



**Conseil International des Infirmières**

*La voix mondiale des soins infirmiers*

# SE RELEVER POUR RECONSTRUIRE



## INVESTIR DANS LES PERSONNELS INFIRMIERS POUR DES SYSTÈMES DE SANTÉ EFFICACES

Mars 2023

**Auteurs**

**James Buchan**, Professeur adjoint, Université de technologie, Sydney

**Howard Catton**, Directeur général, Conseil International des Infirmières

Crédit photo de couverture : Johnson & Johnson/Mark Tushman

Tous droits réservés, y compris la traduction dans d'autres langues.

Aucune partie de la présente publication ne peut être reproduite sous forme imprimée, de photostat ou de toute autre façon, ni stockée dans un système de recherche documentaire, ni transmise sous quelque forme que ce soit, ni vendue, sans l'autorisation écrite expresse du Conseil International des Infirmières. De courts extraits (moins de 300 mots) peuvent être reproduits sans autorisation, à condition d'en indiquer la source.

Copyright © 2022 CII – Conseil International des Infirmières,  
3, place Jean Marteau, 1201 Genève (Suisse)

ISBN : 978-92-95124-24-0

## **AUTEURS ET AFFILIATIONS**

James Buchan, PhD, DPM, MA (hons)

Professeur adjoint, Centre collaborateur de l’OMS, Université de Technologie, Sydney, Australie

Professeur invité, Université d’Édimbourg, Écosse

Howard Catton, MA, BSc, RN

Directeur général, Conseil International des Infirmières

## **REMERCIEMENTS**

Le présent rapport s’appuie sur un rapide état des lieux et a été élaboré grâce à la contribution d’une série d’interlocuteurs clés. Les associations nationales d’infirmières (ANI) et d’autres parties prenantes essentielles ont joué un rôle décisif pour l’obtention de données et d’informations. Les documents pertinents fournis par les ANI et les autres parties prenantes n’ont pas tous pu être utilisés, mais leur apport a été grandement apprécié.

Les auteurs remercient également Lisa Little, Première Vice-Présidente du CII, pour ses observations détaillées et ses propositions d’amélioration.

L’ensemble du contenu et de l’interprétation des sources relève de la responsabilité des auteurs.



# TABLE DES MATIÈRES

Auteurs et affiliations.....	1
Remerciements.....	1
<b>RÉSUMÉ ANALYTIQUE .....</b>	<b>5</b>
Objet du rapport .....	5
Covid-19, reconstruction du système de santé et incidence sur les personnels infirmiers .....	5
Le surmenage des infirmières : risque de saper la reconstruction .....	6
Surmenage des infirmières : compter sur la résilience de l’infirmière n’est pas la solution.....	6
Pénurie d’infirmières : résultat de réponses stratégiques inadaptées.....	6
Programme d’action pour 2023 et au-delà : protéger et soutenir les personnels infirmiers pour rebâtir le système de santé.....	7
– Au niveau national.....	8
– Au niveau international.....	9
<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>11</b>
1.1 Introduction .....	11
1.2 Rebâtir. Pénurie d’infirmières et surmenage : la nécessité d’une action et d’un investissement à l’échelon mondial .....	12
1.3 La pénurie d’infirmières compromet la reconstruction du système de santé et la croissance économique .....	13
1.4 L’objectif et la structure du rapport stratégique .....	14
<b>2. COVID-19, LA RECONSTRUCTION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET SON INCIDENCE SUR LES PERSONNELS INFIRMIERS .....</b>	<b>16</b>
2.1 Le profil des effectifs infirmiers à l’échelon mondial .....	16
2.2 Renforts rapides, renforcement des capacités et investissement/reconstruction.....	19
– 2.2.1 Renforts rapides : incidence sur les effectifs infirmiers.....	21
– 2.2.2 Renforcement des capacités : incidence sur les effectifs infirmiers .....	21
– 2.2.3 Investissement/reconstruction : incidence sur les effectifs infirmiers .....	22
2.3 Le surmenage des infirmières risque de saper le relèvement et la reconstruction.....	23
2.4 Surmenage des infirmières : la solution ne réside pas dans la « résilience » de l’infirmière.....	32
2.5 Pas d’infirmière, pas de soins : le coût de l’inaction politique en termes de surmenage des infirmières .....	33
2.6 Manifestations et grèves du personnel infirmier : le dernier recours .....	35
2.7 Soutenir les infirmières : le besoin urgent d’analyser l’impact sur les personnels infirmiers .....	36

<b>3. L'ÉCART SE CREUSE : PÉNURIES D'INFIRMIÈRES EN 2022 .....</b>	<b>38</b>
3.1 Pénurie d'infirmières : résultat de réponses stratégiques inadaptées .....	38
3.2 La disponibilité locale d'infirmières varie, mais se révèle souvent insuffisante ....	40
3.3 Le chômage et la pénurie d'infirmières : un paradoxe et un échec politique.....	42
3.4 La « reconstruction » du système de santé requiert plus d'infirmières .....	43
3.5 La reconstruction alimente la « solution de fortune » du recrutement international actif .....	44
3.6 Autosuffisance en personnels infirmiers et usage plus efficace du code de l'OMS .....	50
3.7 Impact sur les personnels infirmiers : tableau de bord d'indicateurs.....	52
<b>4. PROTÉGER ET SOUTENIR, POUR RECONSTRUIRE.....</b>	<b>54</b>
4.1 Protéger et investir afin de soutenir les infirmières est vital pour le relèvement et à la reconstruction du système de santé .....	54
4.2 Réponses stratégiques pour soutenir les infirmières au travail .....	55
4.3 Un programme d'action pour 2022 et au-delà : protéger et soutenir les personnels infirmiers pour reconstruire le système de santé.....	58
<b>ANNEXE 1 : TABLEAU DE BORD DE L'IMPACT SUR LES EFFECTIFS INFIRMIERS.....</b>	<b>62</b>
<b>RÉFÉRENCES.....</b>	<b>65</b>

# RÉSUMÉ ANALYTIQUE

## OBJET DU RAPPORT

Le rapport porte sur les personnels infirmiers dans une période où le monde s'efforce de se relever pour rebâtir des systèmes de santé gravement endommagés par la pandémie de COVID-19. Les personnels infirmiers ont été au cœur de la lutte contre la pandémie, jouant un rôle capital, risqué et souvent dangereux, car ils constituaient la plus grande part des effectifs de riposte. Ces mêmes personnels infirmiers – souvent les mêmes personnes – sont aujourd'hui appelés à redoubler d'efforts, en tant qu'acteurs fondamentaux pour reconstituer les capacités des systèmes de santé.

Le présent rapport a été commandé par le Conseil International des Infirmières (CII). L'objectif est d'éclairer le débat stratégique sur la façon dont les systèmes de santé, les pays et les organisations internationales doivent répondre à la problématique essentielle de la protection et de la remise sur pied d'effectifs infirmiers pérennes dans le contexte d'une pandémie mondiale, ainsi que de la nécessité de relever et de reconstruire le système de santé mondial.

Le rapport définit le programme d'action d'urgence pour 2023 et au-delà. Il met en lumière le nombre croissant de données factuelles sur le stress, le surmenage, l'absentéisme et les grèves touchant les personnels infirmiers. Les préoccupations sous-jacentes ayant trait aux mauvaises conditions de travail et au défaut de sécurité concernant le personnel apparaissent avec davantage d'acuité et doivent être saisies à bras-le-corps. Le présent rapport met l'accent sur le fait que **sans un investissement suffisant pour offrir un vrai soutien aux infirmières, le système de santé ne peut se relever et être reconstruit de façon efficace.**

Dans notre rapport publié en 2022, intitulé *Pérenniser et fidéliser les effectifs en 2022 et au-delà* (Buchan, Catton & Shaffer, 2022), nous avons constaté qu'un nombre croissant d'éléments probants montrent les répercussions de la pandémie de COVID sur les effectifs infirmiers, avec pour conséquences des infirmières toujours plus nombreuses à quitter la profession. Le rapport comprend des cas de figure indiquant l'ampleur de la pénurie, avançant qu'il pourrait être nécessaire de remplacer jusqu'à 13 millions d'infirmières dans le monde ces prochaines années. D'après les nouvelles informations recueillies au cours des 12 derniers mois, ces tendances se poursuivent et s'accroissent. Cette situation met non seulement à rude épreuve la capacité de nombreux systèmes de santé à assurer les services actuels à leurs populations, mais elle risque également de sérieusement compromettre les efforts déployés pour reconstruire les services de santé et mettre en place la couverture sanitaire universelle (CSU) et atteindre les objectifs de développement durable (ODD). Les faits montrent que l'état actuel des personnels infirmiers doit être perçu comme une urgence sanitaire mondiale.

## COVID-19, RECONSTRUCTION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET INCIDENCE SUR LES PERSONNELS INFIRMIERS

L'analyse au niveau mondial révèle une forte pénurie d'infirmières qui pourrait atteindre le chiffre de 30,6 millions en 2029. À cela s'ajoute le fait que la répartition des effectifs infirmiers est inégale dans nombre de régions, pays et secteurs. La pandémie, qui s'est propagée début 2020, a eu un effet multiplicateur sur la demande en personnel infirmier dans le monde.

Trois ans après le début de la pandémie, plusieurs mesures stratégiques essentielles sont requises pour appuyer les personnels infirmiers et rebâtir le système de santé. Il s'agit notamment d'investir dans le redéploiement des ressources vers d'autres parties du système de santé afin de traiter les retards de soins non liés à la pandémie. La question sous-jacente, qui est au cœur de

toute réponse stratégique efficace et de tout investissement ciblé, est de reconnaître que pour de nombreuses infirmières en activité, il ne s'agit pas d'un pic ponctuel et bref, ni d'un phénomène abscons ou lointain – c'est un problème généralisé aux incidences personnelles. Il s'agit d'un fardeau implacable, intense et permanent qui draine l'énergie des infirmières et qui nuit à leur moral et à leur santé physique et mentale.

## **LE SURMENAGE DES INFIRMIÈRES : RISQUE DE SAPER LA RECONSTRUCTION**

Au moment de se relever et de reconstruire, il faudra prendre en considération toutes les infirmières en activité. Pour éviter que de nombreuses infirmières n'atteignent le point de rupture, il est nécessaire de peser soigneusement les conséquences que les décisions pourront avoir sur le personnel infirmier. Si les décideurs politiques s'attachent uniquement au système en ignorant les conséquences sur les infirmières, la disponibilité à long terme d'infirmières et leur fidélisation en pâtiront.

La pandémie s'est déclarée il y a de cela trois ans, mais une quantité croissante de données factuelles mettent en évidence les effets sur les personnels infirmiers. L'examen résume les éléments factuels toujours plus nombreux disponibles d'après les enquêtes menées auprès des personnels infirmiers, qui font ressortir les risques que constituent une charge de travail élevée, le stress et le surmenage pour la pérennité des effectifs infirmiers.

## **SURMENAGE DES INFIRMIÈRES : COMPTER SUR LA RÉSILIENCE DE L'INFIRMIÈRE N'EST PAS LA SOLUTION**

L'élément essentiel qui ressort de ces enquêtes et de ces examens est que l'ampleur des traumatismes et du surmenage observés et potentiels parmi les personnels infirmiers est immense. Les infirmières surmenées s'absentent, réduisent leurs heures de travail ou quittent leur emploi. Certaines d'entre elles, qui ont tenu bon durant les premières années de la pandémie, sont éreintées et devront se réserver à des rôles moins exigeants, s'accorder du repos, travailler dans d'autres secteurs ou prendre leur retraite.

Celles qui continuent de travailler signalent un plus haut degré de stress et une tendance croissante à envisager de quitter leur emploi ou leur profession. Il est très préoccupant de constater que, malgré les niveaux élevés de surmenage des infirmières signalés dans bon nombre de ces études, souvent, il n'y a pas de réponse systématique de l'organisation ou de l'employeur, ce qui ajoute un poids aux infirmières, qui doivent faire preuve de « résilience » alors qu'elles entrent dans une quatrième année de pandémie et de reconstruction.

La hausse sans précédent, ces douze derniers mois, des manifestations et des actions revendicatives des infirmières dans de nombreux pays, est le signe évident du niveau d'incidence et d'inquiétude. Elles constituent le dernier recours face aux réponses inadéquates des pouvoirs publics et des employeurs aux préoccupations relatives à la sécurité sur le lieu de travail, aux conditions de travail et à l'absence de niveaux sûrs de dotation en personnel.

## **PÉNURIE D'INFIRMIÈRES : RÉSULTAT DE RÉPONSES STRATÉGIQUES INADAPTÉES**

Dans de nombreux pays, la phase initiale de la pandémie a entraîné une hausse de la disponibilité à court terme d'infirmières locales, les systèmes et les pouvoirs publics ayant adopté des politiques de renforcement rapide des effectifs.



Souvent, cela consistait à exiger des infirmières en activité de travailler plus longtemps, d'encourager les anciens employés à revenir sur le marché du travail, de coopter les étudiants en soins infirmiers et d'accélérer les recrutements internationaux. Ces mesures d'urgence ne sont pas viables à long terme et peuvent masquer, en réalité, une réduction du nombre d'infirmières en CDI ou sous contrat longue durée disponibles, car passer à la reconstruction pèse d'autant plus sur la charge de travail et le surmenage des infirmières.

L'inquiétude est déjà clairement perceptible dans les politiques du fait de l'accroissement des pénuries. Il est évident que de nombreux pays n'ont pas adéquatement investi dans la formation pour disposer d'infirmières en nombre suffisant et ainsi satisfaire à leur propre demande. Dans certains pays, il existe d'importantes pénuries de personnel infirmier alors que, simultanément, certaines infirmières sont sans emploi, ce qui révèle des problèmes de financement, mais aussi une politique et une planification inefficaces.

La demande d'infirmières augmente à cause des effets de la pandémie, de la reconstruction, de l'aggravation des taux de maladies chroniques et du vieillissement de la population dans de nombreux pays ; le réservoir d'infirmières s'épuise en raison des départs liés au surmenage provoqué par la pandémie et de l'évolution démographique sous-jacente, le personnel étant vieillissant dans certains pays et un plus grand nombre d'infirmières atteignant l'âge de la retraite.

L'un des aspects manifestes de la réponse stratégique de certains pays à revenu élevé est de renouveler et d'intensifier les politiques de recrutement international d'infirmières, perçu comme une solution immédiate, certains pays ayant même décidé d'accélérer et de simplifier ce processus. Il est urgent de surveiller et de suivre les chiffres globaux des flux internationaux d'infirmières pour identifier les pays émetteurs pouvant être à risque.

Le CII plaide pour une approche systématique du suivi des flux et de l'évaluation de l'impact sur les personnels infirmiers, s'il existe une volonté de comprendre les causes profondes des problèmes actuels et d'orienter au mieux les réponses stratégiques aux échelons national et mondial. Cela suppose un usage précis des données et une interprétation claire des indicateurs types, dans l'idéal à l'aide d'un « tableau de bord » normalisé et régulièrement actualisé.

## **PROGRAMME D'ACTION POUR 2023 ET AU-DELÀ : PROTÉGER ET SOUTENIR LES PERSONNELS INFIRMIERS POUR REBÂTIR LE SYSTÈME DE SANTÉ**

Le personnel infirmier a été en première ligne de la riposte concrète à la COVID-19 dans tous les pays. Il n'en sera pas moins capital pour relever et rebâtir les systèmes de santé à travers le monde.

Le présent rapport souligne que les effets de la COVID-19 – comme le relèvement et la reconstruction des systèmes de santé – provoquent une demande accrue d'infirmières ; ils ont néanmoins aussi une incidence négative, directe et indirecte sur l'infirmière, la disponibilité globale d'infirmières et des effectifs infirmiers dans le monde, en sous-effectifs et fortement sollicités.

Le risque croissant est que les exigences liées à la pandémie et à la reconstruction, qui ont nettement accentué la pénurie de personnels infirmiers dans le monde, renforcent également la répartition inégale des infirmières et attisent les flux internationaux d'infirmières des pays à revenu faible et intermédiaire vers les pays à revenu élevé. Les efforts de relèvement et de reconstruction risquent d'être compromis à l'échelon national, avec pour résultat de détériorer la santé de la population, d'empêcher la mise en place de la CSU dans certains pays et de mettre en péril la capacité des pays à répondre à la prochaine urgence de santé publique.

Ces préoccupations sont étroitement liées au thème de la Journée internationale des infirmières de cette année, *Nos infirmières. Notre futur.*, qui met en avant les enseignements devant être tirés de la pandémie et définissant les mesures concrètes devant être prises pour que les infirmières soient protégées, respectées et valorisées, et que les systèmes de soins de santé soient durables, sûrs, abordables, accessibles et réactifs.

Pour protéger et soutenir les personnels infirmiers dans le monde et investir afin d'assurer leur viabilité à plus long terme, il est urgent de prendre des mesures stratégiques efficaces et coordonnées, à l'échelon national comme international/mondial. Ces mesures doivent comprendre des **actions** immédiates pour relever les défis urgents exposés dans le présent rapport et l'élaboration d'une vision d'avenir et d'un **plan** communs à plus long terme pour les personnels infirmiers dans le monde, et cela pour veiller à ce que le monde soit mieux à même de faire face aux grands chocs d'ordre sanitaire à l'avenir :

### Au niveau national

Au niveau national, protéger et investir afin de soutenir les personnels infirmiers pour les rendre viables sur du plus long terme devrait être l'objectif primordial et énoncé de façon exhaustive dans une stratégie ou un plan stratégique national. Cet objectif peut être atteint en mettant l'accent sur deux priorités stratégiques interdépendantes : mieux fidéliser les infirmières dans la population active et garantir des capacités de formation nationale appropriées. Pour cela, il faut :

- **AGIR : mener des analyses d'impact sur le personnel infirmier**, réalisées régulièrement, afin de mieux cerner l'impact de la pandémie sur l'infirmière et sur l'ensemble des effectifs infirmiers, assurer un soutien et des investissements efficaces et permettre la reconstruction du système de santé.
- **AGIR : s'engager à investir et à soutenir des niveaux sûrs de dotation en personnel.** Des niveaux de dotation en personnel infirmier dangereusement bas ont été une source de problèmes significatifs dans de nombreux systèmes de santé durant la pandémie et le seront également au moment de reconstruire : cela démultiplie le risque de surmenage des infirmières qui évoluent dans le système, compromet les soins aux patients et constitue un facteur d'augmentation des départs de personnel. Ils sapent également les efforts de reconstruction.
- **AGIR : s'engager à soutenir l'accès précoce à des schémas complets de vaccination pour toutes les infirmières.** Sans cette protection du personnel infirmier, les futures ripostes aux pandémies seront compromises, et toutes les autres interventions visant à renforcer la pérennité risquent de perdre en efficacité. Certains pays n'ont pas encore atteint une couverture adéquate.
- **PLANIFIER : examiner/renforcer les capacités du système national de formation des infirmières** pour répondre à la demande de reconstruction et soutenir l'offre d'infirmières à long terme. Il s'agit de s'appuyer sur les données issues des analyses d'impact et sur une analyse régulière et systématique du marché du travail des infirmières au niveau national, incluant une évaluation de l'importance, des profils de compétences et des affectations prévus pour les futurs effectifs infirmiers, ainsi que sur les convergences de vues pour combler les lacunes identifiées, en adaptant l'offre et les programmes d'études.
- **PLANIFIER : investir pour fidéliser les infirmières et rendre attrayante cette carrière**, en assurant des salaires et des conditions d'emploi convenables, des perspectives professionnelles structurées, un accès à la formation continue et un soutien au bien-être, afin de veiller à ce que les effets préjudiciables du surmenage des infirmières soient combattus, que le chômage des infirmières soit abordé et que les causes des grèves des infirmières soient traitées.
- **PLANIFIER : mettre en œuvre des politiques visant à améliorer les structures de carrière, et optimiser les effectifs par des rôles de pratique avancée et l'appui technologique adéquat.** Cela peut donner les moyens d'optimiser la contribution du personnel infirmier à la reconstruction en soutenant les infirmières qui travaillent

à plein temps, en augmentant le recours à la pratique avancée et aux rôles de spécialistes (c'est-à-dire les infirmières praticiennes), en combinant efficacement les compétences et les modes d'organisation du travail, le travail d'équipe, ainsi qu'un soutien administratif, des technologies et des équipements adéquats, avec la formation nécessaire. Ces mesures contribueront à fidéliser les infirmières et à renforcer l'attrait des soins infirmiers, à accélérer la reconstruction et doivent également porter sur la mise en place d'un cadre réglementaire et législatif favorable.

- **PLANIFIER : contrôler et suivre l'autosuffisance en matière d'infirmières.** L'indicateur donnant le pourcentage de dépendance envers les personnels infirmiers nés ou formés à l'étranger donne aux décideurs nationaux un aperçu de l'étendue de leur dépendance (et de leur vulnérabilité potentielle) à l'égard de l'offre internationale d'infirmières.

## Au niveau international

Au niveau international, la réponse stratégique doit tenir compte du fait que les préjudices provoqués par la pandémie ont été plus grands parmi les personnels infirmiers des pays à faible revenu, déjà vulnérables et souvent en sous-effectifs.

Cela met en péril le relèvement et la reconstruction des systèmes de santé et toute perspective d'amélioration de la santé de la population, y compris la réalisation des ODD et la mise en place de la CSU. Ces pays resteront particulièrement vulnérables à l'exode d'infirmières, même en parvenant à mettre en œuvre des politiques nationales visant à améliorer la disponibilité de personnel infirmier et à soutenir le relèvement et la reconstruction.

Ces pays à risque doivent être soutenus par la communauté internationale. Les principales parties prenantes mondiales, telles que l'OMS, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la Banque mondiale et le CII, doivent agir sans délai, mais également élaborer et convenir d'une vision d'avenir et d'un plan à long terme, sur dix ans, pour soutenir les personnels infirmiers dans le monde.

La problématique des effectifs infirmiers dans le monde est trop immense, trop vitale et trop « différente » de celle qui prévalait il y a seulement trois ans pour en faire abstraction. **Les parties prenantes internationales et les pays doivent coordonner leurs efforts pour élaborer un plan à long terme, sur dix ans, destiné à pérenniser les effectifs infirmiers dans le monde.** Nous ne pouvons pas prendre le risque de fragiliser davantage des effectifs déjà affaiblis, ni revenir au monde d'avant la pandémie, à savoir se résigner à des pénuries importantes de personnels infirmiers. Les mesures requises, celles d'aujourd'hui et celles en vue de soutenir l'élaboration de ce plan décennal – qui doivent être examinées et coordonnées par les pays et les parties prenantes internationales –, sont les suivantes :

- **AGIR : promouvoir une actualisation immédiate de l'analyse de *La situation du personnel infirmier dans le monde*.** La première édition de ce rapport a été publiée début 2020 et décrit le profil des personnels infirmiers dans un monde antérieur à la pandémie. Il s'agit d'une référence utile, mais la pandémie a changé le monde à jamais. Alors que nous entrons dans la quatrième année de la pandémie, il est urgent d'établir le deuxième rapport sur la situation du personnel infirmier dans le monde : un profil mondial actualisé des effectifs infirmiers durant la pandémie et orienté vers la reconstruction, afin d'évaluer les préjudices causés et les possibilités d'investissements et d'actions ciblés en matière de pérennité et de renouvellement.
- **PLANIFIER : s'engager à soutenir l'accès précoce à des schémas de vaccination complets pour toutes les infirmières, dans tous les pays.** Une coopération internationale est requise pour protéger le personnel infirmier dans tous les pays.
- **PLANIFIER : s'engager à appliquer et à évaluer des approches efficaces et éthiques de la gestion des flux internationaux d'infirmières,** en s'inscrivant dans une démarche collective dans le cadre de l'application plus complète, efficace et cohérente du *Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé* et

de sa liste de sauvegarde. Il s'agit de mieux surveiller les flux internationaux d'infirmières, de mettre en place un contrôle indépendant de l'usage des accords bilatéraux entre pays et des agences de recrutement pour garantir la conformité, de convenir d'une définition de ce que l'on entend par recrutement « actif », et d'adopter des pratiques de recrutement et d'emploi équitables et transparentes. Les données probantes concernant la mise en œuvre de ces politiques sont actuellement insuffisantes pour éclairer des politiques efficaces et identifier toute mauvaise pratique éthique, et doivent être enrichies de toute urgence. Entre-temps, sachant les niveaux élevés de recrutement actif à l'étranger à l'heure actuelle, le CII appelle à un moratoire d'une durée précise sur le recrutement actif d'infirmières provenant de pays figurant sur la liste de sauvegarde.

- **PLANIFIER : s'engager à soutenir des analyses d'impact régulières et systématiques sur les personnels infirmiers, en particulier dans les pays aux ressources limitées**, en dispensant des conseils techniques, en améliorant les données, en procédant à des analyses indépendantes et des échanges multipartites sur les politiques pour convenir de mesures stratégiques prioritaires sur la disponibilité et la fidélisation du personnel infirmier local.
- **PLANIFIER : s'engager à investir pour pérenniser les effectifs infirmiers des petits États, des États à faible revenu et des États fragiles, plus vulnérables aux départs des personnels infirmiers et plus touchés par la pandémie**, en s'appuyant sur les enseignements de la Commission de haut niveau des Nations Unies sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique et sur les *Orientations stratégiques mondiales de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux*, qui démontrent les avantages économiques, sociaux et sanitaires à long terme d'investir dans les personnels infirmiers.

Se relever pour reconstruire. Il faut à la fois des mesures urgentes et une vision d'avenir et un plan communs à long terme pour les personnels infirmiers dans le monde. La pandémie de COVID-19 a fait des ravages sans précédent parmi eux et le relèvement et la reconstruction du système de santé leur ajoutent un poids. Sans infirmières en nombre suffisant, motivées et soutenues, le système de santé mondial ne pourra pas être reconstruit. Les pouvoirs publics doivent de toute urgence prendre des mesures coordonnées aux échelons national et international pour appliquer le Programme d'action 2023 et élaborer un plan à plus long terme, à savoir protéger et soutenir le personnel infirmier, et donner les moyens de reconstruire le système de santé.

# 01

## CHAPITRE UN

# 1. INTRODUCTION

## 1.1 INTRODUCTION

Le rapport porte sur les personnels infirmiers dans une période où le monde s'efforce de se relever pour rebâtir des systèmes de santé gravement endommagés par la pandémie de COVID-19. Cette pandémie s'est déclarée début 2020. Elle n'est pas terminée, et son incidence sur la santé de la population a mis à l'épreuve, submergé dans certains endroits, la capacité des systèmes de santé et sapé les économies. De nombreux systèmes de santé commencent à peine à traiter l'énorme quantité de travail différé ou annulé pendant le pic de la pandémie, et doivent relever le défi croissant de maladies chroniques, résultat de la pandémie elle-même. En janvier 2023, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a annoncé que la COVID-19 « constitue encore une urgence de santé publique de portée internationale » et qu'elle « se trouve probablement à un point de transition », avec la nécessité d'atténuer les conséquences négatives potentielles et persistantes (OMS, 2023a).

La pandémie de COVID-19 a tué des millions de personnes, infecté plusieurs millions d'autres, l'économie mondiale a été ébranlée et les systèmes de santé soumis à une très forte pression. Plus de 677 millions de cas ont été recensés et environ 6,7 millions de personnes sont mortes de la COVID-19 (Worldometer, 2023). Le tribut prélevé par la pandémie sur l'économie mondiale est important, le Fonds

monétaire international (FMI) indiquant que le produit intérieur brut mondial médian a chuté de 3,9% entre 2019 et 2020, ce qui en fait la pire récession économique depuis la Grande Dépression. La reprise a été hétérogène et les inégalités en matière d'accès et de couverture vaccinale pourraient menacer l'embellie dans une grande partie du monde (Oum, Kates & Wexler, 2022). Les perspectives de développement de la Banque mondiale en 2022 soulignent que la crise liée à la pandémie a entraîné une hausse spectaculaire des inégalités au sein des pays et d'un pays à l'autre, et que la sortie de crise sera « aussi inégale que ses premiers effets économiques, les économies émergentes et les groupes économiquement défavorisés ayant besoin de beaucoup plus de temps pour se relever » (Banque mondiale, 2022).

Les personnels infirmiers ont été au cœur de la lutte contre la pandémie, jouant un rôle capital, risqué et souvent dangereux, car ils constituaient la plus grande part des effectifs de riposte. Beaucoup ont fait des heures supplémentaires durant des mois, dans des conditions dangereuses et avec un soutien limité. Certains ont fait l'objet de stigmatisation, de brimades ou ont été confrontés à la violence sur le lieu de travail. Ces mêmes personnels infirmiers – souvent les mêmes personnes – sont aujourd'hui appelés à redoubler d'efforts,

en tant qu'acteurs fondamentaux pour reconstituer les capacités des systèmes de santé. **Les personnels infirmiers étaient déjà sous pression avant la pandémie puis, pendant le pic de la pandémie, ils ont même risqué leur vie – les décès étant nombreux –, et ils doivent aujourd'hui satisfaire à des exigences plus fortes malgré leur global manque de ressources.**

Le présent rapport mettra en lumière le nombre croissant de données factuelles sur le stress, le surmenage, l'absentéisme et les grèves touchant les personnels infirmiers, symptômes de réponses stratégiques inadéquates dans la plupart des pays. Les préoccupations sous-jacentes ayant trait aux mauvaises conditions de travail et au défaut de sécurité concernant le personnel apparaissent avec davantage d'acuité et doivent être saisies à bras-le-corps. Le présent rapport met l'accent sur le fait que **sans un investissement suffisant pour offrir un vrai soutien aux infirmières, le système de santé ne peut se relever et être reconstruit de façon efficace.**

Alors que nous entrons dans la quatrième année civile où la menace de la COVID-19 est constante, avec des effectifs infirmiers soumis à une pression encore plus forte, le présent rapport se penche sur la voie à suivre en 2023 et au-delà. Il propose un programme d'action et d'investissement et plaide en faveur d'un plan mondial pour protéger et soutenir les personnels infirmiers, afin de leur donner les moyens de la reconstruction des systèmes de santé et de l'amélioration de la santé de la population. Il actualise et renforce les principaux messages stratégiques formulés dans le précédent rapport, publié l'année dernière (Buchan, Catton & Shaffer, 2022).

Le rapport est lié au thème de la Journée internationale des infirmières de cette année, *Nos infirmières. Notre futur*, qui met en avant les enseignements que l'on doit tirer de la pandémie et définit les mesures concrètes que l'on doit prendre pour que les infirmières soient protégées, respectées et valorisées, et que les systèmes de soins de santé soient durables, sûrs, abordables, accessibles et réactifs (CII, 2023).

## 1.2 REBÂTIR. PÉNURIE D'INFIRMIÈRES ET SURMENAGE : LA NÉCESSITÉ D'UNE ACTION ET D'UN INVESTISSEMENT À L'ÉCHELON MONDIAL

Beaucoup d'infirmières sont mortes, beaucoup d'autres sont tombées malades, souvent en raison de la faiblesse de l'approvisionnement en équipements de protection individuelle (EPI) et d'un accès insuffisant aux vaccins (CII, 2021a). Un nombre incalculable d'autres infirmières sont sujettes de façon importante et durable au stress et au surmenage, souvent en raison d'un appui organisationnel inadéquat comme souligné dans le présent rapport. Certaines ont également fait l'objet d'intimidation, de violence ou de stigmatisation sur le lieu de travail (Voir p. ex. Chowdury, *et al.* 2023 ; Özdemir, 2023 ; Kim *et al.*, 2023 ; Wang, Abrantes & Liu, 2023).

Une action concertée aux échelons national et mondial est nécessaire pour protéger, soutenir et investir dans les personnels infirmiers, pour garantir qu'ils puissent apporter leur contribution vitale à la reconstruction. Sans cela, un bien plus grand nombre d'infirmières risque le surmenage ou de quitter le marché du travail et les recrues potentielles d'être dissuadées d'embrasser le métier. La pénurie actuelle d'infirmières

dans le monde [selon une estimation récente (Haakenstad *et al.*, 2022), la pénurie mondiale d'infirmières et de sages-femmes s'élevait à 30,6 millions de professionnelles en 2019] s'aggravera très sensiblement, et le relèvement et la reconstruction des systèmes de santé seront compromis. Cela suppose une attention et un engagement urgents et à long terme.

