiers des pays (37 %) ont déclaré avoir mis en place des mesures pour prévenir les agressions sur les agents de santé, principalement dans les Régions Asie du Sud-Est et Méditerranée orientale.
- L'existence d'une fonction avancée pour les soins infirmiers (signalé par 53 % des 95 pays répondants) est plus fréquente dans les pays à faible densité de médecins, ce qui laisse penser qu'une plus grande autonomie professionnelle des infirmiers(ères) pourrait constituer une réponse pour remédier à la pénurie de médecins.

5.6.2 Analyse des résultats

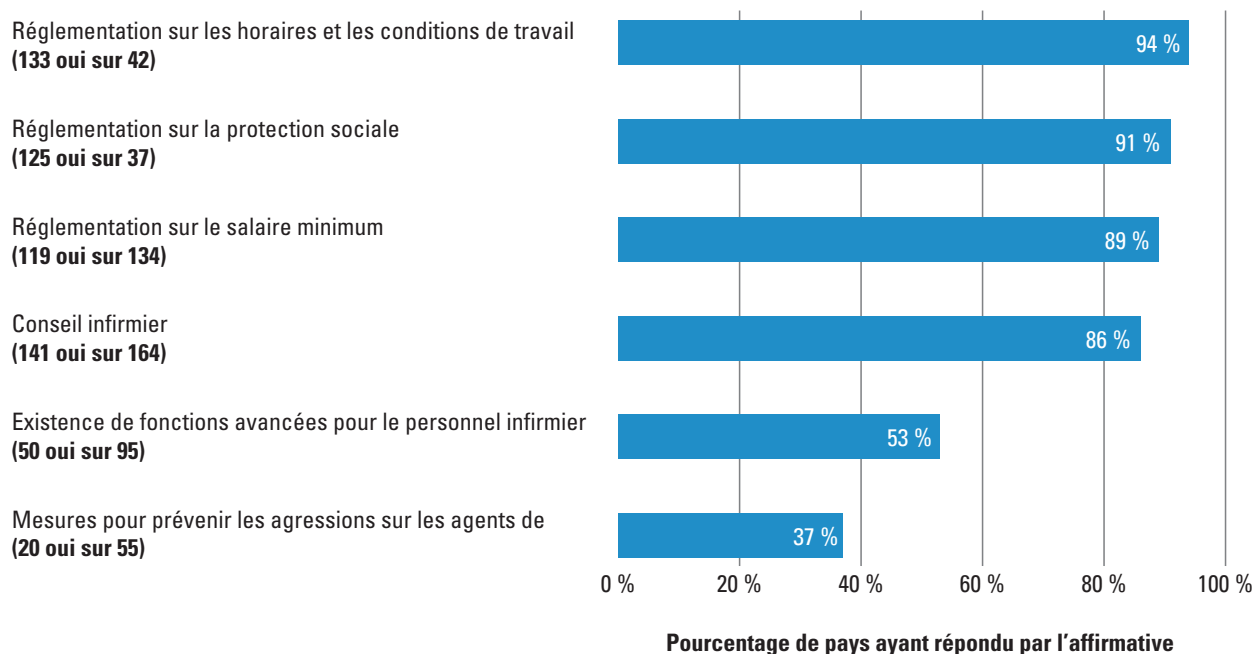
107. Les caractéristiques des postes et les conditions de travail sont les principaux moteurs de l'attractivité de la profession, de la performance et de la productivité, et du maintien en poste du personnel de santé. La stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 appelle à soutenir « les droits individuels, professionnels et d'emploi de tous les agents santé, notamment un environnement de travail sûr et décent, loin de toute forme de discrimination, de coercition et de violence ». Pour évaluer cette dimension, six indicateurs liés à la réglementation des caractéristiques des postes et des conditions de travail ont été examinés (Figure 5.11). Il convient de noter que trois indicateurs (réglementation du nombre d'heures et des conditions de travail, conseil infirmier, existence de fonctions avancées) sont spécifiques aux soins infirmiers tandis que les

autres s'appliquent au personnel de santé dans son ensemble, y compris les infirmiers(ères).

108. Parmi les pays répondants, plus de 80 % ont déclaré disposer d'une réglementation du nombre d'heures et des conditions de travail, la protection sociale et le salaire minimum, ainsi que d'un conseil infirmier ou équivalent, mais un nombre plus restreint de pays répondants (53 %) ont indiqué qu'ils disposaient de fonctions avancées pour les soins infirmiers. Au total, 55 pays ont répondu à l'indicateur sur l'existence de mesures visant à prévenir les agressions sur les agents de santé, dont un peu plus d'un tiers (37 %) ont déclaré que de telles mesures étaient en place.

109. Le Tableau 5.9 indique que les pays de la Région Méditerranée orientale ont fait état de niveaux plus élevés de mécanismes de réglementation relative à l'embauche des infirmiers(ères) examinés dans le présent

Figure 5.11 Pourcentage de pays disposant d'une réglementation en vigueur sur les conditions de travail



Source : CNPS 2019.

Tableau 5.9 Pourcentage de pays ayant répondu sur l'existence d'une réglementation sur les conditions de travail du personnel infirmier, par Région de l'OMS

RÉGION OMS	Réglementation du nombre d'heures et des conditions de travail	Réglementation sur le salaire minimum	Réglementation sur la protection sociale	Mesures pour prévenir les agressions sur les agents de santé	Existence de fonctions avancées pour les soins infirmiers	Conseil infirmier
Afrique	90 %	90 %	85 %	41 %	74 %	78 %
Amériques	97 %	85 %	94 %	37 %	55 %	91 %
Asie du Sud-Est	75 %	50 %	50 %	67 %	50 %	80 %
Europe	98 %	92 %	100 %	26 %	30 %	96 %
Méditerranée orientale	85 %	100 %	92 %	73 %	75 %	85 %
Pacifique occidentale	100 %	86 %	57 %	30 %	52 %	78 %
Niveau mondial	94 %	89 %	91 %	37 %	53 %	86 %

Source : CNPS 2019, et indicateurs spécifiques de *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020* pour le dernier facteur. Dernières données disponibles notifiées par les pays entre 2013 et 2018.

rapport : plus de 70 % des pays ont répondu par l'affirmative aux six indicateurs. Les Régions Asie du Sud-Est et Méditerranée orientale sont les deux seules Régions où la majorité des pays ont déclaré avoir mis en place des mesures pour prévenir les agressions sur les agents de santé, ce qui reflète probablement la fréquence relativement élevée de ces agressions dans ces Régions.¹⁰ Les Régions Afrique, Amériques et Europe ont également répondu par l'affirmative pour la plupart des indicateurs faisant l'objet d'un suivi ; toutefois, seuls 30 % des pays européens ayant répondu ont indiqué avoir des fonctions avancées pour les soins infirmiers et 26 % ont déclaré avoir mis en place des mesures pour prévenir les agressions sur les agents de santé.

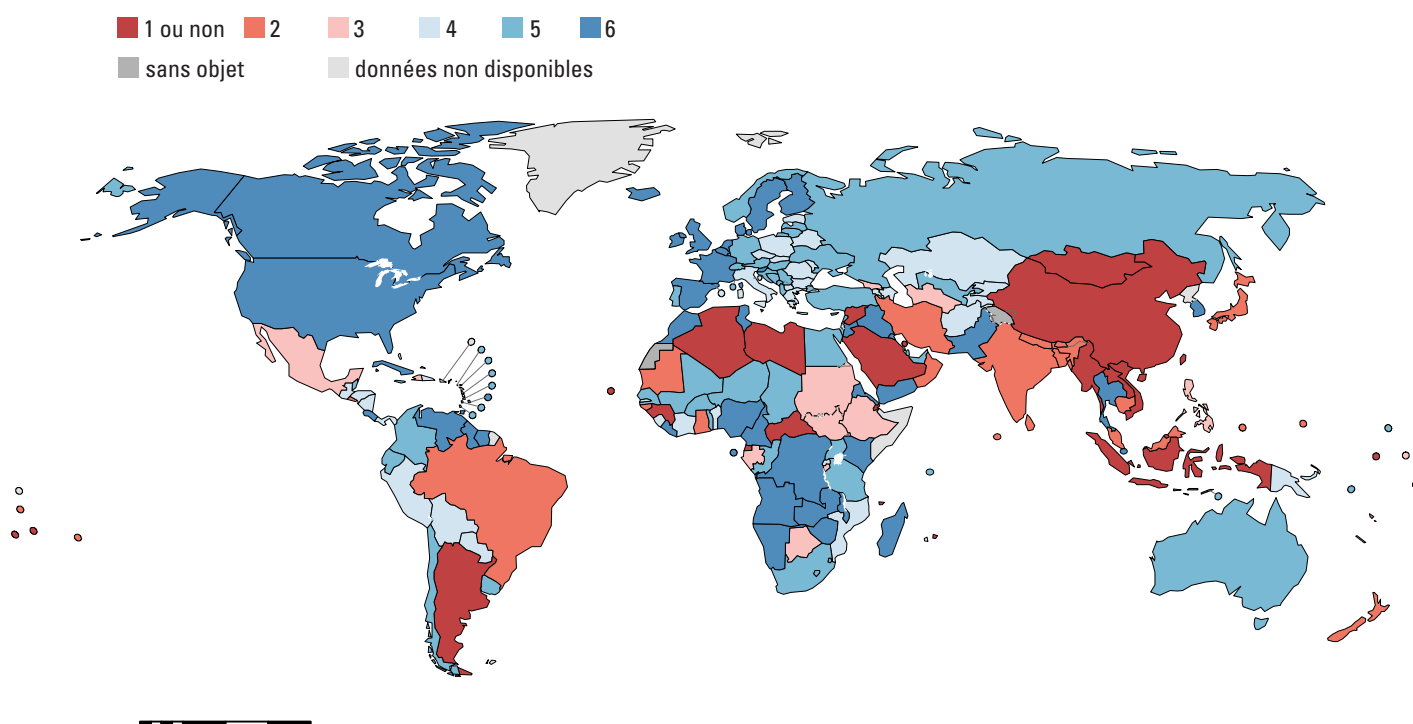
avoir un conseil infirmier ou un organe équivalent. Toutefois, ils ont signalé des niveaux plus faibles pour les trois autres mécanismes de réglementation. La région Asie du Sud-Est a signalé le plus faible taux de réponses affirmatives aux indicateurs évaluant l'environnement réglementaire, bien que la moitié des pays de cette Région aient répondu par l'affirmative à chacun des six indicateurs. Comme indiqué à la section 5.4, ces différences régionales peuvent, dans une certaine mesure, indiquer des perceptions différentes quant à la signification de ces indicateurs, ainsi que des taux de déclaration différents d'une Région à l'autre. Les données collectées ne fournissent pas d'informations sur l'adéquation de la réglementation ou le niveau de mise en œuvre des dispositions pertinentes.

110. De nombreux pays de la région Pacifique occidental ont déclaré disposer d'une réglementation sur les heures et conditions de travail et sur un salaire minimum, et

111. Les données pour les six indicateurs ont été utilisées pour obtenir un score composite pour la réglementation des conditions de

10 Système de surveillance des agressions sur les agents de santé : <https://publicspace.OMS.int/sites/ssa/SitePages/PublicDashboard.aspx>.

Figure 5.12 Carte des scores portant sur la réglementation relative aux conditions de travail

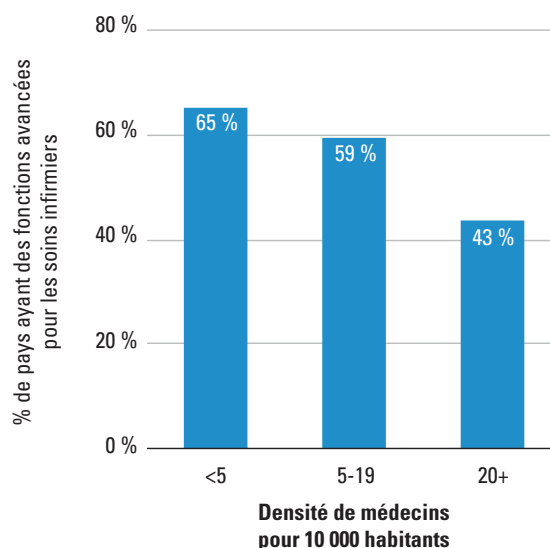


Note : En additionnant les questions sur les conditions de travail, score brut de 0 à 6
Source : CNPS 2019.

travail pour chaque pays en utilisant une méthodologie similaire à celle utilisée dans la section 5.4, et avec les méthodes décrites dans l'annexe 2. La Figure 5.12 confirme la conclusion selon laquelle, comme pour le système d'enseignement examiné dans la section 5.4, l'environnement réglementaire est relativement plus fort en Amérique du Nord, en Afrique subsaharienne et dans la Région Europe.

112. On constate que les fonctions avancées pour les soins infirmiers étaient plus fréquentes dans les pays où la densité de médecins est plus faible, comme le montre la Figure 5.13.

Figure 5.13 Pourcentage de pays ayant des fonctions avancées pour les soins infirmiers par niveau de densité de médecins pour 10 000 habitants



Source : CNPS 2019.



© AKDN/Christopher Wilton-Steer

5.7 Gouvernance et leadership

5.7.1 Principales conclusions

- Sur les 115 et 76 pays ayant répondu, respectivement, 71 % ont déclaré avoir un poste de directeur général des soins infirmiers ou de directeur général national des soins obstétricaux au niveau de l'administration centrale et 53 % un programme de renforcement du leadership.
- La présence d'un poste de directeur général des soins infirmiers au niveau de l'administration centrale et aussi l'existence d'un programme de renforcement du leadership concourent à un meilleur encadrement de la profession infirmière.
- Cependant, ni les postes de directeur général des soins infirmiers ni les programmes de renforcement du leadership ne sont liés à une augmentation des taux de production d'infirmiers(ères).

5.7.2 Analyse des résultats

113. Le développement futur de la profession d'infirmier(ère) nécessite un leadership et une gouvernance forts (264, 265). Deux indicateurs élaborés pour *La situation du personnel infirmier 2020 dans le monde* ont été utilisés pour évaluer l'état du leadership et de la gouvernance dans les soins infirmiers, à savoir l'existence d'un poste de directeur général national des soins infirmiers et l'existence de programmes soutenus au niveau national pour développer les compétences en leadership, recherche ou de connaissances des politiques (respectivement, 115 et 76 pays ont répondu pour le premier et le deuxième indicateur).
114. Sur les 115 pays répondants, 71 % ont déclaré avoir un poste de directeur général des soins infirmiers, avec une fourchette allant de 54 % dans la Région Méditerranée orientale à 86 % dans la Région Europe (Tableau 5.10). Moins de pays (53 % des 76 pays répondants) ont déclaré disposer d'un programme de renforcement du leadership, avec une fourchette allant de 40 % dans la Région Asie du Sud-Est à 64 % Région Afrique.
115. Il existe des corrélations significatives entre un environnement réglementaire fort déclaré

et l'environnement de gouvernance et de leadership des soins infirmiers déclaré. La Figure 5.14 montre qu'en moyenne, les pays disposant d'un directeur général des soins infirmiers et d'un programme de leadership pour les soins infirmiers ont obtenu des scores plus élevés pour la réglementation sur les conditions de travail et celle sur la formation du personnel infirmier.

116. Bien que l'existence d'un directeur général des soins infirmiers et celle d'un programme de renforcement du leadership soient, l'une et l'autre, liés à un environnement réglementaire solide, le lien est légèrement plus fort pour les programmes de leadership que pour les postes de directeur général des soins infirmiers. En d'autres termes, l'existence d'un poste de directeur général des soins infirmiers au niveau de l'administration centrale ne débouche pas nécessairement sur des mesures telles que l'introduction de programmes de renforcement du leadership : en effet, 37 % des pays disposant d'un directeur général des soins infirmiers ne possédaient pas de programme de renforcement du leadership.
117. Afin de vérifier l'hypothèse selon laquelle le leadership et la gouvernance dans le domaine des soins infirmiers se traduit également par des investissements

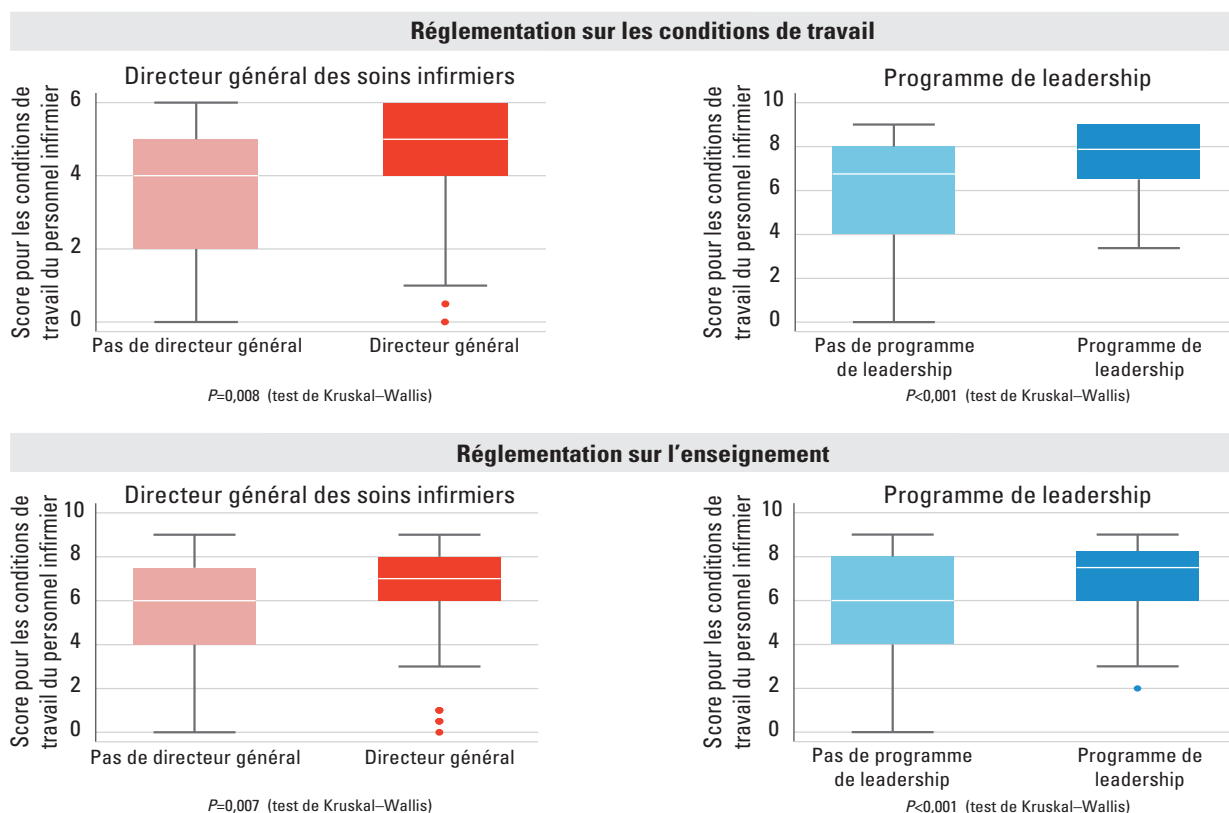
accrus, comme le montre l'accélération de l'obtention du diplôme d'infirmier et du recrutement ultérieur pour faire face aux pénuries, la proportion de diplômés dans les pays ayant des mesures de leadership et de gouvernance a été comparée à celui des pays n'en ayant pas. Aucun lien

statistiquement significatif n'a été identifié, ce qui suggère qu'un leadership et une gouvernance solides dans le domaine des soins infirmiers ne se traduisent pas nécessairement par une production accélérée de diplômés en soins infirmiers.

Tableau 5.10 Indicateurs de leadership et de gouvernance : pourcentage de pays avec un poste de directeur général des soins infirmiers et un programme de renforcement du leadership, par Région OMS

RÉGION OMS	Poste de directeur général des soins infirmiers		Programme de renforcement du leadership	
	Nombre de pays répondants/total	% oui	Nombre de pays répondants/total	% oui
Afrique	26/47	60 %	28/47	64 %
Amériques	26/35	79 %	16/35	46 %
Asie du Sud-Est	6/11	60 %	4/11	40 %
Europe	30/53	86 %	10/53	56 %
Méditerranée orientale	7/21	54 %	8/21	62 %
Pacifique occidental	20/27	74 %	10/27	43 %
Niveau mondial	115/194	71 %	76/194	53 %

Figure 5.14 Lien entre poste de directeur général des soins infirmiers et programme de leadership en soins infirmiers et environnement réglementaire



Source : Indicateurs spécifiques de *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020*, 2019.

5.8 Évaluation de la trajectoire actuelle des résultats concernant les ODD 2030

5.8.1 Principales conclusions

- Nous estimons qu'il manque 5,9 millions d'infirmiers(ères) en comparant les données de 2018 avec les valeurs de référence définies dans la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé ; les carences se concentrent principalement (89 %) dans les pays à revenu faible et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure.
- Si tous les pays maintiennent leur niveau actuel de production de personnel infirmier diplômé, le nombre d'infirmiers(ères) devrait passer de près de 28 millions en 2018 à environ 36 millions en 2030 ; 70 % de cette augmentation prévue devrait toutefois se produire dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et à revenu élevé et non dans ceux où les manques sont les plus importants.
- Compte tenu de la croissance démographique prévue et du vieillissement du personnel infirmier, les Régions Afrique, Asie du Sud-Est et Méditerranée orientale devraient conserver en 2030 une densité inférieure à 25 infirmiers(ères) pour 10 000 habitants. La densité dans la Région Afrique ne devrait progresser que de manière marginale.
- Pour remédier à la pénurie de personnel infirmier dans les pays à faible densité d'infirmiers(ères), il faudrait une augmentation moyenne du nombre de diplômés chaque année de 8,8 % entre 2018 et 2030 (fourchette : 0,2-13,4 %), et une amélioration de la capacité d'absorption afin qu'elle atteigne au moins 70 %.
- Le perfectionnement de la formation du personnel infirmier pour combler les manques pourrait coûter environ US \$10 par habitant pour la période 2018 à 2030 dans les pays à revenu faible et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure touchés.

118. Pour atteindre les ODD liés à la santé, les États Membres de l'OMS devront former suffisamment d'infirmiers(ères) pour :

- a) compenser les pertes subies par la profession (par exemple, en raison de décès, de migrations ou de départs à la retraite) ;
- b) répondre à la demande accrue dans de nombreuses régions du monde en raison de la croissance et du vieillissement de la population et de l'évolution des besoins en matière de soins de santé ; et c) résorber la pénurie mondiale actuelle.

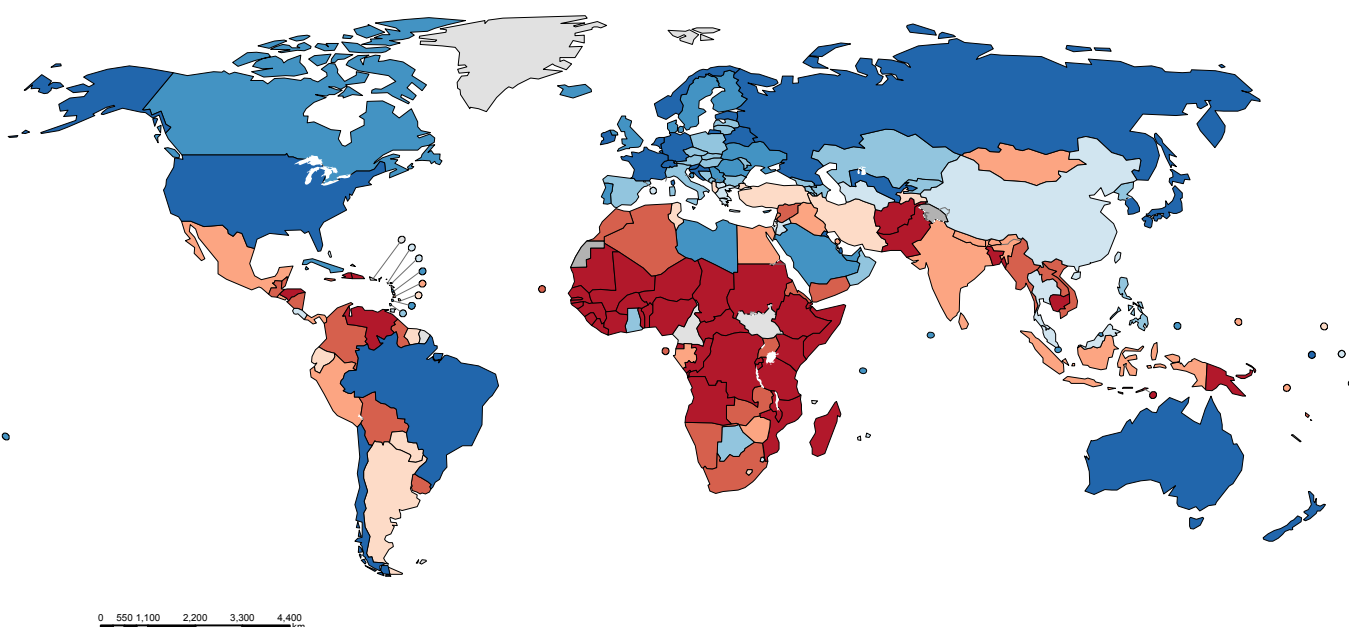
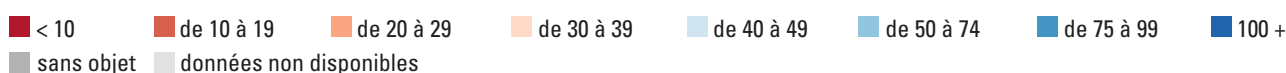
5.8.2 Projection des effectifs et de la densité du personnel infirmier jusqu'en 2030

119. Un modèle de base enregistrant le stock et les flux a été élaboré pour chaque pays, en

tenant compte des effectifs actuels, du taux de départs à la retraite estimé (sur la base de la répartition par âge du personnel infirmier), de la croissance démographique et des hypothèses relatives à l'entrée sur le marché du travail (voir annexe 2 pour la description des scénarios). Selon les tendances actuelles, le stock de personnel infirmier devrait passer de 27,9 millions en 2018 à 35,9 millions en 2030.

120. L'augmentation du stock de personnel infirmier d'ici 2030 concernera essentiellement les pays à revenu élevé, avec une croissance très limitée dans les pays à revenu faible (Figure 5.15). Les disparités documentées en 2018 (voir section 5.2) devraient se poursuivre en grande partie jusqu'en 2030.

Figure 5.15 Projection de la densité du personnel infirmier pour 10 000 habitants en 2030 (répartition mondiale)



Note : Les effectifs comprennent le personnel infirmier et apparenté.

121. La trajectoire de croissance du stock estimé n'est pas suffisante pour répondre pleinement aux besoins, en particulier dans la Région Afrique, où l'on prévoit une croissance démographique de 34 %. En outre, la Région Méditerranée orientale ne devrait connaître qu'une augmentation marginale du stock de personnel infirmier (Tableau 5.11).

122. Les projections ont été réalisées sur la base de différentes hypothèses et scénarios, en se fondant sur la disponibilité et la qualité des données pour les facteurs utilisés dans l'analyse. Les limites potentielles de ces projections sont examinées à l'annexe 2.

123. Le stock de personnel infirmier devrait augmenter de manière significative dans les Régions Amérique, Asie du Sud-Est et Pacifique occidental. Si l'on considère les choses en fonction du revenu des pays, 88 % de l'augmentation du stock est prévue dans les pays à revenu intermédiaire (Figure 5.16).