Les données probantes révélant les causes et les conséquences de la pénurie de personnel infirmier se sont multipliées ces douze derniers mois. L'OMS a mis en lumière que les contraintes de personnels de santé constituent l'entrave la plus souvent signalée à toute montée en puissance efficace de la riposte à la pandémie et menacent de saper les efforts en matière de prestation de services (OMS, 2022a, p. 6). Un autre rapport, du Sommet mondial de l'innovation pour la santé (WISH) de la Fondation du Qatar, en collaboration avec l'OMS, souligne que le monde « manque à son 'devoir de diligence' de protéger la santé mentale et le bien-être des personnels de santé et

d'aide à la personne», indiquant que durant la pandémie, le surmenage des personnels de santé et d'aide à la personne allait de 41 à 52% selon les estimations cumulées. Il a été constaté que les femmes, les jeunes et les parents d'enfants à charge sont plus exposés au risque de détresse psychologique (OMS, 2022b). Le rapport attire l'attention sur « les obligations et les rôles des pouvoirs publics et des employeurs en matière de sécurité et de santé au travail » (OMS, 2022b). Un autre signe de l'échec des politiques est la nette recrudescence des manifestations et des grèves d'agents de santé (Brophy *et al.*, 2022b).

Dans le présent rapport, nous examinons de plus près l'incidence et la nécessaire réponse stratégique des pouvoirs publics et des employeurs. Les conséquences de l'inaction politique sont brutales. Fin 2022, le CII a alerté les pouvoirs publics sur le fait que l'objectif de mettre en place la CSU d'ici à 2030 ne sera pas atteint si des mesures immédiates et radicales ne sont pas prises pour recruter et fidéliser des millions d'infirmières supplémentaires (CII, 2022a).

### 1.3 LA PÉNURIE D'INFIRMIÈRES COMPROMET LA RECONSTRUCTION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET LA CROISSANCE ÉCONOMIQUE

Dans ce contexte de pénurie croissante d'effectifs infirmiers, il est désormais communément admis qu'il est nécessaire de mettre en place des politiques urgentes et efficaces en vue de protéger et de soutenir les personnels infirmiers. Cela atteste de la reconnaissance accrue que la croissance économique, tout comme le relèvement et la reconstruction du système de santé sont tributaires d'un personnel de santé efficace. La Commission de haut niveau des Nations Unies sur la croissance économique (OMS, 2016a) a clairement établi que la croissance économique dépend de systèmes de santé efficaces et d'un personnel pérenne. Le lien crucial entre des effectifs de santé pérennes, des systèmes de santé efficaces, la santé de la population et la croissance économique, a été renforcé par les effets de la pandémie et la nécessité de se relever et de reconstruire. Investir dans des personnels infirmiers bien encadrés et adopter des solutions stratégiques à l'échelle de l'ensemble de l'administration doivent constituer la préoccupation centrale.

Le *Financial Times* a alerté sur le fait que « le départ d'infirmières qualifiées et les niveaux élevés d'arrêts maladie parmi le personnel en première ligne mettent à rude épreuve des services surchargés et annulent les progrès réalisés ces dernières années pour renforcer les effectifs infirmiers... En parallèle, le vieillissement de la population aux États-Unis et en Europe renforce la demande de soins de santé alors que les possibilités de formation insuffisantes dans certains pays occidentaux et les contraintes budgétaires

mondiales en matière de santé rendent le recrutement plus difficile » (Smyth & Neville, 2022). L'OCDE a souligné qu'en Asie-Pacifique, « le facteur le plus fréquemment signalé du côté de l'offre a été l'annulation des services non urgents et le redéploiement du personnel pour soulager les services liés à la COVID-19... » (OCDE/OMS, 2022).

L'OCDE a examiné en détail la nécessité de relever et de reconstruire les systèmes de santé comme base de la croissance économique. Fin 2022, dans un rapport sur les investissements prioritaires dans les systèmes de santé, elle a indiqué que l'un des trois « piliers » de l'investissement devait consister à « renforcer les professionnels de santé œuvrant en première ligne » et souligné qu'un « renforcement des effectifs améliore la prestation de services ». Elle a mis en exergue deux grands domaines d'investissement nécessaires : 1) disposer de professionnels des secteurs de la santé et des soins de longue durée en nombre suffisant ; et 2) améliorer la compétitivité des salaires des catégories essentielles de la santé et des soins de longue durée. Concernant le point 1), il est estimé que les pays de l'OCDE (à revenu élevé) doivent accroître le nombre d'infirmières pour atteindre une densité d'agents de santé de 11,45 infirmières/sages-femmes pour 1 000 habitants déterminée par la Global Burden of Disease Study/Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) en vue de concrétiser la CSU. Cela **suppose un investissement supplémentaire d'environ 0,33% du PIB**

**en moyenne** (OCDE, 2022). Concernant le point 2), à savoir améliorer la compétitivité des salaires des infirmières et du personnel d'aide à la personne, l'OCDE estime que les dépenses nécessaires pour relever leur rémunération, en prenant comme base le niveau de salaire moyen des infirmières dans les pays de l'OCDE, **correspondent à une hausse supplémentaire moyenne de 0,14 % du PIB dans les pays de l'OCDE** (OCDE, 2022).

Globalement, dans les pays de l'OCDE d'Europe, l'OCDE révèle que « la moitié au moins des nouveaux investissements requis pour appuyer le relèvement des systèmes de santé et les rendre plus résilients devrait porter sur les personnels de santé en vue d'augmenter les taux de recrutement et de fidélisation par l'amélioration des conditions de travail » (OCDE/Union européenne, 2022, p. 76). Cela fait écho à un rapport de l'OMS Europe sur les personnels de santé concluant que « les pays d'Europe doivent accorder la priorité à leurs agents de santé en investissant davantage et de façon plus avisée. Ils doivent protéger leurs personnels de santé et d'aide à la personne en élaborant et en appliquant des politiques qui placent les intérêts et le bien-être des agents de santé au premier plan » (OMS Europe, 2022, p. 68).

D'après les résultats d'une étude économique récente, qui a examiné la force et l'importance du lien entre les effectifs de santé et les multiples résultats de santé ainsi que la surmortalité liée à la COVID-19 dans les pays, il est urgent d'investir dans le personnel infirmier. L'étude révèle « qu'une plus forte densité de personnels de santé, en particulier la densité globale d'agents de santé qualifiés et

la densité d'infirmières et de sages-femmes, améliore très sensiblement différents résultats de santé, faisant baisser le taux de mortalité maternelle, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, le taux de mortalité infantile et le taux de mortalité néonatale, et qu'elle est fortement corrélée à de plus faibles niveaux de surmortalité liée à la COVID-19 pour 100 000 personnes, bien qu'elle ne soit pas robuste à la pondération par la population. » L'étude conclut qu'« investir dans les personnels de santé devrait faire partie intégrante des stratégies visant à réaliser les ODD liés à la santé. De plus, atteindre les ODD non liés à la santé visant à réduire la pauvreté et à étendre l'éducation des femmes est également nécessaire pour réaliser les deux ensembles d'objectifs, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. » Compte tenu des pressions exercées sur les personnels de santé au cours de la pandémie de COVID-19, il convient de leur accorder une plus grande attention pour renforcer la résilience du système de santé et améliorer à long terme les résultats de santé » (Liu & Eggleston, 2022).

Enfin, en janvier de cette année, une analyse de fond pour le Forum économique mondial de Davos a souligné que « des mesures urgentes et radicales sont requises sans délai pour améliorer le recrutement et la fidélisation des personnels de santé dans le monde » (Rivin & Lumley, 2023). C'est un autre exemple révélateur qui confirme que la question de la pénurie de personnel du secteur de la santé est « intégrée » depuis que la pandémie s'est propagée ; elle est désormais reconnue comme un frein à la reconstruction et à la régénération économique.

## 1.4 L'OBJECTIF ET LA STRUCTURE DU RAPPORT STRATÉGIQUE

Le présent rapport a été commandé par le Conseil International des Infirmières (CII). L'objectif est d'éclairer le débat stratégique sur la façon dont les systèmes de santé, les pays et les organisations internationales doivent répondre à la problématique essentielle de la protection et de la remise sur pied d'effectifs infirmiers pérennes dans le contexte d'une pandémie mondiale et de la nécessité de relever et de reconstruire le système de santé mondial. Le rapport définit un programme de mesures urgentes pour 2023 et au-delà.

Le présent rapport suit le point de vue des personnels infirmiers dans leur ensemble. Les infirmières travaillent à l'échelle du système de santé et des services sociaux – dans les établissements hospitaliers, les soins primaires, les centres de soins infirmiers, les soins de longue durée, la santé au travail et dans d'autres contextes. Elles sont partout où des soins sont requis. En outre, la COVID-19 s'est infiltrée dans tout le secteur de la santé. À titre d'exemple, le CII a récemment publié une étude mondiale sur les infirmières actives



dans le domaine de la santé mentale, signalant qu'à cause de la pandémie, 93 % des pays ont déclaré que leurs services de santé mentale ont été suspendus ou interrompus, l'OMS signalant une hausse de 25 % des cas de dépression et d'anxiété durant la pandémie (CII, 2022b).

Le présent rapport est une photographie à l'instant T, qui met en lumière les principales mesures stratégiques requises pour appuyer les personnels infirmiers dans le contexte du défi que constitue la COVID-19 à l'heure actuelle et de l'enjeu croissant du relèvement et de la reconstruction des systèmes de santé. À cet égard, il s'appuie sur l'analyse de données, un tour d'horizon rapide d'études et de documents, le passage en revue des médias et des informations de base fournies par les associations nationales d'infirmières (ANI) et d'autres sources. Le travail d'élaboration du présent rapport a été réalisé en décembre 2022/ janvier 2023.

La suite du rapport se compose de trois autres chapitres :

- Le chapitre deux dresse un état des lieux, en décrivant la nécessité de reconstruire le système de santé et les graves conséquences sur les effectifs infirmiers en 2023 ;
- Le chapitre trois examine plus en détail la disponibilité de personnels infirmiers et le surmenage dans une période de reconstruction ;
- Le chapitre quatre formule des recommandations pour agir et investir en 2023 et au-delà, ce qui est indispensable pour protéger et soutenir les infirmières, et permettre le relèvement et la reconstruction du système de santé.

# 02

## CHAPITRE DEUX

## 2. COVID-19, LA RECONSTRUCTION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET SON INCIDENCE SUR LES PERSONNELS INFIRMIERS

### 2.1 LE PROFIL DES EFFECTIFS INFIRMIERS À L'ÉCHELON MONDIAL

Le présent rapport s'appuie sur le rapport de l'année dernière, *Pérenniser et fidéliser les effectifs en 2022 et au-delà* (Buchan, Catton & Shaffer, 2022), et sur d'autres évaluations récentes du profil des effectifs infirmiers à l'échelon mondial et des pressions qui pèsent sur eux. Il s'inscrit dans le cadre d'initiatives mondiales, notamment le rapport sur *La situation du personnel infirmier dans le monde* (OMS, 2020a), l'initiative mondiale Nursing Now (Nursing Now/Burdett Trust for Nursing, 2021) et les *Orientations stratégiques mondiales de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux* (OMS, 2021a).

L'un des principaux messages qui ressort de ces initiatives est que, **sans une action coordonnée et efficace pour protéger, soutenir et reconstituer les effectifs infirmiers**, la pénurie mondiale actuelle d'infirmières empêchera de nombreux pays de matérialiser la CSU et continuera à compromettre l'efficacité de la riposte à la pandémie de COVID-19.

Le rapport sur *La situation du personnel infirmier dans le monde* a été publié en 2020. Par

conséquent, il décrit les effectifs infirmiers dans le monde d'avant la pandémie. Il constitue un point de référence pour évaluer l'incidence de la pandémie sur les personnels infirmiers et les domaines sur lesquels doivent se concentrer les efforts stratégiques pour reconstruire. **Afin de soutenir pleinement cet effort, il est urgent d'actualiser les principales analyses du rapport.** À la base, il manquait déjà près de six millions d'infirmières avant la pandémie, d'énormes pénuries étaient signalées dans certaines régions et le renouvellement des effectifs posait déjà des défis croissants en raison d'une piètre fidélisation, du vieillissement et des départs à la retraite du personnel, et l'on assistait à une augmentation de la mobilité internationale des infirmières. Certains pays avaient des pénuries d'infirmières alors que dans le même temps des infirmières étaient sans emploi : les pays et les systèmes de santé déclaraient une pénurie d'infirmières mais se révélaient incapables de recruter celles à disposition du fait de ressources limitées ou de rémunérations et de perspectives professionnelles relativement faibles. (Les principaux points sont présentés dans le tableau 1).

Toutes les analyses et les recherches de « solutions » stratégiques reposent sur le **paramètre clé que les femmes constituent 90 % des effectifs infirmiers dans le monde**. Les politiques ne tenant pas pleinement compte d'une analyse en fonction du sexe (Bourgeault *et al.*, 2021) ne seront pas efficaces pour relever les défis relatifs aux personnels infirmiers. Des problèmes flagrants de discrimination, tels que l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé (OMS, 2022c), n'ont pas toujours été traités de façon concrète.

**Tableau 1 – Conclusions du rapport sur *La situation du personnel infirmier dans le monde***

• Les effectifs infirmiers à l'échelon mondial sont estimés à 27,9 millions de professionnels, dont neuf sur dix sont des femmes.
• La pénurie mondiale d'infirmières est estimée à 5,9 millions de professionnelles.
• La quasi-totalité (89 %) de ces pénuries se concentre dans les pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure.
• Les pays à haut revenu ont un taux d'infirmières diplômées plus de trois fois supérieur (38,7 infirmières diplômées pour 100 000 habitants en moyenne) à celui des pays à faible revenu (10,4).
• Une infirmière sur six dans le monde devrait prendre sa retraite au cours des dix prochaines années, ce qui signifie que 4,7 millions d'infirmières devront être formées et recrutées simplement pour les remplacer ; une proportion plus importante encore est observée dans certains pays à revenu élevé.
• Le chômage des infirmières existe, même dans des contextes de « pénurie ».
• Une infirmière sur huit exerce dans un pays autre que celui où elle est née ou a été formée.

Source : OMS, 2020a

La pandémie de COVID-19 s'est déclarée début 2020, au moment même où le rapport sur *La situation du personnel infirmier dans le monde* était publié. Dans le rapport publié l'année dernière, *Pérenniser et fidéliser*, nous avons souligné que **la pandémie a eu un effet multiplicateur, exacerbant les facteurs de pénurie qui avaient déjà créé un déficit mondial de l'offre d'infirmières avant la pandémie**, tout en exerçant une pression nouvelle et colossale sur l'infirmière et le système de santé. Près de trois ans plus tard, il est urgent d'établir un rapport actualisé sur *La situation du personnel infirmier dans le monde*, afin de dresser un tableau plus clair et précis des préjudices causés par la pandémie et du degré de nécessité de procéder à des interventions stratégiques adaptées et efficaces d'échelons national et mondial.

En parallèle, des sources plus récentes d'analyse de l'ampleur globale de la pénurie d'infirmières sont issues de deux rapports. Premièrement, le personnel de l'OMS a actualisé ses projections sur la disponibilité mondiale de professionnels de santé jusqu'en 2030. Les projections actualisées de l'OMS sur la disponibilité mondiale de « personnels infirmiers » reposent désormais sur l'estimation de base révisée d'une **pénurie s'élevant à 7,07 millions de professionnels en 2020**. Autrement dit, l'OMS a révisé et réduit son estimation de la pénurie de personnels infirmiers en 2030 à **4,5 millions de professionnels** (Boniol, *et al.*, 2022a).

Il existe néanmoins une autre analyse de la disponibilité mondiale de personnels de santé, estimant que la pénurie actuelle d'infirmières est nettement plus importante (voir tableau 2). Cette analyse a été réalisée dans le cadre de l'étude Global Burden of Disease (GBD) (Haakenstad *et al.*, 2022) et se fonde sur un calcul élargi et révisé du seuil d'atteinte de la CSU. Sur la base des estimations visant à atteindre 80 sur 100 pour l'indice de couverture effective de la CSU (un seuil plus élevé que celui utilisé par l'OMS), l'étude GBD estime que la disponibilité actuelle d'infirmières et de sages-femmes s'élève à 29,8 millions (intervalle d'incertitude à 95 %, de 23,3 à 37,7) et la **pénurie mondiale d'infirmières et de sages-femmes à 30,6 millions en 2019**, soit quatre fois plus que l'estimation de 7,5 millions produite par l'OMS, mais reposant sur des définitions différentes (Boniol *et al.*, 2022b).

**Tableau 2 – Estimations différentes de la pénurie d’infirmières : OMS et Global Burden of Disease (GBD)**

	RÉSERVOIR ACTUEL	ESTIMATION DE LA PÉNURIE « ACTUELLE »	RÉSERVOIR/PÉNURIE (PROJECTION) EN 2030
<b>OMS</b>	29,10 millions (d’infirmières) (2020)	7,07 millions (2020)	Réservoir de 36,27 millions d’infirmières ; 4,5 millions de pénurie (personnel infirmier)
<b>GBD</b>	29,8 millions (d’infirmières et de sages-femmes) (2019)	30,6 millions (2019) pénurie globale	Sans objet

**NOTE :** différences de définitions et d’approches analytiques. Sources : OMS : Boniol *et al.*, 2022a ; GBD : Haakenstad *et al.*, 2022)

L’ampleur de la pénurie mondiale d’infirmières calculée par l’OMS ou GBD se chiffre en millions (voir le tableau 1 ci-dessus). GBD a défini un mode de calcul plus ambitieux, mais définissant vraisemblablement de façon plus exhaustive ce que pourrait ou devrait être la prestation concernant les attentes en matière de CSU. Le CII a souligné que cette analyse de GBD met la barre plus haut, utilisant un seuil d’accès à un éventail plus complet de services de santé, y compris davantage de soins et de traitements pour les maladies non transmissibles, la prévention et la lutte contre les infections et des niveaux plus élevés de soins de santé primaires, qui dépendent tous essentiellement du travail des infirmières (CII, 2022c). Ils seront en outre au cœur du relèvement et de la reconstruction des systèmes de santé.

Si l’analyse globale révèle l’ampleur du problème de la pénurie d’infirmières, il est également nécessaire de mieux comprendre les différences de répartition des infirmières dans les différents secteurs, régions et spécialités. De nouvelles analyses publiées l’année dernière donnent quelques indications à ce sujet.

L’analyse complémentaire de l’OMS portait sur les différences de densité d’infirmières par rapport à la population au sein du pays, dans 58 pays, et sur le rapport entre ces différences au sein du pays et d’autres indicateurs de l’équité en santé (Boniol *et al.*, 2022c). L’étude s’est appuyée sur une mesure normalisée de répartition inégale : le coefficient de Gini. Le rapport a mis en évidence une agrégation régionale globale des pays en trois groupes : 1) des niveaux élevés d’inégalités au sein du pays concernant la densité d’infirmières par rapport à la population, principalement dans les pays d’Afrique ; 2) des niveaux modérés d’inégalités au sein du pays concernant la densité d’infirmières par rapport à la population, principalement dans les pays d’Asie du Sud-Est, d’Amérique centrale et d’Amérique du Sud ; 3) des niveaux faibles

d’inégalités au sein du pays concernant la densité d’infirmières par rapport à la population, principalement dans les pays occidentaux, au Japon et en République de Corée. Le rapport de l’OMS conclut que « la répartition inégale des infirmières est à mettre en rapport avec d’autres indices de santé et d’inégalité tels que l’indice de développement humain, la mortalité maternelle et l’espérance de vie. » Cette constatation fait apparaître plus clairement la nécessité d’insister dans les stratégies sur une répartition efficace du personnel et l’accroissement global de la disponibilité d’infirmières.

L’étude sur les infirmières en santé mentale, publiée par le CII en 2022, estimait à environ 300 000 les infirmières en santé mentale dans le monde, et faisait ressortir le problème grave de la mauvaise répartition signalée dans le rapport sur *La situation du personnel infirmier dans le monde*. Le CII a souligné que la répartition des infirmières en santé mentale varie grandement d’une région à l’autre, de 0,9 infirmière pour 100 000 habitants en Afrique à 25,2 infirmières pour 100 000 habitants en Europe. Le rapport donne un âpre reflet de la disparité des effectifs infirmiers disponibles en fonction du niveau de revenu, les pays à revenu faible disposant de 0,4 infirmière pour 100 000 habitants tandis que les pays à revenu élevé en comptent 29 pour 100 000 habitants (CII, 2022b).

Les analyses disponibles au niveau mondial indiquent une pénurie d’infirmières qui se chiffre en millions, pouvant atteindre jusqu’à 30,6 millions de professionnelles en 2019. Cette situation est aggravée par le fait que dans nombre de régions, pays et secteurs d’activité, les effectifs infirmiers sont mal répartis. Il faut savoir que le monde d’avant la COVID-19 était déjà confronté à d’énormes problèmes de pénurie et de répartition de personnel infirmier. La pandémie a eu un effet multiplicateur sur les exigences imposées aux personnels infirmiers dans le monde.

## 2.2 RENFORTS RAPIDES, RENFORCEMENT DES CAPACITÉS ET INVESTISSEMENT/RECONSTRUCTION

Trois ans plus tard, la chronologie et les effets de la pandémie sur les personnels infirmiers continuent de varier d'un pays à l'autre, mais un noyau de difficultés est apparu au niveau mondial et la quasi-totalité des pays.

Les principaux enjeux relatifs aux effectifs infirmiers se résument d'après les trois phases de l'impact de la pandémie et de la réponse stratégique : renforts rapides, renforcement des capacités et investissement/reconstruction (voir tableau 3). Ce processus est présenté comme linéaire, mais en fait, il y a eu différentes vagues successives de pandémies se répercutant à différents moments dans différents pays.

Il importe de saisir et de comprendre que les réponses stratégiques relatives aux effectifs infirmiers sont liées entre elles. L'enjeu sous-jacent, au cœur de toute réponse stratégique efficace et de tout investissement ciblé, est de prendre conscience que pour de nombreuses infirmières en activité, il ne s'agit pas d'un pic ponctuel et bref, ni d'un phénomène abscons ou lointain – c'est un problème généralisé aux incidences personnelles. Cela draine l'énergie des infirmières et nuit à leur moral ainsi qu'à leur santé physique et mentale de façon implacable, intense et permanente.

**Tableau 3 – Renforts rapides, renforcement des capacités et investissement/reconstruction : incidence sur les effectifs infirmiers**

	PRINCIPAUX DÉFIS DU SYSTÈME DE SANTÉ	RÉPONSE DU SYSTÈME CONCERNANT LA DISPONIBILITÉ D'INFIRMIÈRES
<b>RENFORTS RAPIDES</b>	<p>Mise à disposition de personnel supplémentaire</p> <p>Attention portée aux soins actifs et intensifs/soins critiques</p> <p>Maintien de l'offre de soins primaires/en maisons de repos et centres de soins</p>	<p>Mise en place d'heures supplémentaires (heures supplémentaires souvent non rémunérées)/modes d'organisation du travail différents</p> <p>Redéploiement du personnel à disposition</p> <p>Intégration des anciens employés/des infirmières qui ne sont pas en activité</p> <p>Intégration dans les effectifs des étudiants en soins infirmiers</p> <p>Intégration rapide des infirmières étrangères ayant postulé</p> <p>Intégration de réfugiés disposant de qualifications en soins infirmiers</p> <p>[Prévention de départs massifs d'infirmières à l'étranger]</p>

	PRINCIPAUX DÉFIS DU SYSTÈME DE SANTÉ	RÉPONSE DU SYSTÈME CONCERNANT LA DISPONIBILITÉ D'INFIRMIÈRES
<b>RENFORCEMENT DES CAPACITÉS</b>	<p>Préparation du système à des vagues supplémentaires</p> <p>Nombre élevé/croissant d'arrêts de travail du personnel infirmier en rapport avec la pandémie</p> <p>Déploiement de programme(s) de vaccination</p> <p>Gestion des services sur deux fronts : COVID-19/non-COVID-19</p> <p>Annulation d'opérations chirurgicales, de consultations en soins primaires</p> <p>Passage à des services de soins virtuels</p>	<p>Déployer les infirmières pour appliquer les programmes de vaccination</p> <p>Renforcer la souplesse du déploiement des infirmières</p> <p>Prévoir une couverture maladie et une assistance en cas de surmenage ou de santé dégradée des infirmières</p> <p>Recycler/assurer une formation complémentaire pour certaines infirmières</p> <p>Renforcer l'usage de supports numériques/technologiques</p>
<b>INVESTISSEMENT/ RECONSTRUCTION</b>	<p>Réorienter les services pour résorber les retards de soins non liés à la pandémie</p> <p>Préparer et mettre en place des services de soins prenant en charge la « COVID chronique », en améliorant notamment les soins primaires et la santé publique</p> <p>Maintenir l'état de préparation du personnel pour faire face à de nouveaux pics de pandémie</p> <p>Maintenir l'état de préparation du personnel en vue de poursuivre des programmes de dépistage/traçage et de vaccination</p>	<p>Réduire/mettre fin aux contrats à court terme/au bénévolat des infirmières qui ont repris leur activité, les incorporer dans le personnel permanent, et encourager le retour aux études des étudiants en soins infirmiers en première ligne</p> <p>Soutenir le personnel infirmier sur le lieu de travail sous l'égide du système et de l'employeur : dotation sûre en personnel, salaires et conditions de travail convenables, conditions de travail souples, santé et bien-être</p> <p>Investir pour étendre et renforcer les rôles avancés des infirmières (p. ex., infirmières praticiennes) ; accroître l'efficacité de la contribution des effectifs à la santé de la population, et améliorer les perspectives professionnelles et la fidélisation</p> <p>Investir dans la formation pour renforcer les ressources humaines infirmières, en ciblant les personnes disposant de compétences en soins intensifs, en santé publique et en soins primaires, ainsi que les infirmières cliniciennes spécialisées/de pratique avancée, souvent au sein d'équipes ou à travers de nouveaux modèles de soins</p> <p>Investir dans les technologies pour permettre aux infirmières de dispenser davantage de soins en ligne</p>

**Sources :** les informations clés fournies par les ANI.

**Sources complémentaires :** Maier, Scarpetti & Williams, 2020 ; Batalova & Fix, 2020 ; McLaughlin, 2020 ; San Juan *et al.*, 2021 ; Tangcharoensathien, Wisawatpanimit & Chanprasobpol 2021 ; Llop-Gironés *et al.*, 2021 ; Lee, Cho & Shin, 2021 ; OMS, 2021b ; Ball & Ejebu, 2021 ; Pressley & Garside, 2023.

### 2.2.1 Renforts rapides : incidence sur les effectifs infirmiers

Au début de la pandémie, les pays et les systèmes ont dû vite s'atteler à « monter en puissance » pour répondre à la hausse rapide et imprévue de la demande dans les services de santé en raison de la propagation fulgurante de la COVID-19. L'accent mis sur l'accroissement rapide des capacités des unités et services de soins intensifs et des lits d'hôpitaux s'est souvent traduit par une réduction ou une suspension d'autres services de soins intensifs pour « laisser le champ libre » et riposter à la pandémie. Il s'est également souvent agi de réorienter l'aide aux soins de santé primaires, en affectant notamment le personnel aux soins urgents. Malheureusement, les répercussions de la COVID-19 sur les maisons de repos et les centres de soins, souvent moins soutenus que les hôpitaux, n'ont pas été prises en compte.

Durant cette phase de la pandémie où il fallait des renforts, l'appel à des personnels supplémentaires a principalement porté sur l'augmentation rapide (l'intensification) des capacités générales en personnels infirmiers et sur le transfert d'une plus grande partie de ces capacités vers les unités et services de soins

intensifs et les autres services soumis à la plus forte pression. Un certain nombre de solutions spécifiques ont été trouvées :

- demander aux infirmières de travailler plus longtemps et/ou de changer d'horaires
- redéployer le personnel infirmier vers d'autres domaines cliniques, parfois avec une formation supplémentaire
- rappeler des infirmières qui n'étaient pas en exercice pour une reprise d'activité temporaire ou bénévole
- déployer des étudiants en soins infirmiers en « première ligne » (ou les retirer des stages cliniques)
- recourir à du personnel temporaire ou intérimaire
- procéder à l'intégration accélérée d'infirmières étrangères (dont la candidature est souvent déjà en cours d'examen) et employer des réfugiés ayant des qualifications en soins infirmiers (Maier, Scarpetti & Williams, 2020 ; Gupta *et al.*, 2021 ; OMS, 2021b, p. 22).

### 2.2.2 Renforcement des capacités : incidence sur les effectifs infirmiers

La mise en œuvre de programmes de vaccination a constitué un aspect essentiel de la réponse stratégique à la pandémie. Le CII a pointé du doigt un approvisionnement en vaccins insuffisant et inégal dans de nombreux pays (CII, 2021b). Il a également plaidé avec d'autres groupes pour que les infirmières et les autres professionnels de santé aient un accès prioritaire au vaccin afin de leur permettre de continuer de mener la riposte des systèmes de santé. En septembre 2021, le CII a souligné que seul un agent de santé sur dix en Afrique disposait du schéma complet de vaccination (CII, 2021c).

Le CII a souligné que l'efficacité des programmes de vaccination est souvent liée à la présence d'infirmières dans des rôles avancés, ayant l'autorisation d'établir des ordonnances (CII, 2020a). Les infirmières ont été en première ligne des efforts de vaccination dans de nombreux pays (Burden, Henshall & Oshikanlu, 2021 ; Evans, 2021 ; Goldberg & Lavon, 2021 ; OMS, 2021b, p. 22).

Dans les pays disposant des ressources requises, la pandémie a amené à faire appel de façon croissante à la cybersanté et à d'autres types d'assistance numérique pour les soins à distance, avec un meilleur accès et plus d'efficacité. Cela accroît la demande de personnel infirmier ayant les aptitudes à se servir des outils numériques (« compétences numériques ») (Lee, Cho & Shin, 2021).

Dans les pays à faible revenu d'Afrique subsaharienne, les effets sur les infirmières se sont particulièrement fait sentir. Un rapport de la Banque mondiale a souligné qu'à cause de la pandémie, les infirmières de la région, qui ont pour la plupart moins de 45 ans et constituent 79% du total des effectifs, « pourraient avoir du mal à faire face aux exigences d'un travail stressant et dangereux, tout en s'occupant de leur famille et d'enfants qui ne vont plus à l'école. Cela peut conduire à des taux d'érosion plus élevés de personnels infirmiers » (Groupe de la Banque mondiale, 2021, p. 52). Il a également été relevé que « les longues

heures de travail, les conditions de travail dangereuses, le manque d'accès aux EPI et aux premiers soins psychologiques, entraîneront probablement une érosion des effectifs et un absentéisme plus marqués» (Groupe de la Banque mondiale, 2021, p. 52).

La phase de renforcement des capacités a également été marquée par une hausse des arrêts de travail dans la plupart des systèmes de santé, conséquence directe de l'infection des agents de santé ou de leurs familles, et

par une augmentation de la charge de travail et du surmenage. Il s'agit là d'un vrai problème, les arrêts de travail de courte ou de longue durée dus à la maladie, ainsi que les décès, se répercutant sur le réservoir de personnel infirmier disponible. Tel que relevé dans le précédent rapport, l'absence temporaire risque de se transformer en absence définitive si les employeurs ne s'attaquent pas aux facteurs influant négativement sur la santé et le bien-être.

### 2.2.3 Investissement/reconstruction : incidence sur les effectifs infirmiers

Les systèmes de santé doivent maintenant se relever et rétablir leurs capacités en matière de soins « hors COVID-19 », pour résorber les retards accumulés d'opérations chirurgicales et de prise en charge de maladies chroniques, à l'instar de la santé mentale. Mais ils doivent dans le même temps maintenir leurs capacités à faire face aux vagues de pandémie supplémentaires et futures, et à l'accroissement de la demande venant de patients infectés ayant développé une forme longue de maladie, parfois appelée « COVID-19 chronique » (Sudre, *et al.*, 2021). Cela suppose des investissements ciblés pour appuyer le personnel infirmier actuel, mais aussi des investissements à plus long terme pour garantir la pérennité des effectifs.

Cette reconstruction complexe **suppose des investissements pour transférer des ressources vers d'autres parties du système de santé afin de traiter le retard pris dans les soins hors COVID-19.** Concernant les renforts de personnel infirmier, le premier volet des enjeux du renouvellement et de la reconstruction comprend les éléments suivants :

- réaffecter certaines infirmières qui travaillaient temporairement dans les services liés à la COVID-19 à leurs domaines cliniques habituels (il pourra être nécessaire de conserver une certaine souplesse pour changer à nouveau leur affectation en cas de vagues pandémiques successives) ;
- réduire ou mettre fin au déploiement d'infirmières bénévoles en reprise d'activité (il faudra éventuellement les intégrer au personnel ou les placer dans un pool de réserve pouvant être opérationnel rapidement en cas de nouvelles vagues) ;

- rendre les étudiants en soins infirmiers aux études qu'ils ont dû interrompre durant la pandémie pour qu'ils les terminent ; et
- planifier et mettre en place un roulement des équipes pour permettre au personnel de première ligne, surmené ou dont la santé a été fragilisée en raison d'une charge de travail intense lors de la première phase de COVID-19, de prendre des congés de compensation ou de travailler dans des services moins stressants.