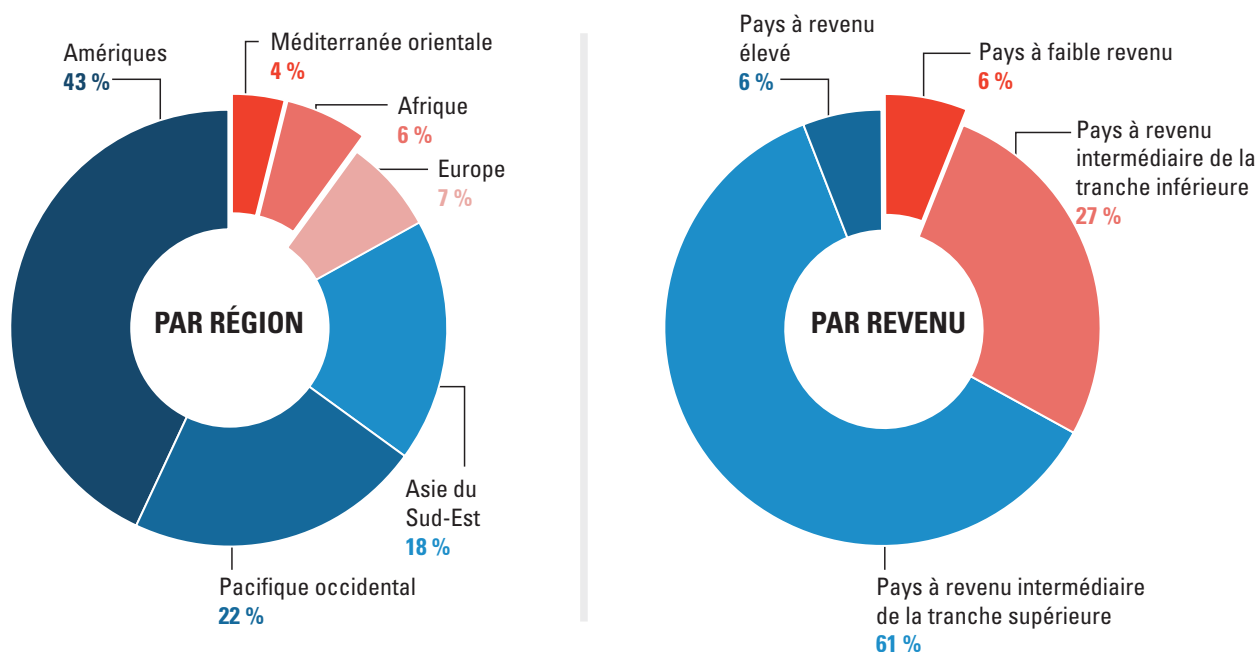
5.8.3 Pénurie de personnel infirmier

124. La Stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé a estimé en 2016 que d'ici 2030, il y aurait une pénurie mondiale de 7,6 millions d'infirmiers(ères) et de sages-femmes dans les pays dont la densité est inférieure à un seuil de référence de 4,45 médecins, infirmiers(ères) et sages-femmes pour 1000 habitants ; cette valeur seuil excluait la plupart des pays à revenu élevé. En adoptant la même méthodologie et les mêmes valeurs de référence, mais en utilisant des données plus récentes, une pénurie de 5,9 millions d'infirmiers(ères) a été estimée pour 2018, et de 5,7 millions pour 2030. Les pays qui ont connu les plus grandes pénuries (en nombre) en 2018 sont le Bangladesh, l'Inde, l'Indonésie, le Nigeria et le Pakistan. Le niveau de revenu est fortement lié aux pénuries de personnel infirmier (annexe 2, Tableau A2.2), 89 % des manques en 2018 se concentrant dans les pays à revenu faible et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure.

Tableau 5.11 Simulation du stock estimé de personnel infirmier de 2018 à 2030 selon trois scénarios, par Région de l'OMS

RÉGION DE L'OMS	Stock constaté en 2018 (million)	Stock estimé en 2030 (million)		
		SCÉNARIO 1 : vieillissement et catégorie correspondant aux jeunes infirmiers(ères) stable	SCÉNARIO 2 : vieillissement et nombre de diplômés semblable à ces dernières années	SCÉNARIO 3 : vieillissement et nombre de diplômés en augmentation de 50 % d'ici 2030
Afrique	0,9	1,2	1,5	2,0
Amériques	8,4	9,2	12,4	17,7
Asie du Sud-Est	3,3	4,7	5,0	6,1
Europe	7,3	8,6	8,0	10,4
Méditerranée orientale	1,1	1,9	1,5	1,7
Pacifique occidental	6,9	10,3	9,0	11,2
Niveau mondial	27,9	35,9	37,4	49,3

Figure 5.16 Augmentation prévue (jusqu'en 2030) du personnel infirmier, par Région de l'OMS et par catégorie de revenu des pays



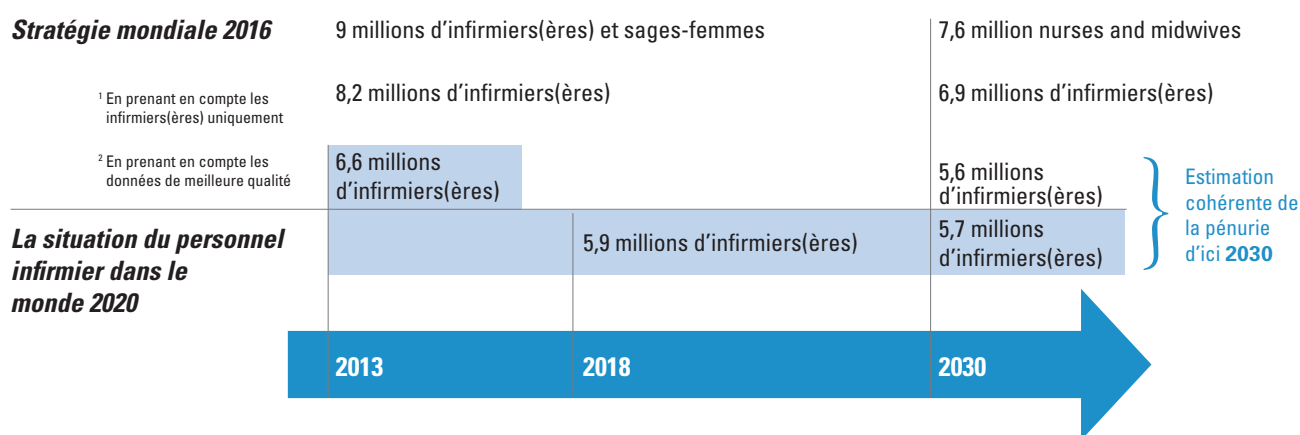
Note : Les catégories de revenu proviennent de la classification adoptée par la Banque mondiale à partir de 2018.

125. Cette estimation peut être comparée aux résultats de la Stratégie mondiale en 2016 en corrigeant l'estimation précédente pour ne présenter que la pénurie d'infirmiers(ères) (c'est-à-dire en excluant les sages-femmes) et pour tenir compte de l'amélioration des données (Figure 5.17).

126. La pénurie a été estimée en tenant compte de la valeur de référence utilisée dans la Stratégie mondiale. Ainsi, tous les pays au-dessus de la valeur de référence sont exclus de cette estimation. Cela ne veut pas dire que les pays au-dessus de la valeur de référence ne connaissent pas de pénurie d'infirmiers(ères). La plupart d'entre eux connaissent en fait un niveau significatif de pénurie déterminé en fonction des cibles de prestation de services identifiées au niveau national et de la configuration des systèmes de santé. Pour ces pays, il convient de procéder à des estimations spécifiques des pénuries. Les pays

devraient appliquer des méthodologies qui tiennent compte du vieillissement de la population et du personnel, de l'évolution des schémas épidémiologiques, de la mise en œuvre de stratégies de maintien en poste et d'autres dynamiques du marché du travail. À titre d'exemple, une analyse fondée sur les besoins de la population définis au niveau national et les exigences des systèmes de santé a permis d'identifier une pénurie potentielle atteignant jusqu'à 3,2 millions d'infirmiers(ères) dans 31 pays de l'OCDE à revenu élevé d'ici 2030 (266). Des estimations similaires concernant les pénuries futures en personnel infirmiers ont été faites au Japon (270 000 infirmiers(ères) d'ici 2025) (267), en Allemagne (environ 500 000 agents de santé d'ici 2030, en particulier du personnel de soins aux personnes âgées et du personnel infirmier) (268), et au Royaume-Uni (pénurie de plus de 108 000 infirmiers(ères) d'ici 2030) (269), entre autres.

Figure 5.17 Estimation des pénuries en personnel infirmier en 2013, 2018 et 2030



Facteurs de correction appliqués :

¹ En retirant la proportion de sages-femmes du stock d'infirmiers(ères) et de sages-femmes réunis dans la Stratégie globale en se fondant sur des données relatives aux proportions plus récentes (90 % d'infirmiers(ères) sur l'ensemble des infirmiers(ères) + sages-femmes).

² En apportant des corrections pour tenir compte de meilleures données, ce qui se traduit par des estimations du stock plus élevées et des pénuries moins importantes : 4,4 millions d'infirmiers(ères) sur 27,8 millions en 2018, conséquence des meilleures données par rapport à la Stratégie mondiale.

Note : Pénurie estimée en comparant le stock de personnel infirmier de chaque pays au cours de chaque année à une densité de référence.

Source : Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé 2016 et Rapport 2020 sur *La situation du personnel infirmier dans le monde*.

L'estimation de la pénurie d'infirmiers(ères) de *La Situation du personnel infirmier dans le monde 2020*, si les tendances actuelles se maintiennent, est cohérente avec l'estimation de la Stratégie mondiale (5,7 millions d'infirmiers(ères) contre 5,6 millions).

5.8.4 Production de personnel et coûts nécessaires pour faire face à la pénurie de personnel infirmier d'ici 2030

127. L'augmentation nécessaire du nombre de diplômés et d'emplois pour remédier pleinement à la pénurie d'ici 2030 a été estimée sur la base de différentes hypothèses.
- Au vu des tendances actuelles, une augmentation moyenne d'environ 10 % par an du nombre de diplômés (allant de 1,5 % à 14,9 %) serait nécessaire.
 - Si la capacité d'absorption des diplômés en soins infirmiers par le marché du travail était améliorée, en utilisant un taux d'absorption de 70 % des diplômés sur le marché du travail, l'augmentation moyenne par an du nombre de diplômés devrait être de 8,8 % (allant de 0,2 % à 13,4 %) pour combler le déficit.
 - Dans un scénario où la capacité d'absorption du marché du travail serait encore accrue (80 % des diplômés), l'augmentation moyenne requise du nombre de diplômés serait de 8,1 %

par an (de 0,03 % à 12,2 %) pour combler la pénurie de personnel infirmier d'ici 2030.

128. Pour estimer l'investissement nécessaire pour résorber la pénurie d'ici 2030, le nombre supplémentaire d'infirmiers(ères) (prévu dans le scénario d'absorption de 80 % des diplômés) de 2018 à 2030 a été multiplié pour chaque pays par un coût moyen de formation d'un(e) infirmier(ère) (270). Sur la base de la littérature publiée et de la littérature grise sur les coûts de formation dans les pays à revenu faible et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, trois hypothèses différentes ont été utilisées pour le coût moyen de formation par infirmier(ère) : US \$5000, US \$10 000 et US \$20 000 (271). Les investissements nécessaires pour former des infirmiers(ères) supplémentaires afin de combler la pénurie étaient respectivement de US \$5,2, US \$10,5 et US \$21 par habitant en moyenne.¹¹ Compte tenu de la sensibilité de l'analyse liée aux hypothèses formulées et de la rareté des données, il peut être raisonnable d'adopter une estimation globale d'environ US \$10 par habitant pour élaborer des simulations illustratives.

11 Les chiffres cités représentent un investissement ponctuel pour couvrir la formation de tous les diplômés dans les pays où il y a une pénurie.



© OMS/Yoshi Shimizu

Orientations futures des politiques relatives au personnel infirmier

129. Les données factuelles présentées dans ce rapport, qui s'appuient à la fois sur les cadres existants et la littérature publiée (Chapitres 2, 3 et 4) et sur l'analyse de l'état des données disponibles sur le personnel infirmier (Chapitre 5), fournissent des arguments convaincants en faveur d'un changement radical dans la formation, le déploiement, la gestion et l'appui du personnel infirmier, dans le cadre de politiques plus larges concernant le personnel de santé et le système de santé.

130. Les investissements nécessaires seront substantiels, mais les bénéfices pour les sociétés et les économies seront encore plus importants en termes d'amélioration de la santé de centaines de millions de personnes, de création de millions d'emplois qualifiés, en particulier pour les femmes et les jeunes, et de renforcement de la sécurité sanitaire mondiale.

131. L'exploitation de ce potentiel nécessite des efforts concertés dans différents secteurs aux niveaux local, national et mondial. Dans ce chapitre, nous examinons tour à tour les principales conclusions qui se dégagent du discours mondial et des

données spécifiques rassemblées pour ce rapport ; sur cette base, nous décrivons les mesures nécessaires pour encourager les investissements durables, renforcer les capacités institutionnelles et catalyser l'action politique en faveur d'un personnel infirmier adapté aux besoins et à la pratique de sa profession.

132. Ces mesures envisageables s'adressent aux États Membres et, le cas échéant, à d'autres parties prenantes également. Leur applicabilité et leur pertinence doivent être examinées par les pays au cas par cas, en fonction des objectifs de leur système de santé, des conditions sous-jacentes et de la capacité de mise en œuvre.

6.1 Renforcement de la base de données probantes pour la planification, le suivi et la redevabilité

Synthèse des résultats

133. Le rapport 2020 sur *La situation du personnel infirmier dans le monde* se base sur les données mondiales et les éléments de preuve spécifiques aux soins infirmiers les plus complètes. Alors que

80 % des pays ont fait rapport sur au moins 15 indicateurs, les lacunes identifiées en matière de données témoignent de la capacité inégale des systèmes d'information sur les personnels de santé des pays et représentent des opportunités précieuses pour avancer en concentrant l'attention sur certains aspects.

134. La disponibilité des données était la plus élevée pour des indicateurs tels que le stock de personnel infirmier en exercice et la composition par âge (respectivement 191 et 132 pays), mais les rapports sur les indicateurs relatifs à l'enseignement, au financement et aux flux du marché du travail en santé étaient nettement moins nombreux, ce qui entrave la capacité à réaliser des analyses complètes du marché du travail en santé. Ainsi, le fait de ne connaître que les données relatives au stock de personnel sans comprendre en termes quantitatifs la capacité de production, les

taux de vacance, le chômage et l'érosion du personnel peut laisser les décideurs politiques dans l'incertitude pour déterminer si la production de personnel doit être augmentée ou si elle est adéquate. Les décideurs politiques et les responsables de la planification doivent savoir si la production de personnel infirmier par le secteur de l'enseignement et l'absorption sur le marché du travail santé sont en adéquation ou si elles conduisent à une forme quelconque de déséquilibre (pénurie ou chômage) (voir Encadré 6.1).

135. Les facteurs qui influent sur la disponibilité des données et la capacité des pays à rendre compte de ces indicateurs sont le niveau de coordination entre les ministères de la santé, du travail, de l'éducation et des finances, ainsi que l'engagement avec d'autres parties prenantes, telles que les associations professionnelles, les conseils et les établissements d'enseignement.

Encadré 6.1 Analyse du marché du travail en santé en Écosse

En décembre 2019, le Gouvernement écossais a publié un plan intégré pour le personnel de santé et des services sociaux en Écosse (272). Ce plan prévoit une stratégie permettant aux personnes de rester chez elles plutôt que d'être hospitalisées. Toutefois, sa mise en œuvre nécessite une augmentation du nombre d'infirmiers(ères) de district.

Le Gouvernement écossais a utilisé les données du NHS National Services Scotland pour créer des scénarios modélisés sur le nombre d'élèves infirmiers supplémentaires qui serait nécessaire. Le Gouvernement a également pris en compte l'offre et les pénuries dans d'autres professions de la santé, l'impact de ces pénuries sur les soins à dispenser et la manière d'y remédier.

Les données et les conclusions ont été partagées avec le groupe de référence pour l'admission des étudiants en soins infirmiers et en obstétrique (Nursing and Midwifery Student Intake Reference Group) et d'autres parties prenantes. Ce dialogue a débouché sur des décisions visant à adopter une approche proactive de la formation des infirmiers(ères) de district, à accroître l'investissement dans l'enseignement et la formation des infirmiers(ères) de district et à envisager des dispositions en matière de personnel qui permettront aux infirmiers(ères) déjà en service de recevoir cet enseignement et cette formation.

Il s'agit là de la première tentative du Gouvernement pour traiter les questions de personnel de santé et des services sociaux de manière intégrée au niveau national et pour passer d'une planification concernant une seule profession à une planification des soins en équipes multidisciplinaires.

Mesures envisageables

136. Les pays devraient accélérer la mise en œuvre de leurs Comptes nationaux des personnels de santé (CNPS), notamment la présentation de rapports contenant des données ventilées sur le personnel infirmier. Il est particulièrement urgent de combler les lacunes relatives aux éléments de données essentiels afin d'effectuer des analyses nationales du marché du travail en santé. Cela passe par un effort global de renforcement et de développement des capacités du système d'information sur les ressources humaines pour la santé (273). La description du personnel infirmier dans le monde a pu être réalisée grâce aux efforts mondiaux de mise en œuvre des CNPS et à l'engagement pris de diversifier les sources de données. Le renforcement des capacités institutionnelles en matière de ressources humaines pour les systèmes d'information sanitaire peut nécessiter la mise en place de mécanismes permanents visant à réunir les parties prenantes, notamment les responsables des soins infirmiers, à établir des mécanismes clairs pour la collecte et l'échange de données, à discuter de la disponibilité et de la qualité des données ainsi que des défis à relever, et à mettre en place des systèmes de données interopérables. La coordination entre les différents secteurs et parties prenantes peut également offrir des possibilités de formaliser le mandat politique de collecte et de partage des données, et de dialogue stratégique intersectoriel en vue de traduire les données en changements significatifs en matière de politiques. Les pays devraient tirer parti de meilleures données sur le personnel infirmier et de santé à inclure dans les analyses du marché du travail en santé afin de guider les décisions sur les politiques et l'investissement au niveau national (voir Encadré 6.2).

6.2 Mobilité et migrations

Synthèse des résultats

137. Environ 3,7 millions d'infirmiers(ères) (soit un(e) sur huit) exercent dans un pays autre que leur pays de naissance ou de

formation en soins infirmiers. Les résultats indiquent une forte mobilité internationale du personnel infirmier, alimentée par une forte dépendance à l'égard des infirmiers(ères) migrant(e)s dans les pays où la production de personnel nationale est faible. La demande des pays à revenu élevé (où plus de 15 % des infirmiers(ères) sont né(e)s ou ont été formé(e)s à l'étranger) peut attirer les infirmiers(ères) les plus qualifié(e)s des pays à revenu faible et creuser les écarts de qualité et de répartition qui sont préjudiciables à la santé des populations (voir Encadré 6.3).

138. Des niveaux très élevés d'émigration (lorsqu'ils ne sont pas le résultat d'une politique délibérée d'exportation de personnel infirmier à l'étranger) peuvent être interprétés comme un signe de conditions de travail peu attrayantes dans le pays d'origine. La recommandation en matière de politiques devrait donc se concentrer sur le traitement des causes sous-jacentes (en termes d'amélioration de l'environnement de travail, de systèmes de soutien et de rémunération), plutôt que de tenter de traiter isolément le phénomène migratoire. Parallèlement, dans la formation des infirmiers(ères), il convient de trouver un juste équilibre entre les aptitudes et les compétences requises pour préparer un(e) infirmier(ère) à travailler dans son contexte local et dans le secteur des soins primaires, et l'intérêt des étudiants à acquérir des compétences qui leur permettront de maximiser leurs possibilités de revenus et d'émigrer pour travailler dans un cadre professionnel plus spécialisé ou international.

139. Avec l'augmentation considérable du nombre d'infirmiers(ères) qui émigrent, l'approche habituelle consistant à trouver des solutions nationales pour la protection du public est inadéquate, et les systèmes réformés doivent fournir et améliorer des solutions régionales et mondiales (245,278,279). En outre, sachant que de nombreux pays sont à la fois des pays d'origine et de destination, il est essentiel de mieux comprendre les schémas de déplacement afin de gérer efficacement la

Encadré 6.2 Communauté sanitaire de l'Afrique orientale, centrale et australe : collaboration nationale sur la communication des données relatives aux soins infirmiers à l'aide des indicateurs des CNPS

La Communauté sanitaire de l'Afrique de l'Est, centrale et australe (ECSA-HC) est une organisation de santé intergouvernementale qui encourage et promeut la coopération régionale en matière de santé (274). Les pénuries de personnel infirmier sont courantes dans la sous-région. Les mauvaises conditions de travail et le nombre élevé de patients se traduisent par un manque de motivation des infirmiers(ères) à intégrer le marché du travail et des niveaux élevés d'émigration. Les systèmes d'enseignement souvent fragmentés sont confrontés à un manque d'enseignants et à de faibles capacités en matière de réglementation, ce qui freine la formation d'infirmiers(ères) qualifiés en nombre suffisant.

Le Groupe de la Banque mondiale a collaboré avec Jhpiego, le Conseil international des infirmières et le College of Nursing de l'ECSA dans le cadre d'une étude visant à évaluer les marchés du travail et de la formation des infirmiers(ères). L'objectif était d'estimer l'ampleur des défis dans ces systèmes et d'identifier les politiques visant à renforcer l'enseignement des soins infirmiers dans la région grâce à des investissements publics et privés ciblés. L'étude a examiné la manière dont l'interaction entre le système d'enseignement et le système de santé était influencée par le marché du travail des infirmiers(ères), en tenant compte des défis en matière de gouvernance et de réglementation. Les données recueillies étaient des indicateurs provenant des CNPS (273) mis en place par l'OMS, ainsi que des données qualitatives supplémentaires recueillies lors de consultations régionales. Les équipes de pays qui ont coordonné la communication des données pour l'étude étaient des unités de leadership en soins infirmiers nationales (appelées « quads ») bénéficiant d'un soutien supplémentaire de l'OMS dans le cadre du processus d'examen (voir également la sous-section 6.3.3).

Les résultats ont confirmé un marché déséquilibré et un grave décalage entre l'offre et la demande dans la sous-région. Bien que l'offre en personnel infirmier ait augmenté plus rapidement que la croissance démographique au cours des 10 dernières années, elle coexiste avec de faibles taux d'absorption des infirmiers(ères) dans les postes du secteur public (souvent en raison du manque d'efficacité de recrutement ou de conditions de travail inacceptables) dans de nombreux pays, et avec d'importantes pénuries par rapport aux besoins. L'analyse des projections indique que la demande effective devrait augmenter de 33 % entre 2019 et 2039, mais qu'il resterait un excédent de plus de 220 000 infirmiers(ères) que les secteurs public et privé ne peuvent ou ne veulent pas employer. En revanche, des estimations prévoient que les pénuries par rapport aux besoins atteindront 841 000 infirmiers(ères) d'ici 2030, ce qui accentuera les déséquilibres actuels sur le marché du travail en soins infirmiers.

L'étude a conclu que l'augmentation de l'offre en infirmiers(ères) pour répondre aux ODD dans les pays de l'ECSA nécessiterait de renforcer la formation des infirmiers(ères), d'améliorer la qualité des écoles d'infirmiers(ères) (notamment par l'application de mécanismes d'assurance qualité) et d'augmenter les ressources nécessaires pour absorber les infirmiers(ères) sur les marchés du travail locaux et régionaux. Cela pourrait se faire par des investissements adéquats dans les ressources physiques et humaines, la gouvernance des soins infirmiers, la réglementation et la production de données et de capacités d'analyse pour permettre aux pays de suivre l'impact des investissements.

Encadré 6.3 Approche de l'Allemagne en matière de gestion des migrations

Le 9 novembre 2018, le Parlement allemand a adopté la loi sur le renforcement des soins, qui vise à améliorer l'attractivité des soins de santé et des soins de longue durée pour les employés et le personnel soignant des hôpitaux et des maisons de retraite (275). L'amélioration des effectifs dans ces établissements était au cœur de la politique de santé du nouveau Gouvernement. Pendant de nombreuses années, les soins de santé et les soins de longue durée ont souffert d'une grave pénurie d'infirmiers(ères), avec un manque généralisé de personnel dans les hôpitaux et les maisons de retraite. Le nombre de professionnels quittant le secteur de la santé pour cause de retraite et d'insatisfaction était supérieur au nombre de ceux qui entraient sur le marché du travail à la fin de leur formation professionnelle. En outre, le manque de personnel est perçu comme entraînant une détérioration des conditions de travail du personnel et une mauvaise qualité des soins. En 2012, il était prévu que l'Allemagne connaîtrait une pénurie en personnel infirmier de 263 000 à 500 000 personnes d'ici 2030 (276). Dans sa tentative de réduire la pénurie de personnel, l'Allemagne a adopté une stratégie à plusieurs volets comprenant un renforcement de l'enseignement, la création de nouveaux emplois en soins infirmiers et l'optimisation du recrutement international d'agents de santé migrants, notamment des infirmiers(ères) d'Europe centrale et du Sud-Est (277). Dans ce dernier domaine, l'Allemagne a pris des mesures pour exploiter les possibilités d'avantages mutuels avec les pays pourvoyeurs d'agents de santé, notamment par le biais d'une coopération technique et d'accords bilatéraux qui offrent des possibilités de formation et d'investissement dans le pays d'origine (168).

mobilité et de planifier les besoins futurs en personnel de santé. Toutefois, seuls 86 États Membres ont communiqué le pourcentage d'infirmiers(ères) né(e)s ou formé(e)s à l'étranger dans leurs effectifs, type de données qui constitue une des exigences de base en matière de notification prévues dans le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé.

améliorés peuvent faciliter la mobilité grâce à l'harmonisation des conditions d'admission à un programme d'enseignement des soins infirmiers et du contenu éducatif requis pour obtenir et conserver des titres de compétences en soins infirmiers. Les expériences régionales d'accords de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles en soins infirmiers constituent une base potentielle pour des accords plus larges à l'avenir.

Mesures envisageables

140. **Les pays et les autorités de réglementation devraient renforcer la mise en œuvre de la réglementation relative à la mobilité internationale du personnel de santé, notamment le personnel infirmier.** Les autorités de réglementation des pays de destination doivent établir que la préparation, les qualifications et l'expérience de l'infirmier(ère) sont conformes aux normes d'autorisation d'exercer, de formation et de déontologie et aux codes de conduite requis, dans l'intérêt de la protection du public. Des modèles de réglementation

141. **Les pays et les parties prenantes internationales devraient renforcer la mise en œuvre du code de pratique mondial de l'OMS.** La capacité à surveiller, gérer et réglementer efficacement la mobilité internationale du personnel infirmier peut nécessiter le renforcement de capacités, la valorisation des partenariats et la collaboration entre les organismes de réglementation, les systèmes d'information sur le personnel de santé, les employeurs, les ministères et d'autres parties prenantes telles que les associations professionnelles. Les pays qui subissent une perte excessive de leur personnel infirmier en raison de

l'émigration devraient envisager de mettre en place des mesures d'atténuation, telles que l'amélioration des salaires (et l'équité salariale) et des conditions de travail, la garantie d'un travail décent et la mise en œuvre de programmes de fidélisation dédiés lorsque cela se justifie.

6.3 Formation et soutien du personnel infirmier

6.3.1 ENSEIGNEMENT

Synthèse des résultats

142. Les conclusions du présent rapport mettent en évidence une situation complexe en ce qui concerne la production de diplômés en soins infirmiers. La plus faible proportion de diplômés par rapport au stock existant se trouve dans les Régions Europe et Méditerranée orientale et dans les pays à revenu élevé. À moins que les pays à revenu intermédiaire et élevé ne parviennent à augmenter leur production, les données suggèrent que les pays à revenu élevé pourraient continuer à dépendre du recrutement international, ce qui pourrait aggraver les pénuries existantes et soulever les problèmes d'accès et d'équité qui en découlent.
143. La durée des programmes d'enseignement et de formation en soins infirmiers varie considérablement d'une région à l'autre du monde. Toutefois, la grande majorité des pays (154 sur les 169 pays répondants) ont indiqué des normes concernant le contenu et la durée de l'enseignement et de la formation. Les considérations essentielles lors de l'élaboration de ces normes sont notamment de savoir si elles aident les formateurs à fournir aux étudiants les compétences requises pour répondre aux besoins de santé, à savoir une préparation aux services de soins primaires et préventifs, des compétences en matière de catastrophes, d'urgence et de conflits, le cas échéant, des compétences en matière de leadership et d'utilisation appropriée de la technologie (voir Encadré 6.4).
144. La plupart des pays (89 %) a également indiqué avoir mis en place des mécanismes d'agrément des établissements d'enseignement et tenir à jour une liste maîtresse des établissements agréés. Cela constitue, pour la plupart des pays, une opportunité de se concentrer sur le renforcement des domaines clés de l'agrément, notamment des modèles efficaces et abordables financièrement, et de garantir la redevabilité sociale et la pertinence des programmes par rapport aux priorités de santé. Des mécanismes d'agrément solides peuvent couvrir le contenu, le programme d'enseignement, les expériences cliniques des étudiants, les qualifications du corps enseignant et l'apprentissage interprofessionnel. Nos conclusions indiquent que 67 % des pays répondants disposent de normes pour l'apprentissage interprofessionnel, mais dans certaines régions, ce chiffre est inférieur de moitié ou ne dépasse pas 20 %.
145. Garantir la représentativité du personnel de santé, avec une composition reflétant celle de la population à desservir, requiert une diversité parmi les personnes qui rejoignent et terminent les programmes de formation en soins infirmiers. Les conclusions du présent rapport indiquent que le personnel infirmier est encore largement composé de femmes, en particulier dans les Régions Amériques et Pacifique occidental. Pour favoriser une composition appropriée du personnel infirmier, il faudra non seulement augmenter l'inscription de divers groupes d'étudiants, mais aussi relever les défis structurels et organisationnels qui excluent certains étudiants des soins infirmiers (par exemple, avoir suivi un enseignement secondaire dans son intégralité) ou les empêchent d'achever leurs études (par exemple, des coûts excessifs) (126). La demande de programmes de formation en soins infirmiers peut également être affectée par la ségrégation professionnelle fondée sur le genre et le statut peu valorisé des soins infirmiers dans certains pays. Il est nécessaire de relever ces défis pour faire des soins infirmiers un choix de

carrière attrayant, en particulier dans des régions comme celle des Amériques, où les diplômés sont les moins nombreux par rapport à la population.