**Disposer d'un plus grand réservoir d'infirmières et les fidéliser** est le deuxième volet où des investissements stratégiques sont vitaux pour appuyer la reconstruction **car, comme indiqué ci-dessus, les conséquences individuelles du surmenage provoqué par la COVID-19 leur ont été gravement préjudiciables.** Le système et les employeurs doivent donc contribuer à fidéliser les infirmières à travers des niveaux sûrs de dotation en personnel évitant la surcharge de travail, une rémunération et des conditions d'emploi convenables (« travail décent »), des conditions de travail souples et un soutien à la santé et au bien-être des infirmières et des autres membres du personnel.

Le troisième volet est **l'investissement dans la formation pour renforcer les ressources humaines infirmières, de nombreux pays devant s'attacher à augmenter leur nombre et à cibler certaines compétences prioritaires**, à savoir augmenter le nombre d'infirmières travaillant dans les soins intensifs, la santé mentale, la santé publique et les soins primaires.

Le quatrième volet essentiel d'**investissements permettant de rétablir les effectifs infirmiers et de les pérenniser** consiste à



**développer et à étendre les rôles avancés des infirmières, souvent en leur octroyant l'autorisation d'établir des ordonnances**

(p. ex., infirmières praticiennes, infirmières cliniciennes spécialisées). La pandémie a mis en lumière la nécessité tout comme la possibilité d'accélérer le déploiement d'infirmières dans des rôles de pratique avancée (Stucky, Brown

& Stucky, 2021). Cela accroîtra la rentabilité globale de la contribution des personnels à la santé de la population et offrira de meilleures perspectives professionnelles, ce qui peut avoir des retombées positives sur la fidélisation. Il y a un sens clair et évident à déployer des infirmières de pratique avancée pour relever le défi croissant des maladies chroniques.

## 2.3 LE SURMENAGE DES INFIRMIÈRES RISQUE DE SAPER LE RELÈVEMENT ET LA RECONSTRUCTION

Tel que mentionné plus haut, les stratégies visant à augmenter temporairement le nombre d'infirmières à l'échelle du système ont évolué rapidement dans tous les pays. Certaines de ces mesures ont accru la demande de personnels infirmiers, d'autres étaient initialement « provisoires » mais pourraient devenir permanentes, et d'autres encore ont eu des conséquences négatives inattendues sur la santé et le bien-être des infirmières.

**La pandémie et la reconstruction du système de santé ne sont pas un défi ponctuel et de courte durée pour les infirmières et le personnel infirmier. Il s'agit d'un problème à long terme, continu et cyclique, qui peut réellement et à l'avenir entraîner des conséquences encore plus dramatiques sur le personnel infirmier et, donc, sur les systèmes de santé.** Les infirmières peuvent ainsi perdre toute illusion si elles ne perçoivent aucun signe de répit ou de changement positif, ce qui peut amener beaucoup d'entre elles à atteindre le point de rupture (Gee *et al.*, 2022). Le temps du relèvement et de la reconstruction, toutes les infirmières en activité méritent la considération. Pour éviter que de nombreuses infirmières n'atteignent le point de rupture, il est nécessaire de prendre pleinement en compte le besoin de durabilité et de « travail décent ». Si les décideurs politiques prennent suffisamment en compte les conséquences de leurs décisions liées à la reconstruction sur les infirmières et le personnel infirmier, la fidélisation et les disponibilités futures iront croissant ; mais s'ils s'attachent aux systèmes uniquement et ignorent ce que cela implique pour les infirmières, c'est l'inverse qui se produira.

Trois ans sont écoulés depuis que la pandémie s'est déclarée, mais il existe déjà une base de données substantielle et croissante de son impact sur les personnels infirmiers.

En utilisant les termes « COVID nurse retention » (fidélisation des infirmières et COVID) sur Google Scholar, on obtient plus de 34 000 résultats pour la seule période 2020-2022. Ces données se concentrent à la fois sur l'aspect personnel – stress, charge de travail, risques d'infection, « omission des soins » (Chaboyer *et al.*, 2021), demandes faites aux infirmières de « tenir le coup » et de faire preuve de résilience, et inquiétude quant au préjudice moral lorsque les infirmières doivent prendre ou accepter des décisions difficiles sur le plan éthique concernant la prestation de soins (Rowlands, 2021) – et sur les implications des réponses systémiques décrites dans le chapitre précédent (redéploiement, maintien de niveaux sûrs de dotation en personnel, nouvelles responsabilités, accès à des EPI adéquats, vaccinations, etc.).

La plupart des données publiées portent sur les infirmières des hôpitaux en milieu urbain, mais, tel que souligné dans le présent rapport, les répercussions de la COVID-19 se font sentir à l'échelle du système. Les études présentées ci-dessous examinent le travail dans les centres de soins infirmiers et les services de soins primaires. De plus, il est important de tenir compte des effets sur les étudiants en sciences infirmières. Il s'agit d'un groupe distinct, mais dans de nombreux pays, ils ont été appelés à œuvrer en « première ligne » et/ou ont dû mettre de côté leurs études. Eux aussi ont été confrontés au stress, au manque de personnel, à une charge de travail élevée et aux risques de surmenage. (Voir p. ex. Dempsey *et al.* 2022 ; Michel *et al.* 2021 ; Gómez-Ibáñez *et al.* 2020).

Une grande partie de cette base de données, qui s'enrichit rapidement, est alimentée par des enquêtes nationales ou locales, souvent menées ou soutenues par les ANI. Ces

enquêtes révèlent les préjudices subis par l'infirmière, beaucoup atteignant le point de rupture, et mettent en évidence les risques qui pèsent sur la pérennité des effectifs infirmiers. Les décideurs politiques doivent tenir compte de ces résultats et agir en conséquence.

Le rapport de 2022, *Pérenniser et fidéliser les effectifs*, présentait une série d'études des pays suivants : Afrique du Sud, Allemagne, Australie, Belgique, Brésil, Canada, Chine, Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), États-Unis, Égypte, Espagne, Inde, Iran (République islamique d'), Irlande, Japon, Liban, Oman, Ouganda, Pays-Bas, Philippines, Qatar, République de Corée, Royaume-Uni et Taïwan. Le présent rapport enrichit la base de données de nouvelles études, venant d'un certain nombre de pays, soulignant le caractère mondial de l'incidence de la pandémie et de la reconstruction des systèmes de santé. Le tableau 4 ci-dessous présente des études spécifiques à chaque pays, publiées en 2022-2023, sur les incidences relatives aux effectifs infirmiers.

**Tableau 4 – Principaux résultats d'enquêtes menées auprès d'infirmières dans le contexte de la pandémie, 2022-2023**

<p><b>Afrique du Sud</b> (Moyo <i>et al.</i>, 2022)</p>	<p>Enquête menée auprès des infirmières gestionnaires d'un hôpital de district : elles ont connu des problèmes de ressources humaines durant la COVID-19, « aggravés par le fait que les postes vacants ont été gelés ». La pénurie de ressources matérielles a pesé sur les soins aux patients. Les infirmières gestionnaires qui avaient contracté auparavant la COVID-19 ont été victimes de stigmatisation et de discrimination.</p>
<p><b>Allemagne</b> (Schug <i>et al.</i>, 2022)</p>	<p>Enquête en ligne, menée auprès de 757 infirmières d'hôpitaux allemands : l'intention de démissionner a été signalée par 18,9 % d'entre elles. Un tiers (32,5 %) a déclaré des arrêts maladie entre 10 et 12,3 % du temps de travail, soit plus de 25 jours sur 12 mois. Une volonté plus grande de changer d'emploi se justifie par des niveaux de rétributions plus faibles, le fait d'avoir changé de service durant la pandémie, le travail à temps partiel et des niveaux de dépression plus élevés. Renforcer la protection contre la COVID-19 et réduire la charge de travail pourraient prévenir les arrêts maladie. Prévenir la dépression, améliorer la gestion du changement et soutenir les personnels à temps partiel pourraient également contribuer à réduire la volonté des infirmières de changer d'emploi.</p>
<p><b>Australie</b> (Halcomb <i>et al.</i>, 2022 ; Peters &amp; Marnie, 2022 ; Sharplin <i>et al.</i>, 2023)</p>	<p>Enquête menée auprès de 359 infirmières de soins de santé primaires (SSP) : la plupart des répondants (80,5 %) ont déclaré que la COVID-19 avait eu une incidence négative sur la détection et la prise en charge des problèmes de santé non liés à la COVID-19. De nombreuses infirmières de SSP estiment que la qualité des soins dispensés a globalement baissé en raison de la COVID-19 et ont ressenti un manque de supervision appropriée et de soutien sur le lieu de travail.</p> <p>Enquête nationale menée auprès des membres de l'ANMF, 761 réponses : 13 % des répondants ont indiqué qu'ils prévoient de quitter leur profession ; l'intention de quitter leur fonction actuelle dans les 1 à 5 prochaines années varie de 32 % (dans les catégories d'âge de 40 à 49 ans et de 50 à 59 ans) à 53 % dans la catégorie d'âge de 60 ans ou plus. « Le principal problème identifié par les répondants se situe dans le besoin aigu de personnels supplémentaires. [...] Les répondants ont également déclaré qu'ils se sont sentis peu soutenus et angoissés lorsqu'ils ont été redéployés dans d'autres secteurs de leur établissement pour assurer les soins aux patients » (Peters &amp; Marnie, 2022, p. iii).</p> <p>L'enquête, menée par la NSW Nurses and Midwives' Association (NSWNMA) auprès de plus de 2 300 personnes, a révélé que 15 infirmières et sages-femmes sur 100 ont des symptômes de stress post-traumatique au niveau clinique. La surcharge de travail, l'épuisement et le surmenage ont été identifiés comme les principaux facteurs. Dans l'ensemble, 22 % des personnes interrogées ont indiqué qu'elles souhaitent tourner le dos aux professions de santé. Le rapport indique qu'une meilleure rémunération, un meilleur soutien sur le lieu de travail et une réduction de la charge de travail sont les trois principales mesures qui convaincraient de rester dans le secteur.</p>

<p><b>Belgique</b> (Khan, Bruyneel &amp; Smith, 2022; Van den Heede, <i>et al.</i>, 2022)</p>	<p>Enquête menée auprès de 4 552 infirmières en Belgique : 70 % des infirmières présentaient un risque élevé de surmenage durant la première vague de COVID-19 ; les principaux facteurs de risque de surmenage étaient le manque d'EPI contre la COVID-19 et les changements perçus dans la charge de travail. Concernant les conditions de travail pendant la pandémie, les facteurs de risque de surmenage suivants ont été identifiés : les heures travaillées en plus du temps plein durant les dernières semaines, que plus de 75 % des patients du service soient infectés à la COVID-19, être témoin des décès de patients atteints de la COVID-19 et que plus de la moitié des collègues soient en arrêt maladie.</p> <p>Enquête menée auprès de toutes les unités de soins intensifs (USI) en Belgique : de nombreuses infirmières d'USI sont physiquement, mais surtout mentalement épuisées après deux ans de pandémie de COVID-19. La pandémie semblant s'éterniser, le sentiment d'épuisement s'est accentué.</p> <p>Après deux ans, la crise liée à la COVID-19 a de fortes répercussions sur le bien-être des infirmières en USI et sur la qualité perçue des soins infirmiers. En moyenne, 43,9 % des infirmières déclarent avoir l'intention de quitter leur emploi (26,5 % pour un emploi non-infirmier, 5,8 % pour un emploi infirmier en dehors de l'hôpital et 11,7 % pour un autre emploi infirmier au sein de l'hôpital). Par ailleurs, un nombre important d'activités de soins est laissé en suspens durant la dernière garde : 1,6 activité de planification et de communication sur 5 et 1,8 activité clinique sur 9 sont déclarées non faites. La pandémie de COVID-19 a amplifié les problèmes existants et en a créé de nouveaux. Les hôpitaux où l'environnement de travail est meilleur permettent aux personnels infirmiers d'obtenir de meilleurs résultats et d'avoir une meilleure perception de la qualité des soins. En Belgique, les effectifs infirmiers en USI sont hautement qualifiés, mais il s'agit d'une ressource rare et difficile à remplacer.</p>
<p><b>Canada</b> (Crowe, Howard &amp; Vanderspank, 2022; Lavoie-Tremblay <i>et al.</i>, 2022; Ben Hamed &amp; Bourgeault, 2022)</p>	<p>Enquête menée auprès de 425 infirmières en USI : la grande majorité a signalé des symptômes de stress post-traumatique (74 %), de dépression (70 %), d'anxiété (57 %) et de stress (61 %). Toutes (100 %) ont fait état de surmenage modéré à élevé, 87 % manifestent des signes de stress traumatique secondaire et 22 % ont l'intention de quitter leur emploi actuel.</p> <p>Enquête menée auprès de 1 705 infirmières de première ligne au Canada : les infirmières prenant en charge des patients atteints de COVID-19 ont déclaré une fatigue chronique élevée, une piètre qualité des soins, une moindre satisfaction au travail et une plus grande intention de changer d'emploi. Les infirmières peu préparées et débordées ont davantage l'intention de changer d'emploi que celles qui sont bien préparées et maîtrisent la situation.</p> <p>Enquête au niveau national, menée auprès de 4 467 infirmières en activité : 94 % d'entre elles présentent des symptômes de surmenage et 45 % souffrent d'un degré élevé de surmenage (contre 29 % avant la pandémie). Frustrées, dépassées et ne trouvant pas d'équilibre entre le travail et la vie privée ni de contrôle sur la façon dont elles exercent leur profession, de nombreuses infirmières ont quitté leur emploi et beaucoup d'autres envisagent de quitter leur poste à plein temps. Plus de la moitié des infirmières envisagent de quitter leur emploi actuel au cours de l'année à venir et 19 % envisagent de tourner le dos à la profession.</p>
<p><b>Émirats arabes unis</b> (Sam <i>et al.</i>, 2023)</p>	<p>Enquête menée auprès de 525 infirmières travaillant dans les hôpitaux relevant de l'Autorité sanitaire de Dubaï (DHA) : 67,6 % d'entre elles ont signalé des niveaux modérés de surmenage, dont 54,7 % « semblant atteintes de stress traumatique secondaire. »</p>
<p><b>Espagne</b> (Molina-Mula <i>et al.</i>, 2022)</p>	<p>Étude portant sur 892 infirmières des îles Baléares : environ 75,6 % des infirmières ont une expérience des unités de COVID-19, et 49,1 % ont travaillé pendant plus de 10 mois dans une unité de COVID-19. Les infirmières des unités COVID-19 sont plus susceptibles de signaler une fatigue psychique (OR 1,9, <math>p &lt; 0.001</math>) et de l'anxiété (OR 1,5, <math>p = 0.021</math>). De façon générale, un stress post-traumatique modéré était évident chez les infirmières généralistes (<math>p = 0.027</math>) et un stress post-traumatique grave était évident chez les infirmières des USI (<math>p = 0.027</math>). L'étude révèle qu'une réduction de la prise en charge de patients atteints de COVID-19 a diminué les niveaux de fatigue psychique, de dépersonnalisation et de stress post-traumatique.</p>

**États-Unis  
d'Amérique**

(Guttormson *et al.*, 2022 ; Kim, Rankin & Ferguson, 2022 ; Sheppard *et al.*, 2022 ; NSI Nursing Solutions Inc., 2022 ; Berlin, Lapointe & Murphy, 2021 ; Squires *et al.*, 2022 ; Aiken *et al.*, 2022)

Enquête menée auprès de 488 infirmières travaillant en USI : plus de deux tiers d'entre elles ont été confrontées à une pénurie d'EPI. Les infirmières interrogées ont signalé des niveaux modérés à élevés de détresse psychologique et de surmenage. Des symptômes de dépression et d'anxiété modérés à graves ont été signalés par 44,6 % et 31,1 % des répondants, respectivement. 47 % d'entre elles présentaient un risque de syndrome de stress post-traumatique. Le manque de soutien de l'administration et la pénurie d'EPI ressentis étaient corrélés à des niveaux plus élevés de surmenage, de détresse psychologique et de symptômes de stress post-traumatique.

Trois enquêtes transversales menées auprès d'infirmières américaines : cohorte du début de la pandémie ( $n = 320$ ), cohorte avant la vaccination ( $n = 228$ ) et cohorte rapidement vaccinée ( $n = 292$ ). Il a été constaté une réduction notable de l'anxiété modérée à grave et de la dépression modérée à grave dans la cohorte rapidement vaccinée par rapport aux autres cohortes. Les mécanismes d'adaptation et le soutien organisationnel semblent être des prédicteurs importants de mauvais état de santé mentale et de surmenage des infirmières.

Enquête menée auprès de 129 infirmières agréées du système hospitalier américain : la détresse psychologique liée au cadre de travail ou à la qualité et à la sécurité des patients sont un marqueur important de l'intention des infirmières agréées de quitter leur poste. Les infirmières agréées dont le cadre de travail est perçu comme psychologiquement perturbant ont neuf fois plus de probabilités d'envisager de quitter leur poste que les autres infirmières ayant répondu à l'enquête. Les infirmières agréées percevant les pratiques hospitalières relatives à la qualité et à la sécurité comme psychologiquement perturbantes ont presque trois fois plus de probabilités d'envisager de quitter leur poste.

Une enquête menée en 2021 auprès de 272 hôpitaux de 32 États américains, et de 166 087 infirmières agréées, a révélé que « les infirmières agréées quittent le chevet des patients à un rythme alarmant. » Le taux de roulement du personnel a augmenté de 8,4 % et s'élève à 27,1 %. Les infirmières agréées exerçant dans les services de secours, de télésurveillance et d'urgence sont les plus concernées.

« Trente-deux pour cent des infirmières agréées interrogées aux États-Unis en novembre 2021, ont déclaré qu'elles pourraient quitter leur fonction actuelle de soins directs aux patients, selon la dernière étude de McKinsey », contre 22 % en février 2021, soit une hausse de 10 points de pourcentage en moins de 10 mois. « Les facteurs influant le plus sur la volonté de partir sont des niveaux insuffisants de dotation en personnel, le souhait d'un salaire plus élevé, le fait de ne pas se sentir écouté ou soutenu au travail et la charge émotionnelle du travail. » En revanche, « les facteurs pesant le plus pour convaincre de conserver ce poste sont la sécurité, la souplesse (à l'instar de l'équilibre entre travail et vie privée, les horaires de travail) et le cadre (par exemple, une équipe confiante et bienveillante, le sentiment d'être valorisé par l'organisation, faire un travail utile). »

Enquête menée auprès de 242 infirmières américaines, portant sur l'analyse de l'impact de la pandémie sur le rôle des infirmières, leurs relations professionnelles et la culture organisationnelle de leurs employeurs : « La culture organisationnelle et la façon dont elle joue sur la riposte à la pandémie ont été un élément essentiel de leur expérience... Les résultats suggèrent que le rendement organisationnel durant la pandémie peut se refléter dans la fidélisation des personnels infirmiers, car le risque de déplétion des effectifs semble élevé. »

Enquête répétée avant et durant la pandémie auprès de 151 335 infirmières agréées de New York et de l'Illinois et d'un sous-ensemble de 40 674 infirmières employées dans 357 hôpitaux. Les principales conclusions sont les suivantes : le surmenage des infirmières hospitalières était élevé avant et pendant la pandémie ; les hôpitaux mieux dotés en personnel avant la pandémie ont obtenu de meilleurs résultats durant celle-ci ; des politiques visant à prévenir le sous-effectif chronique des infirmières hospitalières sont requises.

<b>Ghana</b> (Boateng <i>et al.</i> , 2022)	Enquête menée auprès de 226 infirmières et sages-femmes sélectionnées de façon aléatoire et travaillant dans un centre de soins tertiaires au Ghana : la prévalence de volonté de roulement est de 87,2%. Environ deux tiers (61,5%) des répondants sont exposés à des niveaux de risques élevés sur le lieu de travail. Le souhait de changer d'emploi se justifie par le manque de soutien de la direction, le salaire et des équipes trop restreintes.
<b>Inde</b> (Kavitha, Sikander & Joseph, 2022)	Enquête menée auprès de 367 étudiants en soins infirmiers de six universités : 113 (30,79%) présentent des symptômes élevés de stress post-traumatique et 44 (11,98%) un niveau modéré de stress post-traumatique.
<b>Iran</b> (République islamique d') (Lofti, <i>et al.</i> 2022)	Enquête menée auprès de 190 infirmières de salle d'opération travaillant dans des hôpitaux publics iraniens : lors de la pandémie de COVID-19, plus le climat de sécurité perçu par les infirmières était défavorable, plus la volonté de roulement était élevée.
<b>Irlande</b> (Brady <i>et al.</i> , 2022)	Étude transversale menée auprès de 390 membres du personnel de centres de soins infirmiers durant la troisième vague de pandémie de COVID-19 : le personnel déclare des niveaux élevés de stress post-traumatique, de sautes d'humeur et de préjudice moral. Des différences dans le degré de préjudice moral, de bien-être et de modes d'adaptation ont été constatées entre groupes de personnel, ce qui doit être pris en compte dans la planification des mesures de soutien pour cette catégorie de personnel négligée.
<b>Jordanie</b> (Fawaris <i>et al.</i> , 2022 ; Khrais <i>et al.</i> , 2022)	Enquête menée auprès de 312 agents de santé en Jordanie ; de 36 à 38% d'entre eux présentent des symptômes d'anxiété et de dépression modérés à graves. Les infirmières ont signalé des symptômes plus graves que les autres agents de santé.  536 infirmières agréées de huit hôpitaux jordaniens ont participé à une enquête pour examiner les effets du soutien organisationnel perçu, de la responsabilité et des caractéristiques des infirmières ayant omis des soins à cause de la COVID-19 : les problèmes de communication ont provoqué le plus grand nombre de soins infirmiers omis, plus que les problèmes de ressources en personnel ou en matériel. Une proportion plus élevée de patients par infirmière, accentuée par la pandémie de COVID-19, le nombre d'années d'expérience, le degré de satisfaction concernant le revenu, le sens des responsabilités et l'appui organisationnel figurent parmi les facteurs associés au degré d'omission dans les soins infirmiers.
<b>Malaisie</b> (Jarrar <i>et al.</i> , 2023)	Enquête menée auprès d'un échantillon de 400 infirmières d'un hôpital général durant la COVID-19 : le nombre d'heures travaillées est fortement associé à l'anxiété, la dépression, la fatigue, la somnolence, la qualité des soins infirmiers et l'intention de changer d'emploi. Travailler plus de 14 heures d'affilée pèse sur la perception de la qualité des soins infirmiers et augmente le mal-être et l'intention de changer d'emploi.
<b>Mexique</b> (Cortés-Álvarez & Vuelas-Olmos, 2022)	Enquête menée auprès de 462 infirmières : 46,72% d'entre elles ont signalé une réaction de détresse traumatique modérée à grave, 42,40% un niveau élevé d'affaiblissement émotionnel et 41,78% une détresse psychologique modérée à grave. L'allongement des heures de travail par semaine à cause de la COVID-19 et le contact avec un cas suspect puis confirmé de COVID-19 sur le lieu de travail sont directement liés à une plus forte réaction de détresse traumatique dans le cadre de la flambée épidémique.
<b>Norvège</b> (Djupedal, <i>et al.</i> , 2022)	Enquête menée auprès de 694 infirmières : les changements d'horaires de travail du fait de la pandémie sont à mettre en relation directe avec un sommeil de moins bonne qualité, une réduction de la durée du sommeil et une volonté de roulement plus importante.

<p><b>Pays-Bas</b> (Heesakkers <i>et al.</i>, 2023)</p>	<p>Enquête menée auprès de 589 infirmières travaillant en USI en 2021, après la deuxième flambée épidémique (164 ont également répondu au questionnaire en 2020) : 38,2% ont ressenti un ou plusieurs symptômes touchant à la santé mentale et 49,9% de la fatigue liée au travail. En comparaison avec la première enquête, les symptômes en lien avec la santé mentale sont restés à des niveaux élevés tandis que la fatigue liée au travail a augmenté dans des proportions significatives. Lorsque les congés sont accordés pour la période demandée, lorsqu'elles ont confiance en l'avenir et qu'elles ressentent un meilleur équilibre entre le travail et la vie privée, les symptômes se résorbent nettement. L'étude conclut que « la deuxième vague de pandémie de COVID-19 a davantage épuisé les réserves mentales des infirmières des USI, provoquant une plus grande fatigue liée au travail. »</p>
<p><b>Philippines</b> (Labrague, de los Santos &amp; Fronda, 2022)</p>	<p>Enquête en ligne menée auprès de 295 infirmières de première ligne : la taille de l'établissement hospitalier, les niveaux de dotation en personnels infirmiers et la culture de la sécurité des patients, ont permis de faire des estimations des omissions de soins infirmiers. Des EPI en nombre suffisant, des niveaux adéquats de dotation en personnels infirmiers et une culture de la sécurité des patients sont vus comme des facteurs favorables à des soins de qualité.</p>
<p><b>Pologne</b> (Piotrowsk <i>et al.</i>, 2022 ; Dziedzic <i>et al.</i>, 2022)</p>	<p>Enquête menée auprès de 390 infirmières et sages-femmes en Pologne : près de 25% de l'échantillon signale une plus grande volonté de roulement et une part équivalente rend compte d'une faible satisfaction au travail. La résilience est à mettre en corrélation avec la satisfaction professionnelle des infirmières.</p> <p>Enquête menée auprès de 333 infirmières actives durant la quatrième vague de COVID-19 : des symptômes de dépression grave à très grave ont été observés chez 23,1% des infirmières, tandis que des symptômes modérés ont été détectés chez 30,3% d'entre elles. Des niveaux d'anxiété élevés à très élevés ont été observés chez 46,5% des infirmières, tandis que 25,8% d'entre elles présentent un niveau d'anxiété modéré. Des niveaux de stress modérés ont été observés chez 35,4% des infirmières tandis que 14,1% d'entre elles présentaient un haut niveau de stress. « Les scores élevés de symptômes dépressifs, d'anxiété et de stress chez les infirmières polonaises durant la quatrième vague de la pandémie de COVID-19 constituent une menace directe pour leur santé mentale. Des stratégies de soutien ciblées doivent être élaborées et mises en œuvre pour prévenir la détérioration de la santé mentale dans ce groupe. »</p>
<p><b>République de Corée</b> (Joo, Yeon &amp; Hwa, 2022)</p>	<p>Enquête menée auprès de 176 infirmières travaillant dans trois hôpitaux de soins de longue durée : la volonté de roulement est directement corrélée au stress dû à la COVID-19 alors qu'un environnement de travail favorable aux soins infirmiers peut aider les infirmières à réduire ce stress et leur volonté de roulement.</p>
<p><b>République tchèque</b> (Gurková, Mikšová &amp; Šáteková, 2022)</p>	<p>Échantillon de 371 infirmières de quatre USI, actives durant la pandémie : les infirmières signalant des conditions difficiles décrivent systématiquement une fréquence plus élevée de situations de soins omis. Les estimations de la prévalence des soins omis dans les USI tchèques durant la pandémie de COVID-19 ont été faites à partir des heures supplémentaires, de la perception qu'ont les infirmières des « bases des soins infirmiers pour des soins de qualité » et de leur degré de satisfaction sur leur poste actuel. Les soins infirmiers omis pourraient être atténués en améliorant le cadre de travail des infirmières.</p>
<p><b>Roumanie</b> (Gherman <i>et al.</i>, 2022)</p>	<p>Enquête menée auprès de 463 infirmières roumaines, portant sur le signalement d'événements potentiellement préjudiciables sur le plan psychologique : le surmenage et la volonté de roulement ont un lien direct et exclusif avec les souvenirs d'événements potentiellement préjudiciables sur le plan psychologique. « Nos conclusions insistent sur la nécessité d'adopter des pratiques organisationnelles de soins psychologiques, ce qui suppose de valoriser le sentiment d'autonomie, de proximité et de compétence des infirmières. »</p>

<b>Royaume-Uni</b> (Ball <i>et al.</i> , 2022)	<p>Enquête au niveau national menée auprès de 2 205 infirmières durant la première vague de pandémie, la question portant sur les trois principales mesures que le gouvernement ou l'employeur pourraient prendre pour améliorer leur vie professionnelle : les réponses revenant le plus souvent ont été les EPI et la sécurité du personnel (60 %), le soutien du personnel (28,6 %) et une meilleure communication (21,9 %). Les auteurs ont souligné qu'il est urgent d'améliorer la fourniture et la qualité des EPI pour assurer la sécurité du personnel et des patients, et que « l'incapacité à répondre aux besoins des infirmières concernant la sécurité au travail semble avoir sapé le moral de cette ressource vitale. »</p>
<b>Suède</b> (Nymark <i>et al.</i> , 2022)	<p>Étude menée pour évaluer les soins infirmiers omis et la sécurité des patients : 43 infirmières agréées et aides-soignantes dans l'échantillon COVID-19 et 59 dans l'échantillon de référence. L'échantillon COVID-19 révèle un allongement bien plus net des heures supplémentaires et un plus grand nombre d'absences pour cause de maladie par rapport à l'échantillon de référence. La sécurité des patients et la qualité des soins sont vues comme étant de bien moindre qualité, et l'échantillon COVID-19 a déclaré un plus grand nombre de soins infirmiers omis dans le domaine du traitement des plaies et des soins infirmiers de base.</p>
<b>Thaïlande</b> (Gaesawahong <i>et al.</i> , 2022)	<p>Enquête menée auprès de 1 073 infirmières agréées ayant dispensé des services à des patients atteints de COVID-19 : les quatre contrecoups de la pandémie de COVID-19 ont été les suivants : 1) le déséquilibre entre le travail et la vie privée en raison de l'augmentation de la charge de travail ; 2) la peur de l'infection et de la transmission ; 3) le soutien inadéquat de l'organisation, y compris en termes de fourniture d'EPI et de vaccins de qualité, de soutien à l'information et de niveaux de rétribution dans certains hôpitaux ; et 4) les changements écologiques que ce soit de façon positive ou négative. « Les infirmières dirigeantes pourraient apporter un soutien approprié aux infirmières agréées en leur fournissant l'équipement et les informations nécessaires, afin qu'elles ressentent moins de stress lié au danger. Elles devraient recevoir des rétributions qu'elles jugent appropriées. »</p>

Le tableau 4 ci-dessus donne des aperçus à l'instant T dans quelques pays seulement, à différents moments et suivant différentes méthodes, mesures et définitions. Néanmoins, cela donne une idée de l'ampleur immense et globale des préjudices causés aux personnels infirmiers. **Les études ont été menées de façon ponctuelle, mais la situation, elle ne l'est pas. Les répercussions globales sont profondes et constantes.** La COVID-19 en tant que telle et l'absence de mesures efficaces dans de nombreux pays pour lutter contre la pandémie ont contribué au surmenage généralisé des personnels infirmiers.

Les enquêtes menées au niveau national dépeignent une situation inquiétante, étayée par un nombre croissant d'études de différents pays sur les effectifs infirmiers et la COVID-19. Ces études donnent une approche plus approfondie et détaillée des répercussions en termes de surmenage, de volonté de quitter le travail et de roulement de personnels. Dans notre rapport *Pérenniser et fidéliser les effectifs*, nous avons identifié plusieurs études déjà publiées (Williams *et al.*, 2020 ; Joo & Liu, 2021 ; Jo *et al.*, 2021 ; Llop-Gironés *et al.*, 2021 ; ECSACON, 2021). Un an plus tard, nous en signalons beaucoup d'autres (voir le tableau 5 ci-dessous). Ces examens systématiques et les méta-analyses réclament un délai d'élaboration plus long, mais ajoutent un poids significatif à la base de données toujours plus importante sur les répercussions de la pandémie sur les effectifs infirmiers.

**Tableau 5 – Examens et méta-analyses portant sur les répercussions de la pandémie sur les effectifs infirmiers et les agents de santé 2022-2023**

OBJET	MÉTHODE(S)	RÉSULTATS
Prévalence de la dépression et de l'anxiété chez les infirmières durant les 11 premiers mois de la pandémie de COVID-19 (Ślusarska <i>et al.</i> , 2022)	Examen systématique et méta-analyse	23 études ( $n = 44\ 165$ ) réalisées dans neuf pays (Arabie saoudite, Brésil, Canada, Chine, États-Unis, Iran, Philippines, Royaume-Uni et Turquie). Les auteurs ont indiqué que l'incidence combinée de la dépression chez les infirmières était de 22% et des symptômes d'anxiété de 29%. « Cette méta-analyse montre que plus d'un cinquième des infirmières actives durant l'épidémie de COVID-19 souffrent de troubles dépressifs et que près d'un tiers d'entre elles présentent des symptômes d'anxiété. » Selon les auteurs, cela souligne l'importance de mettre en place des stratégies complètes d'appui psychologique aux infirmières travaillant en situation de pandémie.
Facteurs pesant sur le bien-être psychologique des agents de santé en situation de pandémie mondiale (Schneider <i>et al.</i> , 2022)	Examen systématique	Trente-neuf études ont été intégrées à cette analyse : 21 ont porté sur la pandémie de SRAS, 12 sur la flambée épidémique de COVID-19, quatre sur le MERS et une sur la grippe. Les études ont porté sur les pays suivants : Arabie saoudite, Canada, Chine, Corée du Sud, Inde, Israël, Italie, Japon, Singapour et Taïwan. La plupart des études ont montré que le bien-être des infirmières était plus menacé que celui des autres agents de santé. « En effet, de nombreuses données probantes montrent que l'appui social, organisationnel et gouvernemental joue un rôle capital dans la façon dont les agents de santé vivent les flambées épidémiques mondiales, et il est démontré qu'un soutien adéquat peut avoir une incidence notable sur leur bien-être global. Les résultats de cette étude suggèrent que le soutien est en fait le facteur le plus régulièrement cité s'agissant de protéger le bien-être des agents de santé. »
Stratégies de désescalade pour le personnel redéployé et les installations réaffectées dans les USI de COVID-19 durant la pandémie (Clark, Chisnall & Vindrola-Padros, 2022)	Examen systématique	Quinze articles de six pays : Australie, Chine, États-Unis, Iran, Royaume-Uni et Singapour, couvrant les thèmes du bien-être et de la formation. La principale approche opérationnelle pour maintenir de la souplesse en situation de hausse subite de la demande, a consisté à utiliser un système de signalisation ou de retour progressif pour les effectifs et les installations, afin de permettre un retour rapide au redéploiement en cas de besoin. Les principales stratégies de soutien se sont concentrées sur le bien-être et les besoins de formation des effectifs redéployés, en veillant notamment à ce que le personnel bénéficie de congés pour se reposer et récupérer. Ces stratégies ont également consisté à surveiller et à soutenir la santé mentale à long terme du personnel, à veiller à ce que le personnel reçoive la reconnaissance et la gratitude requises pour ses services, à identifier les besoins de formation des personnels de santé stagiaires et à rattraper les formations qui n'ont pas pu être suivies. La stratégie de formation la plus pertinente concernant la préparation aux futures vagues de COVID-19 a été de poursuivre la formation et les pratiques en matière de soins intensifs et de préparation aux catastrophes.
Définir le profil des troubles de la personnalité (TP) et les facteurs de risque associés chez les agents de santé en Afrique durant la pandémie (Olashore <i>et al.</i> , 2021)	Examen systématique	12 études. Les troubles anxieux, les taux allant de 9,5 à 73,3%, et la dépression, de 12,5 à 71,9%, étaient les TP les plus fréquemment signalés. La disponibilité d'équipements de protection et la communication d'informations sur les mesures préventives réduisent le risque de développer des troubles psychologiques, tandis que l'usage de substances psychoactives, les antécédents de maladies chroniques, un faible niveau de résilience et un faible soutien social augmentent ces risques. « Une proportion très importante d'agents de santé manifeste divers problèmes psychologiques, à l'instar de leurs homologues d'autres parties du monde. »



OBJET	MÉTHODE(S)	RÉSULTATS
<p>Vue d'ensemble de la volonté de roulement des agents de santé durant la pandémie de COVID-19 (Poon <i>et al.</i>, 2022)</p>	<p>Examen systématique</p>	<p>Quarante-trois études : 18 au Moyen-Orient, 10 en Amérique, 9 en Asie-Pacifique et 6 en Europe. Les infirmières figuraient dans la grande part des études. Il y a un lien entre des niveaux élevés de stress psychologique et d'anxiété et un plus grand nombre d'agents de santé manifestant la volonté de quitter leur travail ; comme dans une très grande mesure l'augmentation de la charge de travail. En outre, les agents de santé travaillant de longues heures ou dont les heures de travail se sont allongées en raison de la pandémie étaient plus susceptibles de vouloir changer d'emploi.</p> <p>La confiance dans l'organisation et la façon de percevoir le soutien organisationnel sont des facteurs essentiels qui protègent les infirmières d'une volonté accrue de changer d'emploi.</p>
<p>L'impact de la pandémie de COVID-19 sur le surmenage, l'usure de l'empathie et la satisfaction émotionnelle au sein des personnels de santé (Lluch <i>et al.</i>, 2022)</p>	<p>Examen systématique des publications parues durant la première année de la pandémie</p>	<p>Sur les 2 858 dossiers identifiés, 76 ont été inclus. Les principaux résultats montrent une augmentation du taux de surmenage et des différents aspects d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et d'usure de l'empathie ; une réduction de l'épanouissement personnel ; et des niveaux de satisfaction émotionnelle similaires à ceux d'avant la pandémie. « Les principaux facteurs de risque associés au surmenage sont l'anxiété, la dépression et l'insomnie, ainsi que certaines variables sociodémographiques comme le fait d'être une femme ou une infirmière ou de travailler directement avec des patients atteints de la COVID-19. »</p> <p>La pandémie de COVID-19 s'est très nettement répercutée sur la qualité de vie des professionnels de santé. Plus précisément, les niveaux de surmenage sont passés de moyens-élevés à élevés et l'usure de l'empathie est passée de moyenne à élevée. « Il n'est plus possible de se passer de stratégies préventives pour éviter des processus tels que le surmenage et l'usure de l'empathie chez les professionnels de santé. »</p>
<p>Corrélation entre la volonté de roulement des personnels infirmiers et la pandémie de COVID-19 (Tolksdorf, Tischler &amp; Heinrichs, 2022)</p>	<p>Examen systématique</p>	<p>Les facteurs organisationnels en lien avec la volonté de roulement étaient, p. ex., la prise en charge des patients atteints de COVID-19, un faible suivi du travail ou des exigences professionnelles élevées, mais aussi la détresse psychologique.</p>
<p>Enquête mondiale « demandant aux infirmières de première ligne de différents pays si elles souhaitent rester dans leur rôle actuel » (Berlin <i>et al.</i>, 2022)</p>	<p>Enquête mondiale</p>	<p>Entre 20 et 38 % des infirmières interrogées en Australie, au Brésil, aux États-Unis, en France, au Japon, au Royaume-Uni et à Singapour, ont indiqué qu'elles étaient susceptibles de quitter leur rôle actuel de soins directs aux patients durant l'année à venir. « Les résultats de l'enquête mettent en évidence une cohérence frappante dans la façon dont les infirmières se sentent dans leur rôle aujourd'hui, malgré les différences entre les systèmes de santé et les réseaux de prestation de soins de chacun des sept pays. »</p>

## 2.4 SURMENAGE DES INFIRMIÈRES : LA SOLUTION NE RÉSIDE PAS DANS LA « RÉSILIENCE » DE L'INFIRMIÈRE

**L'ampleur réelle et potentielle considérable des traumatismes et du surmenage au sein du personnel infirmier est ce qui ressort le plus de ces enquêtes et de ces examens.** C'est extrêmement inquiétant car le surmenage des infirmières est un enjeu de santé et de bien-être personnel, constituant également un risque pour la qualité des services et le relèvement et la reconstruction du système de santé. En outre, les décideurs politiques doivent tenir compte du fait que les infirmières sont des personnes ayant une vie privée et des engagements non professionnels et que, durant la pandémie, leurs préoccupations dépassaient leur propre personne pour englober leurs responsabilités à l'égard de leurs familles (Chandler-Jeanville *et al.*, 2021 ; Brolan *et al.*, 2022).

Les infirmières surmenées s'absentent, réduisent leurs heures de travail ou quittent leur emploi. Certaines des infirmières ayant tenu bon les premières années de la pandémie sont aujourd'hui éreintées et devront assumer des fonctions moins exigeantes, se reposer, travailler dans d'autres services ou prendre leur retraite. Celles qui restent à leur poste font état de niveaux de stress croissants et d'une propension accrue à envisager de quitter leur emploi ou leur profession. Il est éminemment préoccupant que, malgré les niveaux élevés de surmenage signalés dans bon nombre de ces études, **il n'y a généralement pas de réponse systématique de l'organisation ou de l'employeur, un fardeau supplémentaire pesant sur les infirmières pour qu'elles soient « résilientes » alors qu'elles entrent dans la quatrième année de pandémie et de reconstruction.**

Une étude de premier plan sur le surmenage dans les soins infirmiers, qui a identifié et analysé 91 études de recherche (avant la pandémie), a conclu que « les modèles identifiés par ces études montrent systématiquement que des caractéristiques professionnelles défavorables (charge de travail élevée, faibles niveaux de dotation en personnel, longues journées et faible contrôle) sont associées au surmenage. Il peut en résulter de graves conséquences pour le personnel et les patients » (Dall'Ora *et al.*, 2020). Les mêmes auteurs ont relevé

que le surmenage des infirmières « est associé à une baisse de la sécurité des patients et à une hausse des incidents, notamment des erreurs médicamenteuses, des infections et des chutes. Le surmenage du personnel va de pair avec l'augmentation de l'insatisfaction des patients et des plaintes des familles » (Dall'Ora & Saville, 2021). Ils ont conclu que **« les données probantes battent clairement en brèche les interventions visant à réduire le surmenage en ciblant les comportements individuels – comme la formation à la pleine conscience ou à la résilience – et encouragent, au contraire, celles qui visent à corriger les déséquilibres dans le cadre de travail »** (Dall'Ora & Saville, 2021).

Ces points ressortent dans un examen systématique du surmenage des infirmières sur la période précédant le début de la pandémie (octobre 2020) (Jun *et al.*, 2021), renforçant l'idée qu'il s'agit d'un symptôme requérant des réponses organisationnelles : « Le surmenage des infirmières est associé à une détérioration de la sécurité et de la qualité des soins, à une diminution de la satisfaction des patients, mais aussi de l'implication organisationnelle et de la productivité du personnel. D'habitude, le surmenage est considéré comme un problème individuel. **Or, en l'envisageant comme un phénomène organisationnel et collectif, on bénéficie d'un regard plus ample, nécessaire pour y apporter une solution.** » Un autre rapport récent émanant du groupe d'experts de la Commission européenne sur la santé mentale du personnel de santé pendant la pandémie met l'accent sur la nécessité de « soutenir immédiatement la santé mentale et atténuer les conséquences du stress, de la peur et du préjudice moral », soulignant que **« l'employeur, plutôt que l'employé, doit assumer publiquement la responsabilité du bien-être du personnel »** (Commission européenne, Direction générale de la santé et de la sécurité alimentaire, 2021).

Une autre étude souligne que « la COVID-19 démontre également les limites de l'autotraitement, pourtant particulièrement vanté pour réduire le stress partagé et le surmenage... Bien que l'autotraitement puisse être utile dans des cas particuliers, **la responsabilité**

**première de la réduction du surmenage et des traumatismes partagés incombe à l'établissement et non à l'employé pris individuellement** » (Cohen-Serrins, 2021, pp. 259-268).

Les analyses relatives à la « démission à grande échelle » des infirmières aux États-Unis relèvent que les réponses organisationnelles qui s'attachent essentiellement à renforcer la résilience des infirmières et passent sous silence les causes liées au lieu de travail « correspondent à une vision vraiment étriquée », concluant qu'« au final, on risque d'aboutir à l'idée erronée selon laquelle il faut remettre sur pied l'infirmière et non le système » (Laskowski-Jones & Castner, 2022).

Une autre étude, publiée en 2023, examine le rôle de trois conditions essentielles sur le lieu de travail, préalables à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de santé : assurer la dotation en personnel pour la qualité ; la sécurité psychologique, le travail d'équipe et la prise de parole ; et la santé et le bien-être du personnel sur le lieu de travail.

Les auteurs relèvent que « les trois conditions d'amélioration des soins de santé identifiées [...] dépendent du leadership, du soutien de la direction et de la modélisation des rôles. » L'étude indique que les recherches tendent à rendre plausible le lien de causalité entre la dotation en personnel infirmier agréé, la qualité des soins et les résultats de santé des patients ; que « la dotation en personnel ne se résume pas à des chiffres ; le cadre de la pratique est également capital » ; et pour ce qui est du bien-être du personnel infirmier au travail, « **les interventions ciblant le personnel négligent les contraintes/contextes structurels et organisationnels plus larges.** » (Maben, Ball & Edmondson, 2023).

Le principal message est qu'une politique portant uniquement ou essentiellement sur la « résilience » de l'infirmière ne peut pas être la solution. **Des niveaux sûrs de dotation en personnel, des conditions de travail convenables, des horaires souples, des possibilités de répit ou de relâche doivent faire partie de l'investissement ciblé et de l'ensemble des solutions stratégiques.**

## 2.5 PAS D'INFIRMIÈRE, PAS DE SOINS : LE COÛT DE L'INACTION POLITIQUE EN TERMES DE SURMENAGE DES INFIRMIÈRES

La raison principale pour laquelle les organisations et les employeurs doivent prendre l'initiative de soutenir la santé et le bien-être des infirmières est parce que cela relève de leur responsabilité, de leur devoir de prendre soin de leur personnel. Les conséquences d'un manquement à ce devoir de diligence sont on ne peut plus claires : cela cause préjudice aux infirmières et à la qualité des soins, mais aussi à leur propre intérêt.

**Les frais découlant de l'absentéisme et du roulement des personnels infirmiers constituent une charge importante pour les établissements** (Alves *et al.*, 2022 ; Arir *et al.*, 2022). Des études ont été menées pour analyser les différentes conséquences de l'absence d'une infirmière, que ce soit de façon provisoire ou définitive, si elle quitte l'organisation. Il s'agit notamment des frais de remplacement temporaire, du coût de recrutement d'une remplaçante à titre permanent et de la perte de productivité, la dépense financière de chacun de ces

éléments étant calculée. Les différentes études utilisent des méthodes et des paramètres qui leur sont propres, mais elles donnent une idée de l'ampleur des coûts potentiels et une raison de plus pour que les organisations « fassent quelque chose à ce sujet ». Une préoccupation connexe est que, dans certaines situations, les infirmières estiment qu'elles doivent se rendre au travail même lorsqu'elles ne se sentent pas bien. La pandémie a probablement accru cette pression. L'« acte de présence » ou « présentéisme » peut mettre en péril les soins aux patients en réduisant la capacité des infirmières à dispenser des soins de qualité. Les taux de présentéisme seraient très élevés parmi le personnel infirmier (Freeling, Rainbow & Chamberlain, 2020).

Pour une infirmière, le coût de roulement du personnel a été estimé à 1,3 fois le salaire de l'infirmière qui est partie (Jones & Gates, 2007). Une évaluation récente du roulement des infirmières aux États-Unis a révélé que le

coût moyen du départ d'une infirmière agréée est de 46 100 USD, « ce qui coûte en moyenne entre 5,2 millions et 9 millions d'USD à l'hôpital », et « chaque point de pourcentage dans le roulement des infirmières agréées pèse/fait économiser en moyenne 262 300 USD par an à l'hôpital » (NSI Nursing Solutions Inc., 2022). Une autre étude récente aux États-Unis, a estimé qu'un hôpital dépense en moyenne 16 736 USD par infirmière et par année d'emploi lorsque le roulement de personnel est provoqué par le surmenage (Muir *et al.*, 2021). Un rapport sur le NHS en Angleterre, a calculé que les conséquences financières totales d'un roulement des effectifs s'élevant à 10% des infirmières dans un grand hôpital, employant plus de 3 000 infirmières, équivaldrait « à une dépense minimale de 3,6 millions de GBP par an » (NHS Shared Business Solution, n.d.).

Une autre étude a utilisé la modélisation pour évaluer les coûts de roulement dus au surmenage des infirmières selon deux cas de figure : 1) un hôpital où la prévalence du surmenage des infirmières se maintient au même niveau ; et 2) un hôpital qui a mis en place un « programme de réduction du surmenage » et où sa prévalence parmi les infirmières a été réduite. L'hôpital dans le premier cas de figure dépense 16 736 USD par infirmière et par année d'emploi à cause du roulement provoqué par le surmenage, tandis que dans le deuxième hôpital, les coûts sont réduits à 11 592 USD par infirmière et par année d'emploi. Les infirmières sont restées moins longtemps dans le premier hôpital (2,9 contre 3,5 années d'emploi). L'étude conclut que « les hôpitaux devraient sérieusement envisager de soutenir de façon proactive des programmes visant à réduire la prévalence du surmenage parmi les infirmières et les coûts y afférents » (Muir *et al.*, 2021).

**D'un point de vue général, les coûts liés à l'absence ou au roulement de personnel peuvent être très importants pour un établissement de santé** (Duffield *et al.*, 2014 ; Kiel, 2020 ; Zhao *et al.*, 2019). Un autre rapport récent a mis en évidence que chaque variation en pourcentage dans le roulement de personnels infirmiers coûte (ou fait économiser), en moyenne 328 400 USD à l'hôpital (Shaffer & Curtin, 2020). En Angleterre, à l'échelle du système, le coût de l'absence du personnel pour le NHS était estimé à 1,1 milliard de GBP par an en 2019 (à l'aube de la pandémie) (Health Education England, 2019).

Pendant la première vague de pandémie de COVID-19, une analyse des coûts du personnel d'un hôpital a été faite durant trois mois au Portugal, du 1<sup>er</sup> mars au 31 mai 2020. L'absentéisme, le recrutement de nouveau personnel et les heures supplémentaires travaillées par les professionnels de santé (infirmières, médecins, assistants techniques, techniciens de diagnostics et techniciens thérapeutiques) ont été comparés à la même période de l'année précédant la pandémie (2019). Les coûts liés aux renforts et au recrutement pour les postes vacants d'effectifs comptant 7 000 personnes s'élevaient à 8 817 199,84 € de plus sur ces trois mois (absentéisme : 6 842 284,64 € ; recrutement : 363 540,03 € ; heures supplémentaires : 1 611 375,17 €) (Santos *et al.*, 2021).

Lorsque les organisations tentent de pourvoir les postes d'infirmières vacants en recourant à des infirmières signant des **contrats courts ou temporaires (p. ex., des infirmières intérimaires ou des infirmières itinérantes)**, cela peut occasionner des coûts supplémentaires. Les données probantes antérieures à la pandémie sur le recours à des infirmières intérimaires, avec des contrats courts, suggèrent que les avantages invoqués pour les déployer sont parfois effacés du fait des répercussions négatives sur la qualité des soins et la productivité globale (Birmingham *et al.*, 2019).

Néanmoins, durant la riposte à la pandémie, des rapports signalent une très forte hausse du recours à des infirmières intérimaires ou itinérantes dans certains pays pour couvrir les postes vacants et contribuer à accélérer le déploiement (voir p. ex. Yang & Mason, 2022 ; Odom-Forren, 2022). Aux **États-Unis**, des rapports indiquent que la demande d'infirmières itinérantes a « explosé » : de 35 % en 2020, puis de 40 % en 2021 (Adegbesan, 2022). Une étude commandée en 2022 par le Royal College of Nursing en **Angleterre**, pour appuyer les arguments en faveur d'une rémunération juste et d'une dotation sûre en personnel, a mis en exergue le fait que les infirmières intérimaires coûtent aux organisations du NHS environ 21 300 GBP de plus par an que le coût actuel d'une infirmière en CDI (London Economics/RCN, 2022).

Un autre indicateur de la pénurie d'infirmières provoquant des surcoûts concerne les **soins omis**, qui se produisent lorsque des soins infirmiers ne sont pas dispensés ou qu'ils sont

remis à plus tard, souvent en raison du manque de personnel ou d'une lourde charge de travail. D'autres termes sont également utilisés pour qualifier le même phénomène, tels que « tâches partiellement réalisées », « besoins non satisfaits » ou « rationnement implicite » (Griffiths, 2018). Ils sont perçus comme une **alerte précoce des répercussions négatives sur la santé des patients et un signal précoce de la dégradation de la qualité des soins** (Imam *et al.*, 2021). Si les soins omis soulevaient des inquiétudes avant l'apparition de la pandémie, ils sont de plus en plus souvent signalés et décrits dans divers pays (voir Shubert *et al.*, 2021 ; Nilasai & Hariyet, 2021 ; Hama, Guirgas & Mosallam, 2021 ; Labrague, de los Santos & Fronda, 2022 ; Taskiran-Eskici & Baykal, 2022 ; Zárata-Grajales, *et al.*, 2022). Les implications organisationnelles des soins omis sur la prestation des services et la sécurité des patients sont plus qu'évidentes. Pression supplémentaire sur les infirmières, les soins omis contribuent également au **préjudice moral, à l'insatisfaction et au surmenage potentiel des infirmières**. Les infirmières savent qu'elles ne dispensent pas la qualité de soins requise car elles manquent de personnel et de ressources. Les organisations qui ne réagissent pas efficacement aux indicateurs de soins omis nuisent davantage encore aux soins et contribuent au surmenage des infirmières.

## 2.6 MANIFESTATIONS ET GRÈVES DU PERSONNEL INFIRMIER : LE DERNIER RECOURS

Lorsque les infirmières ne sont pas soutenues dans le cadre professionnel et travaillent dans des conditions indignes, que l'organisation qui les emploie brille par son silence, leur dernier recours est de manifester et de faire grève pour obtenir des améliorations. Au cours des 12 derniers mois, il y a eu une recrudescence sans précédent des **manifestations et des grèves menées par les infirmières en dernier recours, du fait des réponses inadéquates** apportées par les pouvoirs publics et les employeurs aux préoccupations relatives à **la sécurité sur le lieu de travail, aux conditions de travail et aux faibles niveaux de dotation en personnel**.

Le CII suit de près les manifestations et les grèves du personnel infirmier et fait ressortir les mouvements dans un certain nombre de pays. Il a constaté un « accroissement alarmant des actions revendicatives des infirmières, symptôme de la crise mondiale des systèmes de santé » (CII, 2022d). La base de données du CII et d'autres analyses de manifestations dans le secteur de la santé (Essex & Weldon, 2021) font état de grèves dans de nombreux pays, parmi lesquels : **Allemagne, Angola, Argentine, Australie, Bosnie-Herzégovine, Danemark, Espagne, États-Unis, Finlande, France, Italie, Kenya, Maroc, Mexique, Nouvelle-Zélande, Ouganda, Pérou, Royaume-Uni et Zimbabwe**.

Une analyse récente des tendances des mouvements de grèves et d'autres manifestations d'agents de santé dans 85 pays, a révélé une hausse de **62 % des manifestations d'agents de santé entre 2019 et 2021 (de 2 416 à 3 913 manifestations)**. « Tous ces pays, à l'exception d'un très petit nombre », ont connu une forte augmentation du nombre total de manifestations ; pour « certains pays comme le Mexique, l'Argentine, le Pérou, l'Algérie ou le Kazakhstan » la hausse a été particulièrement sensible... Sur les 6 589 manifestations enregistrées entre 2020 et 2021, **environ la moitié (3 213) reflétaient clairement les préoccupations des agents de santé relatives au soutien inadéquat dans la riposte à la COVID-19** (Brophy *et al.*, 2022).

Dans certains pays, comme au Royaume-Uni (Crerar & Stacey, 2023) et au Zimbabwe (Ndlovu, 2023), **les gouvernements ont tenté d'imposer de nouvelles lois restrictives, « antigrève »**, limitant la capacité des ANI et des autres syndicats à appeler à la grève ou pénalisant une telle action.

Les grèves sont une manifestation très visible du mécontentement et des demandes non satisfaites des personnels infirmiers. **L'augmentation rapide du nombre de grèves depuis le début de la pandémie est un autre signal d'alarme qui montre que de nombreux systèmes de santé sont encore en**

**crise et que les perspectives de reconstruction sont encore fragiles.** Les préoccupations légitimes en matière de sécurité, d'effectifs et de conditions de travail ne sont pas constamment reconnues par les pouvoirs publics et les employeurs. Les bas salaires ne sont pas le facteur unique. Les pouvoirs publics ont un rôle central à jouer pour trouver une solution aux causes sous-jacentes des grèves. Une précédente analyse des grèves des agents de santé réalisée par l'OMS a mis en lumière le fait qu'« une issue positive était plus volontiers trouvée lorsque les institutions en charge des négociations collectives et les plus hautes sphères du gouvernement s'impliquaient dans les négociations » (Russo *et al.*, 2019).

## 2.7 SOUTENIR LES INFIRMIÈRES : LE BESOIN URGENT D'ANALYSER L'IMPACT SUR LES PERSONNELS INFIRMIERS

**Les études et les analyses mentionnées dans le chapitre précédent du présent rapport fournissent des informations inquiétantes et brossent un tableau qui ne l'est pas moins de personnes en situation de surmenage et de systèmes de santé en crise, avec de lourdes contraintes relatives au relèvement et aux capacités de reconstruction.** C'est un cercle vicieux : à mesure que la demande s'accroît, les effectifs infirmiers sont de moins en moins suffisants, ce qui entraîne une augmentation des arrêts de travail et une réduction de la fidélisation, et donc une réduction du personnel, de sorte que davantage d'infirmières quittent leur emploi ou ont l'intention de le faire.

Il n'existe pas de données normalisées, précises et comparables sur le surmenage, les arrêts de travail, les taux de roulement et les départs anticipés à la retraite en lien avec la COVID-19, et les lacunes sont importantes, comme le souligne un récent examen systématique sur la pandémie et les personnels de santé : « Les carences notables en matière de données probantes concernent les facteurs professionnels et psychosociaux qui influent sur l'absentéisme et le risque de surmenage des agents de santé, les considérations femmes-hommes en matière de ressources humaines pour la santé, les évaluations dans les pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure, et les évaluations concrètes pour les stratégies de relèvement après la pandémie et de continuité des services de gestion des maladies non transmissibles. » (Gupta *et al.*, 2021).

Aucun pays n'est à l'abri d'une hausse du nombre d'infirmières quittant le système ; par exemple, de nombreux pays de l'OCDE à revenu élevé ont déjà une part relativement importante d'infirmières pouvant faire valoir leur droit à un départ anticipé à la retraite, et qui sont particulièrement susceptibles d'alimenter les départs. **Les pays et les systèmes doivent de toute urgence se doter des capacités requises pour évaluer avec plus de précision et de rapidité les pertes actuelles et potentielles d'infirmières**, afin de pouvoir prendre des mesures pour protéger et soutenir les personnels infirmiers, planifier les besoins futurs pour reconstruire et agir pour remédier aux pénuries d'infirmières.

Il faut que chaque système de santé et chaque pays mène régulièrement des **analyses d'impact des personnels infirmiers** pour améliorer leur compréhension des causes profondes des problèmes en rapport avec les effectifs. En 2016, dans la stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé, l'OMS a encouragé l'analyse d'impact sur le personnel (OMS, 2016b, paragraphe 71), et les options et modèles ont ensuite été examinés (Nove, Cometto & Campbell 2017). Il est urgent de concevoir et d'appliquer une approche spécifique et normalisée de l'analyse d'impact sur le personnel infirmier pour reconstruire à la suite de la pandémie (Chan *et al.*, 2021), et ce pour deux raisons essentielles.

**Tout d'abord, il est nécessaire de fournir des alertes rapides sur la dégradation de la santé et du bien-être des infirmières.** Tel que décrit plus haut, il est de plus en plus évident que de nombreuses infirmières souffrent ou souffriront de surmenage et d'autres maladies physiques et mentales, y compris de troubles post-traumatiques, en raison de leurs conditions de travail durant de longues heures et à haute intensité, souvent en manquant de soutien et d'EPI. Il est donc urgent de soutenir plus efficacement les effectifs et d'offrir de meilleurs

cadres de travail, ainsi que de proposer au personnel souffrant de stress une aide et des conseils adéquats sur le long terme (Williams *et al.*, 2020).

Comme souligné dans le chapitre précédent, une part essentielle des mesures de relèvement et de reconstruction consiste à changer les axes stratégiques, professionnels et de direction : au lieu de demander aux infirmières de « tenir le coup » et de « faire preuve de résilience » face à des charges de travail insupportables, les employeurs et les établissements doivent s'attacher à créer et à maintenir des conditions de travail favorables et une dotation en personnel adéquate. C'est la seule façon de permettre au système de santé de se relever et d'aller de l'avant.

**La seconde raison essentielle est la nécessité de disposer de données plus précises, complètes et comparables sur l'impact global de la pandémie sur les taux d'infection, de « COVID chronique » et de mortalité, sur les effectifs et les taux d'arrêts de travail (ainsi que sur les raisons des arrêts de**

**travail), sur le roulement du personnel infirmier et les tendances en matière de départ à la retraite.** Ces données doivent également être disponibles rapidement, au plus proche du « temps réel », afin de participer à une stratégie rapide et éclairée des pouvoirs publics (Buchan, Williams & Zapata, 2021), et de fournir des estimations plus précises pour la planification des effectifs infirmiers.

Ces informations constituent des éléments essentiels de toute stratégie éclairée des pouvoirs publics visant à protéger et à soutenir les personnels infirmiers durant la phase de relèvement des systèmes de santé. Elles peuvent aider à identifier les raisons sous-jacentes des pénuries, à localiser les pénuries qui sont actuellement les plus marquées et à concevoir des cas de figure de reconstruction d'après les besoins, qui tiennent pleinement compte de la nécessité de régler les problèmes identifiés et des nouveaux problèmes en termes de pénurie d'infirmières.

# 03

## CHAPITRE TROIS

### 3. L'ÉCART SE CREUSE : PÉNURIES D'INFIRMIÈRES EN 2022

#### 3.1 PÉNURIE D'INFIRMIÈRES : RÉSULTAT DE RÉPONSES STRATÉGIQUES INADAPTÉES

La COVID-19 a très fortement mis à contribution les infirmières dans tous les pays. Tel que souligné dans le chapitre précédent, les pouvoirs publics doivent tenir compte de ses répercussions directes sur les personnels infirmiers qui travaillent en situation de pandémie et agir en conséquence. Il est tout aussi urgent de se pencher sur le manque croissant de personnel infirmier provoqué par la COVID-19. Le fossé risque de se creuser davantage en l'absence de mesures financées et ciblées des pouvoirs publics.

Pour comprendre la dynamique de la demande d'infirmières, il est nécessaire d'analyser les facteurs liés à l'offre à l'échelon national, en tenant compte des répercussions de la pandémie. Il y a pénurie d'infirmières lorsque la demande dépasse l'offre et, comme observé plus haut, de nombreux pays ont vu l'écart entre l'offre et la demande se creuser du fait de la pandémie, et s'accroître au moment de s'atteler à la reconstruction des systèmes de santé. Ces pays doivent s'efforcer de remplacer les infirmières qui sont parties (ou qui s'en iront en raison de surmenage ou du vieillissement du personnel), de retenir celles qui sont restées et de recruter des infirmières supplémentaires pour répondre à une demande accrue et évolutive.

Tel qu'examiné précédemment, dans de nombreux pays, la première phase de la pandémie a conduit à une augmentation de l'offre à court terme d'infirmières locales, les systèmes et les gouvernements ayant fait appel à des renforts pour gonfler rapidement les effectifs infirmiers. Souvent, il s'agissait d'exiger des infirmières en poste de travailler plus longtemps, d'encourager la réintégration d'anciennes infirmières, de faire travailler des étudiants en soins infirmiers et d'accélérer le recrutement de personnel étranger. **Ces mesures d'urgence ne tiennent pas à long terme et peuvent en réalité occulter une offre réduite de personnel s'inscrivant sur la durée/en CDI**, car amorcer la reconstruction a une incidence supplémentaire sur la charge de travail et le surmenage des infirmières.