Mesures envisageables

146. **Les pays doivent veiller à ce que les programmes d'enseignement et de formation en soins infirmiers dotent les infirmiers(ères) des compétences nécessaires pour dispenser des services**

de qualité, intégrés et centrés sur la personne. Une des priorités est d'évaluer de manière critique l'éventail des compétences au sein de la profession et de décider si les niveaux du personnel infirmier et les types de spécialisation sont pertinents par rapport aux objectifs du système de santé, et de garantir la disponibilité d'un nombre adéquat de places de formation basé sur les besoins et la capacité d'absorption du système de santé. La création de niveaux supérieurs d'enseignement en soins infirmiers ou

Encadré 6.4 La technologie dans l'enseignement et la pratique des soins infirmiers

La technologie joue un rôle croissant dans la formation et la pratique du personnel infirmier. Elle peut être exploitée pour accéder à l'assistance à la prise de décision clinique, pratiquer la télémédecine de fournisseur à client, et bénéficier d'une formation et de consultations de fournisseur à fournisseur (280) d'une manière qui puisse accroître l'accès, permettre les soins à distance, améliorer la prestation des services de soins de santé primaires et accroître l'autonomie des patients. Les infirmiers(ères) doivent être équipé(e)s et connaître les déterminants numériques de la santé, à savoir la culture numérique, l'accès aux équipements technologiques, l'infrastructure Internet, notamment le haut débit lorsqu'il est disponible (281).

Les technologies numériques de la santé, qu'il s'agisse d'intelligence artificielle ou d'autres formes telles que la réalité augmentée et l'utilisation de la robotique, transforment déjà les soins infirmiers et les soins aux patients (282). La médecine personnalisée et la génomique ont le potentiel de mieux adapter les soins aux patients (283). L'un des plus grands atouts de la santé numérique réside dans les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie. Des technologies telles que l'intelligence artificielle peuvent permettre un apprentissage personnalisé, pertinent et actualisé.

Les résultats d'une étude systématique Cochrane sur les expériences des agents de santé dans les soins de santé primaires suggèrent que les agents de santé, notamment les infirmiers(ères), apprécient les avantages que leur offre l'utilisation de la technologie mobile dans leur prestation de soins, mais qu'ils se heurtent également à des difficultés (284). Parmi les avantages décrits, on peut citer le fait d'être davantage en contact les uns avec les autres, la réalisation de nouvelles tâches, l'amélioration de la coordination et de la qualité des soins, l'amélioration de la communication avec les clients et l'accès aux clients dans des zones difficiles d'accès (284). Dans le même temps, les agents de santé évoquaient des défis multiples et complexes, qui pouvaient être d'ordre personnel (une faible culture numérique, par exemple), relationnel (une préférence pour les contacts directs avec les clients et les collègues), professionnel (le sentiment que leurs compétences cliniques étaient menacées par les outils numériques d'assistance clinique), contextuel (clients qui n'ont pas les moyens de s'offrir des téléphones portables) ou infrastructurel (absence d'alimentation en électricité) (284). Bien que les progrès technologiques offrent de nombreux avantages, les témoignages des agents de santé inclus dans cette étude systématique suggèrent que les hauts responsables du système de santé doivent réfléchir attentivement à la manière dont la technologie est mise en œuvre dans leur contexte afin de minimiser les difficultés rencontrées par les agents de santé, notamment les infirmiers(ères).

l'augmentation de leur nombre – par exemple, des programmes de licence ou de maîtrise, ou de doctorat – a des implications structurelles, telles que l'élaboration de nouveaux programmes d'enseignement, leur dotation en personnel enseignant suffisant et la garantie que les infirmiers(ères) avec ce type de parcours éducatif auront une fonction bien définie dans le système de santé.

147. Les pays devraient envisager des mécanismes permettant d'accroître la diversité démographique et géographique des étudiants des écoles d'infirmiers et d'infirmières. Cela peut impliquer de s'attaquer aux préjugés qui ont un impact négatif sur le choix de cette carrière par les hommes, les jeunes ou des groupes ethniques spécifiques, et d'accueillir ceux qui souhaitent faire carrière dans le secteur des soins infirmiers, en tant que deuxième choix ou choix de carrière ultérieur. Dans certains contextes, il peut être nécessaire de mettre en place une « filière rurale » pour favoriser une admission fondée sur l'égalité des genres et un nombre approprié d'étudiants provenant de zones et de communautés rurales, reculées ou mal desservies. Un soutien financier ciblé et des mécanismes d'incitation peuvent également être utilisés pour accroître les possibilités d'éducation formelle pour les groupes minoritaires et vulnérables et les populations défavorisées, et pour attirer des enseignants représentatifs des populations étudiantes et communautaires. Des critères d'agrément qui renforcent les mesures de redevabilité sociale sont l'un de ces mécanismes.

148. Les établissements d'enseignement de la santé et les organismes de réglementation devraient adopter des programmes de formation fondés sur les compétences et tirer parti des technologies appropriées. La qualité de la pratique en soins infirmiers devrait transparaître dans l'ensemble des programmes d'enseignement. Outre les connaissances techniques et les compétences procédurales nécessaires

pour les interventions cliniques effectuées individuellement, les infirmiers(ères) devraient être capables de travailler en équipes interprofessionnelles, de faire preuve d'empathie et de compassion envers les patients, de prendre des décisions sous pression et d'acquérir les outils nécessaires pour continuer à apprendre tout au long d'une carrière qui durera plusieurs décennies. Les programmes de formation devraient être adaptés à la fois au champ de pratique des étudiants diplômés et aux besoins de la population en matière de santé. L'offre numérique de contenus d'enseignement et de formation peut venir compléter utilement les méthodes traditionnelles. Pour que ces efforts d'« apprentissage distribué » soient couronnés de succès, il faudra veiller à ce que les étudiants acquièrent un niveau minimum de connaissances en matière de santé numérique dans le cadre de leur formation, à ce que la conception des programmes de formation fasse appel à un apprentissage numérique et de télésanté pertinent pour les compétences requises avec un soutien et une supervision de la formation clinique (285), et à ce que les ressources institutionnelles et infrastructurelles nécessaires pour permettre de réduire la fracture numérique soient en place (286).

149. Les gouvernements et les parties prenantes devraient mettre en place et tirer parti des partenariats et de la coopération intersectoriels pour faire progresser l'agenda relatif à la formation des infirmiers(ères). La coopération avec les organismes de réglementation peut faciliter l'examen des conditions d'admission aux programmes de formation en soins infirmiers et des normes minimales de formation du personnel infirmier (compte tenu des fonctions professionnelles actuelles et futures dans le système de santé) et peut favoriser l'harmonisation des normes au niveau régional. Le dialogue intersectoriel avec les organismes d'agrément peut aider à identifier les mécanismes permettant de faire progresser les questions de redevabilité

sociale liées à l'agrément, par exemple en garantissant que les établissements d'enseignement en soins infirmiers donnent la priorité à la production de diplômés capables de dispenser des services de santé de qualité, plutôt qu'au salaire et statut institutionnel, par le biais de frais de scolarité et de subventions gouvernementales. Les ministères compétents (éducation, santé) peuvent renforcer la coordination formelle pour promouvoir la science et la technologie comme éléments fondamentaux de la profession, pour commercialiser les soins infirmiers en tant que domaine STEM (science, technologie, engineering, mathématiques) et pour mettre en place des mécanismes visant à attirer un éventail diversifié d'élèves du secondaire vers les soins infirmiers. Les partenariats public-privé peuvent aider à identifier des sites pour la formation clinique dans les établissements de soins de santé primaires ; la coopération avec d'autres programmes de formation aux professions de la santé peut contribuer à rendre ces stages cliniques interprofessionnels.

150. **Les établissements d'enseignement en soins infirmiers devraient renforcer leurs capacités en remédiant aux insuffisances concernant le nombre de professeurs ou leurs compétences, les limites des**

infrastructures et la disponibilité de sites de pratique clinique appropriés

(voir Encadré 6.5). Afin d'augmenter le nombre de postes de formation tout en préservant la qualité, il pourrait être nécessaire d'investir dans des programmes de formation du personnel enseignant. Les pays à revenu élevé ou les pays qui comptent sur le recrutement international devraient augmenter la production et le déploiement d'infirmiers(ères) sur le plan national.

151. **Les pays devraient envisager de faire jouer des leviers financiers pertinents pour étendre (si nécessaire) ou renforcer la qualité de la formation du personnel infirmier afin de remédier aux défaillances du marché du travail en santé.** Des mécanismes de financement sont susceptibles d'accroître la diversité du vivier d'étudiants, du corps professoral, ou le nombre de places dans les programmes de formation en soins infirmiers, et de remédier à certaines des limites actuelles de la formation clinique. Des subventions financières pour les programmes post-enseignement de base sont parfois utilisées pour promouvoir des voies d'accès à des niveaux plus élevés de pratique en soins infirmiers. Les gouvernements doivent cependant être en mesure de déterminer en connaissance de cause si le subventionnement de la formation

Encadré 6.5 Efforts du Pakistan pour accroître la capacité de formation en soins infirmiers

Le Pakistan tente de trouver une solution à son déficit d'un million d'agents de santé. En 2018, le pays a lancé un programme national (Human Resources for Health Vision for 2030) qui vise à remédier à la pénurie de personnel de santé et de personnel infirmier. Les soins infirmiers, considérés comme l'épine dorsale du secteur de la santé, sont la clé de ce programme. L'année 2019 a été déclarée Année des soins infirmiers au Pakistan, reconnaissant ainsi la contribution des soins infirmiers à la santé de la population (287). À la suite de cela, le président Alvi a annoncé qu'une université d'infirmiers et d'infirmières serait créée à Islamabad afin de former 25 000 étudiants chaque année (287). Le pays prévoit de doubler la taille du secteur des soins infirmiers d'ici deux ans, afin de remédier à la pénurie nationale de personnel infirmier. Cette pénurie a été décrite par le Dr Nausheen Hamid, secrétaire parlementaire du National Health Services, comme un obstacle à la réalisation de la couverture sanitaire universelle, un nombre suffisant d'infirmiers(ères) compétent(e)s étant nécessaire pour disposer d'un système de santé efficace (288).

en soins infirmiers est un investissement rentable, dans quelles circonstances et de quelle manière, en consacrant en priorité les ressources limitées aux investissements qui peuvent contribuer directement aux objectifs d'équité et d'efficacité (289). Ainsi, une analyse du marché du travail en santé devrait permettre d'identifier les contextes dans lesquels la production de personnel infirmier est insuffisante ou excessive par rapport aux besoins du système de santé. Lorsqu'une sous-production systématique est documentée, il est justifié que le gouvernement intervienne pour assouplir les obstacles inutiles à l'entrée et, si nécessaire, pour subventionner la formation initiale, en particulier si la priorité est accordée aux étudiants défavorisés, afin de faciliter les parcours éducatifs menant à une carrière de préférence dans des établissements de soins de santé primaires, et cela en échange d'une période minimale garantie de service exclusif dans le secteur public (140).

6.3.2 PRATIQUE EN SOINS INFIRMIERS

Synthèse des résultats

152. Les conclusions du rapport indiquent un personnel infirmier plus important que celui estimé précédemment – près de 28 millions en 2018, comprenant un minimum de 69 % de cadres infirmiers et au moins 22 % de personnel infirmier de niveau intermédiaire. Cette augmentation, par rapport aux précédentes estimations de 2016 faites dans le cadre de la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé, est due, dans des proportions à peu près égales, à une amélioration considérable de la disponibilité et de la qualité des données sur le personnel infirmier, ainsi qu'à une augmentation réelle du stock.
153. Malgré l'augmentation du stock, la répartition géographique inéquitable des agents de santé, notamment des infirmiers(ères), est un problème universel. Le présent rapport révèle des différences significatives dans la répartition du personnel infirmier entre pays et régions et au sein de ceux-ci. Les conclusions du

rapport indiquent en outre que 53 % des pays répondants disposent de fonctions avancées pour les soins infirmiers. Ces fonctions sont plus fréquentes dans les pays où la densité de médecins est faible. Cela met en évidence la flexibilité et la réactivité du personnel infirmier face à la situation générale du personnel de santé d'un pays. Ces infirmiers(ères) pourraient être capables de fournir des soins aux populations des zones rurales ou reculées, si l'éventail de compétences existant suggère qu'une telle initiative permettrait d'accroître l'efficacité.

154. Dans les pays, les données soulignent la nécessité de continuer à se concentrer sur la répartition déséquilibrée du personnel infirmier dans les zones rurales par rapport aux zones urbaines afin d'améliorer l'équité d'accès. Le maintien en poste des agents de santé est lié à une série de facteurs complexes et interdépendants tels que les conditions de travail, la sécurité au travail, les niveaux de rémunération et les incitations non monétaires. Le succès durable de l'amélioration du maintien en poste du personnel infirmier dépendra sans doute du résultat d'interventions planifiées, échelonnées et multidimensionnelles, adaptées au contexte local. Le maintien en poste ne doit pas être examiné ou traité indépendamment du contexte lié aux autres facteurs relatifs aux conditions de travail et de vie du personnel infirmier.

Mesures envisageables

155. **Les pays devraient permettre au personnel infirmier de travailler en tirant pleinement parti de l'enseignement et de la formation reçus** (180). Cet objectif devrait s'inscrire dans le cadre d'efforts nationaux plus larges visant à adopter des modèles de soins qui optimisent la répartition des tâches au sein d'équipes de soins de santé primaires intégrées (179). Cela implique de maximiser la contribution du personnel infirmier afin d'améliorer les soins de santé primaires dans les domaines prioritaires (voir Encadré 6.6). Les approches possibles pourraient inclure

des fonctions avancées pour les soins infirmiers, le développement de cliniques dirigées par le personnel infirmier, et un droit renforcé ou étendu à la prescription, avec le développement ou le renforcement correspondant de l'enseignement et de la formation nécessaires. Les infirmiers(ères) ayant des compétences en pratiques infirmières avancées devraient travailler dans des environnements qui optimisent leur productivité à fournir des soins aux patients, ou à diriger et gérer d'autres cliniciens. Les infirmiers(ères) qui assument des fonctions de pratiques infirmières avancées ou qui travaillent dans des cliniques dirigées par le personnel infirmier devraient bénéficier d'un soutien sous forme de mentorat ou de partenariats de collaboration, selon les besoins, recevoir des fournitures et des médicaments adéquats, disposer de directives claires relatives aux soins cliniques et aux installations, et avoir accès aux ressources nécessaires, notamment à des documents de référence en ligne et à une technologie appropriée.

L'intégration des réformes requises dans les politiques pertinentes en matière d'éducation, de santé, de travail et autres nécessite une capacité institutionnelle de collaboration et de coordination efficaces ; des structures institutionnelles de soutien et des ressources dédiées ; un leadership et une volonté politique ; une supervision managériale efficace ; et une culture organisationnelle efficace. Il est également important que les rôles et les fonctions des infirmiers(ères), basés sur le champ d'exercice et les compétences, soient communiqués avec précision aux autres prestataires de soins de santé et au public.

156. Les pays devraient optimiser leurs modalités et mécanismes de déploiement et de gestion de leur personnel infirmier. L'efficacité, l'équité et la transparence de l'embauche et du déploiement sont des éléments clés de la stratégie pour un travail décent (16). Les décideurs politiques et les gestionnaires devraient avoir accès à des mesures

Encadré 6.6 Élargir l'accès aux services de santé communautaires dans le Sultanat d'Oman

Le Sultanat d'Oman est un bon exemple de réorientation de la formation du personnel infirmier et des sages-femmes et de valorisation des compétences en matière de soins primaires, ce qui était une composante de l'appel à l'action pour renforcer le personnel infirmier adopté lors de la 66^e session du Comité régional pour la Méditerranée orientale en octobre 2019 (290).

Le Sultanat a connu une forte augmentation de sa population et de l'espérance de vie. L'amélioration du statut socioéconomique s'est toutefois accompagnée d'une aggravation de la charge de morbidité des maladies chroniques. Pour faire face à ce problème de santé, le gouvernement a décidé d'investir dans du personnel infirmier communautaire (291). Le Département du personnel infirmier et des sages-femmes du Ministère de la Santé a lancé un programme de formation en cours d'emploi de 16 semaines, d'abord testé dans la capitale, Mascate, puis étendu à d'autres gouvernorats. Les services de soins infirmiers communautaires ont été intégrés dans les structures de soins de santé primaires, au même titre que les services fournis dans les centres de santé primaires (292).

Au final, la formation de 16 semaines s'est transformée en une licence en soins infirmiers avec un accent mis sur les soins infirmiers communautaires, puis en un diplôme postenseignement de base avec spécialisation en soins infirmiers communautaires (291). Ce programme de spécialisation a contribué à maintenir l'offre en personnel infirmier communautaire qualifié pour répondre aux besoins en services de soins primaires dans le pays.

fiables permettant d'évaluer l'efficacité et la rapidité du processus d'embauche, telles que le pourcentage de nouveaux diplômés employés trois mois, six mois ou un an après l'obtention de l'autorisation d'exercer, le délai moyen entre l'obtention du diplôme et l'autorisation d'exercer, et le délai moyen entre l'autorisation d'exercer et un emploi. Un faible taux d'emploi des diplômés peut être symptomatique d'une saturation du marché du travail, mais s'il est concomitant avec des délais excessivement longs entre l'obtention du diplôme, l'obtention de l'autorisation d'exercer et un emploi, il peut en fait indiquer des rigidités et des obstacles bureaucratiques dans le système administratif. Les modalités de déploiement sont également importantes : à moins que le secteur public ne puisse garantir l'absorption de tous les candidats qualifiés, le recrutement par voie de concours après la publication des postes vacants et une évaluation au mérite des compétences des candidats reste la modalité à privilégier (289). Les possibilités d'avancement et de promotion devraient également dépendre du mérite et des compétences, plutôt que d'être principalement fondées sur l'ancienneté (années de service). Comme pour les autres catégories professionnelles, les limites des systèmes de déploiement et de rotation obligatoires devraient être prises en compte lors de l'examen de ces systèmes. Dans la mesure du possible, le déploiement des infirmiers(ères) devrait être motivé par des choix de carrière et des préférences

personnelles quant au lieu d'affectation. Il peut être difficile de concilier les préférences du personnel infirmier avec les besoins du système de santé, en particulier en ce qui concerne l'équité géographique. Lorsque des tensions apparaissent entre ces deux aspects, il est souhaitable de mettre en place une série de stratégies connexes et se renforçant mutuellement pour le déploiement et le maintien en poste en milieu rural, tant du point de vue de l'efficacité que des droits des agents de santé (289).

157. Les pays devraient explicitement et de manière proactive anticiper les difficultés liées au maintien en poste du personnel infirmier et mettre en place des politiques pertinentes.

Les approches fondées sur des données probantes visant à améliorer le maintien en poste du personnel infirmier incluent des offres de renforcement du leadership, de mentorat (293, 294), d'horaires flexibles, d'incitations non monétaires et d'apprentissage tout au long de la vie. Un préceptorat formalisé pour les nouveaux diplômés entrant sur le marché du travail peut améliorer leur transition vers la pratique, la compétence clinique, l'épanouissement au travail et la socialisation professionnelle, autant d'éléments qui peuvent influencer sur le maintien en poste du personnel infirmier récemment embauché (295). L'effet du préceptorat sur la compétence et le maintien en poste est le même pour le personnel infirmier débutant en milieu rural ou en milieu urbain (296). Des politiques spécifiques devraient être mises en place pour accroître le rôle des femmes dans le leadership, lutter contre la discrimination de genre et prévenir le harcèlement sexuel, qui, en plus de constituer une violation de la dignité et des droits des travailleurs, est lié à une augmentation de l'érosion des effectifs (122,297,298).

6.3.3 RÉGLEMENTATION

Synthèse des résultats

158. La réglementation des soins infirmiers joue un rôle essentiel dans la protection du public et dans la capacité des systèmes



© Kieran Dodds

de santé à répondre à l'évolution des besoins des patients et de la population. Elle peut également fournir un cadre pour promouvoir la profession (243,299). Les conclusions du présent rapport indiquent que 164 États Membres (86 %) ont une autorité responsable de la réglementation de l'enseignement et de la pratique des soins infirmiers. La force et l'efficacité de la réglementation adoptée doivent toutefois être examinées au niveau de chaque pays. Ainsi, 73 % des pays ont indiqué qu'ils disposaient d'une exigence réglementaire relative à l'apprentissage tout au long de la vie, mais ils sont moins nombreux (64 %) à indiquer la présence d'une réglementation exigeant un examen d'autorisation à exercer ou d'aptitude à exercer.

159. La réglementation professionnelle est également importante pour préserver la qualité des soins dans un contexte de mobilité professionnelle internationale croissante, en veillant à ce que les nouveaux agents de santé possèdent des compétences qui correspondent aux besoins de la population, et la capacité d'exercer sans compromettre la sécurité publique. Des systèmes en temps réel et en ligne pouvant faciliter la reconnaissance accélérée des titres de compétences et fournir des informations regroupées sur le statut de l'autorisation délivrée et les antécédents professionnels du praticien apparaissent comme des outils utiles sur une base régionale et pourraient éventuellement être utilisés au niveau mondial (168, 300-302).

Mesures envisageables

160. **Les pays devraient élaborer et renforcer la réglementation des soins infirmiers afin de favoriser un enseignement et une pratique sûrs, durables et de qualité.** L'autorité de réglementation peut nécessiter d'être établie par une législation primaire nouvelle ou actualisée qui définit le rôle et les fonctions de l'organisme de réglementation ainsi que les dispositions et les normes clés pour l'enseignement et la pratique des soins infirmiers. Un des

problèmes récurrents est la nécessité de trouver un juste équilibre, en veillant à ce que la réglementation soit la moins restrictive possible tout en obtenant le bénéfice souhaité en matière de protection du public (303-306). Les pays devraient envisager de fixer des exigences en matière d'apprentissage tout au long de la vie afin de garantir que le personnel infirmier à différents niveaux puisse bénéficier de possibilités d'apprentissage adaptées à son rôle. Le recours à un examen en vue de l'obtention d'une autorisation à exercer pour évaluer un niveau minimum de connaissances initiales avant qu'un(e) infirmier(ère) soit autorisé(e) à exercer est de plus en plus fréquent (255, 307). Bien que des éléments de preuve plus solides de l'efficacité des différentes approches soient encore nécessaires, il existe un large consensus sur la nécessité de veiller à ce que l'évaluation des compétences soit valable, équitable, indépendante et fondée sur les connaissances et les compétences dont le personnel infirmier aura besoin dans différents contextes de pratique.

161. **Les pays devraient investir dans la capacité des systèmes de réglementation à renforcer et améliorer la qualité de l'enseignement et de la pratique des soins infirmiers.** Un aspect essentiel est de s'assurer que les organismes de réglementation disposent et maintiennent des registres en temps réel interopérables avec d'autres bases de données du système de santé et d'autres organismes de réglementation. L'un des moyens de tenir les registres à jour consiste à exiger un réenregistrement ou une nouvelle autorisation d'exercer, ce qui peut également contribuer à encourager l'apprentissage tout au long de la vie et à générer des revenus pour l'organisme de réglementation. La capacité individuelle des organismes de réglementation du personnel infirmier doit également être renforcée. Les membres des organismes de réglementation du personnel infirmier, comme c'est aussi le cas pour d'autres professions de la santé, peuvent avoir reçu peu ou pas de formation

Encadré 6.7 African Health Profession Regulatory Collaborative

L'African Health Profession Regulatory Collaborative (ARC) a été créée pour aider les pays à mettre à jour la réglementation relative aux soins infirmiers et obstétricaux afin de faciliter des modèles de soins et de traitement sûrs et durables pour les patients atteints du VIH. Ce partenariat a impliqué 17 pays, dont la plupart des membres de l'East, Central and Southern African College of Nursing (ECSACON) (308).

L'ARC a réuni le directeur général des soins infirmiers, le président de l'association nationale des infirmiers et infirmières, un membre éminent du monde universitaire et le directeur du conseil national des soins infirmiers et obstétricaux de chaque pays, et a encouragé l'établissement de priorités et la collaboration sur les enjeux réglementaires identifiés au niveau national. Les équipes de direction des pays, qui se sont donné le nom de « quads », ont travaillé ensemble sur leurs priorités en matière de réglementation (par exemple, le champ de pratique incluant les tâches liées au VIH, les exigences de formation professionnelle continue pour le contenu lié au VIH) sur une base périodique annuelle. Les quads se sont fréquemment rencontrés dans les pays ainsi qu'avec des collègues des régions travaillant sur des priorités similaires. Les progrès ont été évalués régulièrement et au moyen de diverses mesures (309).

En cinq ans (2011-2016), la réglementation relative aux soins infirmiers et obstétricaux a été renforcée et les quads ont fait état d'une augmentation significative des compétences en leadership, de la capacité organisationnelle et de la collaboration entre les organisations nationales de soins infirmiers et obstétricaux (310). Même si l'ARC est une initiative financée par des donateurs, le mécanisme des quads a été institutionnalisé dans les pays de l'ECSACON et sert de mécanisme permanent pour tirer parti des soins infirmiers et obstétricaux afin de répondre aux priorités de santé nationales.

formelle en matière de réglementation professionnelle avant d'assumer ce rôle. Les organismes de réglementation peuvent s'inspirer de l'expérience d'autres pays et des efforts déployés au niveau régional qui ont abouti à un renforcement des cadres réglementaires (voir Encadré 6.7).

6.3.4 TRAVAIL DÉCENT

Synthèse des résultats

162. Garantir des conditions de travail décentes est pertinent et nécessaire pour toutes les professions de la santé, mais la profession d'infirmier(ère) est confrontée à des défis particuliers. En tant que personnel constitué essentiellement de femmes et compte tenu de la vision traditionnellement négative de son rôle souvent subalterne dans certains contextes, le personnel infirmier est intrinsèquement plus susceptible d'être confronté à des préjugés sexistes et à la discrimination au travail. Les agents sont également tenus d'effectuer de longues heures de travail, sont exposés à des risques

d'agression dans certains environnements, au harcèlement sexuel et à un traitement injuste en tant que travailleurs migrants. L'existence d'une réglementation du nombre d'heures et des conditions de travail a été mentionnée par 94 % des pays, sur la protection sociale par 91 % et sur le salaire minimum par 89 %, bien que l'on en sache moins sur l'adéquation et le niveau réel de mise en œuvre de ces politiques. Au total, 55 pays (36 %), principalement en Asie du Sud-Est et en Méditerranée orientale, ont fait état de mesures visant à prévenir les agressions sur les agents de santé.