**Il existe des signes évidents d'inquiétude des pouvoirs publics sur l'aggravation de la pénurie.** Dans son rapport 2022 sur les systèmes de santé en Europe, l'OCDE a mis en exergue les contraintes liées à la pénurie d'infirmières et les défis stratégiques : « La demande d'infirmières devrait continuer d'augmenter dans les années à venir en raison du vieillissement de la population, alors que de nombreuses infirmières approchent de l'âge de la retraite. Accroître les taux de fidélisation des



infirmières dans la profession est une préoccupation croissante pour éviter d'accentuer les pénuries actuelles et futures. Les inquiétudes liées à la pénurie croissante ont incité de nombreux pays à augmenter le nombre d'étudiants dans les programmes de formation en soins infirmiers, même s'il faudra quelques années pour en voir les fruits. Certains pays continuent de s'appuyer sur le recrutement international pour remédier aux pénuries d'infirmières, bien que cela puisse renforcer les pénuries dans les pays où ces infirmières sont recrutées.» (OCDE/Union européenne, 2022).

Une analyse de 2022 des personnels infirmiers et des autres agents de santé dans les 53 pays de la Région Europe de l'OMS soulève également des inquiétudes relatives au vieillissement de certaines catégories d'agents de santé : « Le vieillissement des agents de santé est une préoccupation dans l'ensemble de la Région et menace la pérennité des effectifs en raison du défi que constitue le renouvellement des agents lorsqu'ils partent à la retraite. » Le rapport de l'OMS souligne également que des recherches supplémentaires sur les écarts entre les sexes et la ségrégation à l'emploi sont requises pour veiller à ce que les compétences et les contributions des femmes au sein du personnel soient reconnues. Il conclut que les pays de la région « doivent maintenant soutenir et renforcer les agents de santé et protéger leur santé et leur bien-être », affichant dix mesures pour renforcer leurs agents de santé (OMS Europe, 2022).

Le rapport 2022 de l'OCDE sur les systèmes de santé en Asie-Pacifique (OCDE/OMS, 2022) révèle de grandes différences en termes de nombre d'infirmières d'un pays ou territoire à l'autre, allant de plus de 10 infirmières pour 1 000 habitants dans les pays à revenu élevé comme **l'Australie, le Japon ou la Nouvelle-Zélande**, à une disponibilité beaucoup plus faible dans les pays ou territoires à faible revenu, comme la **Papouasie-Nouvelle-Guinée, le Pakistan ou le Bangladesh**, où il y a une infirmière ou moins pour 2 000 habitants. En moyenne, il y a moins de deux infirmières pour 1 000 habitants dans les pays d'Asie-Pacifique à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et à faible revenu.

Tel que résumé dans les récents rapports cités plus haut de l'OCDE, de l'OMS et d'autres parties prenantes, **il y a aujourd'hui une prise**

**de conscience dans beaucoup de pays que des investissements doivent être faits pour avoir un plus grand nombre d'infirmières à disposition**, pour répondre à la demande croissante et évolutive créée par la pandémie et la reconstruction, mais aussi en raison des niveaux réduits de fidélisation des personnels infirmiers actuels en raison du surmenage.

**Les faibles niveaux de dotation en personnel infirmier ont leur importance, car ils se répercutent négativement sur la qualité des soins et les résultats de santé, et constituent un obstacle majeur à tout effort de reconstruction.** Un récent examen systématique a recueilli des données factuelles sur la dotation en personnel infirmier et les résultats obtenus dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (Assaye *et al.*, 2021). D'après une analyse de 27 études menées dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, l'examen a conclu qu'une « proportion plus faible d'infirmières par rapport aux patients et une charge de travail plus élevée des infirmières sont corrélées à la mortalité intra-hospitalière, aux infections nosocomiales et aux erreurs médicamenteuses chez les patients, ainsi qu'à des niveaux élevés de surmenage, de blessures par piqûre d'aiguille ou d'objets tranchants, d'absentéisme et d'intention de quitter leur emploi chez les personnels infirmiers des pays à revenu faible ou intermédiaire. » Des résultats similaires ont été rapportés dans un récent examen systématique portant sur les niveaux de dotation en personnel infirmier et les résultats de santé des patients dans les unités de soins intensifs, en évaluant des études longitudinales. Cet examen portant sur 27 articles conclut qu'il n'y a « guère de doute » sur le fait qu'« avoir plus d'infirmières agréées dans les services hospitaliers a un lien de cause à effet avec la réduction de la mortalité. » (Dall'Ora *et al.*, 2022).

La pénurie varie selon les pays et les domaines de soins, mais les nouvelles priorités comprennent le besoin d'infirmières compétentes dans le domaine des soins intensifs, de la santé publique, de la santé mentale et des soins primaires/de la prise en charge des maladies chroniques ; et la nécessité d'augmenter le nombre ou la disponibilité des infirmières cliniciennes spécialisées, dans le cadre d'une pratique avancée et en tant qu'infirmières praticiennes, afin de disposer d'une combinaison de personnels plus efficace. Comme

le note l'OCDE dans son rapport 2022, « les évaluations des infirmières praticiennes en soins primaires en Finlande, en Irlande et au Royaume-Uni montrent que les infirmières de pratique avancée peuvent améliorer l'accès aux services et réduire les délais d'attente, tout en dispensant la même qualité de soins que les médecins pour tout un éventail de patients, y compris ceux atteints de maladies bénignes ou nécessitant un suivi de routine » (OCDE/Union européenne, 2022).

Pour bénéficier d'une plus grande offre de personnel, il faut avant tout investir localement pour former plus d'infirmières, en mettant notamment l'accent sur le développement et l'expansion de la pratique avancée ; une source secondaire, ouverte aux pays disposant d'assez de ressources, consiste à recourir au recrutement international. Le présent chapitre rend compte des tendances et des éléments moteurs, et se conclut par un message limpide à l'intention des décideurs politiques sur la nécessité d'aspirer à **l'autosuffisance en termes de personnels infirmiers**.

### 3.2 LA DISPONIBILITÉ LOCALE D'INFIRMIÈRES VARIE, MAIS SE RÉVÈLE SOUVENT INSUFFISANTE

Tout pays doté de ressources suffisantes doit viser des taux d'obtention de diplôme (parfois appelé taux d'accroissement net) permettant aux nouvelles infirmières entrant sur le marché du travail d'assurer la pérennité grâce à la formation locale – un réservoir pouvant à la fois remplacer celles qui quittent le système, et fournir davantage d'infirmières disposant des compétences requises, là où la reconstruction a provoqué une hausse de la demande.

des choix d'investissement très différents ont été faits concernant les effectifs infirmiers. Par effet domino, cela peut jouer un rôle important sur la hausse du recrutement international d'infirmières. Dans une analyse distincte menée en 2022, l'OMS Europe a estimé que le nombre d'infirmières diplômées en pourcentage des effectifs va de moins de 1 % à près de 25 % dans les 53 pays de la région (OMS Europe, 2022).

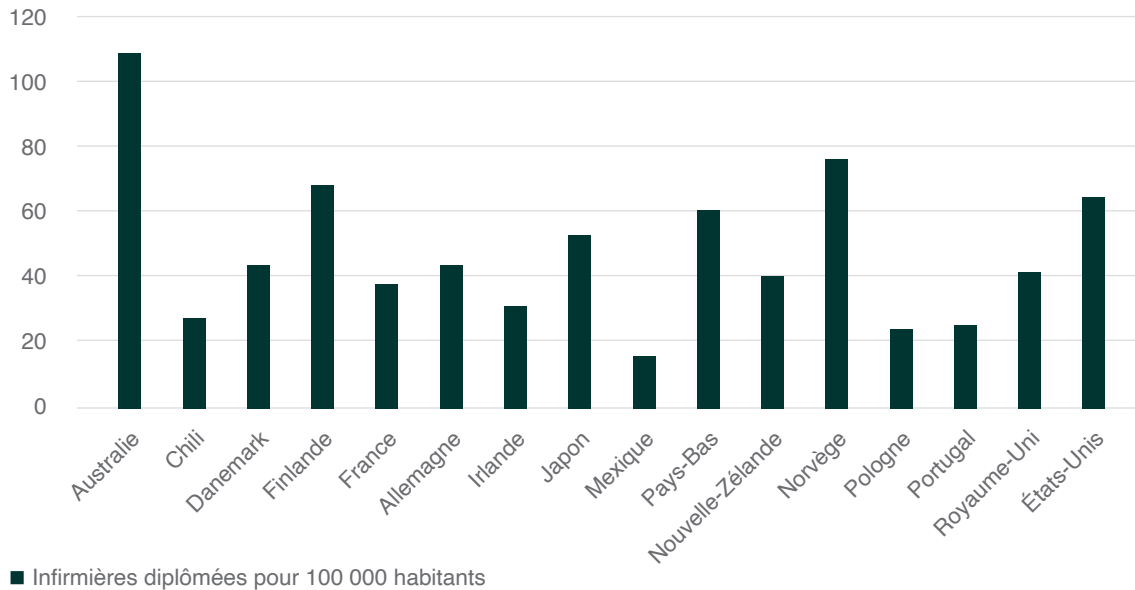
Néanmoins, de nombreux pays n'ont pas suffisamment investi dans la formation et ne disposent donc pas d'infirmières en nombre suffisant pour répondre à la demande de leur marché. Cette situation a été mise en évidence dans le rapport sur *La situation du personnel infirmier dans le monde*, publié en 2020, qui recommandait, parmi les mesures centrales, d'accroître les investissements afin d'étoffer les effectifs infirmiers. C'est le même message qui a été émis par l'OCDE, comme indiqué ci-dessus, et par l'OMS dans les *Orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux*.

Cet écart est souligné dans le graphique 1, qui montre le nombre d'infirmières diplômées pour 100 000 habitants dans certains pays de l'OCDE.

Le rapport sur *La situation du personnel infirmier dans le monde* relève qu'en moyenne, les pays à haut revenu disposent de taux de diplômés plus de trois fois supérieurs à ceux des pays à faible revenu, soit 38,7 infirmières pour 100 000 habitants contre 10,4 (OMS, 2020a, p. 47). Néanmoins, le nombre de diplômés varie énormément d'un pays à revenu élevé à l'autre, ce qui montre qu'au niveau des pays,

Dans les pays de l'OCDE de taille moyenne ou grande figurant dans le graphique 1, le taux de diplômés en soins infirmiers est plus de quatre fois plus élevé en **Australie** (plus de 100 pour 100 000 habitants) qu'en **Pologne** ; les autres pays affichant des taux de diplômés relativement faibles sont le **Portugal** (26), le **Chili** (28) et l'**Irlande** (31). Les autres pays affichant des taux de diplômés élevés sont la **Norvège** (76) et la **Finlande** (68). Le graphique met en évidence un énorme écart dans le nombre d'infirmières nouvellement formées et issues de la filière nationale parmi les pays de l'OCDE. Ces pays, qui présentaient des niveaux très disparates de contingents de « nouvelles » infirmières formées localement, se sont ensuite retrouvés face à un défi commun : une pandémie qui a brusquement accru la demande d'infirmières.

**Graphique 1 - Sélection de pays de l'OCDE, nombre de diplômés en soins infirmiers pour 100 000 habitants, 2021 ou année plus récente**



■ Infirmières diplômées pour 100 000 habitants

Source : OCDE, n.d.

La disponibilité et la pénurie d'infirmières sont plus difficiles à évaluer de façon systématique dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire en raison des limites des données à disposition, mais le rapport sur *La situation du personnel infirmier dans le monde* a mis en évidence que les pays ayant une faible densité de personnel infirmier se situent principalement dans les régions Afrique, Asie du Sud-Est et Méditerranée orientale de l'OMS, ainsi que dans certaines parties de l'Amérique latine. Il y est relevé qu'en 2018, « les inégalités dans le monde d'offre de personnels infirmiers sont largement liées aux revenus, avec une densité de 9,1 infirmières pour 10 000 habitants dans les pays à revenu faible, contre 107,7 pour 10 000 habitants dans les économies à revenu élevé » (OMS, 2020a, p. 43) – des écarts décuplés en termes de disponibilité de personnels infirmiers.

Le rapport souligne également qu'il y a une forte corrélation entre le niveau de revenu du pays et la pénurie de personnels infirmiers. Quarante-neuf pour cent des pénuries de personnels infirmiers identifiées en 2018 se concentraient dans les pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure. Le rapport indique que pour remédier à la pénurie dans les pays où la densité d'infirmières est faible, il faudrait augmenter de 8,8 % en moyenne le nombre de diplômés annuels entre 2018 et 2030 (fourchette se situant entre 0,2 et 13,4 %), et améliorer la capacité à recruter.

Les pays ayant enregistré les pénuries les plus importantes (en termes quantitatifs) en 2018 sont le **Bangladesh, l'Inde, l'Indonésie, le Nigéria et le Pakistan**. La croissance démographique dans de nombreux pays à faible revenu stimulera la demande d'infirmières, indépendamment du profil actuel des effectifs. Au Nigéria par exemple, les prévisions fondées sur la croissance démographique de 2016 à 2030 indiquent qu'il pourrait y avoir une « balance négative » (pénurie) allant jusqu'à 140 000 infirmières et sages-femmes en 2030, par rapport à 2016, soit un déficit de 29 % (Adebayo *et al.*, 2016).

Un rapport de la Banque mondiale de 2021 a examiné les marchés du travail des infirmières des 14 pays de l'Afrique orientale, centrale et australe (région ECSA : **Afrique du Sud, Botswana, Eswatini, Kenya, Lesotho, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Seychelles, Soudan du Sud, Ouganda, Zambie, Zimbabwe**) (Groupe Banque mondiale *et al.*, 2021). Il indique que la demande d'infirmières est en hausse, mais que les problèmes de taux de vacance élevés dans le secteur public persistent (de 30 à 55 %), notant que les infirmières n'occupent pas les postes en raison de « la faiblesse des salaires, de l'isolement de la région, du manque de commodités et des mauvaises conditions de travail » (Groupe Banque mondiale *et al.*, 2021, p. 26).

Une évaluation récente de l'impact de la pandémie sur les personnels de santé et des défis relatifs à la reconstruction dans cinq pays d'Amérique latine, publiée par l'OMS et portant sur la **Bolivie (État plurinational de), le Chili, la Colombie, l'Équateur et le Pérou**, alimente la question essentielle de la pérennité : « Le plus grand défi à venir est d'élaborer

des mécanismes pour ventiler les ressources humaines pour la santé nouvellement recrutées afin de réduire les écarts d'avant la pandémie et de maintenir les améliorations de leurs conditions d'emploi, telles que les augmentations de salaire, elles-mêmes dépendant en grande partie de l'identification de sources de financement adéquates » (OMS, 2021b, p. viii)

### 3.3 LE CHÔMAGE ET LA PÉNURIE D'INFIRMIÈRES : UN PARADOXE ET UN ÉCHEC POLITIQUE

Tel que mentionné dans l'introduction du présent rapport, l'une des caractéristiques de certains marchés du travail des infirmières est la coexistence d'apparence contradictoire de pénuries et de chômage (ou de sous-emploi) d'infirmières, comme cela a été mis en lumière au **Mexique** (Aristizabal, Nigenda & Serván-Mori, 2019). Dans la Région **Afrique** de l'OMS, cela a été baptisé le « paradoxe du chômage des agents de santé dans les pays souffrant d'une grave pénurie de personnels » (Bureau de la Région Afrique de l'OMS, 2021). Cela peut se produire pour une ou plusieurs des trois raisons principales suivantes : la disponibilité de nouvelles infirmières issues de la formation locale et/ou une disponibilité globale d'infirmières supérieure à la demande ; des rémunérations et des conditions de travail inadéquates, insuffisantes pour attirer les personnes ayant des qualifications en soins infirmiers vers le métier d'infirmière ; ou le financement disponible pour employer des infirmières (dans le secteur public, il est appelé « enveloppe budgétaire ») est insuffisant pour répondre à une demande identifiée.

Le principal problème concerne désormais les causes structurelles qui poussent certains pays à restreindre les dépenses publiques, à limiter les budgets et, par conséquent, à compromettre l'efficacité de la réponse stratégique à la pénurie d'infirmières. Parmi les exemples, citons le **Ghana**, où une extension non réglementée des capacités de formation a entraîné une hausse notable du nombre d'infirmières, supérieur à la demande prévue du Ministère de la santé, et conduisant à « une décennie de lacunes non corrigées dans la mise en œuvre, entraînant une pénurie persistante d'infirmières et de sages-femmes dans les centres de prestation de services, alors que des milliers d'infirmières et de sages-femmes formées étaient

au chômage durant une période pouvant aller jusqu'à quatre ans, manifestant sans relâche pour obtenir un emploi » (Asamani *et al.*, 2020).

Des problèmes similaires ont été signalés dans d'autres pays. Au **Lesotho** où, malgré une demande d'infirmières non satisfaite, près d'une infirmière et d'une sage-femme sur trois (28,43 %,  $n = 1\ 349$ ) est au chômage – environ quatre points de pourcentage de plus que le taux de chômage du pays, qui est de 24 % – en raison du manque de moyens (Asamani *et al.*, 2022).

Dans l'**État de Chhattisgarh (Inde)**, l'analyse du marché du travail a mis en évidence un grand nombre d'infirmières formées, en particulier dans les écoles privées, mais « l'absence de mécanismes fiables d'accréditation », et des postes d'infirmières vacants dans le secteur public qui coexistent avec le chômage d'infirmières. Au moment où l'analyse a été menée, en 2018, on estimait à environ 25 000 les infirmières qualifiées résidant au Chhattisgarh et environ 8 000 d'entre elles étaient au chômage. Pourtant, des postes étaient vacants dans les établissements publics, en partie à cause de procédures de nomination très longues (Garg *et al.*, 2022).

Un pays où coexistent le chômage et une pénurie importante d'infirmières révèle un dysfonctionnement du financement et l'inefficacité de la stratégie et de la planification. C'est potentiellement autodestructeur. La situation peut se révéler davantage problématique si les infirmières émigrent vers des pays offrant des salaires attrayants parce qu'elles ne trouvaient pas d'emploi dans leur domaine des soins infirmiers. Les efforts de rééquilibrage, à savoir réduire le chômage et renforcer le marché de l'emploi, doivent porter sur l'efficacité

des mécanismes de planification et des procédures de recrutement, et sur la hausse de l'enveloppe budgétaire afin que les infirmières disponibles puissent être recrutées pour répondre à la demande. Dans certains pays à faible revenu, cela peut se traduire par l'aide d'un bailleur de fonds assurant le soutien technique et le financement.

### 3.4 LA « RECONSTRUCTION » DU SYSTÈME DE SANTÉ REQUIERT PLUS D'INFIRMIÈRES

À l'heure actuelle, il existe peu d'analyses normalisées d'échelon national tenant compte de l'incidence de la pandémie sur la hausse prévue de la demande et du nombre d'infirmières. Néanmoins, ces nouvelles données brossent un tableau inquiétant. Les exemples ci-dessous, de divers pays, mettent en évidence des pénuries très importantes, l'analyse de certains pays révélant un déficit croissant.

En **Afrique du Sud** (Makgatho, 2022), l'offre de personnel qualifié dans toutes les catégories d'infirmières s'est réduite de près de 40 % depuis 2013, une étude récente du Ministère national de la santé et de l'Association des hôpitaux d'Afrique du Sud signalant une pénurie actuelle de « 26 000 à 62 000 infirmières, en grande majorité des infirmières agréées. »

En **Allemagne**, il a été signalé que « la pandémie accélère une tendance générale qui se dessine depuis un certain temps », le Bureau fédéral de placement (Bundesagentur für Arbeit) indiquant que le nombre moyen de postes vacants d'infirmières spécialisées dans les soins de longue durée s'élevait à 15 000 en 2019 et à 12 400 dans les soins intensifs ; ajoutant que cela avait pris 205 jours pour pourvoir un poste d'infirmière dans les soins de longue durée et 174 jours pour une infirmière dans un établissement hospitalier (Bundesagentur für Arbeit, 2021, p. 14-16). Un rapport plus récent indique « qu'à l'heure actuelle sur le marché du travail, les postes vacants sont plus nombreux que le nombre de demandeurs d'emploi qualifiés. Selon les estimations des spécialistes, le secteur des soins infirmiers aura besoin de 150 000 nouvelles infirmières d'ici à 2025. L'évolution démographique dans le pays aggravera cette situation à moyen et à long terme » (GIZ, 2021).

En **Angleterre**, le National Health Service (NHS) a signalé des taux de vacance des postes de 11,9 % pour les infirmières agréées, au 30 septembre 2022 (47 496 postes vacants). D'une année à l'autre, le taux de vacance a augmenté dans la mesure où il était de 10,5 %

l'année précédente (NHS Digital, 2022) ; des projections récentes prévoient des besoins s'élevant à 69 000 infirmières de plus d'ici à 2024/2025 pour satisfaire la demande croissante liée à la reconstruction (The Health Foundation, 2021).

Au **Canada**, les offres d'emploi dans le secteur de la santé et de l'assistance sociale ont augmenté de 9,5 % (+13 000) pour atteindre le chiffre record de 150 100 au troisième trimestre de 2022. En glissement trimestriel, les postes vacants ont augmenté au troisième trimestre pour les infirmières agréées et les infirmières agréées en psychiatrie (+17 %, 27 600) ; les aides-soignantes, les préposées et les associées au service de soins aux patients (+37,5 %, 26 200) ; et les infirmières auxiliaires agréées (+20,7 %, 13 100) (Statistique Canada, 2022).

Aux **États-Unis**, les projections d'emploi 2021-2031 du Bureau of Labor Statistics indiquent que le nombre d'emplois d'infirmières agréées devrait augmenter de 6 % entre 2021 et 2031, soit environ 203 200 postes d'infirmières agréées prévus chaque année, en moyenne, durant la décennie. « Bon nombre de ces postes se libèreront car il s'agira de remplacer les agents changeant de profession ou quittant le marché du travail, par exemple en partant à la retraite » (U.S. Bureau of Labor Statistics, 2022). Toutefois, une nouvelle analyse des données relatives aux personnels infirmiers aux États-Unis a montré qu'en 2021, la disponibilité globale d'infirmières agréées s'est réduite de plus de 100 000 en un an, « une baisse qui n'a pas d'équivalent sur les quatre dernières décennies. » Les facteurs aggravants identifiés sont « la retraite anticipée, le surmenage et la frustration liés à la pandémie, les arrêts de travail pour raisons familiales comme la garde d'enfants et de personnes âgées, l'infection à la COVID-19 et les pénuries de personnel qui en découlent, ainsi que d'autres perturbations à l'échelle des organismes de prestation de soins de santé » (Auerbach *et al.*, 2022).

En **Inde**, une analyse récente portant sur la pénurie de personnels de santé à l'horizon 2047 (Sethi, 2022 ; KPMG, 2022) a révélé qu'avec 24,5 infirmières et sages-femmes pour 10 000 habitants, il manque 1,37 million d'infirmières et de sages-femmes, sachant que le seuil recommandé par l'OMS est de 34,5. L'une des principales conclusions indique que « l'Inde devra redoubler d'efforts pour augmenter les infrastructures d'éducation, renforcer les compétences du personnel actuel, attirer la jeune génération sur le marché du travail et fournir d'autres avantages sociaux pour rendre attrayante la profession dans les décennies à venir. »

À **Singapour**, il a été indiqué que le pays entend accroître de 4 000 le nombre d'infirmières d'ici à fin 2023. Environ 60% de ces infirmières seront formées à l'étranger, et 40% dans le pays. Singapour a enregistré une hausse des taux de réduction naturelle des effectifs d'infirmières locales et étrangères dans le secteur public en 2021, par rapport à 2020. Parmi les infirmières formées localement, le taux d'érosion était de 7,4% en 2021, contre 5,4% en 2020. Parmi les infirmières étrangères, le taux d'érosion a plus que doublé en glissement annuel, atteignant 14,8% en 2021 (Lim, 2022).

En novembre 2021, la **Suisse** a organisé et adopté un référendum national concernant la pénurie de personnels infirmiers. Avec le leadership de l'Association suisse des infirmières et infirmiers, le référendum a été approuvé. Il vise à améliorer la formation, l'assurance qualité grâce à un personnel plus nombreux, des conditions d'emploi équitables et une meilleure reconnaissance de la profession. Il a été indiqué que « sans mesures, il manquera 65 000 infirmières, tous niveaux de formation confondus, d'ici à 2030. Cela s'explique en partie par le fait que seule la moitié environ du nombre d'infirmières requis à l'avenir en Suisse suit actuellement une formation », sachant que la Suisse dépend très fortement du recrutement international (Wenger, 2021).

Ces exemples de pays mettent en lumière l'écart croissant entre l'offre et la demande d'infirmières. La demande d'infirmières augmente en raison des effets de la pandémie et de la reconstruction, mais aussi de la détérioration des taux de maladies chroniques et du vieillissement de la population dans de nombreux pays ; l'offre d'infirmières est à la traîne, du fait des départs liés au surmenage lié à la pandémie et de l'évolution démographique sous-jacente, d'effectifs vieillissants et d'un plus grand nombre d'infirmières atteignant l'âge de la retraite.

### 3.5 LA RECONSTRUCTION ALIMENTE LA « SOLUTION DE FORTUNE » DU RECRUTEMENT INTERNATIONAL ACTIF

La pandémie a augmenté la demande d'infirmières, faisant ressortir et accélérant le niveau de pénurie d'infirmières dans le monde. Elle pourrait pousser certains pays à renforcer la formation locale, mais comme exposé plus haut, les chiffres de la formation d'infirmières avec diplôme à la clé varient énormément d'un pays à l'autre, y compris dans les pays à revenu élevé.

Même lorsqu'il existe une marge de manœuvre et une stratégie pour accroître les investissements et ainsi renforcer la formation locale, il faut au moins trois ou quatre ans avant que les diplômées supplémentaires n'entrent sur le marché du travail. Le besoin de renouvellement revêt un caractère plus urgent et l'un des choix les plus simples pour certains pays à revenu élevé consiste à renouveler et à étendre

des mesures de recrutement international d'infirmières comme « solution de fortune », ce que le *Financial Times* a qualifié de « shopping d'infirmières » (Smyth & Neville, 2022).

Avant même que la pandémie ne se déclare, les flux internationaux d'infirmières étaient de grande ampleur et croissants. L'analyse de l'OCDE a mis en exergue qu'en 2019, plus de 550 000 infirmières formées à l'étranger travaillaient dans 36 pays membres de l'OCDE, soit une nette augmentation par rapport aux 460 000 enregistrées en 2011. L'OCDE indique que le nombre ou la part des infirmières formées à l'étranger a augmenté de manière particulièrement rapide en **Belgique**, en **France**, en **Allemagne** et en **Suisse**, une croissance soutenue étant également observée en **Australie**, en **Nouvelle-Zélande**, au **Canada** et aux **États-Unis** (Socha-Dietrich and Dumont, 2021).

Les **États-Unis** recensent le plus grand nombre d'infirmières étrangères agréées, estimées à près de 197 000 ; le deuxième pays est le **Royaume-Uni** avec plus de 100 000 infirmières formées à l'étranger, suit l'**Allemagne** qui en compte 71 000 et l'**Australie**, avec 53 000 (OCDE, 2020a, p. 3). L'OCDE en conclut que « la pandémie de COVID-19 a révélé une fois de plus que les infirmières formées à l'étranger sont des atouts essentiels pour les systèmes de santé de nombreux pays de l'OCDE. La pandémie a non seulement mis en lumière le rôle et le dévouement conséquents des agents de santé de première ligne, mais elle a également fait ressortir le problème profondément enraciné des pénuries de personnels et la contribution notable des infirmières étrangères aux personnels de santé » (Socha-Dietrich and Dumont, 2021).

Le rapport sur *La situation du personnel infirmier dans le monde* a également révélé que la mobilité internationale du personnel infirmier est en hausse, relevant que de « nombreux pays à revenu élevé de différentes régions semblent recourir de façon excessive au recrutement international d'infirmières en raison du faible nombre d'infirmières diplômées ou des pénuries existantes. » L'une des principales recommandations du rapport était que « les pays qui dépendent de façon trop prononcée des infirmières étrangères devraient tendre vers une plus grande autosuffisance en investissant davantage dans la formation locale d'infirmières » (OMS, 2020a, p. XIX).

**Les flux internationaux augmentent de nouveau**, après de courtes perturbations dans les déplacements durant la première phase de la pandémie. En vue de combler de façon urgente l'écart grandissant entre l'offre et la demande de personnel infirmier, de nombreux pays à revenu élevé accélèrent désormais les démarches de recrutement international. Ils accordent notamment aux infirmières des facilités d'immigration et simplifient les formalités administratives. Selon un rapport de l'OCDE, depuis la pandémie, « de nombreux pays de l'OCDE qui dépendaient déjà des agents de santé étrangers, appliquent des mesures supplémentaires pour faciliter l'entrée des émigrés et la reconnaissance de leurs qualifications professionnelles obtenues à l'étranger » (OCDE, 2020b).

Certains pays à revenu élevé, comme l'**Allemagne**, l'**Angleterre** ou l'**Australie**, dépendent depuis longtemps des infirmières étrangères et s'appliquent désormais à renforcer le recrutement à l'international.

En **Australie**, où les restrictions de voyage en situation de pandémie ont été maintenues plus longtemps que dans la plupart des pays, un « pont aérien » a été établi, s'adressant majoritairement aux infirmières originaires de Grande-Bretagne, d'Irlande et d'autres pays, où l'équivalence des qualifications en matière de soins infirmiers est reconnue par les autorités réglementaires australiennes (LeGrand, 2021). Le Ministère de la santé de l'État d'**Australie occidentale** a offert de couvrir les frais de transport, de déménagement et les frais d'hôtel de la quatorzaine obligatoire liée à la COVID-19, pour recruter 2 800 infirmières d'ici à 2023, en sollicitant les marchés local et international. L'offre internationale concerne aussi bien les infirmières australiennes travaillant hors du pays que les infirmières étrangères (Ely, 2021). L'État de **Nouvelle-Galles du Sud** a « lancé un processus de recrutement à l'étranger » (Visontay, 2021), et l'État de **Victoria** fournit une aide au déménagement destinée aux professionnels de santé étrangers et australiens qui s'installent ou reviennent en Australie, les infirmières étant spécifiquement ciblées et aidées en vue d'obtenir le titre de séjour (Ministère de la santé, Victoria, 2022).

Au **Canada**, la province de Terre-Neuve-et-Labrador a mis en place un bureau de recrutement d'infirmières en Inde ; la Saskatchewan a organisé un salon de l'emploi du secteur de la santé aux Philippines ; et le Nouveau-Brunswick, le Québec et le Manitoba offrent tous des « milliers de dollars » pour couvrir les frais de licence des infirmières étrangères et d'autres coûts, ainsi que les dépenses courantes (McQuillan, 2022). Dans la province de l'Ontario, le gouvernement a chargé l'Ordre des infirmières et infirmiers de renforcer les effectifs, en permettant notamment aux infirmières formées à l'étranger d'exercer le temps du processus d'enregistrement (Jones, 2022). La province de Colombie-Britannique aide les infirmières formées à l'étranger à intégrer plus rapidement le système de santé en consolidant les processus d'évaluation des candidates, allouant 9 millions de CAD sous forme

de bourses pour les aider à régler les frais d'évaluation (ce qui devrait profiter à environ 1 500 infirmières formées à l'étranger la première année) et en créant de nouveaux postes d'infirmières pivot pour les aider à s'y retrouver dans le processus d'évaluation et d'agrément (Ministère de la santé, Gouvernement de Colombie-Britannique, 2022). Il a également été indiqué que la province de Québec alloue 65 millions de CAD pour recruter 1 000 infirmières étrangères, en ciblant les pays francophones : **Algérie, Cameroun, Maroc, Maurice et Tunisie** (CBC News, 2022).