Mesures envisageables

163. **Les pays doivent mettre en œuvre l'Agenda pour un travail décent et investir dans des conditions de travail favorables pour le personnel infirmier.** Parmi les éléments essentiels de cette approche, il convient de citer une rémunération adéquate, une protection sociale, des conditions de travail équitables, des horaires de travail raisonnables,

la sécurité au travail, des incitations non monétaires et des possibilités de progression de carrière transparentes et fondées sur le mérite. Ces conditions sont étroitement liées au maintien en poste des infirmiers(ères) et devraient s'appliquer indépendamment du sexe, de l'origine sociale, du pays ou région d'origine, du groupe ethnique ou de la langue, et devraient être mises en œuvre par le biais de mécanismes de redevabilité clairs. Les droits des agents de santé, notamment une rémunération appropriée et des conditions de travail adéquates, sont parmi les raisons les plus courantes d'actions syndicales ou de grèves des agents de santé (voir Encadré 6.8).

164. **Les pays doivent protéger et soutenir les infirmiers(ères) qui sont directement touché(e)s par des crises humanitaires.** Les ministères de la santé, les organisations professionnelles du secteur des soins infirmiers et les organisations non gouvernementales doivent travailler avec les autorités

compétentes et les parties concernées pour assurer la protection et le soutien du personnel infirmier amené à prodiguer des soins dans des conditions très difficiles ou dans un contexte de manque de ressources (comme les camps de réfugiés ou les abris), ou qui fait lui-même partie d'une population déplacée au-delà d'une frontière et qui prodigue des soins dans des lieux où il ne peut exercer officiellement. Cela permettra de garantir la sécurité de tous les agents et établissements de santé dans tous les contextes, en particulier les femmes, qui risquent davantage d'être victimes d'agressions ou de harcèlement pendant les crises.

6.3.5 GENRE ET DROITS DES FEMMES

Synthèse des résultats

165. Environ 90 % du personnel infirmier dans le monde est de sexe féminin. Le niveau élevé de ségrégation fondée sur le genre dans le secteur des soins infirmiers conduit à des schémas de rémunération complexes : dans

Encadré 6.8 Grèves des agents de santé

Dans de nombreux pays du monde, les travailleurs sont légalement autorisés à faire grève, cela est même généralement considéré comme un droit (311). Néanmoins, pour les agents de santé, l'exercice de ce droit est problématique, car il crée une tension avec les droits des patients aux soins et avec les droits des citoyens à une couverture sanitaire universelle, et peut éventuellement entraîner une augmentation de la mortalité (311-314). Cependant, les grèves d'agents de santé, notamment des infirmiers(ères), se produisent partout dans le monde, dans les pays à revenu élevé, intermédiaire et faible (313,314). Une analyse des grèves dans les pays à revenu faible a révélé que les agents de santé ont été en grève pendant 875 jours ouvrables, dans 23 de ces pays, entre 2009 et 2018 (311). L'étude a indiqué que les grèves pouvaient durer des jours ou des mois, et pouvaient également être récurrentes sur des mois ou des années (311). Les raisons principales de ces grèves sont en premier lieu des revendications concernant les rémunérations et les retards de paiement, suivies de protestations contre la mise en œuvre insatisfaisante d'un accord conclu antérieurement ou contre la gouvernance et les politiques du secteur de la santé, ainsi que des plaintes concernant les conditions de travail et des questions de sécurité. Faire en sorte que les agents de santé ne se mettent pas en grève nécessitera des approches multipartites, multidimensionnelles et multisectorielles (311,314,315). Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre les raisons des grèves au niveau individuel, ainsi que les tendances dans les différentes régions, et pour déterminer quels acteurs doivent être impliqués pour parvenir à une résolution positive des conflits (311). Toutefois, il est clair qu'une action multisectorielle, avec le soutien des responsables politiques, est nécessaire entre le secteur de la santé et les autres secteurs pour s'attaquer aux facteurs qui sont liés, en amont, aux grèves des agents de santé (314). L'investissement dans des conditions de travail décentes pour les agents de santé, qui leur garantissent un environnement de travail sûr, favorable et efficace, est essentiel pour l'instauration de la couverture sanitaire universelle et la protection de ce droit (314).

de nombreux pays, il existe un « écart de rémunération entre les sexes », bien que les éléments de preuve proviennent en grande partie des pays à revenu élevé (21). La mise en œuvre et le suivi efficaces des politiques relatives à l'écart de rémunération entre les sexes sont nécessaires pour promouvoir de manière délibérée l'équité entre les sexes au sein du personnel de santé, et pour surmonter les préjugés traditionnels qui ont conduit à sous-évaluer le travail des infirmiers(ères), notamment en raison de leur sexe (121,232). Des analyses de l'OMS ont montré que les postes de direction dans le secteur de la santé continuent d'être tenus par les hommes, seuls 25 % des postes de direction dans le secteur de la santé au niveau mondial étant occupés par des femmes (21). Une étude sur les obstacles et les éléments facilitateurs du leadership dans le secteur des soins infirmiers, demandée par la campagne Nursing Now, a fait état non seulement d'un « plafond de verre » pour les femmes, mais aussi d'un « ascenseur de verre » pour les hommes, qui occupent un nombre excessivement élevé de postes de direction dans le secteur des soins infirmiers (122). Ce n'est là que la manifestation la plus visible des déséquilibres liés au genre profondément ancrés qui imprègnent les systèmes de santé à tous les niveaux et affectent toutes les facettes de la gestion du personnel infirmier.

Mesures envisageables

166. Les pays doivent s'attaquer à l'écart de rémunération entre les sexes qui touche le personnel infirmier de sexe féminin.

Dans certains pays, l'inégalité de rémunération entre les sexes peut être due au niveau élevé de ségrégation professionnelle dans le secteur des soins infirmiers par rapport à d'autres professions. Pour remédier à cette situation, on peut commencer par analyser les échelles de rémunération nationales et s'engager à mettre progressivement en place un système de rémunération plus équitable et plus neutre sur le plan du genre pour les agents de santé. Cela passe par des politiques saines et un réexamen des dispositions

fiscales relatives à la rémunération des agents de santé. Tout en reconnaissant la nécessité pour les forces du marché de peser sur les niveaux de rémunération, les politiques et les lois relatives à l'écart de rémunération entre les sexes devraient s'appliquer également au secteur privé. Le leadership dans le secteur des soins infirmiers doit être inclus dans les évaluations de l'équité salariale et l'élaboration de politiques visant à corriger le problème.

167. Les pays devraient donner la priorité aux politiques de lutte contre le harcèlement sexuel et la discrimination au sein du personnel infirmier et de l'ensemble du personnel de santé et appliquer ces politiques. Cela doit se traduire par une politique de tolérance zéro envers la violence et le harcèlement verbal, physique et sexuel ; des politiques qui créent des environnements de travail décents pour les femmes, notamment des horaires souples et gérables adaptés à l'évolution des besoins des infirmiers(ères) ; et des possibilités de développement du leadership pour les femmes dans le personnel infirmier.

6.4 Renforcement des capacités institutionnelles et des compétences de leadership pour une gouvernance efficace

Synthèse des résultats

168. Plus de 80 pays ont signalé un poste de leadership pour les soins infirmiers au niveau national avec pour responsabilité de contribuer aux décisions politiques liées à la santé et aux soins infirmiers. Les directeurs généraux des soins infirmiers au niveau de l'administration centrale devraient œuvrer en tant que partenaires à part entière avec les autres responsables professionnels de la santé afin de prendre des décisions stratégiques ayant un impact sur la planification des services de santé, la prestation des soins et les conditions de travail (316). Il est nécessaire de disposer de capacités en matière d'analyse du marché du travail et de la marge de manœuvre budgétaire, de politiques relatives aux effectifs, de planification et de gouvernance

afin d'identifier les priorités et d'élaborer des solutions fondées sur des données probantes pour renforcer la capacité en matière de formation, créer des emplois et retenir le personnel infirmier. Les conclusions du présent rapport indiquent que sur les 76 pays répondants, 53 % disposent de programmes nationaux pour le développement du leadership du personnel infirmier, malgré la répartition inégale en raison des réponses sur de tels programmes provenant principalement des Régions OMS Afrique et Méditerranée orientale.

169. La capacité de gouvernance requise pour une conception et une mise en œuvre saines des politiques de soins infirmiers et de santé nécessite également des institutions, des mécanismes, des politiques et des procédures pour garantir que les priorités du personnel infirmier sont prises en compte et intégrées dans des mesures gouvernementales plus larges dans le secteur de la santé et au-delà. Les conclusions du présent rapport ont mis en évidence que le poste de directeur général des soins infirmiers et la présence de programmes de renforcement du leadership destiné au personnel infirmier étaient liés à un meilleur encadrement de la profession infirmière. En revanche, l'existence d'un poste de directeur général des soins infirmiers ne correspondait pas nécessairement à l'existence de programmes de renforcement du leadership. Cela peut s'expliquer par le fait que les programmes de leadership ont souvent été mis en place par les associations professionnelles, soit en tant que service mis à la disposition de leurs membres soit pour générer des revenus.

Mesures envisageables

170. **Le leadership du personnel infirmier doit être développé aux niveaux national, régional et mondial.** Les infirmiers(ères) doivent avoir la possibilité de développer leur potentiel de leadership et de participer aux forums de prise de décision. Ils/Elles doivent être candidat(e)s, au même titre que les autres professions de santé, à des

postes de direction au sein des autorités nationales et régionales ainsi qu'au sein de structures organisationnelles locales ou autres. Cet effort nécessitera une allocation budgétaire spécifique pour le développement du leadership du personnel infirmier. Des mécanismes nationaux de récompense et de reconnaissance peuvent être créés pour reconnaître les contributions du personnel infirmier à l'instauration de la couverture sanitaire universelle et servir de modèles aux jeunes infirmiers(ères) (voir Encadré 6.9).

171. **Les forums d'élaboration des politiques nationaux devraient prendre en compte la question des soins infirmiers dans le processus décisionnel du système de santé.** Les politiques devraient garantir que le personnel infirmier soit représenté à tous les niveaux de la prise de décision et qu'il puisse faire entendre sa voix pour influencer sur les décisions clés relatives au système



© Janice Mullings-George

de santé et les questions de politique de santé publique. Le personnel infirmier devrait également participer à la prise de décisions cliniques au niveau de la population, ce qui implique, par exemple, d'inclure les infirmiers(ères) dans les équipes d'élaboration de lignes directrices et dans les comités d'examen de celles-ci afin de tenir compte des recherches en matière de soins infirmiers et de la faisabilité et de l'acceptabilité des recommandations cliniques.

6.5 Catalyser les investissements pour la création d'emplois dans le secteur des soins infirmiers

Synthèse des résultats

172. Le présent rapport fournit des éléments de preuve supplémentaires en faveur

d'une importance plus grande à accorder aux soins infirmiers dans le cadre d'un investissement plus large dans le personnel de santé en vue de l'instauration de la couverture sanitaire universelle. Malgré une tendance positive enregistrée ces dernières années, à moins que la production et l'absorption d'infirmiers(ères) n'augmentent sensiblement, la densité du personnel infirmier ne s'améliorera que marginalement dans la plupart des Régions au cours de la prochaine décennie, des pénuries importantes par rapport aux besoins persistant dans les pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure, en particulier dans les Régions Afrique, Asie du Sud-Est et Méditerranée orientale.

Encadré 6.9 Programme de leadership dans la Région Pacifique occidental

Les systèmes de santé de la Région Pacifique occidental sont confrontés à un double fléau, à savoir les maladies non transmissibles et les maladies transmissibles, tout en étant aux prises avec d'importants défis économiques, sociaux et environnementaux. Les infirmiers(ères) fournissent environ 78 % des soins dans cette Région (317), il est donc crucial qu'ils/elles soient investi(e)s de pouvoirs et formés(e)s à un niveau qui leur donne le poids nécessaire pour améliorer les résultats de santé dans les communautés. Malheureusement, la Région Pacifique occidental a toujours souffert d'un manque de programmes de renforcement du leadership (318-319), notamment à l'intention des professionnels de la santé (320-322), et les programmes existants n'ont pas été adaptés au contexte culturel (317,323-324).

De 2009 à 2017, l'Université de technologie de Sydney a mis en place un programme de leadership et de mentorat dans le cadre des Australia Awards Fellowships, en partenariat avec la South Pacific Chief Nursing and Midwifery Officers Alliance (318). Le programme de leadership s'est concentré sur les ressources humaines pour la santé, les cultures collectives, le mentorat pédagogique, la mise en œuvre des politiques et les liens avec la couverture sanitaire universelle. L'évaluation d'impact de cette initiative a impliqué plus de 300 parties prenantes et participants au programme répartis dans 14 pays (318).

Les premiers résultats montrent que 85 % des participants au programme de leadership ont connu des évolutions de carrière importantes et ont assumé des fonctions de haut niveau dans le domaine des soins infirmiers et obstétricaux. Ces personnes ont également mis en œuvre des projets dans leur pays d'origine dans des domaines tels que la planification des remplacements, l'évolution professionnelle, la réglementation et les stages de perfectionnement (319). Autre constat majeur : ces professions sont désormais représentées dans les sommets mondiaux, ce qui a un impact sur les politiques aux niveaux mondial, régional et national (325). Neuf cadres dans le secteur des soins infirmiers et obstétricaux du programme de leadership ont participé à la Soixante-douzième Assemblée mondiale de la Santé. Six d'entre eux sont devenus responsables des soins infirmiers nationaux et deux ministres de la santé de leur pays.

173. Un dialogue stratégique intersectoriel sera nécessaire pour identifier et engager des ressources budgétaires adéquates pour les investissements dans l'éducation, les compétences et la création d'emplois, le recrutement, le déploiement et le maintien des effectifs, et le renforcement des capacités des institutions nationales concernées, telles que les organismes de délivrance des autorisations d'exercer et des agréments. Étendre les marchés du travail en santé crée des opportunités d'emploi, en particulier pour les femmes. Le développement des emplois dans le secteur des soins infirmiers pourrait contribuer à renforcer la participation des femmes au marché du travail – qui n'est que de 48 % au niveau mondial contre 75 % pour les hommes – et le taux d'emploi des femmes (326,327). L'avantage d'investir dans la création d'emplois dans le secteur des soins infirmiers est étayé par des données probantes qui évoquent un « triple dividende » : santé, égalité des sexes, et développement (21).

Mesures envisageables

174. **Les pays devraient coordonner l'action intersectorielle et le financement durable pour permettre une extension de la demande économique pour la création d'emplois d'infirmiers(ères).**

Les 5,9 millions de nouveaux emplois d'infirmiers(ères) nécessaires (en se concentrant uniquement sur ceux nécessaires pour combler les manques actuels) peuvent être créés dans la plupart des pays avec les fonds nationaux existants moyennant une gestion efficace de la croissance de la masse salariale. Les responsables de la planification nationale devraient examiner l'efficacité des investissements dans les soins infirmiers par rapport à celle d'autres catégories professionnelles et optimiser la productivité du personnel infirmier actuel et futur grâce à des mesures d'incitation et des systèmes de gestion appropriés. Les fonds publics peuvent couvrir les coûts récurrents qu'occasionnent les agents de santé



© OMS/Yoshi Shimizu

dans la plupart des pays à revenu élevé et intermédiaire (en supposant une croissance budgétaire normale et la possibilité de donner la priorité à la santé) (328). Certains pays à revenu élevé et intermédiaire peuvent remédier aux pénuries et débloquer la demande en levant les restrictions sur l'offre en personnel de santé, tout en réduisant la dépendance excessive vis-à-vis de la mobilité internationale de la main-d'œuvre et de l'immigration.

175. Les partenaires du développement devraient aligner l'aide publique au développement destinée à la formation et à l'emploi du personnel infirmier sur les stratégies nationales relatives au personnel de santé et au secteur de la santé. Certains pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure auront des difficultés à créer des emplois d'infirmiers(ères) en raison d'une marge de manœuvre budgétaire insuffisante. L'harmonisation et l'alignement du soutien des donateurs et des partenaires du développement peuvent permettre d'accroître le financement durable destiné au renforcement du personnel des services de santé et des services sociaux tout en faisant en sorte que la masse salariale puisse être étendue et maintenue pour accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle (voir Encadré 6.10).

Lorsque les ressources nationales sont jugées insuffisantes à moyen et long terme, par exemple dans les pays à revenu faible et dans les milieux fragiles, touchés par des conflits ou vulnérables, et que les conditions de gouvernance le permettent, des mécanismes tels que des arrangements institutionnels de mise en commun des fonds peuvent être envisagés.

176. Les pays devraient se pencher sur la question du montant de la rémunération des infirmiers(ères) en tenant compte des conditions prévalant sur les marchés du travail locaux, nationaux et internationaux. Les décideurs politiques et les organismes de réglementation, tels que la commission de la fonction publique ou la commission des services de santé, devraient faire en sorte d'éviter certains pièges bien connus, à savoir maintenir des niveaux de

Encadré 6.10 Investir dans le capital humain

Pour améliorer l'accès à des services de soins de santé primaires de qualité, pierre angulaire de la couverture sanitaire universelle, des investissements substantiels sont nécessaires dans les infrastructures (par exemple, les hôpitaux et les centres de santé) et le capital humain correspondant (personnel de santé, notamment en termes de connaissances et de compétences) (14,328). Un certain nombre d'initiatives en matière de capital humain visent à aider les pays à investir davantage – et plus efficacement – dans leur population afin d'améliorer les résultats en matière de santé, de nutrition, d'éducation de qualité et de compétences.

- La Banque mondiale s'est engagée à investir US \$15 milliards pour soutenir les réformes en matière de capital humain dans les pays à revenu faible et intermédiaire, avec un ciblage particulier sur l'Afrique ; 63 pays ont signé pour des projets concernant le capital humain.
- Le Fonds monétaire international est en train de renforcer tous les programmes avec comme objectif principal la mise en place d'une initiative sur les dépenses sociales. L'organisme fournira une assistance technique supplémentaire dans les domaines des dépenses sociales, de la protection sociale, de l'éducation et de la santé.
- Dans le contexte de la couverture sanitaire universelle, la Banque européenne d'investissement et l'OMS travaillent en partenariat sur le thème du capital humain en mettant au point un instrument financier qui permet d'associer les investissements de la Banque européenne d'investissement à un soutien ciblé en faveur de l'éducation, des compétences et des emplois dans le secteur de la santé.
- L'OCDE, l'OMS et l'OIT ont créé un fonds d'affectation spéciale multipartenaires auprès des Nations Unies afin de mettre en commun les ressources pour la mise en œuvre des recommandations de la Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique en matière de formation transformatrice, de compétences et de création d'emplois.

rémunération trop bas (ce qui peut entraîner démotivation, rotation excessive du personnel et stratégies d'adaptation illicites), trop élevés (ce qui peut entraîner inflation des salaires et problèmes de viabilité de la masse salariale), ou perpétuer les disparités salariales liées au genre. Les modalités de rémunération sont également importantes : les infirmiers(ères) reçoivent généralement un revenu fixe sous forme de salaire dans la plupart des cas, et le revenu provenant d'une double pratique est moins important que pour d'autres catégories professionnelles. Il convient de veiller à éviter les inconvénients connus des incitations complémentaires spécifiques à une maladie ou à un programme qui faussent les priorités nationales et ont tendance à ne pas être durables. Les décideurs politiques devraient également se pencher sur la cohérence de la rémunération entre les professions de santé afin d'éviter, par exemple, de créer des facteurs dissuasifs dans le choix de la profession d'infirmier(ère). Enfin, le personnel infirmier devrait être rémunéré à un niveau qui puisse le pousser à exercer, le retenir dans sa profession et le motiver suffisamment pour répondre aux besoins du pays.

6.6 Recherche et données probantes

177. Le présent rapport a fourni une quantité sans précédent de données et une vue d'ensemble des résultats de la recherche sur le personnel infirmier, ce qui a permis d'élaborer des mesures à prendre par les États Membres et les autres parties prenantes. Dans le même temps, son élaboration a été affectée par plusieurs limitations tant au niveau des données que des éléments probants touchant à l'efficacité. Les principales lacunes que nous avons identifiées sont présentées ci-dessous et peuvent être considérées comme relevant d'un programme de recherche prospectif.

178. **Données probantes quantitatives et semi-quantitatives spécifiques aux soins infirmiers.** L'une des conclusions les plus importantes du rapport 2020 sur *La situation*

du personnel infirmier dans le monde ne provient pas des données, mais concerne les données. Il existe des lacunes importantes dans les informations nécessaires pour comprendre de manière exhaustive le personnel infirmier et pour mener une analyse du marché du travail en santé, notamment en ce qui concerne la capacité de production d'infirmiers(ères), l'érosion des effectifs, les niveaux de salaire et l'absorption sur le marché du travail en santé. Les systèmes de soutien qui sous-tendent la collecte, l'analyse et l'utilisation de ce type de données doivent être renforcés. L'utilisation des CNPS, qui repose sur un engagement intersectoriel fort, peut appuyer le dialogue stratégique et la prise de décision sur les investissements planifiés et durables nécessaires pour catalyser les progrès dans les domaines clés des soins infirmiers.

179. **Données probantes sur l'efficacité du personnel infirmier dans les soins de santé primaires et la couverture sanitaire universelle.** Le présent rapport a dressé une synthèse des données probantes sur la contribution des infirmiers(ères) dans différentes interventions cliniques et dans les domaines de la santé publique. Les données probantes les plus solides proviennent d'un examen systématique qui comprenait 18 essais contrôlés randomisés qui ont montré l'efficacité des interventions en soins infirmiers dans toute une série de fonctions de soins primaires (30). Toutefois, 17 des 18 études incluses ont été menées dans des pays à revenu élevé, une seule dans un pays à revenu intermédiaire et aucune dans un pays à revenu faible. Des études Cochrane et Campbell ont également été réalisées sur des domaines cliniques ou des programmes spécifiques, notamment la thérapie antirétrovirale, le sevrage tabagique, la santé mentale et l'examen des agressions sexuelles. Une des études ne comportait que des essais contrôlés randomisés, tandis que les autres incluaient des études expérimentales et quasi-expérimentales, notamment des essais contrôlés (randomisés ou non), des études contrôlées avant et après, des études de cohortes (prospectives



© OMS/Yoshi Shimizu

ou rétrospectives) et des études de séries chronologiques interrompues, permettant ainsi de faire une comparaison entre l'intervention et le contrôle (31,33,34). L'étude Campbell s'est concentrée sur les pratiques aux États-Unis et au Royaume-Uni et s'est donc limitée à des études faites par ces pays. L'examen sur la thérapie antirétrovirale n'a inclus que des études menées en Afrique. Toutes les études de l'examen sur le sevrage tabagique provenaient de pays à revenu élevé, principalement des États-Unis. L'examen sur la santé mentale s'est concentré uniquement sur les pays à revenu faible et intermédiaire, englobant sept études émanant de pays à revenu faible et 15 de pays à revenu faible et intermédiaire (31,33,34). La synthèse met également en évidence des lacunes spécifiques dans les données probantes sur l'efficacité, comme les interventions en soins infirmiers concernant les déterminants sociaux de la santé, notamment le changement climatique, et les interventions

en soins infirmiers dans des situations d'urgence complexes.

180. **Tirer parti des différents cadres et méthodologies de recherche.**

Si les examens de données probantes susmentionnés sont essentiels pour établir l'efficacité des interventions en soins infirmiers, le cadre des études incluses limite leur généralisation et leur applicabilité au niveau mondial. En outre, les études expérimentales et quasi-expérimentales comparent le plus souvent les infirmiers(ères) à d'autres professionnels de la santé. Bien que cela puisse offrir des enseignements utiles, la méthode est mal adaptée pour illustrer et comprendre pleinement la nature des efforts basée sur le travail d'équipe et les processus interconnectés nécessaires à la bonne prestation de soins de santé de qualité. Un plus grand nombre d'études, comprenant des études primaires quantitatives (expérimentales et non expérimentales) et

qualitatives, des examens de méthodes mixtes et des descriptions des champs, fournissent une vue d'ensemble plus complète des questions relatives à la politique des soins infirmiers dans le monde (voir annexe Web). Toutefois, la plupart de ces données ont été générées dans des pays à revenu élevé (30,329), notamment les données sur les priorités de recherche (330).

181. Des efforts supplémentaires doivent être fournis pour appuyer la documentation des interventions en soins infirmiers et la science infirmière dans les pays à revenu faible et intermédiaire, afin que le personnel infirmier dirige lui-même son programme de recherche sur la base de sa propre expérience de travail dans la prestation de services de santé. Les infirmiers(ères) apportent déjà une contribution très importante à la science en soins de santé, notamment en développant des méthodes de recherche innovantes et en utilisant ces méthodes pour étudier des sujets qui sont importants pour l'amélioration de la santé mondiale (331). Les recherches ont montré que la qualité des données probantes qui permettraient à des stratégies efficaces d'améliorer les pratiques des agents santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire est faible (332). L'investissement dans la recherche en soins infirmiers doit donc viser non seulement à augmenter la quantité de résultats, mais aussi à améliorer la qualité de la science, car cela contribuera à notre connaissance générale du personnel de santé.

182. **Données probantes sur l'efficacité des politiques et du soutien des systèmes afin d'optimiser le rôle des soins infirmiers.** Le présent rapport a mis en évidence les données probantes sur l'efficacité des mesures visant à optimiser la contribution et l'impact des soins infirmiers, notamment dans divers domaines tels que l'éducation, la réglementation, le déploiement, la pratique et le maintien en poste. Dans le même temps, les données probantes sur d'autres domaines étaient moins solides. Ainsi, le rendement des

investissements dans les soins infirmiers et le personnel de santé en général pourrait être mieux compris et devrait être étudié dans divers cadres et contextes politiques, notamment par des études sur la rentabilité des soins infirmiers, en particulier dans le cadre des soins primaires dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Il est également possible de renforcer les données probantes sur l'efficacité des interventions visant à retenir le personnel infirmier dans des cadres de pratique, sur les approches de réglementation et de gouvernance visant à permettre au personnel infirmier d'utiliser toutes les compétences acquises pour dispenser des services de soins de santé primaires, et sur les mécanismes efficaces de réglementation de l'enseignement et de la pratique dans le secteur privé. Une évaluation plus solide des politiques visant à remédier aux effets négatifs des migrations permettrait de mieux concevoir les mesures à prendre et de les cibler de manière plus réaliste. Dans tous ces domaines, l'analyse devrait être explicitement axée sur les questions de genre. Dans la mesure où la plupart des études examinées ont en règle générale un intérêt à court terme, des études longitudinales à plus long terme pourraient contribuer à renforcer la confiance dans la pertinence des conclusions par rapport à des orientations politiques réelles.



© AKDN/Christopher Wilton-Steer

CONCLUSION

183. Le présent rapport 2020 sur *La situation du personnel infirmier dans le monde* a souligné le rôle central que jouent les infirmiers(ères) dans le cadre d'équipes intégrées dans la couverture sanitaire universelle et d'autres objectifs nationaux et mondiaux en matière de santé. Le personnel infirmier représente la catégorie professionnelle la plus importante, avec un effectif estimé à environ 28 millions de personnes pour l'année 2018, et constitue un élément central des soins de santé primaires et des systèmes de santé dans les pays, quel que soit leur niveau de développement socioéconomique.

184. Les données et les éléments de preuve rassemblés pour ce rapport sont plus convaincants qu'ils ne l'ont jamais été. Au total, 191 pays ont fait rapport sur leurs effectifs, ce qui représente un record absolu et une augmentation de 53 % par rapport aux données sur le personnel infirmier publiées en 2018. Pour la première fois, 80 % des pays ont fourni à l'OMS des données sur au moins 15 indicateurs relatifs aux soins infirmiers couvrant différentes dimensions relatives à la politique en matière

de personnel. Une analyse des tendances des données sur les effectifs indique une pénurie de 5,9 millions d'infirmiers(ères) en 2018, touchant principalement les Régions Afrique, Asie du Sud-Est et Méditerranée orientale. Cela représente une amélioration du stock de personnel infirmier dans les pays touchés par la pénurie, par rapport à la situation de référence identifiée par la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé.

185. En dépit de signes encourageants, le rapport met en lumière de grands motifs d'inquiétude. Comme le prévoient les projections faites par la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé en 2016, une accélération des progrès sera nécessaire dans les pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure ainsi que dans les régions Afrique et Méditerranée orientale pour combler les principales lacunes. En chiffres absolus, la pénurie la plus importante concerne la région Asie du Sud-Est. Les Régions Amériques et Europe sont confrontées à une menace supplémentaire en raison du vieillissement de leur personnel infirmier. Plusieurs pays à revenu élevé des Régions

Amériques, Europe et Méditerranée orientale semblent trop tributaires de la mobilité internationale du personnel infirmier.

186. Les gouvernements nationaux, avec l'appui des partenaires nationaux et internationaux le cas échéant, doivent jouer un rôle moteur pour accélérer les efforts visant :

- à renforcer le leadership et les capacités de gestion avisée du personnel de santé afin de progresser dans les domaines de l'éducation, de la santé, de l'emploi et du genre ;
- à optimiser le rendement des investissements actuels dans le personnel infirmier en prenant les mesures requises en matière d'éducation, de travail décent, de juste rémunération, d'affectation du personnel, de productivité, de réglementation et de maintien en poste ;
- à susciter des investissements considérables dans le personnel de

santé, et dans le personnel infirmier en particulier, et à en tirer parti pour obtenir des résultats en matière de développement, notamment en termes de création d'emplois, de genre et d'autonomisation des jeunes.

187. La traduction des données probantes du présent rapport, des mesures recommandées et des orientations stratégiques ci-dessus en décisions politiques et d'investissement concrètes nécessitera une coordination entre les secteurs gouvernementaux et une collaboration avec les parties prenantes clés. Les conclusions et les données présentées devraient être utilisées pour déclencher un dialogue stratégique dans les pays impliquant les principales parties prenantes. Ces mécanismes de dialogue stratégique devraient être mis à profit pour que soient prises les décisions nécessaires en termes aussi bien d'adoption de politiques saines et fondées sur des données probantes que de niveaux d'investissement appropriés.

© OMS/Yoshi Shimizu

Saisissons cette occasion qui nous est donnée pour nous engager à une décennie d'action en faveur du **PERSONNEL INFIRMIER EN INVESTISSANT** dans la formation, l'emploi et le leadership.



Références

1. Benton DC, Catizone CA, Chaudhry HJ, DeMers ST, Grace P, Hatherill WA *et al.*. Bibliometrics: a means of visualizing occupational licensure scholarship. *Journal of Nursing Regulation*. 2018;9:31–7. doi:10.1016/s2155-8256(18)30052-8.
2. Conseil international des infirmières : qui nous sommes. Genève : Conseil International des Infirmières (<https://www.icn.ch/fr/qui-nous-sommes>, consulté le 19 février 2020).
3. Nursing and midwifery in the history of the World Health Organization 1948–2017. Geneva: World Health Organization; 2017.
4. Coster S, Watkins M, Norman IJ. What is the impact of professional nursing on patients' outcomes globally? An overview of research evidence. *International Journal of Nursing Studies*. 2018;78:76–83. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.009.
5. WHO recommendations on non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. Geneva: World Health Organization; 2018.
6. Health workforce: World Health Assembly resolutions. Geneva: World Health Organization (<http://www.emro.who.int/health-workforce/strategy/world-health-assembly-resolutions.html>, consulté le 19 février 2020).
7. 2020 : Année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier. A72/54 Rev.1. Genève ; Organisation mondiale de la Santé ; 2019.
8. Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 25 septembre 2015. New York : Nations Unies ; 2015.
9. Thirteenth general programme of work 2019–2023. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/about/what-we-do/thirteenth-general-programme-of-work-2019–2023>, consulté le 20 février 2020).
10. Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle : agir ensemble pour bâtir un monde en meilleure santé. New York : Nations Unies ; 2019.
11. Réaliser l'objectif de couverture sanitaire universelle d'ici 2030 : le rôle des parlements pour garantir le droit à la santé. Résolution adoptée par consensus par la 141^e Assemblée de l'Union interparlementaire. Belgrade, Serbie : Union interparlementaire ; 2019.
12. Déclaration d'Astana sur les soins de santé primaires : d'Alma-Ata à la couverture sanitaire universelle et aux objectifs de développement durable. Conférence internationale sur les soins de santé primaires, 25 et 26 octobre 2018. Organisation mondiale de la Santé : Astana, Kazakhstan ; 2018.
13. Les soins de santé primaires sur la voie de la couverture sanitaire universelle : rapport mondial de suivi 2019. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019.
14. Stenberg K, Hanssen O, Tan-Torres Edejer T, Bertram M, Brindley C, Meshreky A *et al.* Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries. *Lancet Global Health*. 2017;5:e875–87. doi:10.1016/s2214-109x(17)30263-2.
15. Five-Year Action Plan for Health Employment and Inclusive Economic Growth (2017–2021). Geneva: World Health Organization; 2018.
16. Ressources humaines pour la santé : Stratégie mondiale à l'horizon 2030. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016.
17. S'engager pour la santé et la croissance : Investir dans le personnel de santé. Rapport de la Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016.
18. Buchan J, Dhillon IS, Campbell J. Health employment and economic growth: an evidence base. Geneva: World Health Organization; 2017.
19. Wyte-Lake T, Tran K, Bowman CC, Needleman J, Dobalian A. A systematic review of strategies to address the clinical nursing faculty shortage. *Journal of Nursing Education*. 2013;52:245–52. doi:10.3928/01484834-20130213-02.
20. Marchi-Alves LM, Ventura CAA, Trevizan MA, Mazzo A, de Godoy S, Mendes IAC. Challenges for nursing education in Angola: the perception of nurse leaders affiliated with professional education institutions. *Human Resources for Health*. 2013;11:33. doi:10.1186/1478-4491-11-33.
21. Des services dispensés par des femmes dans un secteur dirigé par des hommes : une analyse consacrée à la problématique du genre et de l'équité chez les personnels du secteur sanitaire et social à l'échelle mondiale. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019.
22. Shannon G, Minckas N, Tan D, Haghparast-Bidgoli H, Batura N, Mannell J. Feminisation of the health workforce and wage conditions of health professions: an exploratory analysis. *Human Resources for Health*. 2019;17:72. doi:10.1186/s12960-019-0406-0.
23. Devane C, Boschma G. Care and caregiving reconsidered. *Nursing History Review*. 2018;26:205–13. doi:10.1891/1062-8061.26.1.205.

24. Schweitzer MC, Zoboli EL, Vieira MM. Nursing challenges for universal health coverage: a systematic review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2016;24:e2676. doi:10.1590/1518-8345.0933.2676.
25. Lord Crisp, Watkins M. The triple impact of nursing. *International Journal of Nursing Studies*. 2018;78:A3–4. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.05.001.
26. Assaye AM, Wiechula R, Schultz TJ, Feo RR. Impact of nurse staffing on patient and nurse workforce outcomes in acute care settings in low- and middle-income countries: a systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 2018;16:2260–7. doi:10.11124/jbisrir-2017-003707.
27. Optimisation des rôles du personnel de santé par la délégation des tâches pour améliorer l'accès aux interventions de santé maternelle et néonatale. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2012.
28. Nursing definitions. International Council of Nurses (<https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>, consulté le 20 février 2020).
29. NCSBN's Global Regulatory Atlas. National Council of State Boards of Nursing (<https://www.regulatoryatlas.com/>, consulté le 20 février 2020).
30. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught A. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018;7:CD001271. doi:10.1002/14651858.CD001271.pub3.
31. Kredo T, Adeniyi FB, Bateganya M, Pienaar ED. Task shifting from doctors to non-doctors for initiation and maintenance of antiretroviral therapy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014;7:CD007331. doi:10.1002/14651858.CD007331.pub3.
32. Rice VH, Heath L, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017;12:CD001188. doi:10.1002/14651858.CD001188.pub5.
33. van Ginneken N, Tharyan P, Lewin S, Rao GN, Meera SM, Pian J *et al.* Non-specialist health worker interventions for the care of mental, neurological and substance-abuse disorders in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;11:CD009149. doi:10.1002/14651858.CD009149.pub2.
34. Toon C, Gurusamy K. Forensic nurse examiners versus doctors for the forensic examination of rape and sexual assault complainants: a systematic review. *Campbell Systematic Reviews*. 2014;10:1–56. doi:10.4073/csr.2014.5.
35. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. Geneva: World Health Organization; 2016.
36. Nursing and patient safety. U.S. Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality, and Patient Safety Network; 2019 (<https://psnet.ahrq.gov/primer/nursing-and-patient-safety>, consulté le 20 février 2020).
37. Stone PW, Dick A, Pogorzelska M, Horan TC, Furuya EY, Larson E. Staffing and structure of infection prevention and control programs. *American Journal of Infection Control*. 2009;37:351–7. doi:10.1016/j.ajic.2008.11.001.
38. Sopirala MM, Yahle-Dunbar L, Smyer J, Wellington L, Dickman J, Zikri N *et al.* Infection control link nurse program: an interdisciplinary approach in targeting health care-acquired infection. *American Journal of Infection Control*. 2014;42:353–9. doi:10.1016/j.ajic.2013.10.007.
39. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S *et al.* High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Global Health*. 2018;6:e1196–252. doi:10.1016/s2214-109x(18)30386-3.
40. Garcia CL, Abreu LC, Ramos JLS, Castro CFD, Smiderle FRN, Santos JAD *et al.* Influence of burnout on patient safety: systematic review and meta-analysis. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(9):E553. doi:10.3390/medicina55090553.
41. Needleman J, Kurtzman ET, Kizer KW. Performance measurement of nursing care: state of the science and the current consensus. *Medical Care Research and Review*. 2007;64:10s–43s. doi:10.1177/1077558707299260.
42. Needleman J, Hassmiller S. The role of nurses in improving hospital quality and efficiency: real-world results. *Health Affairs (Millwood)*. 2009;28:w625–33. doi:10.1377/hlthaff.28.4.w625.
43. Frith KH, Anderson EF, Caspers B, Tseng F, Sanford K, Hoyt NG *et al.* Effects of nurse staffing on hospital-acquired conditions and length of stay in community hospitals. *Quality Management in Health Care*. 2010;19:147–55. doi:10.1097/QMH.0b013e3181dafa3f.
44. Harless DW, Mark BA. Nurse staffing and quality of care with direct measurement of inpatient staffing. *Medical Care*. 2010;48:659–63. doi:10.1097/MLR.0b013e3181dbe200.
45. Twigg D, Duffield C, Bremner A, Rapley P, Finn J. Impact of skill mix variations on patient outcomes following implementation of nursing hours per patient day staffing: a retrospective study. *Journal of Advanced Nursing*. 2012;68:2710–8. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.05971.x.
46. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R *et al.* Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014;383:1824–30. doi:10.1016/s0140-6736(13)62631-8.

47. Griffiths P, Ball J, Drennan J, Dall’Ora C, Jones J, Maruotti A *et al.* Nurse staffing and patient outcomes: strengths and limitations of the evidence to inform policy and practice. A review and discussion paper based on evidence reviewed for the National Institute for Health and Care Excellence Safe Staffing guideline development. *International Journal of Nursing Studies*. 2016;63:213–25. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.03.012.
48. Spilsbury K, Hewitt C, Stirk L, Bowman C. The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2011;48:732–50. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.02.014.
49. Norful A, Martsolf G, de Jacq K, Poghosyan L. Utilization of registered nurses in primary care teams: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2017;74:15–23. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.05.013.
50. Lau D, Hu J, Majumdar SR, Storie DA, Rees SE, Johnson JA. Interventions to improve influenza and pneumococcal vaccination rates among community-dwelling adults: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Family Medicine*. 2012;10:538–46. doi:10.1370/afm.1405.
51. Palacios E, Guerra D, Llaro K, Chalco K, Sapag R, Furin J. The role of the nurse in the community-based treatment of multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB). *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2003;7:343–6.
52. de Abreu Temoteo RC, de Carvalho JBL, de Carvalho Lira ALB, de Lima MA, de Sousa YG. Nursing in adherence to treatment of tuberculosis and health technologies in the context of primary care. *Escola Anna Nery*. 2019;23.
53. Escott S, Walley J. Listening to those on the frontline: lessons for community-based tuberculosis programmes from a qualitative study in Swaziland. *Social Science and Medicine*. 2005;61:1701–10. doi:10.1016/j.socscimed.2005.03.040.
54. van de Berg S, Jansen-Aaldring N, de Vries G, van den Hof S. Patient support for tuberculosis patients in low-incidence countries: a systematic review. *PLoS ONE*. 2018;13:e0205433. doi:10.1371/journal.pone.0205433.
55. Ford N, Chu K, Mills EJ. Safety of task-shifting for male medical circumcision: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2012;26:559–66. doi:10.1097/QAD.0b013e32834f3264.
56. Feldblum PJ, Odoyo-June E, Obiero W, Bailey RC, Combes S, Hart C *et al.* Safety, effectiveness and acceptability of the PrePex device for adult male circumcision in Kenya. *PLoS ONE*. 2014;9:e95357. doi:10.1371/journal.pone.0095357.
57. Frajzyngier V, Odingo G, Barone M, Perchal P, Pavin M. Safety of adult medical male circumcision performed by non-physician clinicians in Kenya: a prospective cohort study. *Global Health: Science and Practice*. 2014;2:93–102. doi:10.9745/ghsp-d-13-00120.
58. Mutabazi V, Bitega JP, Ngeruka LM, Hategekimana T, Kaplan SA, Karema C *et al.* Non-surgical adult male circumcision using the PrePex device: task-shifting from physicians to nurses. *African Journal of Reproductive Health*. 2014;18:61–70.
59. Reed JB, Grund J, Liu Y, Mwandu Z, Howard AA, McNairy ML *et al.* Implementation and operational research: evaluation of loss-to-follow-up and postoperative adverse events in a voluntary medical male circumcision program in Nyanza province, Kenya. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2015;69:e13–23. doi:10.1097/qai.0000000000000535.
60. Herman-Roloff A, Otieno N, Agot K, Ndinya-Achola J, Bailey RC. Acceptability of medical male circumcision among uncircumcised men in Kenya one year after the launch of the national male circumcision program. *PLoS ONE*. 2011;6:e19814. doi:10.1371/journal.pone.0019814.
61. Galukande M, Duffy K, Bitega JP, Rackara S, Bbaale DS, Nakaggwa F *et al.* Adverse events profile of PrePex a non-surgical device for adult male circumcision in a Ugandan urban setting. *PLoS ONE*. 2014;9:e86631. doi:10.1371/journal.pone.0086631.
62. Nelson LE, McMahon JM, Leblanc NM, Braksmajer A, Crean HF, Smith K *et al.* Advancing the case for nurse practitioner-based models to accelerate scale-up of HIV pre-exposure prophylaxis. *Journal of Clinical Nursing*. 2019;28:351–61. doi:10.1111/jocn.14675.
63. Corley AG, Thornton CP, Glass NE. The role of nurses and community health workers in confronting neglected tropical diseases in sub-Saharan Africa: a systematic review. *PLoS Neglected Tropical Diseases*. 2016;10:e0004914. doi:10.1371/journal.pntd.0004914.
64. Bosch-Capblanch X, Marceau C. Training, supervision and quality of care in selected integrated community case management (iCCM) programmes: a scoping review of programmatic evidence. *Journal of Global Health*. 2014;4:020403. doi:10.7189/jogh.04.020403.
65. Boyce SP, Nyangara F, Kamunyor J. A mixed-methods quasi-experimental evaluation of a mobile health application and quality of care in the integrated community case management program in Malawi. *Journal of Global Health*. 2019;9:010811. doi:10.7189/jogh.09.010811.
66. DeCola P, Benton D, Peterson C, Matebeni D. Nurses’ potential to lead in non-communicable disease global crisis. *International Nursing Review*. 2012;59:321–30. doi:10.1111/j.1466-7657.2012.01006.x.

67. Alleyne G, Hancock C, Hughes P. Chronic and non-communicable diseases: a critical challenge for nurses globally. *International Nursing Review*. 2011;58:328–31. doi:10.1111/j.1466-7657.2011.00912.x.
68. Fairall LR, Folb N, Timmerman V, Lombard C, Steyn K, Bachmann MO *et al*. Educational outreach with an integrated clinical tool for nurse-led non-communicable chronic disease management in primary care in South Africa: a pragmatic cluster randomised controlled trial. *PLoS Medicine*. 2016;13:e1002178. doi:10.1371/journal.pmed.1002178.
69. Coates V. Role of nurses in supporting patients to self-manage chronic conditions. *Nursing Standard*. 2017;31:42–6. doi:10.7748/ns.2017.e10742.
70. Joshi R, Alim M, Kengne AP, Jan S, Maulik PK, Peiris D *et al*. Task shifting for non-communicable disease management in low and middle income countries: a systematic review. *PLoS ONE*. 2014;9:e103754. doi:10.1371/journal.pone.0103754.
71. Kennedy A. Nurses play a central role in arresting and controlling NCDs. Statement of the Commissioner Annette Kennedy, President of the International Council of Nurses. WHO Independent High-level Commission on NCDs. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/ncds/governance/high-level-commission/statement-of-annette-kennedy.pdf?ua=1>, consulté le 20 février 2020).
72. Labhardt ND, Balo J-R, Ndam M, Grimm J-J, Manga E. Task shifting to non-physician clinicians for integrated management of hypertension and diabetes in rural Cameroon: a programme assessment at two years. *BMC Health Services Research*. 2010;10:339. doi:10.1186/1472-6963-10-339.
73. Il est temps d'agir : Rapport de la Commission Indépendante de Haut Niveau sur les Maladies Non Transmissibles. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018.
74. Maladies non transmissibles : principaux faits. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>, consulté le 20 février 2020).
75. Varghese C, Nongkynrih B, Onakpoya I, McCall M, Barkley S, Collins TE. Better health and wellbeing for billion more people: integrating non-communicable diseases in primary care. *BMJ*. 2019;364:l327. doi:10.1136/bmj.l327.
76. Kruk ME, Nigenda G, Knaul FM. Redesigning primary care to tackle the global epidemic of noncommunicable disease. *American Journal of Public Health*. 2015;105:431–37. doi:10.2105/ajph.2014.302392.
77. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;4:CD004667. doi:10.1002/14651858.CD004667.pub5.
78. Baltag V, Pachyna A, Hall J. Global overview of school health services: data from 102 countries. *Health Behavior and Policy Review*. 2015;2:268–83. doi:10.14485/Hbpr.2.4.4.
79. Baltag V, Saewyc E. Pairing children with health services: the changing role of school health services in the 21st century. In: Cherry AL, Baltag V, Dillon ME, editors. *International handbook on adolescent health and development: the public health response*. Switzerland; Springer International Publishing; 2017.
80. Walker JR. Wellness promotion: school nurses as models of health. *NASN School Nurse*. 2014;29:128–9. doi:10.1177/1942602x14522831.
81. American Academy of Pediatrics Council on School Health, Magalnick H, Mazyck D. Role of the school nurse in providing school health services. *Pediatrics*. 2008;121:1052–6. doi:10.1542/peds.2008-0382.
82. Polus S, Lewin S, Glenton C, Lerberg PM, Rehfuess E, Gulmezoglu AM. Optimizing the delivery of contraceptives in low- and middle-income countries through task shifting: a systematic review of effectiveness and safety. *Reproductive Health*. 2015;12:27. doi:10.1186/s12978-015-0002-2.
83. Phillips J, Harris J. Emotional intelligence in nurse management and nurse job satisfaction and retention: a scoping review protocol. *JBHI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 2017;15:2651–8. doi:10.11124/jbisrir-2016-003300.
84. Domgue JF, Futuh B, Ngalla C, Kakute P, Manjuh F, Manga S *et al*. Feasibility of a community-based cervical cancer screening with “test and treat” strategy using self-sample for an HPV test: experience from rural Cameroon, Africa. *International Journal of Cancer*. 2019. doi:10.1002/ijc.32746.
85. Whelan NW, Steenbeek A, Martin-Misener R, Scott J, Smith B, D’Angelo-Scott H. Engaging parents and schools improves uptake of the human papillomavirus (HPV) vaccine: examining the role of the public health nurse. *Vaccine*. 2014;32:4665–71. doi:10.1016/j.vaccine.2014.06.026.
86. Rosen BL, Rhodes D, Visker J, Cox C, Banez JC, Lasser B. Factors associated with school nurses’ and personnel’s professional practice to encourage parents to vaccinate against human papillomavirus. *Journal of School Health*. 2019;89:569–77. doi:10.1111/josh.12783.
87. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015.

88. ACAP Bulletin: January–February 2017. Busan, Republic of Korea: Active Aging Consortium Asia Pacific; 2017.
89. Annual report 2018: better health and dignity for all. Tokyo, Japan: Sasakawa Health Foundation; 2019.
90. A visit to the United Kingdom by the Sasakawa Memorial Health Foundation Team. Sasakawa Memorial Health Foundation; 2019 (unpublished project report).
91. Shih F-J, Turale S, Lin Y-S, Gau M-L, Kao C-C, Yang C-Y *et al.* Surviving a life-threatening crisis: Taiwan's nurse leaders' reflections and difficulties fighting the SARS epidemic. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18:3391–400. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02521.x.
92. Choi JS, Kim KM. Crisis prevention and management by infection control nurses during the Middle East respiratory coronavirus outbreak in Korea. *American Journal of Infection Control*. 2016;44:480–1. doi:10.1016/j.ajic.2015.10.032.
93. Dran J. A unique institutional response to the Zika virus epidemic. *Obstetrics and Gynecology*. 2018;131:666–70. doi:10.1097/aog.0000000000002532.
94. Wilson A, Nguyen TN. The Zika virus epidemic: public health roles for nurses. *Online Journal of Issues in Nursing*. 2017;22:4. doi:10.3912/OJIN.Vol22No01Man04.
95. Kollie ES, Winslow BJ, Pothier P, Gaede D. Deciding to work during the Ebola outbreak: the voices and experiences of nurses and midwives in Liberia. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2017;7:75–81. doi:10.1016/j.ijans.2017.09.002.
96. Sagar PL. Nurses leading the fight against Ebola virus disease. *Journal of Transcultural Nursing*. 2015;26:322–6. doi:10.1177/1043659615574326.
97. Emergency medical teams. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/emergency_medical_teams/en/, consulté le 20 février 2020).
98. Martineau T, McPake B, Theobald S, Raven J, Ensor T, Fustukian S *et al.* Leaving no one behind: lessons on rebuilding health systems in conflict- and crisis-affected states. *BMJ Global Health*. 2017;2:e000327. doi:10.1136/bmjgh-2017-000327.
99. Witter S, Wurie H, Chandiwana P, Namakula J, So S, Alonso-Garbayo A *et al.* How do health workers experience and cope with shocks? Learning from four fragile and conflict-affected health systems in Uganda, Sierra Leone, Zimbabwe and Cambodia. *Health Policy and Planning*. 2017;32:iii3–13. doi:10.1093/heapol/czx112.
100. Little KF, Elema R, Thi SS, Greig J, Venis S. TB treatment in a chronic complex emergency: treatment outcomes and experiences in Somalia. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 2013;107:690–8. doi:10.1093/trstmh/trt090.
101. Cauda R, Naddour A, Drgova J, Sramkova M, Suvada J, Benca J *et al.* Spectrum of humanitarian assistance interventions in acute physiotherapy and nursing refugee health unit (original research). *Clinical Social Work and Health Intervention*. 2018;9:16–19. doi:10.22359/cswghi_9_4_02.
102. Squires A, Chavez FS, Hilfinger Messias DK, Narsavage GL, Oerther DB, Premji SS *et al.* Sustainable development & the year of the nurse & midwife – 2020. *International Journal of Nursing Studies*. 2019;94:A3–4. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.03.008.
103. Griffiths P. Nursing, midwifery, and the sustainable development goals: an editorial series leading up to the World Health Organization's "Year of the Nurse & Midwife". *International Journal of Nursing Studies*. 2019;94:A1–2. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.03.009.
104. Adlong W, Dietsch E. Nursing and climate change: an emerging connection. *Collegian*. 2015;22:19–24. doi:10.1016/j.colegn.2013.10.003.
105. Griggs C, Fernandez A, Callanan M. Nursing and the barriers to sustainable health care: a literature review. *British Journal of Nursing*. 2017;26:1230–7. doi:10.12968/bjon.2017.26.22.1230.
106. Xiao J, Fan W, Deng Y, Li S, Yan P. Nurses' knowledge and attitudes regarding potential impacts of climate change on public health in central of China. *International Journal of Nursing Sciences*. 2016;3:158–61. doi:10.1016/j.ijnss.2016.04.002.
107. Goicolea I, Hultstrand Ahlin C, Waenerlund AK, Marchal B, Christianson M, Wiklund M *et al.* Accessibility and factors associated with utilization of mental health services in youth health centers: a qualitative comparative analysis in northern Sweden. *International Journal of Mental Health Systems*. 2018;12:69. doi:10.1186/s13033-018-0249-4.
108. Saberi P, Ming K, Dawson-Rose C. What does it mean to be youth-friendly? Results from qualitative interviews with health care providers and clinic staff serving youth and young adults living with HIV. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*. 2018;9:65–75. doi:10.2147/ahmt.s158759.
109. Brittain AW, Loyola Briceno AC, Pazol K, Zapata LB, Decker E, Rollison JM *et al.* Youth-friendly family planning services for young people: a systematic review update. *American Journal of Preventive Medicine*. 2018;55:725–35. doi:10.1016/j.amepre.2018.06.010.

110. Thomee S, Malm D, Christianson M, Hurtig AK, Wiklund M, Waenerlund AK *et al.* Challenges and strategies for sustaining youth-friendly health services: a qualitative study from the perspective of professionals at youth clinics in northern Sweden. *Reproductive Health*. 2016;13:147. doi:10.1186/s12978-016-0261-6.
111. Moayedi G, Davis C. Insights in public health: equitable access to abortion care in Hawai'i: identifying gaps and solutions. *Hawai'i Journal of Medicine and Public Health*. 2018;77:169–72.
112. Singh S, Remez L, Sedgh G, Kwok L, Onda T. *Abortion worldwide 2017: uneven progress and unequal access*. New York: Guttmacher Institute; 2018.
113. Hajimiri K, Shakibazadeh E, Mehrizi AAH, Shabbidar S, Sadeghi R. The impact of general health and social support on health promoting lifestyle in the first year postpartum: the structural equation modelling. *Electron Physician*. 2018;10:6231–9. doi:10.19082/6231.
114. Altman MR, Oseguera T, McLemore MR, Kantrowitz-Gordon I, Franck LS, Lyndon A. Information and power: women of color's experiences interacting with health care providers in pregnancy and birth. *Social Science and Medicine*. 2019;238:112491. doi:10.1016/j.socscimed.2019.112491.
115. Hajimiri K, Shakibazadeh E, Haeri Mehrizi AA, Shab-Bidar S, Sadeghi R. The role of perceived barrier in the postpartum women's health promoting lifestyle: a partial mediator between self-efficacy and health promoting lifestyle. *Journal of Education and Health Promotion*. 2018;7:38. doi:10.4103/jehp.jehp_70_17.
116. Sprague S, Slobogean GP, Spurr H, McKay P, Scott T, Arseneau E *et al.* A Scoping review of intimate partner violence screening programs for health care professionals. *PLoS ONE*. 2016;11:e0168502. doi:10.1371/journal.pone.0168502.
117. Scheffler RM, Campbell J, Cometto G, Maeda A, Liu J, Bruckner TA *et al.* Forecasting imbalances in the global health labor market and devising policy responses. *Human Resources for Health*. 2018;16:5. doi:10.1186/s12960-017-0264-6.
118. Gunn V, Muntaner C, Ng E, Villeneuve M, Gea-Sanchez M, Chung H. Gender equality policies, nursing professionalization, and the nursing workforce: a cross-sectional, time-series analysis of 22 countries, 2000–2015. *International Journal of Nursing Studies*. 2019;99:103388. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.103388.
119. Nasrabadi AN, Lipson JG, Emami A. Professional nursing in Iran: an overview of its historical and sociocultural framework. *Journal of Professional Nursing*. 2004;20:396–402. doi:10.1016/j.profnurs.2004.08.004.
120. Appiagyei AA, Kiriinya RN, Gross JM, Wambua DN, Oywer EO, Kamenju AK *et al.* Informing the scale-up of Kenya's nursing workforce: a mixed methods study of factors affecting pre-service training capacity and production. *Human Resources for Health*. 2014;12:47. doi:10.1186/1478-4491-12-47.
121. Squires A, Uyei SJ, Beltrán-Sánchez H, Jones SA. Examining the influence of country-level and health system factors on nursing and physician personnel production. *Human Resources for Health*. 2016;14:48.
122. Newman CJ, Stilwell B, Rick S, Peterson KM. *Investing in the power of nurse leadership: what will it take?* IntraHealth International, Nursing Now, Johnson & Johnson; 2019.
123. Carnevale T, Priode K. "The good ole' girls' nursing club": the male student perspective. *Journal of Transcultural Nursing*. 2018;29:285–91. doi:10.1177/1043659617703163.
124. Harding T, Jamieson I, Withington J, Hudson D, Dixon A. Attracting men to nursing: is graduate entry an answer? *Nurse Education in Practice*. 2018;28:257–63. doi:10.1016/j.nepr.2017.07.003.
125. Ndou NP, Moloko-Phiri SS. Four-year diploma male students' experiences in a profession traditionally perceived as a female domain at a selected public college of nursing in Limpopo, South Africa. *Curationis*. 2018;41:e1–6. doi:10.4102/curationis.v41i1.1932.
126. Bleich MR, MacWilliams BR, Schmidt BJ. Advancing diversity through inclusive excellence in nursing education. *Journal of Professional Nursing*. 2015;31:89–94. doi:10.1016/j.profnurs.2014.09.003.
127. Taylor EV, Lalovic A, Thompson SC. Beyond enrolments: a systematic review exploring the factors affecting the retention of Aboriginal and Torres Strait Islander health students in the tertiary education system. *International Journal for Equity in Health*. 2019;18:136. doi:10.1186/s12939-019-1038-7.
128. Cramer JH, Pugh JD, Slatyer S, Twigg DE, Robinson M. Issues impacting on enrolled nurse education for Aboriginal and Torres Strait Islander students: a discussion. *Contemporary Nurse*. 2018;1–10. doi:10.1080/10376178.2018.1493347.
129. Brownie S, Gatimu SM, Wahedna AH, Kambo I, Ndirangu EW. Assessing the impact of a partnership-based work/study nursing upgrade programme in a low- and middle-income setting. *Journal of Clinical Nursing*. 2019;28:209–20. doi:10.1111/jocn.14630.
130. Roxburgh M, Conlon M, Banks D. Evaluating hub and spoke models of practice learning in Scotland, UK: a multiple case study approach. *Nurse Education Today*. 2012;32:782–9. doi:10.1016/j.nedt.2012.05.004.