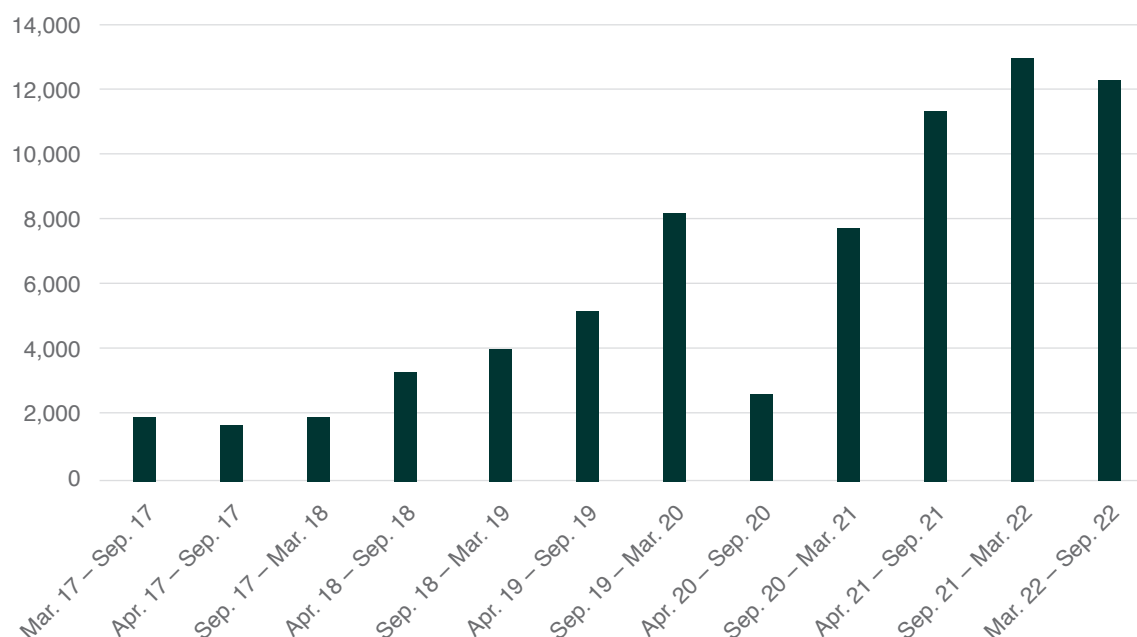
En **Angleterre**, la stratégie nationale repose sur l'augmentation rapide du recrutement international d'infirmières, avec un soutien financier aux employeurs du National Health Service (NHS) (NHS Employers, 2022), et l'accent est mis sur l'accélération des processus, en réduisant par exemple les exigences en matière de tests linguistiques et en développant des accords bilatéraux au niveau des pays. En décembre 2021, il a été rapporté que les employeurs du NHS avaient été « invités à saisir, une fois de plus, l'excellente occasion d'optimiser l'appui des infirmières étrangères », en redonnant un coup d'accélérateur au recrutement international (Collins, 2021).

Le graphique 2 ci-dessous fait figurer les données d'enregistrement pour mettre en relief l'afflux soutenu d'infirmières étrangères au

Royaume-Uni ces dernières années. Depuis 2017, la tendance est à la hausse, l'afflux d'infirmières étant multiplié par six sur la période, ce qui illustre les pénuries d'infirmières à l'échelon national. Sur la période récente, on observe un infléchissement qui s'explique par les perturbations temporaires de déplacements dus à la COVID-19 début 2020, largement contrebalancé depuis par les mesures prises par les pouvoirs publics d'accélérer le recrutement d'un grand nombre d'infirmières étrangères. Au cours de la période de 12 mois allant de septembre 2021 à septembre 2022, plus de 24 000 nouvelles infirmières étrangères ont été enregistrées, soit le chiffre le plus élevé de l'histoire (Buchan, 2023).

Le *Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé* (OMS 2021c) définit le cadre de politique éthique pour le recrutement international d'infirmières et d'autres professionnels de santé. Il sera examiné en détail dans le chapitre suivant du présent rapport. Il convient de noter qu'il met l'accent sur la réciprocité, encourage l'utilisation d'accords bilatéraux au niveau gouvernemental en matière de recrutement et établit une « liste rouge » des pays à éviter concernant le recrutement international. De mars à septembre 2022, plus de 2 200 (20%) de ces nouvelles infirmières étrangères enregistrées au Royaume-Uni provenaient de deux pays figurant sur la « liste rouge » : le Nigéria et le Ghana.

**Graphique 2 - Infirmières étrangères inscrites au Royaume-Uni entre 2017 et 2022, par tranches de six mois**





La pratique d'accords bilatéraux par le Gouvernement britannique a alimenté la controverse, par exemple en ce qui concerne le **Kenya** (Kay, 2022) (suspendu par la suite) et le **Népal**. Certains accords bilatéraux pouvaient être interprétés comme ne répondant pas pleinement à l'esprit de réciprocité et donner l'impression d'une solution de contournement permettant aux employeurs britanniques ou d'ailleurs de recruter de façon « active » des infirmières provenant de pays figurant sur la liste rouge. Cette question sera examinée plus loin dans le présent rapport.

L'**Allemagne** élabore une approche « Triple Win » (profitable aux trois parties) du recrutement international d'infirmières (GIZ, 2021) incluant la **Bosnie-Herzégovine**, les **Philippines** et la **Tunisie**. L'objectif de la stratégie est de créer un triple avantage grâce à une approche bilatérale : « Une pression plus légère est exercée sur les marchés du travail des pays émetteurs, où il y a des infirmières sans emploi ; les transferts de fonds des infirmières migrantes s'intègrent dans l'économie de leur pays d'origine ; et la pénurie d'infirmières en Allemagne est réduite. »

En décembre 2022, il a été annoncé que la **Nouvelle-Zélande** proposerait des offres de « titre de séjour immédiat » aux infirmières, à la suite des changements apportés à la politique d'immigration (RNZ, 2022a).

En **Suisse**, un tiers des infirmières travaillant dans les hôpitaux sont formées à l'étranger ; durant la pandémie, cette forte dépendance à l'égard du personnel étranger a posé des problèmes : « Lorsque les pays ont fermé leurs frontières pour limiter la propagation du virus, la Suisse a été contrainte de négocier avec les pays limitrophes afin que le personnel de santé puisse continuer de franchir la frontière pour se rendre au travail » (Romy, 2021).

Aux **États-Unis**, la Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools (CGFNS) a souligné dans son rapport annuel avoir reçu plus de 17 000 demandes *VisaScreen*® provenant de 116 pays durant l'exercice 2022, soit une hausse de 44 % par rapport à 2021 et de 109 % par rapport à 2018. Les agents de santé originaires des Philippines représentaient 60 % de l'ensemble des demandes *VisaScreen*®, le recrutement international global allant croissant (CGFNS, 2022).

Si certains pays recrutant fortement à l'international depuis longtemps redoublent actuellement leurs efforts, la demande dans les pays à revenu élevé récepteurs s'étend désormais au-delà des pays recruteurs « habituels » ; d'autres pays, qui n'ont pas toujours été aussi actifs en matière de recrutement international, se manifestent. C'est le cas de la **Finlande**, qui prévoit une pénurie de 30 000 infirmières d'ici la fin de la décennie et qui étudie actuellement la possibilité de recourir au recrutement international (Yle, 2021), et de l'**Écosse**, où le gouvernement a annoncé qu'il affectera 4,5 millions de livres sterling pour soutenir le recrutement international actif d'infirmières, dans le cadre d'un plan global de relèvement et de renouvellement lié à la pandémie (Gouvernement écossais, 2021).

Le risque évident est qu'un recrutement international actif accentue les départs d'infirmières des pays à faible revenu émetteurs, ce qui pourrait compromettre leur capacité à répondre efficacement aux défis de la reconstruction et aux futures vagues de la pandémie.

L'analyse de l'offre internationale provenant des pays émetteurs durant la période précédant la pandémie, montre une tendance durable et croissante des taux d'émigration d'infirmières de pays à revenu faible ou intermédiaire, ce qui met en péril leur capacité à atteindre les cibles des ODD de l'ONU et à mettre en place la CSU. Comme indiqué plus haut, l'analyse de l'OCDE a révélé qu'en 2019, plus de 550 000 infirmières formées à l'étranger travaillaient dans 36 pays membres de l'OCDE à revenu élevé, soit une augmentation très nette par rapport aux 460 000 enregistrées en 2011 (OCDE, 2019). L'OCDE a également indiqué (OCDE, 2020a, p. 9) que les petits États des **Caraïbes** et du **Pacifique**, ainsi que les pays d'Afrique sortant d'un conflit, affichent des taux d'émigration parmi les plus élevés, plus de la moitié de leurs infirmières travaillant dans des pays de l'OCDE à revenu élevé.

L'étude relative à la région ECSA, réalisée par la Banque mondiale dans 14 pays (**Afrique du Sud, Botswana, Eswatini, Kenya, Lesotho, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Seychelles, Soudan du Sud, Ouganda, Zambie, Zimbabwe**), a relevé que l'émigration des infirmières réduisait le réservoir d'infirmières dans ces pays émetteurs, c'est pourquoi

ils sont susceptibles « d'être confrontés à des pénuries d'infirmières au vu de leurs besoins, empêchant la réalisation des objectifs de développement durable » ; cela « entraîne des coûts directs et indirects pour les pays d'origine, notamment les frais de formation ainsi que les salaires et les recettes fiscales perdus » (Groupe Banque mondiale *et al.*, 2021).

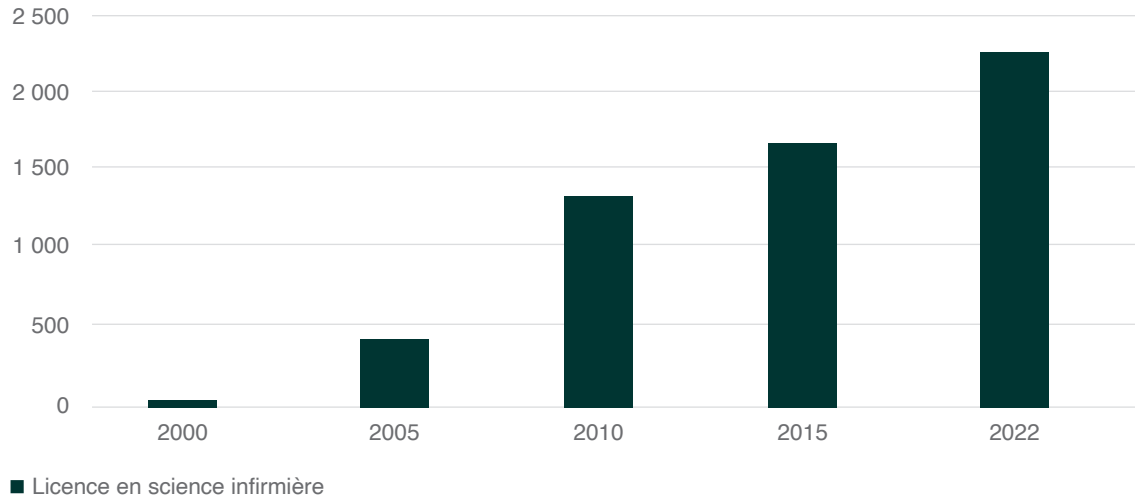
L'étude consacrée à la région ECSA a également montré que, dans les 14 pays, la part des infirmières formées à l'étranger varie très nettement d'un pays à l'autre et qu'elle « est inversement proportionnelle à la formation locale d'infirmières, si l'on mesure le taux d'accroissement net (le nombre de jeunes diplômées dans le pays, par rapport à la disponibilité totale d'infirmières sur le marché) » (Groupe Banque mondiale *et al.*, 2021, p. 24).

Une récente note d'information de la **Région Afrique de l'OMS** axée sur le recrutement et la fidélisation des agents de santé durant la pandémie (Bureau de la Région Afrique de l'OMS, 2021) a relevé que : « La pandémie a submergé les systèmes de santé de nombreux pays à revenu élevé, déclenchant une demande croissante de ressources humaines en santé dans les pays de l'hémisphère Nord, et suscitant l'inquiétude quant à l'accélération possible de l'émigration du personnel de santé du continent africain et des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. » La note d'information indique que « le problème à l'origine de la fuite des cerveaux d'Afrique est la démotivation des agents de santé (rémunération faible, absence d'avantages tels que l'assurance maladie, l'indemnité de risque, etc.), un cadre peu propice à l'exercice de leurs compétences dans la mesure où dans la majorité des pays d'Afrique, le budget alloué au secteur de la santé publique est insuffisant », et insiste sur la nécessité de mener des recherches sur le chômage et le sous-emploi des agents de santé en Afrique « afin de mettre en lumière le paradoxe du chômage des agents de santé dans les pays souffrant d'une grave pénurie [de personnels]. »

D'autres comptes rendus du **Zimbabwe** (Reuters, 2022) indiquent que plus de 1 700 infirmières agréées ont démissionné en 2021 et plus de 900 avaient déjà quitté le pays en 2022. Les agents de santé du Zimbabwe se sont mis en grève en juin 2022, exigeant d'être payés en USD, l'inflation ayant accentué la fragilité de la monnaie locale. Nombre d'entre eux auraient « trouvé du travail, principalement en Grande-Bretagne, laissant le secteur de la santé du pays en grande difficulté et les hôpitaux locaux en sous-effectif. » Une analyse du marché du travail dans le secteur de la santé, financée par l'OMS et impliquant plusieurs parties prenantes, a été annoncée mi-2022 afin d'examiner la façon de répondre au mieux « au nombre insuffisant d'agents de santé, à une combinaison inadéquate de compétences et à leur répartition inégale dans le pays » (Mugarisi, 2022).

Si des facteurs incitatifs tels que la faiblesse des revenus, une charge de travail élevée et des perspectives professionnelles limitées poussent les infirmières à envisager d'émigrer, la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire n'encouragent pas leurs infirmières au départ. Il existe néanmoins quelques pays, notamment l'**Inde** et les **Philippines**, qui appliquent un modèle baptisé « formation à l'export ». En **Inde**, la croissance rapide du secteur de la formation a entraîné une augmentation marquée du nombre d'infirmières issues de la formation locale. Cette hausse a été particulièrement nette dans les écoles délivrant une Licence en sciences infirmières (Bachelor of Science, B.Sc.), le diplôme le plus utile pour travailler à l'étranger. En 2000, seuls 30 établissements proposaient le B.Sc. en sciences infirmières recherché à l'international ; ils étaient 1 326 en 2010 et 2 241 en 2022 (voir graphique 3). Le nombre total de places en B.Sc. en sciences infirmières en 2021-2022 était supérieur à 100 000 (116 075). La quasi-totalité de ces établissements (2 065, ou 92%) relevant du secteur privé.

**Graphique 3 - Inde : croissance du nombre d'écoles délivrant le B.sc., Inde : 2000, 2005, 2010, 2015, 2022**



**Source :** rapport annuel de l'Indian Nursing Council, 2021-2022 (Indian Nursing Council, 2022)

Aux **Philippines**, le recrutement international d'infirmières est simplifié par un organisme public, la Philippine Overseas Employment Administration (POEA). La plupart des écoles d'infirmières du pays relèvent du secteur privé et les étudiants paient eux-mêmes leurs études, souvent dans l'intention claire d'exercer à l'étranger une fois le diplôme obtenu. Ce modèle a conduit à une expansion rapide du nombre d'écoles d'infirmières dans le secteur privé pour répondre à la demande internationale d'infirmières formées aux Philippines : aux États-Unis au départ mais aussi, ces dernières décennies, dans nombre de pays du Moyen-Orient et du Golfe (p. ex., Arabie saoudite), en Europe (p. ex., Irlande, Royaume-Uni) et en Asie-Pacifique (Australie, Nouvelle-Zélande, Singapour). Les États-Unis compteraient à eux seuls près de 150 000 infirmières philippines (Batalova, 2020).

Des rapports plus récents suggèrent que « davantage d'infirmières philippines, attirées par des salaires plus élevés à l'étranger, sont prêtes à quitter leur pays à mesure que s'assouplissent les restrictions aux frontières en lien avec la COVID-19 et que le recrutement se fait plus agressif, ce qui place les Philippines dans une situation inconfortable pour faire face à leur propre pénurie d'agents de santé » (Cinco, 2022). Le rapport fait référence à l'annonce par le gouvernement de son intention de relever le plafond d'infirmières autorisées à partir

à l'étranger chaque année, qui s'élève actuellement à 7 500, et qui a été mis en place en 2020 pour riposter à la pandémie. Dans une autre annonce faite en juillet 2022, la levée du moratoire sur l'ouverture de nouveaux programmes de Licence en sciences infirmières a été communiquée « pour contribuer à augmenter la demande d'infirmières dans le pays », suggérant que le pays requiert 201 265 infirmières de plus à l'échelon national pour atteindre l'exigence des ODD de 27,4 infirmières pour 10 000 habitants (Cruz, 2022).

Si la tendance générale est à la hausse, les flux réels d'infirmières provenant des pays à revenu faible ou intermédiaire vers les différents pays récepteurs de l'OCDE varient très nettement. Une analyse récente de l'OCDE a mis en évidence que parmi les pays comptant le plus grand nombre d'infirmières formées à l'étranger, les pays anglophones sont ceux qui accueillent relativement le plus d'infirmières nées dans des pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure. En **Nouvelle-Zélande**, en **Australie** et au **Canada** par exemple, entre 40 % et plus de 50 % de l'ensemble des infirmières formées à l'étranger proviennent de pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure, tandis qu'en **Suisse** et en **Norvège**, la majorité provient d'autres pays de l'OCDE (Socha-Dietrich & Dumont, 2021).

### 3.6 AUTOSUFFISANCE EN PERSONNELS INFIRMIERS ET USAGE PLUS EFFICACE DU CODE DE L'OMS

La dynamique de la reconstruction après la pandémie pourrait peser sur les effectifs infirmiers dans le monde et renforcer la pénurie actuelle d'infirmières dans la plupart des pays, le risque d'accroître les déséquilibres mondiaux d'offre et de demande étant également important. La croissance continue du recrutement international d'infirmières pourrait priver certains pays de précieuses compétences. Les pays mentionnés dans les chapitres précédents du présent rapport font apparaître que certains pays recrutant des infirmières de façon active accélèrent désormais leur recrutement à l'international pour remédier dans l'urgence aux pénuries, accentuées par les exigences de la reconstruction.

Il est urgent de surveiller et de suivre avec précision les flux internationaux d'infirmières pour identifier les pays émetteurs pouvant devenir à risque et les pays récepteurs qui intensifient leurs activités de recrutement international. Le CII insiste sur le fait que toutes les infirmières devraient avoir la possibilité de circuler librement, à condition qu'elles ne soient pas contractuellement liées à un retour de service spécifique, c'est pourquoi les pays doivent s'attacher à pérenniser les personnels infirmiers en tant que partie intégrante de la planification globale des effectifs infirmiers (Little & Buchan, 2007 ; CII, 2019).

Le CII préconise d'utiliser un « indicateur d'autosuffisance » par pays. Lorsqu'il fait l'objet d'un suivi dans le temps, cet indicateur peut révéler le degré de dépendance des pays à l'égard des flux internationaux d'infirmières par rapport à la formation locale. Le CII est intervenu à l'Assemblée mondiale de la Santé, en novembre 2020, pour défendre la mise en place d'un tel indicateur d'autosuffisance (CII, 2020b).

#### Encadré 1 – Mesurer l'autosuffisance

**Indicateur d'autosuffisance** : la part d'infirmières formées à l'étranger sur l'ensemble des effectifs infirmiers du pays

**Taux d'émigration** : la part d'infirmières nées ou formées dans un pays mais travaillant à l'étranger, comparée au nombre total d'infirmières en activité dans le pays en question

L'indicateur d'autosuffisance est déterminé en calculant la part d'infirmières formées à l'étranger sur l'ensemble des effectifs infirmiers du pays : plus la part est élevée, plus le pays est dépendant. Un autre mode de calcul, applicable aux pays émetteurs vulnérables, consiste à estimer le taux d'émigration (Socha-Dietrich & Dumont, 2021). Le taux d'émigration peut être calculé en évaluant la part d'infirmières nées ou formées dans un pays, mais travaillant à l'étranger, par rapport au nombre total d'infirmières en activité dans le pays en question. Plus le taux d'émigration est élevé, plus les effectifs infirmiers du pays ont été appauvris par les départs à l'étranger.

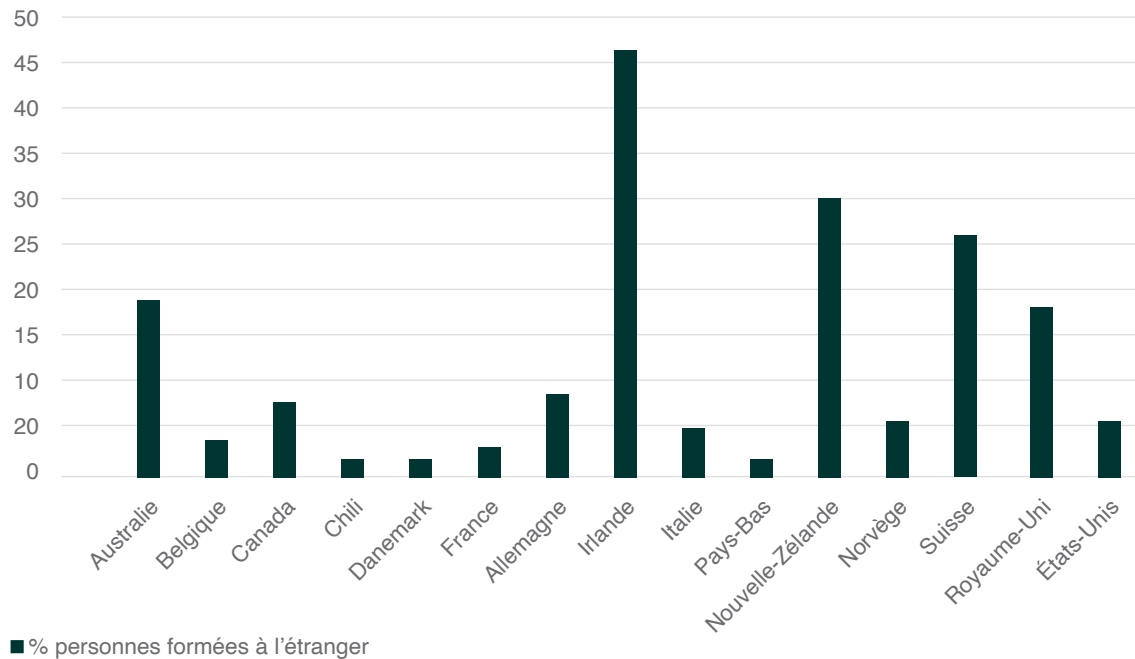
Cet indicateur d'autosuffisance varie sensiblement d'un pays de l'OCDE à l'autre (voir le graphique 4 ci-dessous). Certains pays, comme le **Chili, le Danemark ou les Pays-Bas**, révèlent une autosuffisance élevée et un recours relativement faible aux infirmières étrangères, alors que dans d'autres pays, le recours aux infirmières formées à l'étranger peut atteindre 46 % (**Irlande**) ou 30 % (**Nouvelle-Zélande**).

Deux des principaux groupes de pays à « faible » autosuffisance font partie de l'OCDE, à l'instar de l'**Irlande** et de la **Nouvelle-Zélande**, comme indiqué ci-dessus, et de certains pays de la région du Golfe (p. ex., le rapport sur *La situation du personnel infirmier dans le monde* indique que 77 % des infirmières en **Arabie saoudite** sont étrangères, et 97 % au **Qatar** (OMS, 2020b).

La dépendance à long terme relativement élevée à l'égard d'infirmières étrangères est une caractéristique des pays qui peuvent se le permettre car ils disposent de facteurs d'attraction tels que des salaires relativement plus élevés et/ou de meilleures perspectives professionnelles et de formation. Ce statut de pays récepteur les a parfois amenés à négliger les investissements dans la formation d'infirmières locales, car ils font supporter les coûts de formation aux pays émetteurs ou aux infirmières de ces pays lorsqu'elles doivent assumer les frais de formation.

Un certain nombre de pays ont déjà entrepris des mesures stratégiques concertées

**Graphique 4 - Sélection de pays de l'OCDE, en pourcentage d'infirmières formées à l'étranger, année la plus récente**



■ % personnes formées à l'étranger

Source : OCDE, 2023

Note : voir les définitions et les mises en garde de l'OCDE

pour tendre vers l'autosuffisance. C'est le cas d'**Oman**, qui poursuit ouvertement l'objectif d'« omaniser » son personnel infirmier, en remplaçant progressivement les infirmières expatriées par des infirmières locales aux qualifications équivalentes, « afin de développer des effectifs pérennes et d'atteindre l'autosuffisance » (Al-Riyami, Fischer & Lopez, 2015) ; mais aussi des **Émirats arabes unis**, qui ont annoncé en 2021 leur intention « de concevoir des cadres nationaux dans le secteur des soins infirmiers, avec l'objectif de cibler 10 000 Émiriennes dans les cinq ans » (Nasrallah *et al.*, 2021). Citons également l'**Irlande**, où le gouvernement a annoncé en 2022 l'élaboration d'un modèle irlandais de vivier d'infirmières, visant explicitement à réduire la dépendance de l'Irlande à l'égard d'infirmières formées à l'étranger, à répondre à la demande future d'infirmières et à relever les défis en matière de personnel ; il comprend des recommandations afin d'utiliser des modalités de planification permettant d'évoluer vers l'autosuffisance (Ministère irlandais de la santé, 2022).

**L'objectif de l'autosuffisance en personnels infirmiers à l'échelon du pays correspond également à la *Stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé* et aux *Orientations stratégiques mondiales de l'OMS pour les soins infirmiers et***

***obstétricaux***. La Stratégie a été approuvée par tous les États Membres de l'OMS en 2016, et la cible 2.1 consiste à ce que « d'ici à 2030, tous les pays doivent avoir progressé dans le sens d'une réduction par deux de leur dépendance envers un recrutement international de professionnels de santé pleinement formés, appliquant ainsi le *Code de pratique mondiale pour le recrutement international des personnels de santé* » (OMS 2016b, p. 23). **Pour tenir cet engagement, les pays doivent être en mesure de contrôler leur niveau d'autosuffisance ou de signaler leurs taux d'émigration, et de divulguer les modalités de recrutement international.**

Le *Code de pratique mondiale de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé* (OMS, 2020c) a été approuvé par tous les États Membres de l'organisation en 2010. Il définit un cadre pour une approche gérée et éthique du recrutement international, qui s'inscrit dans le contexte plus large d'une planification et de politiques nationales efficaces en matière de personnels de santé. L'objectif est d'assurer la pérennité des effectifs, en soulignant le rôle des accords bilatéraux pour « gérer » l'activité de recrutement international. Il comprend un engagement à améliorer les données et le suivi des schémas de mobilité.

Le Code a été révisé par un Groupe consultatif d'experts indépendants en 2020, formulant des recommandations devant être discutées lors de l'Assemblée mondiale de la Santé (OMS, 2020d), qui a convenu que le Code doit être maintenu et approfondi. Il s'agit notamment d'établir une liste des pays nécessitant des mesures de soutien et de sauvegarde des effectifs de santé (OMS, 2021d) et ne devant pas être la cible de recrutement actif, à moins qu'un accord intergouvernemental bilatéral ne soit en place pour permettre un recrutement géré et effectué « dans le strict respect des termes de cet accord. » Cette liste est officiellement appelée « liste rouge ». Fin 2022, le Groupe consultatif d'experts indépendants s'est de nouveau réuni afin d'examiner la méthode utilisée pour déterminer les pays figurant sur la liste.

**Il est également nécessaire de surveiller les activités des agences de recrutement pour évaluer dans quelle mesure elles appliquent le Code de l'OMS.** Il a été signalé que des recruteurs internationaux mènent des campagnes de publicité directe en vue d'engager du personnel de santé déjà rare dans des pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure en Afrique, en Asie et dans les Caraïbes, en violation du Code (Omaswa, 2020). Une étude récente sur les infirmières polonaises travaillant en Norvège a montré

que l'insécurité de leur emploi (« précarité ») découle de politiques qui laissent leur recrutement « entre les mains d'agences privées agissant sans contrôle de la Direction norvégienne de la santé (Helsedirektoratet). » La Norvège souscrit aux principes éthiques de l'OMS en matière de recrutement, mais échoue à contrôler les agences de recrutement privées (Goździak & Main, 2022).

Le contrôle doit être une partie intégrante du processus pour éviter les effets préjudiciables d'un recrutement trop intensif dans les pays où l'offre de personnel infirmier est précaire. Le CII a appelé au renforcement de l'application et du suivi du Code (CII, 2022e).

**Le Code et la liste associée doivent être utilisés pour encadrer tout recrutement international actif d'infirmières.** Néanmoins, comme indiqué plus haut dans le présent rapport, des inquiétudes ont été exprimées quant au strict respect du Code par certains pays recruteurs. C'est lié à la nécessité de définir plus clairement ce que l'on entend par recrutement « actif » et de mieux comprendre l'application des accords bilatéraux, encouragée par l'OMS, **mais qui doit faire l'objet d'un suivi indépendant pour garantir son respect et fournir des enseignements qui améliorent cette approche.**

### 3.7 IMPACT SUR LES PERSONNELS INFIRMIERS : TABLEAU DE BORD D'INDICATEURS

Dans le présent rapport, nous plaidons fermement pour une approche systématique de l'évaluation de l'impact sur les personnels infirmiers, si nous souhaitons identifier les racines des problèmes actuels et orienter au mieux les réponses stratégiques. Cela requiert d'utiliser les données avec cohérence et d'interpréter les indicateurs normalisés de façon limpide. Divers indicateurs relatifs aux personnels infirmiers/de santé sont promus par des corps nationaux et des organismes internationaux (voir p. ex. OMS, 2023; OMS, 2022d) et il existe toujours le risque de n'avoir qu'une vision incomplète

ou dépassée de la situation. Il est également nécessaire d'actualiser dans son intégralité le rapport sur *La situation du personnel infirmier dans le monde*, en utilisant des données améliorées et normalisées.

L'accent et les efforts doivent porter sur un ensemble d'indicateurs de base au niveau du système ou du pays : un « tableau de bord » normalisé et régulièrement actualisé. Le tableau ci-dessous présente plusieurs indicateurs qui, combinés, peuvent constituer un tel tableau de bord.

**Tableau 6 – Option d'indicateurs de base pour un tableau de bord de l'impact sur les personnels infirmiers**

INDICATEUR	EXEMPLE DE MESURE
<b>Roulement</b>	Nombre et pourcentage de « départs » divisés par le nombre moyen d'employés en poste durant l'année.
<b>Stabilité des effectifs/ taux de fidélisation</b>	Pourcentage de personnels en poste au début de l'année 1 et toujours en poste dans le même établissement un an plus tard.
<b>Arrêt de travail</b>	Temps perdu en raison d'un arrêt de travail en pourcentage du temps de travail défini par le contrat au cours d'une période donnée.
<b>Postes à pourvoir</b>	Nombre de postes budgétés et non pourvus, exprimé en pourcentage du nombre total de postes, p. ex. pourcentage du taux de vacance.
<b>Demande d'emploi</b>	Nombre d'infirmières sans emploi et en recherche active, en pourcentage de la population active totale d'infirmières.
<b>Autosuffisance en personnel</b>	Pourcentage d'infirmières formées dans le pays par rapport à l'ensemble des effectifs infirmiers du pays.
<b>Taux d'émigration</b>	Pourcentage d'infirmières nées ou formées dans un pays, mais travaillant à l'étranger, par rapport au nombre total d'infirmières en activité dans le pays en question.

Combinés, ces différents indicateurs peuvent donner aux décideurs politiques et aux planificateurs une image plus nette des causes sous-jacentes et une meilleure orientation stratégique. Les définitions utilisées pour certains indicateurs sont différentes, d'où l'impérieuse nécessité d'uniformité dans la pratique. Des informations détaillées figurent à l'annexe 1.

# 04

## CHAPITRE QUATRE

### 4. PROTÉGER ET SOUTENIR, POUR RECONSTRUIRE

#### 4.1 PROTÉGER ET INVESTIR AFIN DE SOUTENIR LES INFIRMIÈRES EST VITAL POUR LE RELÈVEMENT ET À LA RECONSTRUCTION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Comme précisé dans le présent rapport, la pandémie a forcé de nombreuses infirmières à assumer une plus grande charge de travail et plus de responsabilités, à acquérir de nouvelles compétences, à être affectées à d'autres services, à supporter une plus forte pression, dans un cadre de travail parfois dangereux, et à endosser un rôle d'interlocuteur de confiance en « première ligne ». Cette situation s'est manifestée pratiquement du jour au lendemain, mais elle perdure maintenant depuis des années.

**La pandémie, tout comme la reconstruction, ont mis au jour et amplifié tous les problèmes de sous-effectifs infirmiers et de contraintes budgétaires préexistants.** Cela renforce le stress et la charge de travail des infirmières, sur les épaules desquelles on ne peut pas faire reposer tout le poids de la reconstruction du système de santé.

À chaque fois qu'une infirmière est victime de surmenage ou de circonstances liées à sa santé, son bien-être ou son travail pouvant l'amener à travailler temporairement moins d'heures ou à quitter définitivement l'établissement de soins de santé, cela a des

conséquences négatives. L'infirmière, l'établissement de soins et les patients en paient le prix. Tel que souligné dans le présent rapport, cela entraîne des coûts organisationnels et se répercute négativement sur les soins dispensés aux patients et la charge de travail des infirmières en poste. Fondamentalement, le personnel infirmier ne peut pas continuer de couvrir ou compenser l'absence de protection et de soutien de l'employeur.