131. Gagnon J, Gagnon MP, Buteau RA, Azizah GM, Jette S, Lampron A *et al.* Adaptation and evaluation of online self-learning modules to teach critical appraisal and evidence-based practice in nursing: an international collaboration. *Computers, Informatics, Nursing.* 2015;33:285–94; quiz E1. doi:10.1097/CIN.000000000000156.
132. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010;376:1923–58. doi:10.1016/s0140-6736(10)61854-5.
133. International Finance Corporation. The private sector and tertiary medical education. Investing in People Series, Paper 4. Washington (DC): World Bank; 2009.
134. Rai SD. Growth of nursing education sector and its effects on professionalization of nurses in Nepal. *IOSR Journal of Nursing and Health Science.* 2014;3:34–9. doi:10.9790/1959-03433439.
135. Dgedge M, Mendoza A, Necochea E, Bossemeyer D, Rajabo M, Fullerton J. Assessment of the nursing skill mix in Mozambique using a task analysis methodology. *Human Resources for Health.* 2014;12:5. doi:10.1186/1478-4491-12-5.
136. Lahtinen P, Leino-Kilpi H, Salminen L. Nursing education in the European higher education area: variations in implementation. *Nurse Education Today.* 2014;34:1040–7. doi:10.1016/j.nedt.2013.09.011.
137. Zwane ZP, Mtshali NG. Positioning public nursing colleges in South African higher education: stakeholders' perspectives. *Curationis.* 2019;42:e1–11. doi:10.4102/curationis.v42i1.1885.
138. Aiken LH, Sloane DM, Griffiths P, Rafferty AM, Bruyneel L, McHugh M *et al.* Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *British Medical Journal.* 2017;26:559–68. doi:10.1136/bmjqs-2016-006197.
139. Yakusheva O, Lindrooth R, Weiss M. Economic evaluation of the 80% baccalaureate nurse workforce recommendation: a patient-level analysis. *Medical Care.* 2014;52:864–9. doi:10.1097/MLR.000000000000189.
140. McPake B, Squires AP, Mahat A, Araujo EC. The economics of health professional education and careers: insights from a literature review. Washington (DC): World Bank; 2015.
141. Palumbo MV, Rambur B, Hart V. Is health care payment reform impacting nurses' work settings, roles, and education preparation? *Journal of Professional Nursing.* 2017;33:400–4. doi:10.1016/j.profnurs.2016.11.005.
142. Young D, Colvin N, Seibenhener S, Johnson A. The nursing doctorate: one size does not fit all. *Creative Nursing.* 2019;25:334–7. doi:10.1891/1078-4535.25.4.334.
143. Heglund S, Simmons J, Wink D, D'Meza Leuner J. Thirteen years and counting: outcomes of a concurrent ASN/BSN enrollment program. *Journal of Professional Nursing.* 2017;33:441–6. doi:10.1016/j.profnurs.2017.02.006.
144. Wakerman J, Humphreys J, Russell D, Guthridge S, Bourke L, Dunbar T *et al.* Remote health workforce turnover and retention: what are the policy and practice priorities? *Human Resources for Health.* 2019;17:99. doi:10.1186/s12960-019-0432-y.
145. Greenhill JA, Walker J, Playford D. Outcomes of Australian rural clinical schools: a decade of success building the rural medical workforce through the education and training continuum. *Rural Remote Health.* 2015;15:2991.
146. Strasser R. Learning in context: education for remote rural health care. *Rural Remote Health.* 2016;16:4033.
147. Aebersold M. Simulation-based learning: no longer a novelty in undergraduate education. *Online Journal of Issues in Nursing.* 2018;23. doi:10.3912/OJIN.Vol23No02PPT39.
148. Cant RP, Cooper SJ. Use of simulation-based learning in undergraduate nurse education: an umbrella systematic review. *Nurse Education Today.* 2017;49:63–71. doi:10.1016/j.nedt.2016.11.015.
149. Walker L, Cross M, Barnett T. Mapping the interprofessional education landscape for students on rural clinical placements: an integrative literature review. *Rural Remote Health.* 2018;18:4336. doi:10.22605/rrh4336.
150. Fealy S, Jones D, Hutton A, Graham K, McNeill L, Sweet L *et al.* The integration of immersive virtual reality in tertiary nursing and midwifery education: a scoping review. *Nurse Education Today.* 2019;79:14–19. doi:10.1016/j.nedt.2019.05.002.
151. Idrees S, Zeenat Shah NB. Critique on private and public nursing education in Pakistan. *Journal of Health Education Research and Development.* 2017;05. doi:10.4172/2380-5439.1000227.
152. Reynolds J, Wisaijohn T, Pudpong N, Watthayu N, Dalliston A, Suphanchaimat R *et al.* A literature review: the role of the private sector in the production of nurses in India, Kenya, South Africa and Thailand. *Human Resources for Health.* 2013;11:14. doi:10.1186/1478-4491-11-14.
153. Pittman P, Bass E, Han X, Kurtzman E. The growth and performance of nursing programs by ownership status. *Journal of Nursing Regulation.* 2019;9:5–21. doi:10.1016/s2155-8256(19)30011-0.
154. Younas A, Zeb H, Aziz SB, Sana S, Albert JS, Khan IU *et al.* Perceived challenges of nurse educators while teaching undergraduate nursing students in Pakistan: an exploratory mixed-methods study. *Nurse Education Today.* 2019;81:39–48. doi:10.1016/j.nedt.2019.07.002.

155. Advancing healthcare transformation: a new era for academic nursing. Washington (DC): American Association of Colleges of Nursing; 2016.
156. Nardi DA, Gyurko CC. The global nursing faculty shortage: status and solutions for change. *Journal of Nursing Scholarship*. 2013;45:317–26. doi:10.1111/jnu.12030.
157. Kunaviktikul W, Guptarak M. Networking for local and global change: the Southeast and East Asian Nursing Education and Research Network. *Nursing and Health Sciences*. 2019;21:1–3. doi:10.1111/nhs.12592.
158. Harper DC, Moore RL, Cleveland C, Miltner RS, Froelich K, McGuinness T *et al*. Transforming veterans health care through academic-practice partnerships. *Nursing Outlook*. 2016;64:424–30. doi:10.1016/j.outlook.2016.05.001.
159. Uwizeye G, Mukamana D, Relf M, Rosa W, Kim MJ, Uwimana P *et al*. Building nursing and midwifery capacity through Rwanda's Human Resources for Health Program. *Journal of Transcultural Nursing*. 2018;29:192–201. doi:10.1177/1043659617705436.
160. Gazza EA. Alleviating the nurse faculty shortage: designating and preparing the academic nurse educator as an advanced practice registered nurse. *Nursing Forum*. 2019;54:144–8. doi:10.1111/nuf.12307.
161. Herath C, Zhou Y, Gan Y, Nakandawire N, Gong Y, Lu Z. A comparative study of interprofessional education in global health care: a systematic review. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96:e7336. doi:10.1097/MD.00000000000007336.
162. Murdoch NL, Epp S, Vinek J. Teaching and learning activities to educate nursing students for interprofessional collaboration: a scoping review. *Journal of Interprofessional Care*. 2017;31:744–53. doi:10.1080/13561820.2017.1356807.
163. Smith S, Elias BL, Baernholdt M. The role of interdisciplinary faculty in nursing education: a national survey. *Journal of Professional Nursing*. 2019;35:393–7. doi:10.1016/j.profnurs.2019.03.001.
164. Drennan VM, Ross F. Global nurse shortages: the facts, the impact and action for change. *British Medical Bulletin*. 2019;130:25–37. doi:10.1093/bmb/ldz014.
165. Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé. Soixante-troisième Assemblée mondiale de la Santé : WHA63.16. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2010.
166. Clemens MA, Gough K. A tool to implement the global compact for migration: ten key steps for building global skill partnerships. Center for Global Development; 2018.
167. Migration of health workers: infosheet. International Organization for Migration; 2018.
168. Lafortune G, Socha-Dietrich K, Vickstrom E. Recent trends in international mobility of doctors and nurses. In: OECD, editor. *Recent trends in international migration of doctors, nurses and medical students*. Paris: OECD Publishing; 2019.
169. A dynamic understanding of health worker migration. Geneva: World Health Organization; 2018.
170. Migration survey data. Centre for Development Studies, Thiruvananthapuram, Kerala, India (<http://cds.edu/research/ru/migrationresearch/migration-survey-data/>, consulté le 20 février 2020).
171. Gershlick B, Charlesworth A. *Health and social care workforce: priorities for the next government*. United Kingdom: Health Foundation; 2019.
172. Hiona S. Japan to receive 60,000 nursing helpers in new visa program. *Nikkei Asian Review*; 2018.
173. German opposition slams government for 36,000 vacant jobs in care industry. *Deutsche Welle*; 2018.
174. Germany to recruit more elderly care workers abroad. *Deutsche Welle*; 2018.
175. Aeschbacher R, Addor V. Institutional effects on nurses' working conditions: a multi-group comparison of public and private non-profit and for-profit healthcare employers in Switzerland. *Human Resources for Health*. 2018;16:58. doi:10.1186/s12960-018-0324-6.
176. Karan A, Negandhi H, Nair R, Sharma A, Tiwari R, Zodpey S. Size, composition and distribution of human resource for health in India: new estimates using National Sample Survey and Registry data. *BMJ Open*. 2019;9:e025979. doi:10.1136/bmjopen-2018-025979.
177. Pires BSM, Oliveira LZF, Siqueira CL, Feldman LB, Oliveira RA, Gasparino RC. Nurse work environment: comparison between private and public hospitals. *Einstein (Sao Paulo)*. 2018;16:eAO4322. doi:10.31744/einstein_journal/2018AO4322.
178. Tang C, Zhang Y, Chen L, Lin Y. The growth of private hospitals and their health workforce in China: a comparison with public hospitals. *Health Policy and Planning*. 2014;29:30–41. doi:10.1093/heapol/czs130.
179. Maier CB. The role of governance in implementing task-shifting from physicians to nurses in advanced roles in Europe, U.S., Canada, New Zealand and Australia. *Health Policy*. 2015;119:1627–35. doi:10.1016/j.healthpol.2015.09.002.
180. Karimi-Shahanjarini A, Shakibazadeh E, Rashidian A, Hajimiri K, Glenton C, Noyes J *et al*. Barriers and facilitators to the implementation of doctor–nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019;4:CD010412. doi:10.1002/14651858.CD010412.pub2.

181. Maier CB, Aiken LH. Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *European Journal of Public Health*. 2016;26:927–34. doi:10.1093/eurpub/ckw098.
182. Directives de l’OMS sur la politique de santé et l’accompagnement au sein du système en vue d’optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018.
183. Brown-Johnson C, Shaw JG, Safaenili N, Chan GK, Mahoney M, Asch S *et al*. Role definition is key: rapid qualitative ethnography findings from a team-based primary care transformation. *Learning Health Systems*. 2019;3:e10188. doi:10.1002/lrh2.10188.
184. Chuah FLH, Haldane VE, Cervero-Liceras F, Ong SE, Sigfrid LA, Murphy G *et al*. Interventions and approaches to integrating HIV and mental health services: a systematic review. *Health Policy and Planning*. 2017;32:iv27–47. doi:10.1093/heapol/czw169.
185. Haldane V, Cervero-Liceras F, Chuah FL, Ong SE, Murphy G, Sigfrid L *et al*. Integrating HIV and substance use services: a systematic review. *Journal of the International AIDS Society*. 2017;20:21585. doi:10.7448/ias.20.1.21585.
186. Haldane V, Legido-Quigley H, Chuah FLH, Sigfrid L, Murphy G, Ong SE *et al*. Integrating cardiovascular diseases, hypertension, and diabetes with HIV services: a systematic review. *AIDS Care*. 2018;30:103–15. doi:10.1080/09540121.2017.1344350.
187. Hlongwa EN, Sibiya MN. Challenges affecting the implementation of the Policy on Integration of Mental Health Care into primary healthcare in KwaZulu-Natal province. *Curationis*. 2019;42:e1–9. doi:10.4102/curationis.v42i1.1847.
188. Jin Y, Wang H, Wang D, Yuan B. Job satisfaction of the primary healthcare providers with expanded roles in the context of health service integration in rural China: a cross-sectional mixed methods study. *Human Resources for Health*. 2019;17:70. doi:10.1186/s12960-019-0403-3.
189. Mutemwa R, Mayhew S, Colombini M, Busza J, Kivunaga J, Ndwiwa C. Experiences of health care providers with integrated HIV and reproductive health services in Kenya: a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2013;13:18. doi:10.1186/1472-6963-13-18.
190. Newmann SJ, Zakaras JM, Tao AR, Onono M, Bukusi EA, Cohen CR *et al*. Integrating family planning into HIV care in western Kenya: HIV care providers’ perspectives and experiences one year following integration. *AIDS Care*. 2016;28:209–13. doi:10.1080/09540121.2015.1080791.
191. Winestone LE, Bukusi EA, Cohen CR, Kwaro D, Schmidt NC, Turan JM. Acceptability and feasibility of integration of HIV care services into antenatal clinics in rural Kenya: a qualitative provider interview study. *Global Public Health*. 2012;7:149–63. doi:10.1080/17441692.2011.621964.
192. Maier CB, Buchan J. Integrating nurses in advanced roles in health systems to address the growing burden of chronic conditions. *Eurohealth*. 2018;24:24–7.
193. Randall S, Crawford T, Currie J, River J, Betihavas V. Impact of community based nurse-led clinics on patient outcomes, patient satisfaction, patient access and cost effectiveness: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2017;73:24–33. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.05.008.
194. Nuttall D. Nurse prescribing in primary care: a metasynthesis of the literature. *Primary Health Care Research and Development*. 2018;19:7–22. doi:10.1017/S1463423617000500.
195. Wojnar DM, Whelan EM. Preparing nursing students for enhanced roles in primary care: the current state of prelicensure and RN-to-BSN education. *Nursing Outlook*. 2017;65:222–32. doi:10.1016/j.outlook.2016.10.006.
196. Martinez-Gonzalez NA, Djalali S, Tandjung R, Huber-Geismann F, Markun S, Wensing M *et al*. Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*. 2014;14:214. doi:10.1186/1472-6963-14-214.
197. Maier CB. Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. *Human Resources for Health*. 2019;17:95. doi:10.1186/s12960-019-0429-6.
198. Ling DL, Lyu CM, Liu H, Xiao X, Yu HJ. The necessity and possibility of implementation of nurse prescribing in China: an international perspective. *International Journal of Nursing Sciences*. 2018;5:72–80. doi:10.1016/j.ijnss.2017.12.011.
199. Kroezen M, van Dijk L, Groenewegen PP, Francke AL. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*. 2011;11:127. doi:10.1186/1472-6963-11-127.
200. Brink A, Van den Bergh D, Mendelson M, Richards GA. Passing the baton to pharmacists and nurses: new models of antibiotic stewardship for South Africa? *South African Medical Journal*. 2016;106:947–8. doi:10.7196/SAMJ.2016.v106i10.11448.
201. Cox JA, Vlieghe E, Mendelson M, Wertheim H, Ndegwa L, Villegas MV *et al*. Antibiotic stewardship in low- and middle-income countries: the same but different? *Clinical Microbiology and Infection*. 2017;23:812–8. doi:10.1016/j.cmi.2017.07.010.

202. Crowley T, Mayers P. Trends in task shifting in HIV treatment in Africa: effectiveness, challenges and acceptability to the health professions. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*. 2015;7. doi:10.4102/phcfm.v7i1.807.
203. Edwards R, Drumright L, Kiernan M, Holmes A. Covering more territory to fight resistance: considering nurses' role in antimicrobial stewardship. *Journal of Infection Prevention*. 2011;12:6–10. doi:10.1177/1757177410389627.
204. Lassi ZS, Cometto G, Huicho L, Bhutta ZA. Quality of care provided by mid-level health workers: systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91:824–33i. doi:10.2471/blt.13.118786.
205. Photo story: training courses help nurses in Poland take on new and expanded roles in primary care. World Health Organization Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/multimedia/photo-story-training-courses-help-nurses-in-poland-take-on-new-and-expanded-roles-in-primary-care>, consulté le 21 février 2020).
206. Kanownik G, Witczak K, Kliś A, Trzcińska A, Luck P, Gonzalez Hernando E *et al*. Improving access to medicines in primary care: nurse prescribing in Poland. Geneva: World Health Organization; 2019.
207. Naylor MD, Kurtzman ET. The role of nurse practitioners in reinventing primary care. *Health Affairs (Millwood)*. 2010;29:893–9. doi:10.1377/hlthaff.2010.0440.
208. Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM, Johantgen M, Bass EB, Zangaro G *et al*. Advanced practice nurse outcomes 1990–2008: a systematic review. *Nursing Economics*. 2011;29:230–50.
209. Maier CB, Aiken LH, Busse R. Nurses in advanced roles in primary care. *OECD Health Working Papers*. 2017;98. doi:10.1787/18152015.
210. Martin-Misener R, Harbman P, Donald F, Reid K, Kilpatrick K, Carter N *et al*. Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. *BMJ Open*. 2015;5:e007167. doi:10.1136/bmjopen-2014-007167.
211. Maier CB, Aiken LH. Expanding clinical roles for nurses to realign the global health workforce with population needs: a commentary. *Israel Journal of Health Policy Research*. 2016;5:21. doi:10.1186/s13584-016-0079-2.
212. Pulcini J, Jelic M, Gul R, Loke AY. An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation. *Journal of Nursing Scholarship*. 2010;42:31–9. doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01322.x.
213. Maier CB, Barnes H, Aiken LH, Busse R. Descriptive, cross-country analysis of the nurse practitioner workforce in six countries: size, growth, physician substitution potential. *BMJ Open*. 2016;6:e011901. doi:10.1136/bmjopen-2016-011901.
214. Behrens SA. International nursing – constructing an advanced practice registered nurse practice model in the UAE: using innovation to address cultural implications and challenges in an international enterprise. *Nursing Administration Quarterly*. 2018;42:83–90. doi:10.1097/naq.0000000000000273.
215. Dury C, Hall C, Danan JL, Mondoux J, Aguiar Barbieri-Figueiredo MC, Costa MA *et al*. Specialist nurse in Europe: education, regulation and role. *International Nursing Review*. 2014;61:454–62. doi:10.1111/inr.12123.
216. Children's Nursing Workforce Observatory. Child Nurse Practice Development Initiative. Cape Town, South Africa: Department of Paediatrics and Child Health, University of Cape Town; 2017.
217. Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation. Recommandations pour une politique mondiale. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2010.
218. Nagai M, Fujita N, Diouf IS, Salla M. Retention of qualified healthcare workers in rural Senegal: lessons learned from a qualitative study. *Rural and Remote Health*. 2017;17.
219. Lea J, Cruickshank M. The role of rural nurse managers in supporting new graduate nurses in rural practice. *Journal of Nursing Management*. 2017;25:176–83. doi:10.1111/jonm.12453.
220. Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Tsaras K, Cruz JP, Colet PC, Gloe DS. Organizational commitment and turnover intention among rural nurses in the Philippines: implications for nursing management. *International Journal of Nursing Sciences*. 2018;5:403–8. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.09.001>.
221. Mbemba G, Gagnon MP, Pare G, Cote J. Interventions for supporting nurse retention in rural and remote areas: an umbrella review. *Human Resources for Health*. 2013;11:44. doi:10.1186/1478-4491-11-44.
222. Dewanto A, Wardhani V. Nurse turnover and perceived causes and consequences: a preliminary study at private hospitals in Indonesia. *BMC Nursing*. 2018;17:52. doi:10.1186/s12912-018-0317-8.
223. Falatah R, Salem OA. Nurse turnover in the Kingdom of Saudi Arabia: an integrative review. *Journal of Nursing Management*. 2018;26:630–8. doi:10.1111/jonm.12603.

224. Halter M, Boiko O, Pelone F, Beighton C, Harris R, Gale J *et al.* The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: a systematic review of systematic reviews. *BMC Health Services Research*. 2017;17:824. doi:10.1186/s12913-017-2707-0.
225. Li H, Shi Y, Li Y, Xing Z, Wang S, Ying J *et al.* Relationship between nurse psychological empowerment and job satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2018;74:1264–77. doi:10.1111/jan.13549.
226. Mazurenko O, Gupte G, Shan G. Analyzing U.S. nurse turnover: are nurses leaving their jobs or the profession itself? *Journal of Hospital Administration*. 2015;4. doi:10.5430/jha.v4n4p48.
227. Abou Hashish EA. Relationship between ethical work climate and nurses' perception of organizational support, commitment, job satisfaction and turnover intent. *Nursing Ethics*. 2017;24:151–66. doi:10.1177/0969733015594667.
228. AbuAlRub RF, Nasrallah MA. Leadership behaviours, organizational culture and intention to stay amongst Jordanian nurses. *International Nursing Review*. 2017;64:520–7. doi:10.1111/inr.12368.
229. Pishgooie AH, Atashzadeh-Shoorideh F, Falcó-Pegueroles A, Lotfi Z. Correlation between nursing managers' leadership styles and nurses' job stress and anticipated turnover. *Journal of Nursing Management*. 2019;27:527–34. doi:10.1111/jonm.12707.
230. Travail décent. Organisation internationale du Travail (<https://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang-fr/index.htm>, consulté le 21 février 2020).
231. Filby A, McConville F, Portela A. What prevents quality midwifery care? A systematic mapping of barriers in low and middle income countries from the provider perspective. *PLoS ONE*. 2016;11:e0153391. doi:10.1371/journal.pone.0153391.
232. Hay K, McDougal L, Percival V, Henry S, Klugman J, Wurie H *et al.* Disrupting gender norms in health systems: making the case for change. *Lancet*. 2019;393:2535–49. doi:10.1016/s0140-6736(19)30648-8.
233. Spector PE, Zhou ZE, Che XX. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: a quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*. 2014;51:72–84. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.01.010.
234. Surveillance System for Attacks on Health Care (SSA). Geneva: World Health Organization (<https://publicspace.who.int/sites/ssa/SitePages/PublicDashboard.aspx>, consulté le 21 février 2020).
235. Decent working time for nursing personnel: critical for worker well-being and quality care. Geneva: International Labour Organization; 2018.
236. Schilgen B, Nienhaus A, Handtke O, Schulz H, Mösko M. Health situation of migrant and minority nurses: a systematic review. *PLoS ONE*. 2017;12:e0179183. doi:10.1371/journal.pone.0179183.
237. Mallett R. Decent work, migration and the 2030 Agenda for Sustainable Development. London: Overseas Development Institute; 2018.
238. Ghazal LV, Ma C, Djukic M, Squires A. Transition to U.S. practice experiences of internationally educated nurses: *Applied Nursing Research*. 2019;46:57–66 (<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.02.008>, consulté le 28 mars 2020).
239. Schilgen B, Handtke O, Nienhaus A, Mösko M. Work-related barriers and resources of migrant and autochthonous homecare nurses in Germany: a qualitative comparative study. *Applied Nursing Research*. 2019;46:57–66. (<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.02.008>).
240. Zhong Y, McKenna L, Copnell B. What are Chinese nurses' experiences whilst working overseas? A narrative scoping review. *International Journal of Nursing Studies*. 2017;74:101–11. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.06.009>.
241. Spector N, Hooper JI, Silvestre J, Qian H. Board of nursing approval of registered nurse education programs. *Journal of Nursing Regulation*. 2018;8:22–9.
242. Bogren M, Sathyanarayanan D, Erlandsson K, Accreditation Working Group, Akhter H, Akter D *et al.* Development of a context specific accreditation assessment tool for affirming quality midwifery education in Bangladesh. *Midwifery*. 2018;61:74–80. doi:10.1016/j.midw.2018.02.021.
243. Benton DC, Cleghorn J, Coghlan A, Damgaard G, Doumit MAA, George JL *et al.* Acting in the public interest: learnings and commentary on the occupational licensure literature. *Journal of Nursing Regulation*. 2019;10:S1–40. doi:10.1016/s2155-8256(19)30120-6.
244. Benton DC, Benton AD, González-Jurado MA, Del Pulgar MG. Comparing the scholarship contributions of five disciplines to the occupational licensure literature indexed in Web of Science™. *Journal of Nursing Regulation*. 2019;10:4–13. doi:10.1016/s2155-8256(19)30142-5.
245. Benton DC, Alexander M. Regulation 2030 first steps of a journey. *Journal of Nursing Regulation*. 2017;8:S3–4. doi:10.1016/s2155-8256(17)30124-2.
246. Boelen C, Blouin D, Gibbs T, Woollard R. Accrediting excellence for a medical school's impact on population health. *Education for Health (Abingdon)*. 2019;32:41–8. doi:10.4103/efh.EfH_204_19.

247. McCarthy CF, Gross JM, Verani AR, Nkowane AM, Wheeler EL, Lipato TJ *et al.* Cross-sectional description of nursing and midwifery pre-service education accreditation in east, central, and southern Africa in 2013. *Human Resources for Health*. 2017;15:48. doi:10.1186/s12960-017-0224-1.
248. Rivers ED. Regulating regulators: active supervision of state regulatory boards in the wake of the North Carolina State Board of Dental Examiners v. FTC. *Florida Bar Journal*. 2016;90:43–57.
249. Flanders SA, Baker KA. Regulation and accreditation of pre-licensure education of registered nurses: a scoping review protocol. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 2019. doi:10.11124/jbisrir-d-19-00106.
250. Evans S. The Nurse Licensure Compact: a historical perspective. *Journal of Nursing Regulation*. 2015;6:11–16. doi:10.1016/s2155-8256(15)30778-x.
251. Fotsch R. The enhanced Nurse Licensure Compact goes live. *Journal of Nursing Regulation*. 2018;8:61–2. doi:10.1016/s2155-8256(17)30183-7.
252. Reid UV. Regional Examination for Nurse Registration, Commonwealth Caribbean. *International Nursing Review*. 2000;47:174–83. doi: 10.1046/j.1466-7657.2000.00012.x.
253. Commission européenne. Règlement (UE) n° 213/2011 de la Commission du 3 mars 2011 modifiant les annexes II et V de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. *Journal officiel de l'Union européenne*. 2011.
254. Commission européenne. Directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement (UE) n° 1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur ("règlement IMI"). *Journal officiel de l'Union européenne*. 2013.
255. Efendi F, Nursalam N, Kurniati A, Gunawan J. Nursing qualification and workforce for the Association of Southeast Asian Nations Economic Community. *Nursing Forum*. 2018;53:197–203. doi:10.1111/nuf.12243.
256. Trans-Tasman Mutual Recognition Act 1997, reprint as at 1 October 2018. *New Zealand Parliamentary Counsel Office*; 2018.
257. The Regional Nursing Body Strategic Plan for Nursing and Midwifery 2020–2024. *Greater Georgetown, Guyana: Caricom*; 2020.
258. Palese A, Zabalegui A, Sigurdardottir AK, Bergin M, Dobrowolska B, Gasser C *et al.* Bologna process, more or less: nursing education in the European economic area – a discussion paper. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. 2014;11. doi:10.1515/ijnes-2013-0022.
259. Benton DC, González-Jurado MA, Benoit-Montesinos JV. Defining nurse regulation and regulatory body performance: a policy Delphi study. *International Nursing Review*. 2013;60(3):303–12.
260. Majumder MAA, Kumar A, Krishnamurthy K, Ojeh N, Adams OP, Sa B. An evaluative study of objective structured clinical examination (OSCE): students and examiners perspectives. *Advances in Medical Education and Practice*. 2019;10:387–97. doi:10.2147/AMEP.S197275.
261. Onwudiegwu U. OSCE: design, development and deployment. *Journal of the West African College of Surgeons*. 2018;8:1–22.
262. Shen L, Zeng H, Jin X, Yang J, Shang S, Zhang Y. An innovative evaluation in fundamental nursing curriculum for novice nursing students: an observational research. *Journal of Professional Nursing*. 2018;34:412–6. doi:10.1016/j.profnurs.2018.05.002.
263. *World population prospects 2019*. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2019.
264. Scully NJ. Leadership in nursing: the importance of recognising inherent values and attributes to secure a positive future for the profession. *Collegian*. 2015;22(4):439–44.
265. Tomblin-Murphy G, Elliott Rose A. Nursing leadership in primary health care for the achievement of Sustainable Development Goals and human resources for health global strategies. *ICN policy brief* (https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/ICN_PolBrief2NsgLeadershipPHC.pdf, consulté le 24 février 2020).
266. Tomblin-Murphy G, Birch S, MacKenzie A, Bradish S, Elliott Rose A. A synthesis of recent analyses of human resources for health requirements and labour market dynamics in high-income OECD countries. *Human Resources for Health*. 2016;14:59. doi:10.1186/s12960-016-0155-2.
267. Japan could face a shortage of up to 270,000 nurses by 2025, according to the Health, Labor and Welfare Ministry. *Japan Times*.
268. Project triple win: recruiting nurses from abroad sustainably. *GIZ*; 2019 (<https://www.giz.de/en/downloads/giz2019-en-triplewin.pdf>, consulté le 28 mars 2020).
269. Beech J, Bottery S, Charlesworth A, Evans H, Gershlick B, Hemmings N *et al.* Closing the gap: key areas for action on the health and care workforce. London: Health Foundation, King's Fund, and Nuffield Trust; 2019.

270. Beciu HA, Preker AS, Ayettey S, Antwi J, Lawson A, Adjey A. Scaling up education of health workers in Ghana. Washington (DC): World Bank; 2009.
271. Araujo EC, Zuber A, Garcia-Meza AM. The education and labor markets for nurses in the Eastern, Central and Southern (ECSA) Region: challenges and opportunities. Washington (DC): World Bank; 2020.
272. NHS Scotland, Scottish Government, and Convention of Scottish Local Authorities (COSLA). Health and social care: integrated workforce plan. Edinburgh: Government of Scotland; 2019.
273. Comptes nationaux des personnels de santé : guide pour la mise en œuvre. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018.
274. East, Central and Southern African Health Community (<https://ecsahc.org/>, consulté le 24 février 2020).
275. Gerlinger T. Germany: improving staffing and workforce availability in healthcare and long-term care. ESPN Flash Report 2018/71. European Social Policy Network, European Commission; 2018.
276. Rothgang H, Müller R, Unger R. Themenreport "Pflege 2030": Was ist zu erwarten – was ist zu tun? [Topic report "Nursing 2030": What to expect – what to do?] Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2012.
277. Arbutina Z. With a rapidly aging population, Germany looks to Balkans for care workers. DW; 2018 (<https://www.dw.com/en/with-a-rapidly-aging-population-germany-looks-to-balkans-for-care-workers/a-46545370>, consulté le 24 février 2020).
278. Lunt N, Smith R, Exworthy M, Green ST, Horsfall D, Mannion R. Medical tourism: treatments, markets and health system implications – a scoping review. Organisation for Economic Co-operation and Development; 2011 (<https://www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf>, consulté le 24 février 2020).
279. Herrick DM. Medical tourism: global competition in health care. NCPA Policy Report No. 304. National Center for Policy Analysis; 2007 (<http://www.ncpathinktank.org/pdfs/st304.pdf>, consulté le 24 février 2020).
280. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: World Health Organization; 2019.
281. Draft global strategy on digital health 2020–2024. Geneva: World Health Organization; 2019.
282. Maalouf N, Sidaoui A, Elhajj IH, Asmar D. Robotics in nursing: a scoping review. *Journal of Nursing Scholarship*. 2018;50:590–600. doi:10.1111/jnu.12424.
283. Topol E. The Topol review: preparing the healthcare workforce to deliver the digital future. Leeds, United Kingdom: NHS, Health Education England; 2019.
284. Odendaal WA, Anstey Watkins J, Leon N, Goudge J, Griffiths F, Tomlinson M *et al.* Health workers' perceptions and experiences of using mHealth technologies to deliver primary healthcare services: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2020 (forthcoming).
285. Bracq MS, Michinov E, Arnaldi B, Caillaud B, Gibaud B, Gouranton V *et al.* Learning procedural skills with a virtual reality simulator: an acceptability study. *Nurse Education Today*. 2019;79:153–60. doi:10.1016/j.nedt.2019.05.026.
286. Harerimana A, Mtshali NG. Implementing e-learning in resource-constrained nursing education institutions in Rwanda. *Research and Reviews: Journal of Nursing and Health Sciences*. 2018;4:1–14.
287. President declares 2019 as year of nursing. *The News International*; 2019 (<https://www.thenews.com.pk/latest/416268-president-declares-2019-as-year-of-nursing>, consulté le 25 février 2020).
288. Qualified nursing workforce pivotal for achieving UHC. *The News International*; 2019 (<https://www.thenews.com.pk/print/510595-qualified-nursing-workforce-pivotal-for-achieving-uhc>, consulté le 25 février 2020).
289. Cometto G, Buchan J, Dussault G. Developing the health workforce for universal health coverage. *Bulletin of the World Health Organization*. 2020;98:109–16. doi:10.2471/blt.19.234138.
290. Comité régional de la Méditerranée orientale, 66^e session. Point 3 b) de l'ordre du jour : Renforcer les personnels infirmiers afin de promouvoir la couverture sanitaire universelle dans la Région de la Méditerranée orientale. Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2019.
291. Kamanyire JK, Achora S. A call for more diploma nurses to attain a baccalaureate degree: advancing the nursing profession in Oman. *Sultan Qaboos University Medical Journal*. 2015;15:e322–6. doi:10.18295/squmj.2015.15.03.004.
292. Al Maqbali MR, Al Omari O, Slimane SBA, Balushi NA. The nursing profession in Oman: an overview. *Nursing Science Quarterly*. 2019;32:322–5. doi:10.1177/0894318419864346.
293. Van Camp J, Chappy S. The effectiveness of nurse residency programs on retention: a systematic review. *AORN Journal*. 2017;106:128–44. doi:10.1016/j.aorn.2017.06.003.
294. Lartey S, Cummings G, Profetto-McGrath J. Interventions that promote retention of experienced registered nurses in health care settings: a systematic review. *Journal of Nursing Management*. 2014;22:1027–41. doi:10.1111/jonm.12105.

295. Ke YT, Kuo CC, Hung CH. The effects of nursing preceptorship on new nurses' competence, professional socialization, job satisfaction and retention: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2017;73:2296–305. doi:10.1111/jan.13317.
296. Bratt MM, Baernholdt M, Pruszyński J. Are rural and urban newly licensed nurses different? A longitudinal study of a nurse residency programme. *Journal of Nursing Management*. 2014;22:779–91. doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01483.x.
297. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*. 2013;50:143–53. (<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009>).
298. Brook J, Aitken L, Webb R, MacLaren J, Salmon D. Characteristics of successful interventions to reduce turnover and increase retention of early career nurses: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2019;91:47–59. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.11.003>.
299. Stahlke Wall S. The impact of regulatory perspectives and practices on professional innovation in nursing. *Nursing Inquiry*. 2018;25. doi:10.1111/nin.12212.
300. Benton DC, Fernandez-Fernandez MP, Gonzalez-Jurado MA, Beneit-Montesinos JV. Analysis of a global random stratified sample of nurse legislation. *International Nursing Review*. 2015;62:207–17. doi:10.1111/inr.12171.
301. Paun C. Work passports offer ease of access. *Nursing Standard*. 2013;27:62–3. doi:10.7748/ns2013.07.27.46.62.s50.
302. Benton D, Rajwani N. Protecting the public through the national practitioner data bank and Nursys® compliance: an exploratory analysis. *Journal of Nursing Regulation*. 2017;7:46–51. doi:10.1016/s2155-8256(17)30021-2.
303. Right-touch regulation: revised. Professional Standards Authority; 2015 (<https://www.professionalstandards.org.uk/docs/default-source/publications/thought-paper/right-touch-regulation-2015.pdf>, consulté le 25 février 2020).
304. L'analyse d'impact de la réglementation. Un outil au service de la cohérence des politiques. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques ; 2009 (https://www.oecd-ilibrary.org/fr/governance/l-analyse-d-impact-de-la-reglementation_9789264067127-fr, consulté le 25 février 2020).
305. Carpenter DM II, Knepper L, Sweetland K, McDonald J. License to work: a national study of burdens from occupational licensing. Institute for Justice; 2017 (https://ij.org/wp-content/themes/ijorg/images/ltw2/License_to_Work_2nd_Edition.pdf, consulté le 25 février 2020).
306. Ross JK. The inverted pyramid: 10 less restrictive alternatives to occupational licensing. Institute for Justice; 2017 (https://ij.org/wp-content/uploads/2017/11/Inverted-Pyramid_FINAL_cover.pdf, consulté le 25 février 2020).
307. Hou J, Chen S, Sabharwal S, Fan V, Yan M, Wang W. Comparison of RN licensure examination: China and the United States. *International Journal of Nursing Sciences*. 2019;6:111–6. doi:10.1016/j.ijnss.2018.11.002.
308. McCarthy CF, Riley PL. The African Health Profession Regulatory Collaborative for Nurses and Midwives. *Human Resources for Health*. 2012;10:26. doi:10.1186/1478-4491-10-26.
309. Dynes M, Tison L, Johnson C, Verani A, Zuber A, Riley PL. Regulatory advances in 11 sub-Saharan countries in year 3 of the African Health Profession Regulatory Collaborative for Nurses and Midwives (ARC). *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2016;27:285–96. doi:10.1016/j.jana.2015.11.004.
310. Gross JM, McCarthy CF, Verani AR, Iliffe J, Kelley MA, Hepburn KW *et al.* Evaluation of the impact of the ARC program on national nursing and midwifery regulations, leadership, and organizational capacity in east, central, and southern Africa. *BMC Health Services Research*. 2018;18:406. doi:10.1186/s12913-018-3233-4.
311. Russo G, Xu L, Mclsaac M, Matsika-Claquin MD, Dhillon I, McPake B *et al.* Health workers' strikes in low-income countries: the available evidence. *Bulletin of the World Health Organization*. 2019;97:460–7. doi:10.2471/BLT.18.225755.
312. Gruber J, Kleiner SA. Do strikes kill? Evidence from New York State. *American Economic Journal: Economic Policy*. 2012;4:127–57. doi:10.1257/pol.4.1.127.
313. Ong'ayo G, Ooko M, Wang'ondur R, Bottomley C, Nyaguara A, Tsofa BK *et al.* Effect of strikes by health workers on mortality between 2010 and 2016 in Kilifi, Kenya: a population-based cohort analysis. *Lancet Global Health*. 2019;7:e961–7. doi:10.1016/s2214-109x(19)30188-3.
314. Salama P, Mclsaac M, Campbell J. Health workers' strikes: a plea for multisectoral action. *Bulletin of the World Health Organization*. 2019;97:443. doi:10.2471/BLT.19.238279.
315. Muma Nyagetuba JK, Adam MB. Health worker strikes: are we asking the right questions? *Lancet Global Health*. 2019;7:e831–2. doi:10.1016/s2214-109x(19)30222-0.
316. Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016–2020. Geneva: World Health Organization; 2016.
317. Fung P, Montague R. A qualitative evaluation of leadership development workshops for mental health workers from four Pacific island countries. *Australasian Psychiatry*. 2015;23:218–21.

318. Homer C, Copeland F, Rumsey M. Papua New Guinea Maternal and Child Health Initiative: monitoring and evaluation report. Sydney, Australia: DFAT and World Health Organization; 2012.
319. Apia outcome: Tenth Pacific Health Ministers Meeting, 2–4 July 2013. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2013.
320. Asante A, Roberts G, Hall JJ. A review of health leadership and management capacity in Solomon Islands. Sydney, Australia: Human Resources for Health Knowledge Hub; 2011.
321. Roberts G, Dewdney J. Future trends for human resources for health in the Asia Pacific region. *Health Professions Education in the Pacific*. 2012;138.
322. Homer CS, Turkmani S, Rumsey M. The state of midwifery in small island Pacific nations. *Women and Birth*. 2017;30(3):193–9. doi:10.1016/j.wombi.2017.02.012.
323. Hayward-Jones J. The future of Papua New Guinea: old challenges for new leaders. Lowy Institute; 2016 (<https://www.lowyinstitute.org/publications/future-papua-new-guinea-old-challenges-new-leaders>, consulté le 25 février 2020).
324. Stewart S. Leadership and mentoring for Pacific island midwives. *Australian Midwifery News*. 2016;16:17.
325. Rumsey M, Rhodes D. An innovative approach to supporting health service delivery in the Pacific appears to be ticking health policy and development boxes. *Health Systems and Policy Research*. 2016;3:1–6.
326. Taux de participation à la population active, femmes (% de la population féminine âgée de 15 ans et plus) (estimation modélisée OIT). Washington (DC). Banque mondiale (<https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SL.TLF.CACT.FE.ZS>, consulté le 25 février 2020).
327. Taux de participation à la population active, hommes (% de la population masculine âgée de 15 ans et plus) (estimation modélisée OIT). Banque mondiale (<https://data.worldbank.org/indicator/sl.tlf.cact.ma.zs>, consulté le 28 mars 2020).
328. Stenberg K, Hanssen O, Bertram M, Brindley C, Meshreky A, Barkley S *et al*. Guide posts for investment in primary health care and projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Global Health*. 2019;7:e1500–10. doi:10.1016/s2214-109x(19)30416-4.
329. Griffiths P, Norman I. The impact of nursing: a self-evident truth? *International Journal of Nursing Studies*. 2018;78:A1–2. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.016>.
330. Bassalobre Garcia A, De Bortoli Cassiani SH, Reveiz L. A systematic review of nursing research priorities on health system and services in the Americas. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2015;37:162–71.
331. Baltzell K, McLemore M, Shattell M, Rankin S. Impacts on global health from nursing research. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2017;96:765–6. doi:10.4269/ajtmh.16-0918.
332. Rowe AK, Rowe SY, Peters DH, Holloway KA, Chalker J, Ross-Degnan D. Effectiveness of strategies to improve health-care provider practices in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Lancet Global Health*. 2018;6:e1163–75. doi:10.1016/s2214-109x(18)30398-x.

Annexe 1. Qu'est-ce qu'un(e) infirmier(ère) ?

Les infirmiers(ères) assurent une grande variété de services aux personnes dans tous les environnements de soins de santé, que ce soit dans des hôpitaux spécialisés, des postes de santé ou dans les communautés. Les infirmiers(ères) sont appelés par différents titres et la profession se caractérise par des fonctions et des parcours éducatifs variés. Les six titres les plus courants sont : infirmier(ère), infirmier(ère) diplômé(e) d'État, infirmier(ère) praticien(ne), infirmier(ère) agréé(e), infirmier(ère) en pratiques avancées et infirmier(ère) auxiliaire. Toutefois, la fonction d'un(e) infirmier(ère) peut varier d'un pays à l'autre, même si le titre est le même. Il n'est donc pas approprié d'utiliser le titre donné comme méthode de classification et d'analyse au niveau international.

Le présent rapport vise à présenter les meilleures données disponibles et comparables au niveau international sur le personnel infirmier, tel que défini par la Classification internationale type des professions 2008 de l'OIT (CITP-08) et communiquées et validées par les États Membres de l'OMS. Pour atteindre cet objectif, les comptes nationaux des personnels de santé (CNPS) utilisent le système de la CITP-08 pour classer le personnel de santé. Les pays ont été invités à classer leur personnel infirmier selon l'un des deux principaux codes de la

CITP-08 : cadres infirmiers (code CITP 2221) et personnel infirmier de niveau intermédiaire (code CITP 3221). Il convient de noter que la présente section fait état du personnel infirmier en tant que catégorie professionnelle définie ci-dessus, mais il faut savoir que les « soins infirmiers », qui placent le personnel infirmier dans un système de santé multidisciplinaire, concernent plusieurs autres professions non décrites dans la présente section. Ainsi, la classification CITP et le système d'un pays qui suit cette classification classeraient les « aides-soignant(e)s » comme des auxiliaires de santé, catégorie professionnelle de soutien plus large.¹²

Les orientations relatives à la CITP fournissent des descriptions détaillées des agents de santé devant figurer dans chaque catégorie (Encadré A1.1). En résumé, les cadres infirmiers assument la responsabilité de la planification et de la gestion des soins infirmiers dispensés aux patients, en travaillant de manière autonome ou en équipe avec des médecins et d'autres personnes. Les personnels infirmiers de niveau intermédiaire dispensent des soins infirmiers et personnels de base et travaillent généralement sous la supervision de médecins, d'infirmiers(ères) ou d'autres professionnels de la santé ou pour leur apporter un soutien.

Toutefois, dans certains pays, la distinction entre cadres infirmiers et personnel infirmier de niveau intermédiaire est floue. De la même manière, la distinction entre personnel infirmier de niveau intermédiaire et aides-soignant(e)s n'est pas toujours claire. Dans ces cas, un élément de jugement était donc requis de la part des acteurs nationaux. Il a été conseillé aux pays de tenir compte à la fois des rôles et responsabilités et de la durée de la formation initiale lors du classement de personnes en tant que cadres infirmiers, personnel infirmier de niveau intermédiaire ou dans une catégorie autre que celle d'infirmiers(ères). Ainsi, en règle générale, un cadre infirmier doit avoir suivi une formation initiale d'au moins trois ans. Au cas où un pays n'aurait pas été en mesure de décider de la catégorie à utiliser, les CNPS prévoient une option « personnel infirmier non défini », catégorie choisie par certains pays pour classer une partie ou la totalité de leur personnel infirmier. Cette catégorie correspond soit aux cadres infirmiers soit au personnel infirmier de niveau intermédiaire, mais elle exclut les aides-soignant(e)s, qui appartiennent à la catégorie professionnelle des auxiliaires de santé qui n'a pas été analysée dans le présent rapport.

12 Classification internationale type des professions de l'OIT : <https://www.ilo.org/public/french/bureau/stat/isco/index.htm>.

TÂCHES DES CADRES INFIRMIERS	TÂCHES DU PERSONNEL INFIRMIER DE NIVEAU INTERMÉDIAIRE
<ul style="list-style-type: none"> • Planifier, dispenser et évaluer les soins infirmiers aux patients • Coordonner les soins aux patients en consultation avec d'autres professionnels de la santé • Élaborer et mettre en œuvre des plans de soins pour le traitement des patients en collaboration avec d'autres professionnels de la santé • Planifier et dispenser des soins personnels, des traitements et des thérapies, notamment l'administration de médicaments et le suivi des réactions au traitement ou aux soins • Nettoyer les plaies et appliquer des pansements • Surveiller la douleur et l'inconfort des patients et soulager la douleur à l'aide de thérapies, notamment de médicaments antidouleur • Planifier des programmes d'éducation à la santé, de promotion de la santé et des activités de formation des infirmiers(ères) et y participer • Répondre aux questions des patients et des familles et fournir des informations sur la prévention des maladies, les traitements et les soins • Superviser et coordonner le travail des autres agents de santé • Mener des recherches sur les pratiques et les procédures de soins infirmiers 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispenser des soins infirmiers et personnels ainsi que des traitements et des conseils de santé aux patients conformément aux plans de soins établis par les professionnels de la santé • Administrer des médicaments et d'autres traitements aux patients, surveiller l'état des patients et leurs réactions au traitement, et orienter les patients et leur famille vers un professionnel de la santé pour des soins spécialisés si nécessaire • Nettoyer les plaies et appliquer des pansements • Mettre à jour les informations sur l'état des patients et les traitements reçus dans les systèmes de tenue des registres • Aider à la planification et à la gestion des soins dispensés à chaque patient • Aider à apporter les premiers soins en cas d'urgence

Note : La distinction entre cadres infirmiers et personnel infirmier de niveau intermédiaire doit être faite sur la base de la nature du travail effectué en relation avec les tâches spécifiées ci-dessus. Les qualifications détenues par les personnes ou qui prédominent dans le pays ne sont pas le facteur principal pour faire cette distinction, car les modalités de formation du personnel infirmier varient considérablement d'un pays à l'autre et ont évolué dans le temps au sein de chaque pays.

Source : Tiré de CITP-08.

Annexe 2. Méthodes

Indicateurs utilisés dans le rapport 2020 sur *La situation du personnel infirmier dans le monde*

Les États Membres de l'OMS ont été invités à soumettre, de juillet 2019 à novembre 2019, les données disponibles les plus récentes sur le personnel infirmier au moyen de 36 indicateurs, dont 30 des CNPS et six indicateurs spécifiques supplémentaires (voir liste dans le Tableau A2.1). Les 30 indicateurs sont définis dans le *manuel des CNPS*,¹³ qui fournit également des définitions détaillées et des métadonnées pour chaque indicateur.

Processus de collecte des données

Les CNPS sont un processus continu d'amélioration progressive de la disponibilité, de la qualité et de l'utilisation des données sur le personnel de santé. Dans le cadre de ce processus, les pays ont été encouragés à mettre en place des groupes de travail multipartites sur tous les aspects liés aux données sur le personnel de santé afin de procéder à une validation interne avant de soumettre les données, ce qui a été fait dans un nombre important de pays. La préparation du rapport 2020 sur *La situation du personnel infirmier dans le monde* a accéléré cet effort mondial d'amélioration du suivi et de la communication de données normalisées. Il a été demandé aux pays de désigner des points focaux, qui ont eu accès à la plateforme en ligne des CNPS pour saisir ou valider les données. En outre, pour les pays de l'OCDE, les données provenant du questionnaire conjoint de collecte de données OCDE, Eurostat et Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ont été préremplies afin d'éviter une double déclaration

aux organisations internationales, et il a été conseillé aux points focaux d'examiner et de valider les données. La taille de la population pour chaque pays et chaque année a été extraite de la révision 2019 du document *Perspectives de la population dans le monde* du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies.¹⁴ Des données supplémentaires sur les indicateurs évaluant la gouvernance et l'environnement politique par le biais de questions binaires (oui/non) sur l'existence de mécanismes et de processus connexes, ainsi que sur la durée de l'enseignement et de la formation, ont également été recueillies dans les bases de données Sigma et NCBSN¹⁵ afin de compléter les informations pour un petit nombre de pays.

Pour soutenir la collecte de données, l'OMS a organisé des ateliers régionaux sur les CNPS dans les six Régions et a fourni des outils et des informations en plusieurs langues. Au total, plus de 250 représentants d'environ 80 pays ont participé à ces événements de renforcement des capacités. Les données ont été soumises entre juillet et novembre 2019, et le nettoyage et l'analyse des données effectués entre octobre et décembre 2019. Le présent rapport est basé sur l'ensemble des données de la plateforme en ligne des CNPS disponibles au 17 décembre 2019.

Les points focaux CNPS ont été invités à impliquer les responsables des soins infirmiers et les autres parties prenantes nationales. Les bureaux nationaux et régionaux de l'OMS ont soutenu la mise en œuvre des CNPS et le processus de notification des données, notamment la collecte, la

communication et la validation des données pertinentes.

Données communiquées

Sur les 194 États Membres de l'OMS, 193 ont communiqué des données (dont 191 sur les effectifs) soit directement via la plateforme des CNPS, soit par l'intermédiaire des bureaux régionaux et d'autres processus internationaux tels que la collecte conjointe de données OCDE, Eurostat et Bureau régional de l'OMS pour l'Europe sur les statistiques non monétaires relatives aux soins de santé. La Figure A2.1 montre que 80 % des pays ont fourni des données pour au moins 15 des 36 indicateurs sélectionnés, et 23 % pour au moins 25 indicateurs.

Les principales lacunes en matière de données concernaient les indicateurs relatifs aux salaires, aux dépenses pour l'enseignement en soins infirmiers et à d'autres questions liées à l'éducation. Pour certains indicateurs, des sources alternatives ont été identifiées pour compléter les données des CNPS, telles que la durée de l'enseignement et de la formation, les indicateurs sur les salaires et les capacités. Ainsi, la International Nursing Honours Society (Sigma) gère une base de données sur la situation de l'enseignement des soins infirmiers dans le monde, comprenant notamment des indicateurs sur les salaires en début de carrière et la durée des programmes d'enseignement pour environ 50 pays supplémentaires. Pour l'ensemble des indicateurs binaires relatifs aux politiques et aux réglementations de la pratique et de l'enseignement des soins infirmiers, le Global Regulatory Atlas a été utilisé pour déterminer les endroits où des examens en vue de l'obtention de l'autorisation

13 Manuel sur les comptes nationaux des personnels de santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018.

14 Department of Economic and Social Affairs and Population Division. World population prospects 2019, online edition, revision 1. New York, United States of America: United Nations; 2019.

15 Données Sigma extraites de : <https://www.sigmanursing.org/advance-elevate/research/research-resources>. Données NCBSN extraites de : <https://www.ncsbn.org/national-nursing-database.htm>.

Tableau A2.1 Liste des 36 indicateurs utilisés pour le rapport 2020 sur *La situation du personnel infirmier dans le monde*

Trente indicateurs ont été tirés du manuel CNPS et six ont été spécifiquement conçus pour le présent rapport.

	Nom de l'indicateur (intitulé abrégé CNPS)	Numéro CNPS	Taux de réponses au 17 décembre 2019
EFFECTIF DES PERSONNELS DE SANTÉ ACTIFS	Densité des agents de santé	1-01	98 %
	Densité des agents de santé au niveau infranational	1-02	31 %
	Répartition des agents de santé par tranches d'âge	1-03	55 %
	Répartition des agents de santé par sexe	1-04	68 %
	Répartition des agents de santé par type de propriété des établissements	1-05	47 %
	Répartition des agents de santé par type d'établissement	1-06	34 %
	Proportion des agents de santé nés à l'étranger	1-07	35 %
	Proportion des agents de santé formés à l'étranger	1-08	46 %
ENSEIGNEMENT ET FORMATION	Liste maîtresse des établissements accrédités d'enseignement et de formation des personnels de santé	2-01	88 %
	Durée de l'enseignement et de la formation	2-02	56 %
	Candidatures aux programmes d'enseignement et de formation	2-03	12 %
	Rapport du nombre d'étudiants au nombre d'enseignants et de formateurs qualifiés	2-05	10 %
RÈGLEMENTATION ET ACCRÉDITATION DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA FORMATION	Normes applicables à la durée et au contenu de l'enseignement et de la formation	3-01	87 %
	Mécanismes d'accréditation des établissements d'enseignement et de formation	3-02	84 %
	Normes d'éducation interprofessionnelle	3-06	80 %
	Formation professionnelle continue	3-08	82 %
FINANCEMENT DE LA FORMATION	Dépenses par diplômé liées à la formation en santé	4-05	7 %
FLUX DU MARCHÉ DU TRAVAIL EN SANTÉ	Diplômés exerçant un emploi dans l'année suivant l'obtention du diplôme	5-01	14 %
	Taux de reconstitution des effectifs grâce aux efforts nationaux	5-02	45 %
	Taux d'entrée d'agents de santé étrangers	5-03	11 %
	Taux de sortie volontaire du marché du travail en santé	5-04	9 %
	Taux de chômage	5-06	8 %
CARACTÉRISTIQUES DE L'EMPLOI ET CONDITIONS DE TRAVAIL	Agents de santé à temps partiel	6-02	6 %
	Réglementation du nombre d'heures et des conditions de travail	6-03	86 %
	Réglementation sur un salaire minimum	6-04	86 %
	Réglementation sur la protection sociale	6-05	86 %
	Mesures pour prévenir les agressions sur les agents de santé	6-09	80 %
DÉPENSES ET RÉMUNÉRATION RELATIVES AUX PERSONNELS DE SANTÉ	Niveau de salaire à l'entrée dans la profession	7-05	42 %
	Écart de salaire entre hommes et femmes	7-07	3 %
COMPOSITION DE L'ÉVENTAIL DES COMPÉTENCES POUR LES MODÈLES DE SOINS	Existence de personnel infirmier de pratique avancée	8-06	79 %
INDICATEURS SPÉCIFIQUES SUPPLÉMENTAIRES DE LA SITUATION DU PERSONNEL INFIRMIER DANS LE MONDE 2020	Poste de directeur général national des soins infirmiers et/ou des soins obstétricaux	–	84 %
	Programmes de développement du leadership du personnel infirmier	–	76 %
	Association nationale des jeunes infirmiers(ères) et infirmiers(ères) débutant(e)s	–	76 %
	Conseil infirmier	–	98 %
	Normes applicables aux qualifications des enseignants	–	68 %
	Examen d'aptitude à la pratique	–	92 %

Note : Pour plus d'informations sur les indicateurs CNPS, des informations détaillées avec des métadonnées sont disponibles dans le *Manuel sur les comptes nationaux des personnels de santé* : https://www.who.int/hrh/documents/brief_nhwa_handbook/en/.