**Le relèvement et la reconstruction du système de santé, totalement tributaires du nombre d'infirmières qualifiées, échoueront si l'on ne porte pas pleinement l'effort sur la disponibilité des infirmières et l'impact qu'elles peuvent avoir.** En d'autres termes, sans protection ni soutien des personnels infirmiers, il n'y aura pas de reconstruction efficace du système de santé.

Protéger et soutenir le personnel infirmier sont des éléments stratégiques essentiels de tout système de santé ambitionnant de se relever de la pandémie et d'aller de l'avant, et ils doivent être combinés à une approche plus large visant à assurer la pérennité des effectifs infirmiers.



## 4.2 RÉPONSES STRATÉGIQUES POUR SOUTENIR LES INFIRMIÈRES AU TRAVAIL

Protéger et soutenir les infirmières doit être la base de toute stratégie concrète concernant les personnels infirmiers. Garder le plus longtemps possible un personnel précieux et qualifié est une mesure organisationnelle plus efficace et moins coûteuse que de devoir le remplacer. Comme indiqué plus haut, la pandémie a rendu plus plausible le cercle vicieux suivant : un faible taux de fidélisation au sein d'un établissement entraîne une baisse de la dotation en personnel, ce qui renforce les velléités de départ.

Le CII a été aux avant-postes pour élaborer des réponses stratégiques efficaces fondées sur des données probantes afin de protéger et soutenir les infirmières au travail (Buchan, Shaffer & Catton, 2018 & 2022), en s'appuyant sur une série de rapports multipays et d'analyses de pays donnés (Chmanga *et al.*, 2020 ; Marugu *et al.*, 2021 ; Adams, Ryan & Wood, 2021 ; MacKay *et al.*, 2021 ; Dall'Ora & Saville, 2021 ; Cohen-Serrins, 2021), par exemple l'**Indonésie** (Putra, Kusnanto & Yuwono, 2020), la **République de Corée** (Yun & Yu, 2021), la **Malaisie** (Al Zamel *et al.*, 2020) et la **Namibie** (Washeya & Fürst, 2021). Les points essentiels de ces études sont résumés dans le tableau ci-dessous, qui soulignent les facteurs antérieurs à la pandémie se répercutant sur la disponibilité d'infirmières et les points passés au premier plan en raison de la pandémie et de la nécessité de reconstruire le système de santé.

### Encadré 2 – Soutenir les personnels infirmiers : facteurs « préexistants » et facteurs « récents »

#### Facteurs préexistants

- Cadres, rapports et conditions de travail sûrs et favorables
- Rémunération, autres incitations financières et non financières
- Souplesse et politiques favorables aux familles
- Perspectives professionnelles et accès à la formation
- Charge de travail raisonnable et niveaux sûrs de dotation en personnel

- Rapports professionnels productifs avec les autres équipes et membres du personnel
- Autonomie professionnelle et participation à la prise de décision
- Gestion réactive, direction et supervision efficaces et mentorat ciblé
- Mobilité professionnelle et possibilités d'emploi dans différents établissements, secteurs, régions et pays

#### Facteurs récents et liés à la pandémie

- Accès aux schémas de vaccination complets
- Accès à des EPI efficaces
- Formation appropriée dispensée durant la réaffectation
- Soutien à des plages de repos/ des congés
- Soutien à la santé/au bien-être
- Soutien aux étudiants en soins infirmiers afin qu'ils terminent leurs études
- Mise en œuvre/extension des rôles de pratique avancée
- Participation pleine et entière à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de reconstruction du système de santé

L'encadré 2 comprend une liste de base définissant les actions et les interventions devant être menées pour réussir à fidéliser le personnel infirmier. S'il faut toujours comprendre les conséquences et tenir compte du contexte, **quatre interventions stratégiques, capitales et universelles** sont fondamentales pour protéger et soutenir de façon globale les personnels infirmiers et ainsi reconstruire le système de santé. Ces interventions sont les suivantes :

- **des niveaux de dotation en personnel adéquats ;**
- **des conditions de travail, des rémunérations et des perspectives professionnelles attrayantes ;**

- **des plages de repos, un appui à la santé et au bien-être** ; et
- **la participation à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de reconstruction du système de santé**

L'absence de réponse concrète à ces quatre préoccupations est à l'origine des manifestations et des grèves dans certains pays. Cela explique aussi la persistance du chômage d'infirmières dans des pays qui, de façon concomitante, connaissent une pénurie de personnels infirmiers.

Ces interventions stratégiques essentielles ont été, de manière générale, approuvées dans les *Orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux*, qui examinent les priorités stratégiques, à l'instar de l'optimisation de la formation locale d'infirmières pour répondre à la demande du système de santé, voire plus ; ou de la planification et de l'anticipation des effectifs infirmiers à l'aune du marché du travail du secteur de la santé (OMS, 2021a).

Les décideurs politiques et les ANI doivent s'appuyer sur la base de données résumée dans l'encadré 2 pour identifier « ce qui fonctionne » en matière de protection et de soutien des personnels infirmiers, en examinant systématiquement les options d'intervention qui vont au-devant des problèmes et des priorités identifiés et relevant de leur domaine de responsabilité.

Pour mieux fidéliser le personnel infirmier sur la durée, il faut une intervention planifiée, séquencée et à dimensions multiples, que l'on appelle « ensemble » de stratégies liées, plutôt que de procéder par interventions ponctuelles.

Pour que les politiques soient le plus équilibrées possible et renforcer la disponibilité et la fidélisation des infirmières, il faut en partie tenir compte des effets de la pandémie, du vécu et des motivations des infirmières. Il faut également, comme l'ont récemment relevé l'OCDE et l'OIT, « doter les agents de santé des bonnes compétences pour répondre aux futures crises sanitaires, les former aux technologies numériques qu'ils sont amenés à utiliser de façon croissante et anticiper l'évolution démographique » (OCDE/OIT, 2022). C'est la raison pour laquelle une **analyse d'impact des personnels infirmiers**, identifiant les causes profondes des problèmes d'effectifs, utilisant un

tableau de bord d'indicateurs et reposant sur une analyse efficace du marché du travail, tel qu'indiqué plus haut dans le rapport, constitue un fondement important de leur fidélisation et de leur pérennisation, ainsi que de leur planification future.

Avec l'évaluation de l'impact, un autre facteur capital de réussite est **la pleine participation** des infirmières et des ANI qui les représentent **à l'élaboration et à l'application des stratégies de reconstruction du système de santé**. Les infirmières sont les plus nombreuses au sein des professions de santé dans presque tous les contextes de soins, dans tous les pays ; elles sont en « première ligne », disposent de l'expérience et des connaissances stratégiques requises, figurent parmi les professions les plus respectées et sont un facteur de réussite fondamental de la reconstruction – il est donc évident qu'elles y soient associées. Or, il existe toujours bon nombre d'exemples fâcheux d'infirmières exclues de la prise de décision sur des enjeux cliniques et stratégiques essentiels à leurs activités (Rasmussen *et al.*, 2022), ce qui peut conduire à briser la relation de confiance et par ricochet, atteindre moralement et réduire les taux de fidélisation (Nelson *et al.*, 2022).

Il existe néanmoins un nombre croissant d'exemples de démarches multi-stratégiques, fondées sur des données probantes, dirigées par des infirmières (ou les impliquant) pour les infirmières, afin de permettre au système de santé de se relever et de se reconstruire. Il n'est pas possible de rendre compte de toutes les initiatives menées dans les différents pays, souvent sous l'égide des ANI, mais quelques exemples sont néanmoins présentés ci-dessous.

Aux **États-Unis**, le groupe de réflexion multipartite Partners for Safe Staffing (American Association of Critical-Care Nurses, American Nurses Association, American Organization for Nursing Leadership, Healthcare Financial Management Association et Institute for Healthcare Improvement) a été créé en 2022 pour trouver des solutions à la crise du personnel infirmier (Partners for Nurse Staffing Think Tank, 2022). Il indique qu'un « investissement adéquat pour disposer de personnel infirmier en nombre suffisant est fondamental pour le rendement, la réputation et la viabilité financière des établissements de soins de santé. »

Au **Canada**, une étude financée par la Société royale du Canada a examiné les répercussions de la pandémie sur les personnels infirmiers, afin d'éclairer la planification et la mise en œuvre de stratégies durables en matière de ressources humaines. Les principales conclusions et recommandations mettent l'accent sur le recrutement et la fidélisation de personnels infirmiers à l'échelon national (Murphy *et al.*, 2022). Un autre rapport, émanant de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers et du Réseau canadien des professionnels de santé, porte sur la pérennité des personnels infirmiers (Ben Ahmed & Bourgeault, 2022).

En **Nouvelle-Zélande**, le Ministère de la santé a créé un fonds d'un million de NZD destiné à aider les infirmières qui n'exercent pas, à reprendre une activité d'infirmière, « pour répondre à la hausse de la demande, assurer une dotation sûre en personnel et améliorer l'accès aux soins. » Cette initiative est liée à d'autres campagnes, comme le recrutement à échelon national et une autre encourageant les infirmières travaillant à l'étranger à rentrer au pays (RNZ, 2022b).

Dans l'**État de Victoria, en Australie**, l'ANI a obtenu la promesse préélectorale, en novembre 2022, que le futur gouvernement soutiendra l'octroi aux infirmières diplômées d'une prime de recrutement de 5 000 AUD au moment d'intégrer le système public ; des incitations supplémentaires pour que les étudiants s'inscrivant en soins infirmiers reçoivent 16 500 AUD s'ils restent dans le service de santé publique de l'État de Victoria pendant deux ans (Dow, 2022) ; et une meilleure proportion, obligatoire et étendue, de personnels infirmiers, y compris dans les unités de soins intensifs, les unités de grande dépendance, les unités de prise en charge de la COVID-19 et les services d'urgences des hôpitaux publics (Australian Nursing and Midwifery Federation, 2022).

En **Irlande**, l'élaboration d'une approche de la planification stratégique des effectifs à l'aide d'un « modèle de système dynamique de l'offre de personnel infirmier » servira à étayer l'examen de solutions stratégiques « pour répondre à la hausse prévue de la demande d'infirmières et réduire la dépendance de l'Irlande à l'égard du recrutement d'infirmières formées à l'étranger » (Ministère irlandais de la santé, 2022).

En **Écosse**, un Groupe de travail sur les soins infirmiers et obstétricaux a été créé par le gouvernement en février 2023 afin de construire des effectifs durables et qualifiés. Il sera présidé par le Ministre de la santé et comprendra des représentants de l'ANI principale, le Royal College of Nursing. Le groupe de travail « examinera la possibilité de créer une culture du personnel exemplaire ; de traiter les obstacles opérationnels ; et d'améliorer les conditions de travail, les établissements et les options d'apprentissage » (Gouvernement écossais, 2023).

Le programme d'action aux échelons national et mondial visant à protéger et à soutenir les personnels infirmiers et à permettre le relèvement et la reconstruction du système de santé est présenté ci-dessous. Il repose sur les mesures identifiées dans notre rapport stratégique *Pérenniser et fidéliser les effectifs* publié l'année dernière (Buchan, Catton & Shaffer, 2022), qui insiste sur la prise en compte des préoccupations croissantes concernant le surmenage et la disponibilité d'infirmières, et comprenant un ensemble clair de messages stratégiques à l'intention des décideurs nationaux (à l'échelon de l'État/de la province pour les systèmes fédéraux), des ANI et des organismes internationaux. Le programme d'action n'est viable que si les ANI et les autres responsables infirmiers s'impliquent pleinement en vue d'examiner et de mettre en œuvre des solutions stratégiques propres au contexte et fondées sur des données probantes. Comme indiqué plus haut, si l'avis des experts infirmiers n'est pas pris en compte dans les stratégies de reconstruction du système de santé, les probabilités de succès seront réduites.

### 4.3 UN PROGRAMME D'ACTION POUR 2022 ET AU-DELÀ : PROTÉGER ET SOUTENIR LES PERSONNELS INFIRMIERS POUR RECONSTRUIRE LE SYSTÈME DE SANTÉ

Le personnel infirmier a été en première ligne de la riposte concrète à la COVID-19 dans tous les pays. Il n'en sera pas moins capital pour relever et rebâtir les systèmes de santé à travers le monde. Le présent rapport souligne que les effets de la COVID-19 – comme le relèvement et la reconstruction des systèmes de santé – provoquent une demande accrue d'infirmières ; ils ont néanmoins aussi une incidence négative, directe et indirecte sur l'infirmière, la disponibilité globale d'infirmières et des effectifs infirmiers dans le monde, en sous-effectifs et fortement sollicités.

Le risque croissant est que les exigences liées à la pandémie et à la reconstruction, qui ont nettement accentué la pénurie de personnels infirmiers dans le monde, renforcent également la répartition inégale des infirmières et attisent les flux internationaux d'infirmières des pays à revenu faible et intermédiaire vers les pays à revenu élevé. Les efforts de relèvement et de reconstruction risquent d'être compromis à l'échelon national, avec pour résultat de détériorer la santé de la population, d'empêcher la mise en place de la CSU dans certains pays et de mettre en péril la capacité des pays à répondre à la prochaine urgence de santé publique. Ces préoccupations sont étroitement liées au thème de la Journée internationale des infirmières de cette année, *Nos infirmières. Notre futur.*, qui met en avant les enseignements devant être tirés de la pandémie et définissant les mesures concrètes devant être prises pour que les infirmières soient protégées, respectées et valorisées, et que les systèmes de soins de santé soient durables, sûrs, abordables, accessibles et réactifs (CII, 2023).

Pour protéger et soutenir les personnels infirmiers dans le monde et investir afin d'assurer leur viabilité à plus long terme, il est urgent de prendre des mesures stratégiques efficaces et coordonnées, à l'échelon national comme international/mondial. Ces mesures doivent comprendre des **actions** immédiates pour relever les défis urgents exposés dans le présent rapport et l'élaboration d'une vision d'avenir et d'un **plan** communs à plus long terme pour les personnels infirmiers dans le monde, et cela pour veiller à ce que le monde soit mieux à

même de faire face aux grands chocs d'ordre sanitaire à l'avenir. Elles doivent pleinement tenir compte du rapport femmes-hommes (voir p. ex Bourgeault *et al.*, 2021), dans un secteur où 90% des effectifs dans le monde sont des femmes. Le Programme d'action présenté ci-dessous s'appuie sur celui élaboré en 2022. Il est actualisé pour tenir compte des nouveaux défis et problèmes.

**Au niveau national**, protéger et investir afin de soutenir les personnels infirmiers pour les rendre viables sur du plus long terme devrait être l'objectif primordial et énoncé de façon exhaustive dans une stratégie ou un plan stratégique national. Cet objectif peut être atteint en mettant l'accent sur deux priorités stratégiques interdépendantes : mieux fidéliser les infirmières dans la population active et garantir des capacités de formation nationale appropriées. Pour cela, il faut :

- **AGIR : mener des analyses d'impact sur le personnel infirmier**, réalisées régulièrement, afin de mieux cerner l'impact sur l'infirmière et sur l'ensemble des effectifs infirmiers, apporter un soutien et des investissements efficaces, et permettre la reconstruction du système de santé. Les données issues des analyses d'impact permettraient d'améliorer les politiques et la planification relatives à la profession, d'optimiser la fidélisation et l'affectation des infirmières, de mieux utiliser leurs compétences, d'appuyer le suivi des mouvements internes d'infirmières et d'identifier les mesures prioritaires pour le recrutement et la fidélisation futurs, y compris en termes de « travail décent ». Les données pourraient également servir de base nationale à une approche dirigée par les pays pour actualiser le rapport sur *La situation du personnel infirmier dans le monde*, qui s'avère indispensable et urgent (voir ci-dessous).
- **AGIR : s'engager à investir et à soutenir des niveaux sûrs de dotation en personnel**. Des niveaux de dotation en personnel infirmier dangereusement bas ont été une source de problèmes significatifs dans de nombreux systèmes

de santé durant la pandémie et le seront également au moment de reconstruire : cela démultiplie le risque de surmenage des infirmières qui évoluent dans le système, compromet les soins aux patients et constitue un facteur d'augmentation des départs de personnel. Ils sapent également les efforts de reconstruction. De nombreuses méthodologies existent pour définir les besoins en personnel : s'engager à appliquer de manière cohérente une méthode de calibrage du personnel et allouer les ressources requises sont des indicateurs essentiels de la bonne gouvernance des systèmes de santé.

- **AGIR : s'engager à soutenir l'accès précoce à des schémas complets de vaccination pour toutes les infirmières.** Sans cette protection du personnel infirmier, les futures ripostes aux pandémies seront compromises, et toutes les autres interventions visant à renforcer la pérennité risquent de perdre en efficacité. Certains pays n'ont pas encore atteint une couverture adéquate.
  - **PLANIFIER : examiner/renforcer les capacités du système national de formation des infirmières** pour répondre à la demande de reconstruction et soutenir l'offre d'infirmières à long terme. Il s'agit de s'appuyer sur les données issues des analyses d'impact et sur une analyse régulière et systématique du marché du travail des infirmières au niveau national, incluant une évaluation de l'importance, des profils de compétences et des affectations prévus pour les futurs effectifs infirmiers, ainsi que sur les convergences de vues pour combler les lacunes identifiées, en adaptant l'offre et les programmes d'études.
  - **PLANIFIER : investir pour fidéliser les infirmières et rendre attrayante cette carrière**, en assurant des salaires et des conditions d'emploi convenables, des perspectives professionnelles structurées, un accès à la formation continue et un soutien au bien-être, afin de veiller à ce que les effets préjudiciables du surmenage des infirmières soient combattus, que le chômage des infirmières soit abordé et que les causes des grèves des infirmières soient traitées.
  - **PLANIFIER : mettre en œuvre des politiques visant à améliorer les structures de carrière, et optimiser les effectifs par des rôles de pratique avancée et l'appui technologique adéquat.** Cela peut donner les moyens d'optimiser la contribution du personnel infirmier à la reconstruction en soutenant les infirmières qui travaillent à plein temps, en augmentant le recours à la pratique avancée et aux rôles de spécialistes (c'est-à-dire les infirmières praticiennes), en combinant efficacement les compétences et les modes d'organisation du travail, le travail d'équipe, ainsi qu'un soutien administratif, des technologies et des équipements adéquats, avec la formation nécessaire. Ces mesures contribueront à fidéliser les infirmières et à renforcer l'attrait des soins infirmiers, à accélérer la reconstruction et doivent également porter sur la mise en place d'un cadre réglementaire et législatif favorable.
  - **PLANIFIER : contrôler et suivre l'autosuffisance en matière d'infirmières.** L'indicateur donnant le pourcentage de dépendance envers les personnels infirmiers nés ou formés à l'étranger donne aux décideurs nationaux un aperçu de l'étendue de leur dépendance (et de leur vulnérabilité potentielle) à l'égard de l'offre internationale d'infirmières. Cela permet au pays de suivre et de rendre compte des progrès dans la réalisation de l'engagement très important pris dans le cadre de la *Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030* (OMS, 2016b, p. 23), ainsi que dans l'application du Code de l'OMS (OMS, 2020c).
- Au niveau international**, la réponse stratégique doit tenir compte du fait que les préjudices provoqués par la pandémie ont été plus grands parmi les personnels infirmiers des pays à faible revenu, déjà vulnérables et souvent en sous-effectifs. Cela met en péril le relèvement et la reconstruction des systèmes de santé et toute perspective d'amélioration de la santé de la population, y compris la réalisation des ODD et la mise en place de la CSU. Ces pays resteront particulièrement vulnérables à l'exode d'infirmières, même en parvenant à mettre en œuvre des politiques nationales visant à

améliorer la disponibilité de personnel infirmier et à soutenir le relèvement et la reconstruction. Ces pays à risque doivent être soutenus par la communauté internationale. Les principales parties prenantes mondiales, telles que l'OMS, l'OCDE, la Banque mondiale et le CII, doivent agir sans délai, mais également élaborer et convenir d'une vision d'avenir et d'un plan à long terme, sur dix ans, pour soutenir les personnels infirmiers dans le monde.

Ce plan à long terme doit porter sur la reconstruction et la façon de reconstituer les effectifs infirmiers dans le monde et les investissements pour les faire croître. Il doit être dans le droit fil des mesures plus immédiates présentées dans le présent mémoire afin de définir les engagements requis sur dix ans et ainsi pérenniser les effectifs infirmiers à l'échelon mondial.

La pandémie a changé le monde et mis en évidence les risques terribles de pénurie de personnel infirmier, mais elle a également révélé à quel point « la richesse, c'est la santé » : les pays doivent investir dans leurs systèmes de santé s'ils souhaitent favoriser des économies dynamiques. Il est nécessaire de reconstruire le système de santé pour améliorer la santé et la richesse.

Les instruments mondiaux actuels et les stratégies relatives aux personnels de santé, tels que les *Ressources humaines pour la santé* (OMS 2016b) et la Commission de haut niveau de l'ONU sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique (OMS 2016c), reflètent le monde d'avant la pandémie. Ils peuvent continuer de fournir un cadre général pour les stratégies futures, mais il est clair qu'ils doivent être actualisés pour tenir compte des conséquences de la pandémie, et c'est aussi valable pour le rapport sur *La situation du personnel infirmier dans le monde*.

La problématique des effectifs infirmiers dans le monde est trop immense, trop vitale et trop « différente » de celle qui prévalait il y a seulement trois ans pour en faire abstraction. **Les parties prenantes internationales et les pays doivent coordonner leurs efforts pour élaborer un plan à long terme, sur dix ans, destiné à pérenniser les effectifs infirmiers dans le monde.** Nous ne pouvons pas prendre le risque de fragiliser davantage des effectifs déjà affaiblis, ni revenir au monde d'avant la pandémie, à savoir se résigner à des

pénuries importantes de personnels infirmiers. Les mesures requises, celles d'aujourd'hui et celles en vue de soutenir l'élaboration de ce plan décennal – qui doivent être examinées et coordonnées par les pays et les parties prenantes internationales –, sont les suivantes :

- **AGIR : promouvoir une actualisation immédiate de l'analyse de *La situation du personnel infirmier dans le monde*.** La première édition de ce rapport a été publiée début 2020 et décrit le profil des personnels infirmiers dans un monde antérieur à la pandémie. Il s'agit d'une référence utile, mais la pandémie a changé le monde à jamais. Alors que nous entrons dans la quatrième année de la pandémie, il est urgent d'établir le deuxième rapport sur la situation du personnel infirmier dans le monde : un profil mondial actualisé des effectifs infirmiers durant la pandémie et orienté vers la reconstruction, afin d'évaluer les préjudices causés et les possibilités d'investissements et d'actions ciblés en matière de pérennité et de renouvellement.
- **PLANIFIER : s'engager à soutenir l'accès précoce à des schémas de vaccination complets pour toutes les infirmières, dans tous les pays.** Une coopération internationale est requise pour protéger le personnel infirmier dans tous les pays.
- **PLANIFIER : s'engager à appliquer et à évaluer des approches efficaces et éthiques de la gestion des flux internationaux d'infirmières,** en s'inscrivant dans une démarche collective dans le cadre de l'application plus complète, efficace et cohérente du *Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé* et de sa liste de sauvegarde (OMS, 2020c). Il s'agit de mieux surveiller les flux internationaux d'infirmières, de mettre en place un contrôle indépendant de l'usage des accords bilatéraux entre pays et des agences de recrutement pour garantir la conformité, de convenir d'une définition de ce que l'on entend par recrutement « actif », et d'adopter des pratiques de recrutement et d'emploi équitables et transparentes. Les données probantes concernant la mise en œuvre de ces politiques sont actuellement insuffisantes pour éclairer des politiques efficaces et identifier toute mauvaise pratique éthique,

et doivent être enrichies de toute urgence. Entre-temps, sachant les niveaux élevés de recrutement actif à l'étranger à l'heure actuelle, le CII appelle à un moratoire d'une durée précise sur le recrutement actif d'infirmières provenant de pays figurant sur la liste de sauvegarde.

- **PLANIFIER : s'engager à soutenir des analyses d'impact régulières et systématiques sur les personnels infirmiers, en particulier dans les pays aux ressources limitées**, en dispensant des conseils techniques, en améliorant les données, en procédant à des analyses indépendantes et des échanges multipartites sur les politiques pour convenir de mesures stratégiques prioritaires sur la disponibilité et la fidélisation du personnel infirmier local.
- **PLANIFIER : s'engager à investir pour pérenniser les effectifs infirmiers des petits États, des États à faible revenu et des États fragiles, plus vulnérables aux départs des personnels infirmiers et plus touchés par la pandémie**, en s'appuyant sur les enseignements de

la Commission de haut niveau des Nations Unies sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique (OMS, 2016c) et sur les *Orientations stratégiques mondiales de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux*, qui démontrent les avantages économiques, sociaux et sanitaires à long terme d'investir dans les personnels infirmiers.

Se relever pour reconstruire. Il faut à la fois des mesures urgentes et une vision d'avenir et un plan communs à long terme pour les personnels infirmiers dans le monde. La pandémie de COVID-19 a fait des ravages sans précédent parmi eux et le relèvement et la reconstruction du système de santé leur ajoutent un poids. Sans infirmières en nombre suffisant, motivées et soutenues, le système de santé mondial ne pourra pas être reconstruit. Les pouvoirs publics doivent de toute urgence prendre des mesures coordonnées aux échelons national et international pour appliquer le Programme d'action 2023 et élaborer un plan à plus long terme, à savoir protéger et soutenir le personnel infirmier, et donner les moyens de reconstruire le système de santé.

# ANNEXE 1 :

## TABLEAU DE BORD DE L'IMPACT SUR LES EFFECTIFS INFIRMIERS

Il est possible de combiner plusieurs indicateurs sur le personnel pour évaluer la dynamique des effectifs infirmiers au niveau d'un pays ou d'un système. Le présent « tableau de bord » peut être périodiquement actualisé afin d'offrir un regard stratégique pertinent, et peut également soutenir les évaluations de l'impact sur les effectifs infirmiers. La disponibilité des données ne sera pas la même d'un pays/système à un autre, mais elle peut s'appuyer sur des instruments de collecte de données normalisées déjà établis, tels que les comptes nationaux sur les personnels de santé et le suivi périodique du Code de

l'OMS. (Autres sources: DalPoz *et al.*, 2009 ; Chisholm, Russell & Humphreys, 2011 ; Lopes *et al.*, 2017 ; Buchan, Catton & Shaffer, 2018 ; OMS, 2022d). Les indicateurs du tableau de bord peuvent être combinés avec les résultats des enquêtes sur le travail, la santé et le bien-être des infirmières (voir p. ex. le tableau 4 plus haut).

Le tableau ci-dessous présente les indicateurs « de base » pouvant être appliqués au tableau de bord, la façon dont ces indicateurs sont calculés, ainsi que les principales forces et limites de chaque indicateur tel qu'il est appliqué.



Tableau 7 – Tableau de bord de l'impact sur les effectifs infirmiers

INDICATEUR	MODE DE CALCUL COURANT	FORCES/LIMITES
Roulement des infirmières	<p>Le roulement et les termes équivalents « abandon » (Chankova, Muchiri &amp; Kombe, 2009) ou « perte » (Dovlo, 2005), sont généralement exprimés en pourcentage de personnel infirmier dans un lieu de travail ou un système particulier ayant quitté l'établissement (ou changé d'emploi) au cours des 12 derniers mois. On l'appelle parfois le taux de roulement annuel « brut » : <b>Le nombre de « départs » divisé par le nombre moyen d'employés en poste durant l'année.</b></p> <p>Autres mesures : probabilités de longévité (Russell <i>et al.</i>, 2013) ; longévité médiane (années), analyse de la longévité, abandon dans les premières années après l'obtention du diplôme.</p>	<p>Le taux de roulement du personnel infirmier, quelle que soit la façon dont il est calculé, est le mode de calcul le plus courant pour évaluer la fidélisation (ou l'absence de fidélisation). Le roulement souhaité et le roulement non souhaité doivent être différenciés ; les destinations internes et externes des « départs » volontaires doivent être différenciées.</p>
Stabilité du personnel infirmier/taux de fidélisation	<p>Examiner la stabilité du personnel infirmier suit le même fil conducteur que la fidélisation des infirmières, mais sous l'angle de celles qui restent plutôt que de celles qui partent. Un haut degré de stabilité ou de fidélisation du personnel s'oppose au roulement élevé, et peut être associé positivement au niveau et à la qualité des soins de santé disponibles (Buchan, 2010).</p> <p><b>Indice de stabilité 1 – pourcentage de personnels en poste au début de l'année 1 et toujours en poste dans le même établissement un an plus tard.</b></p>	<p>Le choix de rester en poste, alors qu'il existe une option de départ, peut indiquer que le cadre de travail satisfait les exigences de l'infirmière. La stabilité peut être un indicateur utile de conditions favorables, en partant du principe que l'infirmière fait le « choix » de rester ou de s'en aller.</p>
Absence au travail des infirmières	<p>L'absentéisme du personnel infirmier est considéré comme un obstacle à l'amélioration des résultats de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (Chaudary <i>et al.</i>, 2006 ; Goldstein <i>et al.</i>, 2013). Les raisons de l'absence au travail peuvent être l'éloignement et l'accès difficile aux centres de santé, la médiocrité des équipements et des transports, les conditions de travail mauvaises ou dangereuses. Dans certains cas, l'absence du lieu de travail « principal » peut être liée à la nécessité de générer des revenus à partir d'autres sources afin d'obtenir un salaire décent, d'exercer une « double pratique » (Fox <i>et al.</i>, 2013 ; Russo <i>et al.</i>, 2018).</p> <p><b>Taux d'absence au travail « brut » : temps perdu en raison d'une absence au travail en pourcentage du temps de travail défini par le contrat au cours d'une période donnée.</b></p> <p>Parmi les autres mesures de calcul, citons la durée moyenne par période d'absence au travail et la durée moyenne d'absence au travail par personne.</p>	<p>Les taux d'absence au travail peuvent être simples à calculer ; l'analyse des taux d'absence au travail par différents groupes de personnels, services ou activités peut aider à identifier les domaines particuliers qui posent un problème. L'une des principales limites réside dans le fait que comparer les taux d'absence au travail de différentes unités peut amener à tirer des conclusions erronées si des calculs de base comme le nombre et la durée des absences ne sont pas également fournies.</p>
Postes d'infirmière à pourvoir	<p>Si des emplois/postes d'infirmières budgétés ne sont pas pourvus, cela peut indiquer qu'ils ne sont pas attrayants pour les agents, du fait des conditions de travail, de la situation géographique, voire de la mauvaise réputation de l'établissement qui recrute. Le taux de postes vacants peut être un indicateur de l'attractivité ou du manque d'attractivité de différents emplois, lieux ou établissements, et en tant que tel, le taux de vacance peut être utilisé comme indicateur.</p> <p><b>Le nombre de postes budgétés qui ne sont pas pourvus, exprimé en pourcentage du nombre total de postes, p. ex., le pourcentage du taux de vacance.</b></p>	<p>Certains établissements laissent délibérément des postes d'infirmières vacants pour faire des économies sur les coûts de recrutement, compromettant la fiabilité des taux de vacance comme indicateur de pénurie ; si les postes vacants ne peuvent pas être pourvus, ils peuvent être supprimés, « masquant » ainsi le problème de la pénurie.</p>

INDICATEUR	MODE DE CALCUL COURANT	FORCES/LIMITES
Chômage des infirmières	Dans certains pays, les infirmières diplômées sans emploi.  <b><i>Nombre d'infirmières au chômage et cherchant un emploi, en pourcentage de la population active totale d'infirmières.</i></b>	Cet indicateur peut difficilement être perçu comme un indicateur du marché du travail, car il peut exprimer des salaires peu attrayants ou l'incapacité des employeurs à financer des emplois.
Autosuffisance en personnels infirmiers	<b><i>Indicateur d'autosuffisance : pourcentage de l'ensemble des effectifs infirmiers d'un pays formés à l'étranger.</i></b>  Plus le pourcentage est élevé, moins le pays est autosuffisant.	Les données peuvent être présentées sous forme de « née à l'étranger », « infirmière formée à l'étranger » ou « autre pays » – la clarté et la cohérence sont nécessaires pour l'interprétation.
Taux d'émigration des infirmières	<b><i>Taux d'émigration : pourcentage d'infirmières nées ou formées dans un pays, mais travaillant à l'étranger, par rapport au nombre total d'infirmières travaillant dans le pays.</i></b>  Plus le taux d'émigration est élevé, plus les effectifs infirmiers du pays sont réduits du fait des départs à l'étranger.	Les données peuvent être présentées sous forme de « née à l'étranger », « infirmière formée à l'étranger » ou « autre pays » – la clarté et la cohérence sont nécessaires pour l'interprétation.