Les métadonnées pour les six indicateurs non CNPS supplémentaires sont disponibles sur demande en envoyant un courriel à SOWN2020@who.int.

d'exercer sont requis et où il existe des organismes de réglementation.

Sur les 191 pays, 83 % ont fourni des données sur les effectifs en personnel infirmier à partir de 2017 ou 2018. D'autres n'ont pu fournir que les données des années précédentes (de 2013 à 2016). Dans ces cas, les effectifs pour 2018 ont été estimés en appliquant à la population de 2018 la densité de la dernière année disponible. Pour quatre pays pour lesquels les effectifs n'ont pas été communiqués, les densités régionales correspondantes ont été appliquées à leur population de 2018.

Pour quatre pays pour lesquels les effectifs n'ont pas été communiqués, les densités régionales correspondantes ont été appliquées à leur population de 2018. Le fait que de nombreux pays, notamment en Afrique occidentale et centrale ainsi qu'en Asie centrale, n'aient pas été en mesure de fournir des données pour plusieurs indicateurs indique qu'il est absolument nécessaire de continuer à renforcer les ressources humaines affectées aux systèmes d'information sanitaire dans ces régions.

Toutes les données recueillies ne sont pas présentées dans le présent rapport : seuls les indicateurs pour lesquels un nombre important de pays ont communiqué des statistiques ont été analysés et présentés. Des données supplémentaires seront progressivement mises à disposition par le biais d'un portail public permettant d'accéder aux données des CNPS.

Score composite sur la réglementation de l'enseignement et les conditions de travail des sections 5.4 et 5.6

Alors que la plupart des analyses étaient de nature purement descriptive, se concentrant principalement sur les pourcentages, des scores composites ont été utilisés pour résumer les indicateurs sur la réglementation de l'enseignement et les conditions de travail. Pour les deux scores, un pays se voyait attribuer 1 point pour chaque indicateur pour lequel la réponse était « oui », 0,5 point si la réponse était « en partie », et 0 point si la réponse était « non », puis les scores étaient additionnés pour établir un score composite. Ainsi, le

score maximum possible était de 9, et le score minimum de 0. Pour les indicateurs pour lesquels des informations étaient manquantes, la réponse équivalait à un « non », donc à 0 point.

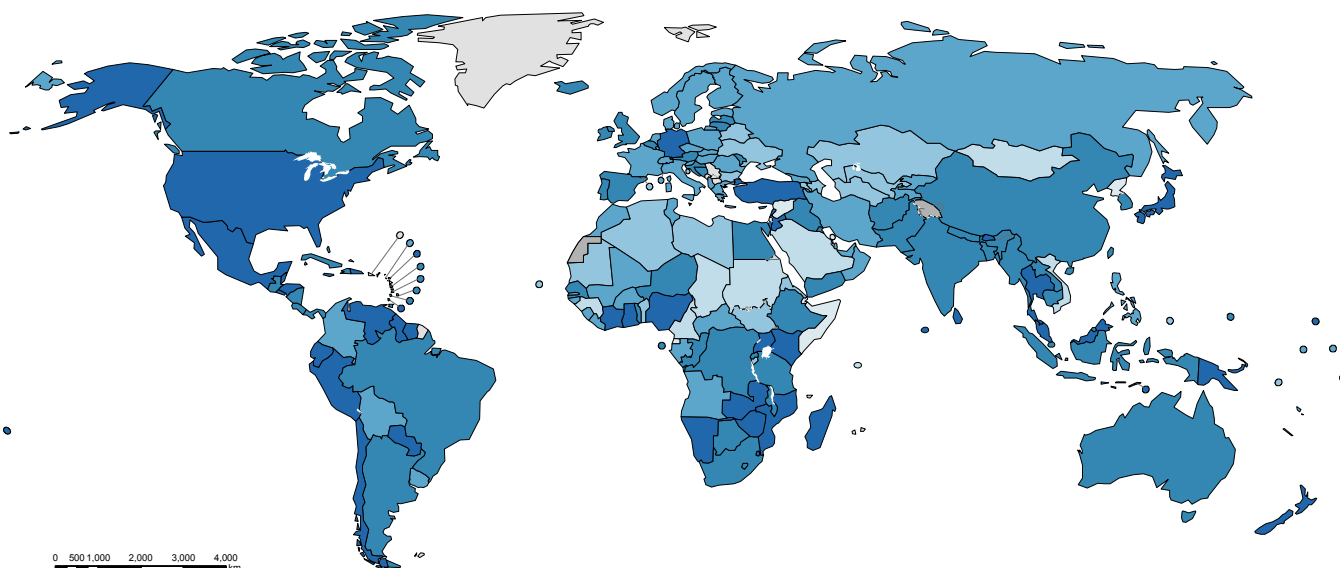
Analyse des correspondances multiples concernant la réglementation de l'enseignement et les conditions de travail des sections 5.4 et 5.6

Les indicateurs sur la réglementation de l'enseignement et de la pratique présentent un niveau élevé de corrélation : si la réponse est « oui » pour certains d'entre eux, il est probable que cela sera également le cas pour d'autres. Pour mieux comprendre ces tendances, une analyse des correspondances multiples a été réalisée, ce qui permet de simplifier la corrélation entre de nombreuses variables dans un seul graphique bidimensionnel (Figure A2.2). L'analyse a permis d'extraire deux dimensions (axes des abscisses et des ordonnées). La première « dimension » (l'axe des abscisses) peut être interprétée comme les facteurs associés à l'absence de réglementation à droite par opposition à la présence

Figure A2.1 Nombre d'indicateurs communiqués au niveau mondial pour le rapport 2020 sur *La situation du personnel infirmier dans le monde*

<5
 de 5 à 9
 de 10 à 14
 de 15 à 19
 de 20 à 24
 25+

sans objet
 données non disponibles



Note : Comprend 30 indicateurs CNPS et six questions sur les capacités.

Source : CNPS 2019.

de réglementation à gauche. La première dimension explique 79,7 % de la variation entre les variables. La deuxième dimension (l'axe des ordonnées) peut être interprétée comme une absence de mécanismes d'accréditation vers le haut de l'axe par opposition à une absence de réglementation de l'enseignement vers le bas de l'axe. Cette dimension explique 2,1 % de la variation entre les indicateurs. Le graphique inclut également des Régions afin de mettre en évidence les indicateurs auxquels elles sont le plus étroitement corrélées. L'analyse a confirmé que, avec la Région Asie du Sud-Est, la Région Méditerranée orientale et la Région Pacifique occidentale situées sur le côté droit du graphique, ces Régions sont plus susceptibles d'être associées à un niveau de réglementation plus faible des soins infirmiers.

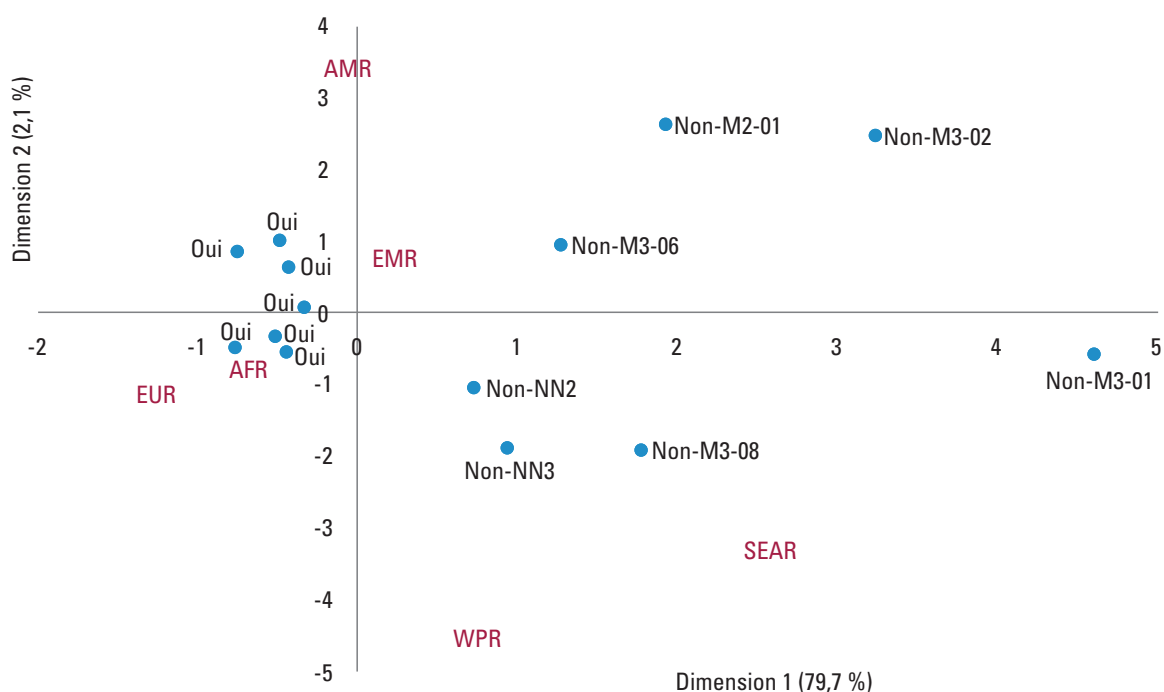
Les indicateurs sur les conditions de travail étaient fortement corrélés, comme le montre l'analyse des correspondances multiples (Figure A2.3). Deux indicateurs présentant une forte corrélation sont l'indicateur portant sur les mesures visant à prévenir les agressions sur les agents de santé et celui sur l'existence de personnel infirmier de pratique avancée : cela pourrait suggérer que dans des environnements plus risqués, le personnel infirmier peut bénéficier d'un niveau d'autonomie professionnelle plus élevé pour continuer à assurer les soins aux patients dans des circonstances difficiles. La Région Europe présente un schéma différent des autres Régions, indiquant à la fois moins de mesures pour prévenir les agressions sur les agents de santé et moins de personnel infirmier de pratique avancée.

Effectifs estimés d'ici 2030

Pour l'évaluation des effectifs en personnel infirmier d'ici 2030, les trois scénarios suivants ont été élaborés.

- Scénario 1 : vieillissement** (effet unique du vieillissement du personnel infirmier). Une projection a été effectuée en utilisant la répartition par classes d'âge par pays et une classe d'âge stable composée de moins de 35 ans, en considérant une reconstitution d'un dixième du nombre de cette classe d'âge la plus basse. La projection a pris en compte un vieillissement du personnel avec un départ à la retraite d'un dixième du nombre des infirmiers(ères) âgé(e)s de 55 ans et plus. Ce scénario ne prend pas en compte les statistiques sur les diplômés et considère la proportion de la classe d'âge la plus jeune

Figure A2.2 Corrélation des indicateurs sur l'enseignement par le biais d'une analyse des correspondances multiples



Type d'analyse : analyse des correspondances multiples des variables sur la réglementation du système d'enseignement des soins infirmiers ; les Régions sont affichées comme des variables indépendantes.

Variables résumées dans le présent graphique : M2-01 : liste maîtresse des établissements accrédités d'enseignement ; M3-01 : normes applicables à la durée et au contenu de l'enseignement ; M3-02 : Mécanismes d'accréditation des établissements d'enseignement ; M3-06 : normes d'éducation interprofessionnelle ; M3-08 : formation professionnelle continue ; NN2 : examen d'aptitude à la pratique ; NN3 : normes applicables aux qualifications des enseignants.

AFR = Région Afrique ; AMR = Région Amériques ; SEAR = Région Asie du Sud-Est ; EUR = Région Europe ; EMR = Région Méditerranée orientale ; WPR = Région Pacifique occidentale.

Source : CNPS 2019. Dernières données disponibles notifiées par les pays entre 2013 et 2018.

comme constante pour les années à venir.

- Scénario 2 : reconstitution des effectifs.** Un scénario prévoyant un vieillissement similaire à celui du scénario 1, mais utilisant le taux de diplômés le plus récent par Région, calculé à la section 5.5 et auquel un facteur de correction de 0,6 a été appliqué, en supposant que 60 % des nouveaux diplômés trouveront un emploi dans le secteur de la santé, afin de reproduire la différence entre l'obtention du diplôme et l'entrée sur le marché du travail, telle que constatée dans les pays de l'OCDE.
- Scénario 3 : reconstitution des effectifs accélérée.** Un scénario similaire au scénario 2, mais considérant une accélération du taux de diplômés et d'absorption, avec plus de diplômés par an d'ici 2030, en supposant une croissance de 50 % de 2018

à 2030 du nombre de diplômés dans les pays (ce qui équivaut à une augmentation annuelle de 3,44 %). Ce scénario suppose également une absorption de 60 % sur le marché du travail en santé.

À partir de ces scénarios, les densités estimées prévues pour 2030 ont été calculées à l'aide des estimations de population tirées des estimations des perspectives démographiques des Nations Unies pour 2030.

Pour évaluer l'impact du scénario 3, diverses simulations avec des variations dans l'augmentation du nombre de diplômés ont été utilisées : 25 % d'augmentation, 50 % d'augmentation et 100 % d'augmentation (doublement de la production de personnel) (Figure A2.4). Cela montre que le choix du taux de croissance du nombre de diplômés en soins infirmiers n'a pas d'impact

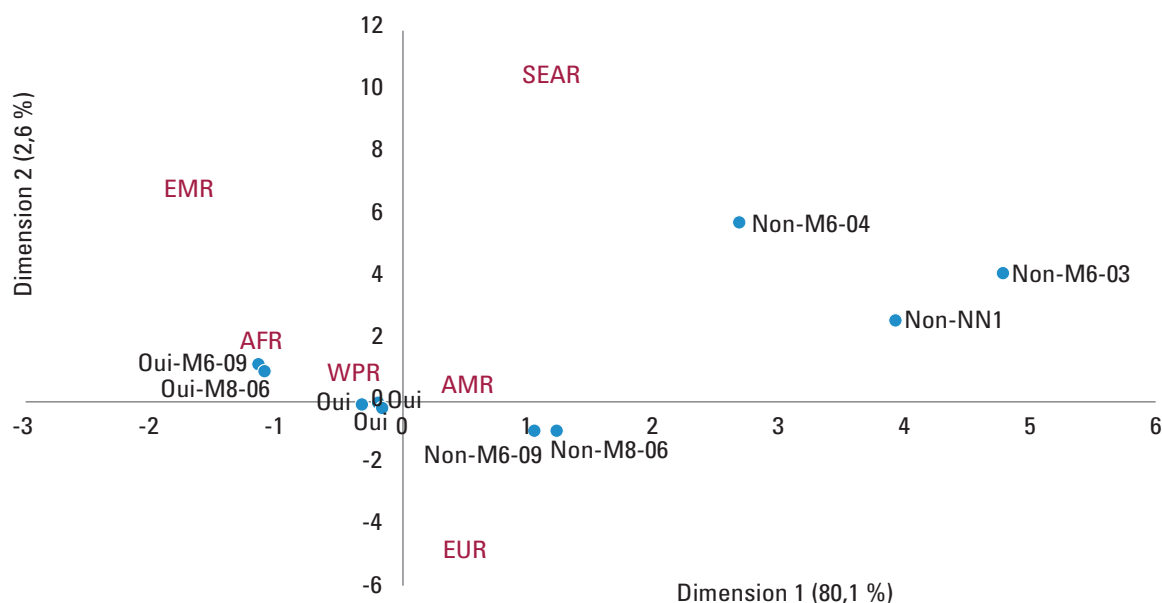
drastique sur les effectifs estimés d'ici 2030, avec des effectifs prévus de 38 millions, 39,7 millions et 42,8 millions d'infirmiers(ères) pour des taux de croissance de respectivement 25 %, 50 % et 100 %.

Mise en garde concernant l'interprétation des projections

Plusieurs facteurs limitatifs doivent être pris en compte lors de l'interprétation des projections.

- En ce qui concerne la disponibilité des données, tous les pays n'ont pas été en mesure de fournir des informations sur l'âge, utilisées dans le scénario 1, et des informations sur le taux du nombre de diplômés, utilisées dans le scénario 2. L'analyse a montré des résultats cohérents pour les scénarios 1 et 2, ce qui est rassurant pour le taux d'entrée sur le marché du travail des nouveaux diplômés.

Figure A2.3 Corrélation des indicateurs sur les conditions de travail par le biais d'une analyse des correspondances multiples



Type d'analyse : analyse des correspondances multiples des variables sur la réglementation relative aux conditions de travail ; les Régions sont affichées comme des variables indépendantes.

Variables résumées dans le présent graphique : M6-03 : réglementation du nombre d'heures et des conditions de travail ; M6-04 : réglementation sur un salaire minimum ; M6-09 : mesures pour prévenir les agressions sur les agents de santé ; M8-06 : Existence de personnel infirmier de pratique avancée ; NN1 : conseil infirmier.

AFR = Région Afrique ; AMR = Région Amériques ; SEAR = Région Asie du Sud-Est ; EUR = Région Europe ; EMR = Région Méditerranée orientale ; WPR = Région Pacifique occidental.

Source : CNPS 2019. Dernières données disponibles notifiées par les pays entre 2013 et 2018.

- Plusieurs hypothèses ont été utilisées sur le taux d'érosion du personnel âgé de 55 ans et plus. Ce taux pourrait varier d'une Région à l'autre et peut sembler optimiste, sachant que l'âge de la retraite sera de 65 ans au maximum. De la même manière, l'analyse a appliqué un ratio de 0,6 pour tenir compte des diplômés qui commencent à exercer, sur la base du ratio OCDE du personnel en exercice par rapport à celui autorisé à exercer. Toutefois, ce ratio pourrait potentiellement varier dans les différentes Régions. Pour tester l'impact de toutes les hypothèses sous-jacentes aux scénarios 1 à 3, une série d'analyses de sensibilité a été réalisée. Les résultats n'ont varié que marginalement, et les conclusions sont restées largement inchangées.
- Les projections ne reflètent que les tendances récentes et donnent une idée générale de la trajectoire des effectifs

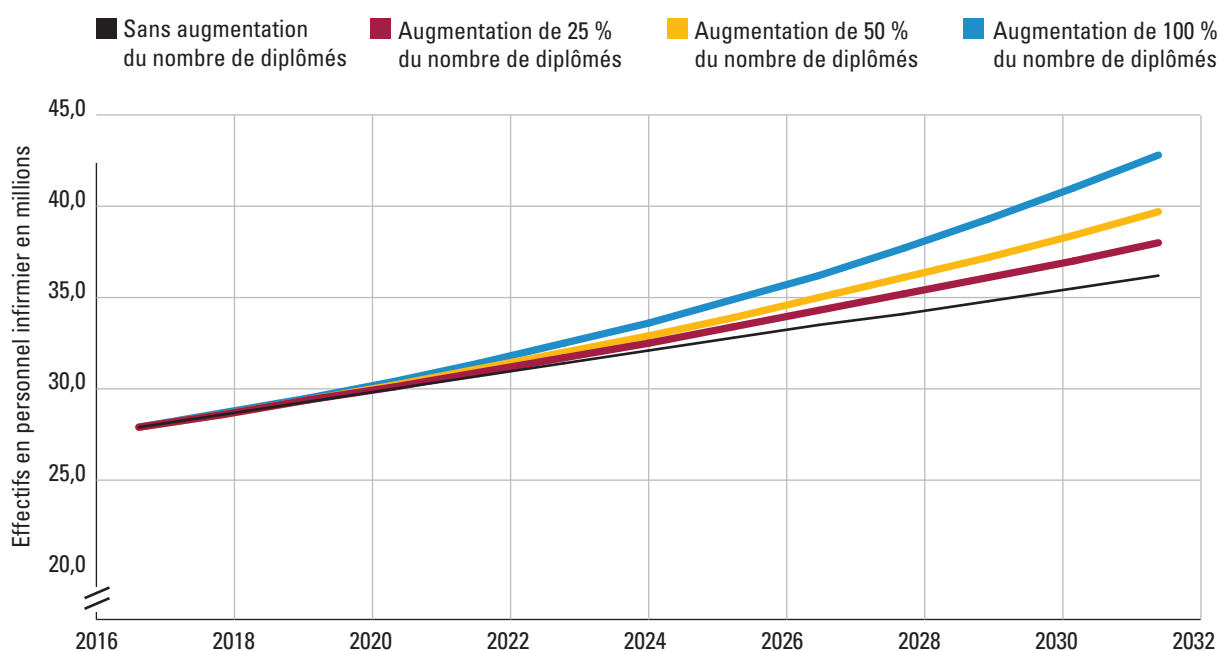
infirmiers. Elles devront être révisées ultérieurement, à mesure que de nouvelles données seront disponibles. En outre, ces projections ne remplacent pas les conclusions tirées de la modélisation au niveau national, qui tiennent compte d'un éventail plus large de personnel de santé et d'autres indicateurs sur l'ensemble du marché du travail en santé, ainsi que de statistiques économiques plus détaillées, notamment la marge de manœuvre budgétaire.

Estimation de la pénurie en personnel infirmier

L'estimation de la pénurie en personnel infirmier a été réalisée selon une méthode similaire à celle décrite dans la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé. Toutefois, en raison des données actualisées, les valeurs de la pénurie ne peuvent pas être directement comparées à celles estimées dans la Stratégie mondiale.

L'analyse montre que l'estimation de la Stratégie mondiale était basée sur 102 pays avec des effectifs disponibles pour la période 2009-2013 ; des données plus anciennes ou imputées ont été utilisées pour les autres pays. Sur la base des données récentes disponibles pour le rapport 2020 sur *La situation du personnel infirmier dans le monde*, 174 pays disposaient de données sur les effectifs pour 2013 ou les cinq années précédentes (dont 130 pays disposant de données pour 2013), ce qui a permis d'estimer les effectifs révisés pour 2013 à 23,2 millions de personnes. Les effectifs de 2018 sont basés sur les données de 191 pays pour la période 2013-2018, dont 89 % disposant de données pour 2017 et 2018. Par conséquent, les effectifs déclarés dans le rapport 2020 sur *La situation du personnel infirmier dans le monde* pour 2018 peuvent également être considérés comme une estimation particulièrement fiable.

Figure A2.4 Évolution des effectifs mondiaux en personnel infirmier (en millions) dans le cadre d'un scénario de statu quo et de trois scénarios de production accrue de personnel infirmier diplômé, de 2018 à 2030



Note : Les effectifs comprennent le personnel infirmier et apparenté.

Facteurs de correction utilisés, spécifiques aux différentes Régions : facteur de vieillissement (un dixième de la classe d'âge des 55 ans et plus en 2018 prenant sa retraite chaque année), taux de diplômés de l'analyse de la section 5.5 corrigé de 0,6 (ratio OCDE du personnel en exercice par rapport au personnel autorisé à exercer) pour tenir compte des activités en dehors de la pratique en soins infirmiers.

Pour estimer la pénurie en personnel infirmier, les densités de 2018 et 2030 ont été comparées à un chiffre de référence utilisé dans la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé. Ce chiffre de référence de 4,45 médecins, infirmiers(ères) et sages-femmes pour 1000 habitants a ensuite été converti en un chiffre référence pour les soins infirmiers.

- Tout d'abord, la part des infirmiers(ères) et des sages-femmes dans la stratégie mondiale a été appliquée à ce chiffre de référence : avec 20,7 infirmiers(ères) et sages-femmes pour 10 000 habitants et 9,8 médecins pour 10 000 habitants en 2013, le chiffre de référence est corrigé à 3,02 infirmiers(ères) et sages-femmes pour 1000 habitants ($4.45 \times (20.7 / (9.8 + 20.7))$).
- Ensuite, pour calculer un chiffre de référence pour les infirmiers(ères) uniquement, la part des infirmiers(ères) parmi infirmiers(ères) et

sages-femmes réunis (90,7 % pour l'année la plus récente) a été appliquée à ce chiffre de référence, ce qui donne un chiffre de référence de 2,74 infirmiers(ères) pour 1000 habitants.

- Parce que les densités de personnel de santé sont exprimées pour 10 000 habitants, le chiffre de 27,4 infirmiers(ères) pour 10 000 habitants a été utilisé comme référence.
- Ce chiffre de référence a ensuite été comparé à la densité observée en 2018 et prévue pour 2030 pour les trois scénarios.

La pénurie prévue d'ici 2030 a été estimée pour les trois scénarios de projection décrits ci-dessus et révélant que les pénuries restent élevées dans les pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure dans le cadre de chaque scénario (Tableau A2.2).

Coût par diplômé

De multiples sources divergentes de coûts par diplômé ont été identifiées pour les pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure, pays les plus touchés par les pénuries de personnel. Ces coûts sont compris entre US \$5180 à Madagascar, US \$5589 dans une analyse de la Banque mondiale sur la région Afrique orientale, australe et centrale,¹⁶ et US \$5656 au Mozambique et US \$19 794 au Ghana.¹⁷ Par conséquent, les calculs des coûts ont été effectués avec un scénario de coût bas de US \$5000 par diplômé, un scénario intermédiaire de US \$10 000 par diplômé et un scénario élevé de US \$20 000 par diplômé. Il est à noter que les données disponibles sur ces coûts provenaient de pays africains et ne pouvaient pas être transposées aux pays à revenu élevé, pour lesquels les données publiées montrent des coûts beaucoup plus élevés par diplômé.

Tableau A2.2 Estimations de la pénurie en personnel infirmier (en millions) dans les pays au-dessous du seuil de la Stratégie mondiale par niveau de revenu : 2018 et 2030 (trois scénarios)

CATÉGORIE DE REVENU	2018	2030		
		Vieillessement et catégorie correspondant aux jeunes infirmiers(ères) stable	Vieillessement et nombre de diplômés semblable à ces dernières années	Vieillessement et nombre de diplômés en augmentation de 50 % d'ici 2030
Pays à revenu faible	1,34	1,80	1,54	1,26
Pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure	3,91	3,44	2,81	1,54
Pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure	0,67	0,45	0,25	0,12
Pays à revenu élevé (utilisé comme référence, tous avec une densité au-dessus du seuil)	–	–	–	–
Niveau mondial	5,91	5,69	4,60	2,92

Note : Les effectifs comprennent le personnel infirmier et apparenté. Les catégories de revenu proviennent de la classification adoptée par la Banque mondiale à partir de 2018.

16 Araujo EC, Garcia-Meza AM. Nurse labour market analysis in 16 countries in east, central, and southern Africa (preliminary findings, unpublished). Washington (DC): World Bank; 2020.

17 Beciu HA, Preker AS, Ayettey S, Antwi J, Lawson A, Adjei A. Scaling up education of health workers in Ghana. Washington (DC): World Bank; 2009.

En collaboration avec :



THE AGA KHAN UNIVERSITY



Australian Government
Department of Health



UNITED ARAB EMIRATES
MINISTRY OF HEALTH & PREVENTION



WORLD BANK GROUP