Ces indicateurs de données d'usage courant doivent être utilisés et interprétés avec prudence. Il s'agit de s'appuyer sur l'ensemble de ces indicateurs, de façon régulière, pour suivre les tendances générales, qui sont beaucoup plus utiles que les calculs faits ponctuellement. Le tableau de bord doit être un instrument dynamique et non une analyse ponctuelle. De nombreuses méthodes de calcul sont facultatives, ce qui peut limiter les possibilités de comparaison, et si des calculs différents sont faits sur différents sites ou à différentes périodes.

L'interprétation des données en tant qu'indicateurs clairs du mode de fonctionnement du personnel infirmier se heurte également à des limites. Par exemple, un faible taux de roulement du personnel infirmier peut simplement illustrer l'absence d'alternative professionnelle pour les infirmières plutôt qu'un haut degré de satisfaction au travail ; la permanence élevée de postes vacants d'infirmières peut refléter une volonté de réduire les coûts.

# RÉFÉRENCES

- Adams, R., Ryan, T. and Wood, E. (2021). Understanding the factors that affect retention within the mental health nursing workforce: a systematic review and thematic synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*.
- Adebayo, O. *et al.* (2016). Health workforce for 2016–2030: Will Nigeria have enough? *Inter J Inn Heal Res*, 4(1), 9-16.
- Adegbesan, A. (2022). 'Hospitals to Lean on More Expensive Travel Nurses Even After Covid'. Bloomberg News UK. 15 mars. Accès : <https://www.bloomberg.com/news/articles/2022-03-15/budget-busting-travel-nurses-to-rack-hospitals-even-after-covid?leadSource=verify%20wall>.
- Aiken, L. H. *et al.* (2022). A repeated cross-sectional study of nurses immediately before and during the Covid-19 pandemic: Implications for action. *Nursing Outlook*, 101903.
- Al Zamel, L. G. *et al.* (2020). Factors influencing nurses' intention to leave and intention to stay: An integrative review. *Home Health Care Management & Practice*, 32(4), 218-228.
- Al-Riyami, M., Fischer, I. and Lopez, V. (2015). Nurses' perceptions of the challenges related to the Omanization policy. *International Nursing Review*, 62(4), 462-469.
- Alves, A.B.S.L. *et al.* (2022). Absenteeism in Nursing in the Face of COVID-19: A Comparative Study in a Hospital from Southern Brazil. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 31.
- Aristizabal, P., Nigenda, G. and Serván-Mori, E. (2019). The precarization of the Mexican nursing labor market: a repeated cross-sectional analysis for the period 2005–2018. *Human Resources for Health*, 17(1), 1-9.
- Asamani, J. A. *et al.* (2020). The imperative of evidence-based health workforce planning and implementation: lessons from nurses and midwives unemployment crisis in Ghana. *Human resources for health*, 18(1), 1-6.
- Asamani, J. A. *et al.* (2022). Health workforce supply, needs and financial feasibility in Lesotho: a labour market analysis. *BMJ Global Health*, 7(Suppl 1), e008420.
- Asrir, I. *et al.* (2022). Study of sickness absenteeism among nursing staff at the Ibn Rochd University Hospital of Casablanca (CHUIR) during the COVID-19 pandemic. *Safety and Health at Work*, 13, S185-S185.
- Assaye, A. M. *et al.* (2021). Impact of nurse staffing on patient and nurse workforce outcomes in acute care settings in low-and middle-income countries: a systematic review. *JBI evidence synthesis*, 19(4), 751-793.
- Auerbach D, *et al.* (2022). A Worrisome Drop in The Number of Young Nurses. *Health Affairs Forefront*. 13 avril.
- Australian Nursing and Midwifery Federation (2022). Andrews Government promises more ratio improvements if elected. 9 novembre. Accès : <https://otr.anmfvic.asn.au/articles/andrews-government-promises-more-ratio-improvements>.
- Ball, J. and Ejebu, O. Z. (2021). What keeps nurses in nursing? *Evidence Brief*, 1-2. University of Southampton.

Ball, J. *et al.* (2022). The impact of COVID-19 on nurses (ICON) survey: Nurses' accounts of what would have helped to improve their working lives. *Journal of Advanced Nursing*, 79(1) janvier 2023 pp. 343-357.

Banque mondiale (2022). Chap 1. The economic impacts of the COVID-19 crisis. World Development Report 2022. World Bank, USA. Accès : <https://www.worldbank.org/en/publication/wdr2022/brief/chapitre-1-introduction-the-economic-impacts-of-the-covid-19-crisis>.

Batalova, J. (2020). Spotlight: Immigrant Health-Care Workers in the United States. Migration Policy Institute, USA. 14 mai. Accès : <https://www.migrationpolicy.org/article/immigrant-health-care-workers-united-states>.

Batalova, J. and Fix, M. (2020). As U.S. Health-Care System Buckles under Pandemic, Immigrant & Refugee Professionals Could Represent a Critical Resource. Migration Policy Institute commentary. Avril. Accès : <https://www.migrationpolicy.org/news/us-health-care-system-coronavirus-immigrant-professionals-untapped-resource>.

Ben Ahmed, H. and Bourgeault, I. (2022). Sustaining Nursing in Canada. Canadian Federation of Nurses Unions, Ottawa. Accès : [https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2022/11/CHWN-CFNU-Report\\_-Sustaining-Nursing-in-Canada2022\\_web.pdf](https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2022/11/CHWN-CFNU-Report_-Sustaining-Nursing-in-Canada2022_web.pdf).

Berlin, G., *et al.* (2022). Around the world, nurses say meaningful work keeps them going. McKinsey consultants. Accès : <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/around-the-world-nurses-say-meaningful-work-keeps-them-going>.

Berlin, G., Lapointe, M. and Murphy, M. (2021). Surveyed nurses consider leaving direct patient care at elevated rates. McKinsey. Accès : <https://www.emergingrnleader.com/wp-content/uploads/2022/02/Mckinsey-Report-2022.pdf>.

Birmingham, C. *et al.* (2019). The experiences of the agency registered nurse: an integrative literature review. *Journal of nursing management*, 27(8), 1580-1587.

Boateng, A. B., *et al.* (2022). Factors Influencing Turnover Intention among Nurses and Midwives in Ghana. *Nursing Research and Practice*, 2022.

Boniol, M. *et al.* (2022c). Inequal distribution of nursing personnel: a subnational analysis of the distribution of nurses across 58 countries. *Human Resources for Health* 20, 22. <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00720-5>.

Boniol, M., *et al.* (2022a). The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage? *BMJ Global Health*, 7(6), e009316. Accès : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35760437/>.

Boniol, M., *et al.* (2022b). Urgent need to invest in health and care workers. *The Lancet*. Accès : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)00576-1/fulltext#articleInformation](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)00576-1/fulltext#articleInformation).

Bourgeault, I.L. *et al.* (2021). Hiding in plain sight: the absence of consideration of the gendered dimensions in 'source' country perspectives on health worker migration. *Human Resources for Health* 19, 40. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00571-6>.

Brady, C. *et al.* (2022). Nursing home staff mental health during the Covid-19 pandemic in the Republic of Ireland. *International journal of geriatric psychiatry*, 37(1).

Brolan, C. E. *et al.* (2022). Lessons from the frontline: The COVID-19 pandemic emergency care experience from a human resource perspective in the Pacific region. *The Lancet Regional Health-Western Pacific*, 25, 100514.

Brophy, S. *et al.* (2022). Heroes on Strike: Trends in Global Health Worker Protests During COVID-19. Accountability Research Center, Accountability Note Number 10, avril 2022. ARC, Washington DC, USA.

Buchan, J. (2010). The benefits of health workforce stability. *Human Resources for Health*, 8:29.

Buchan, J. (2023). Brexit, Covid and the UK's reliance on international recruitment. Nuffield Trust, London, 13 janvier. Accès : <https://www.nuffieldtrust.org.uk/news-item/brexit-covid-and-the-uk-s-reliance-on-international-recruitment>.

Buchan, J., Catton, H. and Shaffer, F. (2022). *Pérenniser et fidéliser les effectifs en 2022 et au-delà : les personnels infirmiers dans le monde et la pandémie de COVID-19*. Centre international des migrations d'infirmières. Philadelphia, USA. Accès : [https://www.icn.ch/system/files/2022-02/Sustain%20and%20Retain%20in%202022%20and%20Beyond-%20The%20global%20nursing%20workforce%20and%20the%20COVID-19%20pandemic\\_FR.pdf](https://www.icn.ch/system/files/2022-02/Sustain%20and%20Retain%20in%202022%20and%20Beyond-%20The%20global%20nursing%20workforce%20and%20the%20COVID-19%20pandemic_FR.pdf).

Buchan, J., Shaffer, F. A. and Catton, H. (2018). *Policy brief: Nurse retention*. International Centre for Nurse Migration. Philadelphia, USA. Accès : [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2018\\_ICNM%20Nurse%20retention.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2018_ICNM%20Nurse%20retention.pdf).

Buchan, J., Williams, G. A. and Zapata, T. (2021). Governing health workforce responses during COVID-19. *Eurohealth*, 27(1), 41-48.

Bundesagentur für Arbeit (2021). Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt/Mai 2020 : Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich (Reports: Spotlight on the labour market/mai 2020 : Labour market situation in the care sector). Accès : <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf>.

Burden, S., Henshall, C. and Oshikanlu, R. (2021). Harnessing the nursing contribution to COVID-19 mass vaccination programmes: Addressing hesitancy and promoting confidence. *Journal of Advanced Nursing*, 77: e16-e20. <https://doi.org/10.1111/jan.14854>.

CBC News (2022). "Quebec spending \$65M to recruit, train 1,000 foreign nurses". 16 fév. Accès : <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/quebec-recruit-foreign-nurses-1.6353552>.

CGFNS (2022). *Nurse Migration Report 2022*. Philadelphia, USA. Accès : <https://www.cgfns.org/2022nursemigrationreport/>.

Chaboyer, W. *et al.* (2021). Missed nursing care: An overview of reviews. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 37(2), 82-91.

Chamanga, E., *et al.* (2020). Factors influencing the recruitment and retention of registered nurses in adult community nursing services: an integrative literature review. *Primary Health Care Research & Development*, 21.

Chan, G. K., *et al.* (2021). The impact of COVID-19 on the nursing workforce: a national overview. *Online Journal of Issues in Nursing*, 26(2), 1-17.

Chandler-Jeanville, S. *et al.* (2021). Perceptions and experiences of the COVID-19 pandemic amongst frontline nurses and their relatives in France in six paradoxes: a qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6977.

Chankova, S., Muchiri, S. and Kombe, G. (2009). Health workforce attrition in the public sector in Kenya: a look at the reasons. *Human Resources for Health*, 7:58.

Chaudhury, N. *et al.* (2006). Missing in action: teacher and health worker absence in developing countries. *Journal of Economic Perspective* 20(1):91-116.

Chisholm, M., Russell, D. and Humphreys, J. (2011). Measuring rural allied health workforce turnover and retention: what are the patterns, determinants and costs? *Australian Journal of Rural Health*, 19(2), 81-88.

Chowdhury, S.R. *et al.* (2023). Impact of workplace bullying, and burnout on job satisfaction among Bangladeshi nurses: A cross-sectional study. *Heliyon*, février 2023 ; 9(2): e13162.

CII (2019). Mobilité professionnelle internationale et recrutement déontologique des infirmières : Prise de position. CII. Accès : [https://www.icn.ch/system/files/documents/2019-11/PS\\_C\\_%20International%20career%20mobility%20and%20ethical%20nurse%20recruitment\\_Fr.pdf](https://www.icn.ch/system/files/documents/2019-11/PS_C_%20International%20career%20mobility%20and%20ethical%20nurse%20recruitment_Fr.pdf).

CII (2020a). Le succès des programmes de vaccination à grande échelle contre la COVID-19 dépendra des infirmières en première ligne et des infirmières leaders au plus haut niveau gouvernemental [communiqué de presse]. 12 novembre. Accès : <https://www.icn.ch/fr/actualites/le-succes-des-programmes-de-vaccination-grande-echelle-contre-la-covid-19-dependra-des>.

CII (2020b). Déclaration du CII à l'Assemblée mondiale de la Santé. Soixante-treizième assemblée mondiale de la santé, point 12 de l'ordre du jour provisoire. Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé. Novembre 2020. Accès : [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/WHA73%20ICN%20statement%2012\\_FR\\_final.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/WHA73%20ICN%20statement%2012_FR_final.pdf).

CII (2021a). Le CII déclare que les 115 000 décès d'agents de santé dus à la COVID-19 révèlent l'échec collectif des dirigeants à protéger le personnel mondial [communiqué de presse]. 21 octobre. Accès : <https://www.icn.ch/fr/actualites/le-cii-declare-que-les-115-000-deces-dagents-de-sante-dus-la-covid-19-revelent-lechec>.

CII (2021b). Le CII soutient la Déclaration de l'OMS sur l'équité en matière de vaccins, avertissant que tout retard dans leur déploiement mondial peut s'avérer catastrophique [communiqué de presse]. 12 février. Accès : <https://www.icn.ch/fr/actualites/le-cii-soutient-la-declaration-de-loms-sur-lequite-en-matiere-de-vaccins-avertissant-que>.

CII (2021c). Le CII appelle à des mesures urgentes pour renforcer les efforts de vaccination des personnels de santé en Afrique, les chiffres révélant qu'un seul agent sur dix est entièrement vacciné [communiqué de presse]. 30 septembre. Accès : <https://www.icn.ch/fr/actualites/le-cii-appelle-des-mesures-urgentes-pour-renforcer-les-efforts-de-vaccination-des>.

CII (2022a). Le CII attire l'attention sur le fait que l'on passera à côté de l'objectif de la couverture sanitaire universelle s'il l'on n'investit pas sans délai dans les infirmières [communiqué de presse]. 12 décembre. Accès : <https://www.icn.ch/fr/actualites/le-cii-attire-lattention-sur-le-fait-que-lon-passera-cote-de-lobjectif-de-la-couverture>.

CII (2022b). *Les personnels infirmiers en santé mentale dans le monde. Il est temps d'accorder la priorité à la santé mentale et au bien-être et d'investir dans ces domaines.* Accès : [https://www.icn.ch/system/files/2022-10/ICN\\_Mental\\_Health\\_Workforce\\_report\\_FR\\_web.pdf](https://www.icn.ch/system/files/2022-10/ICN_Mental_Health_Workforce_report_FR_web.pdf).

CII (2022c). Le CII déclare que d'éminentes recherches montrent qu'un objectif plus ambitieux en matière de CSU suppose 30 millions d'infirmières et de sages-femmes supplémentaires [communiqué de presse]. 30 novembre. Accès : <https://www.icn.ch/fr/actualites/le-cii-declare-que-deminentes-recherches-montrent-quun-objectif-plus-ambitieux-en>.

CII (2022d). L'accroissement alarmant des actions revendicatives des infirmières est un symptôme de la crise mondiale des systèmes de santé [communiqué de presse]. 16 juin. Accès : <https://www.icn.ch/fr/actualites/laccroissement-alarmant-des-actions-revendicatives-des-infirmieres-est-un-symptome-de-la>.

CII (2022e). Le CII demande des codes plus forts pour le recrutement déontologique des infirmières et l'investissement dans l'enseignement des soins infirmiers [communiqué de presse]. 11 août. Accès : <https://www.icn.ch/fr/actualites/le-cii-demande-des-codes-plus-forts-pour-le-recrutement-deontologique-des-infirmieres-et>.

CII (2023). *Nos infirmières. Notre futur. : le CII présente le thème de la Journée internationale des infirmières en 2023*. 12 janvier. Accès : <https://www.icn.ch/fr/actualites/nos-infirmieres-notre-avenir-le-cii-presente-le-theme-de-la-journee-internationale-des>.

Cinco, M. (2022). FOCUS: "As pandemic eases, more Filipino nurses set to seek work abroad". *Kyodo News*, 6 novembre. Accès : <https://english.kyodonews.net/news/2022/11/5b6fee89a1f6-focus-as-pandemic-eases-more-filipino-nurses-set-to-seek-work-abroad.html>.

Clark, S. E., Chisnall, G. and Vindrola-Padros, C. (2022). A systematic review of de-escalation strategies for redeployed staff and repurposed facilities in COVID-19 intensive care units (ICUs) during the pandemic. *EClinicalMedicine*, 44, 101286.

Cohen-Serrins, J. (2021). *How COVID-19 Exposed an Inadequate Approach to Burnout: Moving Beyond Self-Care*. In *Shared Trauma, Shared Resilience During a Pandemic*. Springer, Cham.

Collins, A. (2021). NHS leaders told to accelerate international recruitment as 800 nurses join register in a week. *Health Service Journal*, 16 décembre.

Cortés-Álvarez, N. Y. and Vuelvas-Olmos, C. R. (2022). COVID 19: Psychological effects and associated factors in Mexican nurses. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 16(4), 1377-1383.

Crerar, P. and Stacey, K. (2023). "Union fury as Rishi Sunak unveils anti-strike laws for 'minimum service levels'" *The Guardian*, 5 janvier. Accès : <https://www.theguardian.com/uk-news/2023/jan/05/uk-ministers-announce-anti-strike-legislation>.

Crowe, S., Howard, A. F. and Vanderspank, B. (2022). The mental health impact of the COVID-19 pandemic on Canadian critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 103241.

Cruz, K. (2022). "CHED lifts ban on new BS Nursing programs". *Manila Times*, 21 juillet. Accès : <https://www.manilatimes.net/2022/07/21/campus-press/ched-lifts-ban-on-new-bs-nursing-programs/1851719>.

Dall'Ora, C. and Saville, C. (2021). Burnout in nursing: what have we learnt and what is still unknown? *Nursing Times* [online]; 117: 2, 43-44.

Dall'Ora, C. *et al.* (2020). Burnout in nursing: a theoretical review. *Human resources for health*, 18, 1-17.

Dall'Ora, C. *et al.* (2022). Nurse staffing levels and patient outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *International Journal of Nursing Studies*. 2022 Oct; 134: 104311. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104311. Epub 2022 Jun 16. PMID: 35780608.

DalPoz, M. *et al.* (2009). *Handbook on Monitoring and Evaluation of Human Resources for Health*. WHO/World Bank/USAID.

Das, S. (2022). "Plan to recruit Nepal nurses for NHS puts them 'at risk of exploitation'" *The Guardian*. 25 Septembre. Accès : <https://www.theguardian.com/politics/2022/sep/25/plan-to-recruit-nepal-nurses-for-nhs-puts-them-at-risk-of-exploitation>.

Dempsey, L. *et al.* (2022). Experiences of undergraduate nursing students who worked clinically during the COVID-19 pandemic. *Nurs Open* 2022.

Department of Health, Ireland (2022). *Minister for Health Stephen Donnelly welcomes the publication of 'A System Dynamics Model of Nursing Workforce Supply'* 14 Septembre. DH, Dublin. Accès : <https://www.gov.ie/en/press-release/1ea46-minister-for-health-stephen-donnelly-welcomes-the-publication-of-a-system-dynamics-model-of-nursing-workforce-supply/>.

Department of Health, Victoria (2022). *Support of international healthcare workers*. Accès : <https://www.health.vic.gov.au/jobs/migrating-to-victoria/support-for-international-healthcare-workers>.

Djupedal, I. L. R., *et al.* (2022). Changes in the work schedule of nurses related to the COVID-19 pandemic and its relationship with sleep and turnover intention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8682.

Dovlo, D. (2005). Wastage in the health workforce: some perspectives from African countries. *Human Resources for Health*, 3.

Dow, A. (2022). "Victoria has been promised billions for health. What can we expect and when?" *The Age*, 29 novembre. Accès : <https://www.theage.com.au/national/victoria/victoria-has-been-promised-billions-for-health-what-can-we-expect-and-when-20221128-p5c1qf.html>.

Duffield, C., *et al.* (2014). A comparative review of nurse turnover rates and costs across countries. *Journal of Advanced Nursing*. vol: 70 iss: 12 pg: 2703 -2712.

Dziedzic, B. *et al.* (2022). Mental Health of Nurses during the Fourth Wave of the COVID-19 Pandemic in Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1785.

ECSACON (2021). 14th Scientific Conference: *Nurses and Midwives responding to global health challenges of the 21st Century*. The East, Central and Southern Africa College of Nursing. Tanzania: Arusha. <http://ecsacon.org/index.php/ecsacon-14th-scientific-conference/>.

Ely, J. (2021). UK-based Australian nurses offered £4,200 relocation costs to tempt them home. *Nursing Standard* 20 août. Accès : <https://rcni.com/nursing-standard/newsroom/news/uk-based-australian-nurses-offered-ps4200-relocation-costs-to-tempt-them-home-177556>.

Essex, R. and Weldon, S. M. (2021). Health care worker strikes and the Covid pandemic. *New England Journal of Medicine*, 384(24), e93.

European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety (2021), *Supporting mental health of health workforce and other essential workers*, Publications Office of the European Union. Accès : <https://data.europa.eu/doi/10.2875/80970>.

Evans, N. (2021). Nurses take the lead in the biggest vaccine roll-out in UK history. *Nursing Standard*, 36(1) (13 janv. 2021).

Fawaris, F. *et al.* (2022). The psychological impact of the COVID-19 pandemic on Jordanian healthcare workers. *International Journal of Reliable and Quality E-Healthcare (IJRQEH)*, 11(3), 1-9.

Fox, S., *et al.* (2013). Paying health workers for performance in a fragmented, fragile state: reflections from Katanga Province, Democratic Republic of Congo. *Health policy and planning*, czs138.

Freeling, M., Rainbow, J. G. and Chamberlain, D. (2020). Painting a picture of nurse presenteeism: A multi-country integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 109, 103659.



Gaesawahong, R. *et al.* (2022). A Survey of Stress and Impacts in Registered Nurses During the COVID -19 Pandemic. *BKK Med Journal*. 30 septembre 2022.

Garg, S. *et al.* (2022). Implementing a health labour market analysis to address health workforce gaps in a rural region of India. *Human Resources for Health*, 20(1), 1-13.

Gee, P. M. *et al.* (2022). Beyond burnout and resilience: the disillusionment phase of COVID-19. *AACN Advanced Critical Care*, 33(2), 134-142.

Gherman, M. A., *et al.* (2022). Injurious Memories from the COVID-19 Frontline: The Impact of Episodic Memories of Self-and Other-Potentially Morally Injurious Events on Romanian Nurses' Burnout, Turnover Intentions and Basic Need Satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9604.

GIZ Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (2021). Sustainable recruitment of nurses (Triple Win). GIZ, Germany. Accès : <https://www.giz.de/en/worldwide/41533.html>.

Goldberg, S. and Lavon, E. (2021). "The Israeli vaccination workforce has been led and managed by the nursing profession". In: Buchan, J., William, G. & Zapata, T. (2021) *Governing health workforce responses during COVID-19*. Eurohealth 27(1) Accès : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344948/Eurohealth-27-1-41-48-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Goldstein, M. *et al.* (2013). The effect of absenteeism and clinic protocol on health outcomes: The case of mother-to-child transmission of HIV in Kenya. *American economic journal. Applied economics*, 5(2), 58.

Gómez-Ibáñez, R. *et al.* (2020). Final-year nursing students called to work: Experiences of a rushed labour insertion during the 1232 COVID-19 pandemic. *Nurse Educ Pract* 49: 102920.

Gouvernement écossais (2021). Ministerial Statement on Winter Planning for Health and Social Care. 5 octobre. Accès : <https://www.gov.scot/publications/ministerial-statement-winter-planning-health-social-care-tuesday-5-october-2021/>.

Gouvernement écossais (2023). Nursing and Midwifery Taskforce. 21 février. Accès : <https://www.gov.scot/news/nursing-and-midwifery-taskforce/>.

Goździak, E. M. and Main, I. (2022). "I am making good money, but...": The precarious situation of Polish nurses in Norway. *International Migration*, 60(2), 238-251.

Griffiths, P. *et al.* (2018). The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *Journal of Advanced Studies*; 74(7): 1474–87. 10.1111/jan.13564.

Gupta, N. *et al.* (2021). Health workforce surge capacity during the COVID-19 pandemic and other global respiratory disease outbreaks: A systematic review of health system requirements and responses. *Int J Health Plann Manage*; 36:26–41.

Gurková, E., Mikšová, Z. and Šáteková, L. (2022). Missed nursing care in hospital environments during the COVID-19 pandemic. *International nursing review*, 69(2), 175-184.

Guttormson, J. L. *et al.* (2022). Critical care nurse burnout, moral distress, and mental health during the COVID-19 pandemic: a United States Survey. *Heart & Lung*, 55, 127-133.

Haakenstad, A. *et al.* (2022). Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*.

Halcomb, E *et al.* (2022). The impact of COVID-19 on primary health care delivery in Australia. *Journal of Advanced Nursing*, 78(5), 1327-1336.

Hammad, M., Guirguis, W. and Mosallam, R. (2021). Missed nursing care, non-nursing tasks, staffing adequacy, and job satisfaction among nurses in a teaching hospital in Egypt. *Journal of Egypt Public Health Association*. 96(1): 22.

Health Department, Government of British Columbia (2022). Supporting international nurses into B.C.'s health system. Health Department, Vancouver. Accès : <https://news.gov.bc.ca/releases/2022HLTH0120-000589>.

Health Education England (2019). NHS Staff and Learners' Mental Wellbeing Commission. Birmingham: HEE; Accès : [www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/NHS%20%28HEE%29%20-%20Mental%20Wellbeing%20Commission%20Report.pdf](http://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/NHS%20%28HEE%29%20-%20Mental%20Wellbeing%20Commission%20Report.pdf).

Heesakkers, H., *et al.* (2023). Mental well-being of intensive care unit nurses after the second surge of the COVID-19 pandemic: A cross-sectional and longitudinal study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 74, 103313.

Imam, A. *et al.* (2021). Missed nursing care in acute care hospital settings in low-middle income countries: a systematic review protocol. *Wellcome Open Research*; 6(359): 359.

Indian Nursing Council (2022). *Annual Report 2021-2022*. Accès : <https://indiannursingcouncil.org/uploads/annualreports/16727359593275.pdf>.

Jarrar, M. T. *et al.* (2023). The Impact of the Working Hours Among Malaysian Nurses on Their Ill-Being, Intention to Leave, and the Perceived Quality of Care: A Cross-Sectional Study During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 119-131.

Jo, S. *et al.* (2021). Nurses' resilience in the face of coronavirus (COVID-19): An international view. *Nursing & Health Sciences*.

Jones, A. (2022). "Ontario nursing college now allowed to temporarily register international nurses". CTV News. 27 octobre. Accès : <https://toronto.ctvnews.ca/ontario-nursing-college-now-allowed-to-temporarily-register-international-nurses-1.6127420>.

Jones, C. B. and Gates, M. (2007). The costs and benefits of nurse turnover: A business case for nurse retention. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 12(3).

Joo, E., Yeon, S. and Hwa, J. (2022). Effect of Nursing Work Environment on Turnover Intention of Nurses in Long-Term Care Hospitals: The Mediating Effect of COVID-19 Stress. *Korean Journal of Occupational Health Nursing*, 31(1), 22-30.

Joo, J. Y. and Liu, M. F. (2021). Nurses' barriers to caring for patients with COVID-19: a qualitative systematic review. *International nursing review*, 68(2), 202-213.

Jun, J. *et al.* (2021). Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 103933.

Kavitha, K., Sikandar, B. J. and Joseph, R. (2022). COVID-19 pandemic and nursing students: Stress, depression, and coping behaviors—An exploratory study. *BLDE University Journal of Health Sciences*, 7(1), 45.

Kay, G. (2022). "Nurse exports will derail health". *Nation*, 4 juillet. <https://nation.africa/kenya/blogs-opinion/opinion/nurse-exports-will-derail-health-3867988?s=09>.

- Khan, Y., Bruyneel, A. and Smith, P. (2022). Determinants of the risk of burnout among nurses during the first wave of the COVID-19 pandemic in Belgium: A cross-sectional study. *Journal of nursing management*.
- Khrais, H. *et al.* (2022). Determinants of missed nursing care in Jordanian hospitals during COVID-19 pandemic. *Nursing Open*. <https://doi.org/10.1002/nop2.1407>.
- Kiel, J. M. (2020). An analysis of restructuring orientation to enhance nurse retention. *The health care manager*, 39(4), 162-167.
- Kim, S. C., Rankin, L., and Ferguson, J. (2022). Nurses' mental health from early COVID-19 pandemic to vaccination. *Journal of Nursing Scholarship*, 54(4), 485-492.
- Kim, S., *et al.* (2023). How Does Workplace Violence–Reporting Culture Affect Workplace Violence, Nurse Burnout, and Patient Safety? *Journal of nursing care quality*, 38(1), 11-18.
- KPMG (2022). Strengthening healthcare workforce in India: the 2047 agenda. Octobre. Accès : <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/in/pdf/2022/10/Strengthening-healthcare-workforce-in-India.pdf>.
- Labrague, L. J., de Los Santos, J. A. A. and Fronda, D. C. (2022). Factors associated with missed nursing care and nurse-assessed quality of care during the COVID-19 pandemic. *Journal of nursing management*, 30(1), 62-70.
- Laskowski-Jones, L. and Castner, J. (2022). The Great Resignation, Newly Licensed Nurse Transition Shock, and Emergency Nursing. *Journal of Emergency Nursing*, 48(3), 236-242.
- Lavoie-Tremblay, M. *et al.* (2022). Influence of caring for COVID-19 patients on nurse's turnover, work satisfaction and quality of care. *Journal of nursing management*, 30(1), 33-43.
- Lee, J., Cho, H. S. and Shin, S. R. (2021). Nursing strategies for the post-COVID-19 era. *International nursing review*, 68(2), 149-152.
- LeGrand, C. (2021). "Plan to bring thousands of nurses and doctors into 'Fortress Australia'" *Sydney Morning Herald*. 9 octobre. Accès : <https://www.smh.com.au/national/plan-to-bring-thousands-of-nurses-and-doctors-into-fortress-australia-20211008-p58yf0.html>.
- Lim, V. (2022). "Foreign nurses drawn to Singapore's location and ease of application, but more needed to retain them". CNA Channel News Asia. 30 novembre. Accès : <https://www.channelnewsasia.com/singapore/foreign-nurses-drawn-singapores-location-and-ease-application-more-needed-retain-them-3103791>.
- Little, L. and Buchan, J. (2007). *Nurse Self Sufficiency/Sustainability in the Global Context*. International Centre for Nurse Migration. Accès : <https://www.intlnursemigration.org/wp-content/uploads/2019/08/Nursing-Self-SufficiencySustainability-in-the-Global-Context.pdf>.
- Liu, J. and Eggleston, K. (2022). The association between health workforce and health outcomes: A cross-country econometric study. *Social Indicators Research*, 163(2), 609-632.
- Llop-Gironés, A., *et al.* (2021) Employment and working conditions of nurses: where and how health inequalities have increased during the COVID-19 pandemic. *Hum Resour Health* 19, 112.
- Lluch, C. *et al.* (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction in healthcare personnel: A systematic review of the literature published during the first year of the pandemic. *Healthcare* (Vol. 10, No. 2, p. 364). MDPI.

London Economics/RCN (2022). A decade of pay erosion: The destructive effect on UK nursing staff earnings and retention [blog]. Octobre 2022. Royal College of Nursing, London. <https://londoneconomics.co.uk/blog/publication/a-decade-of-pay-erosion-the-destructive-effect-on-uk-nursing-staff-earnings-and-retention-october-2022/>.

Lopes, S. C. *et al.* (2017). A rapid review of the rate of attrition from the health workforce. *Human resources for health*, 15(1), 21.

Lotfi, M. *et al.* (2022). Turnover intention among operating room nurses during the COVID-19 outbreak and its association with perceived safety climate. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 26, 100233.

Maben, J., Ball, J. and Edmondson, A. (2023). *Workplace Conditions (Elements of Improving Quality and Safety in Healthcare)*. Cambridge: Cambridge University Press. doi: 10.1017/9781009363839 Section 5.1.

MacKay, S. C. *et al.* (2021). What influences nurses' decisions to work in rural and remote settings? A systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Rural and Remote Health*, 21(1).

Maier, C., Scarpetti, G. and Williams, G.A. (2020). What strategies are countries using to expand health workforce capacity to treat Covid-19 patients? WHO European Observatory, Brussels. 23 avril. Accès : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336296?locale-attribute=fr&>.

Makgatho, L. (2022). "SA faces critical shortage of nurses, with 1 nurse for every 218 patients". *Sunday Independent*. 26 octobre. Accès : <https://www.iol.co.za/sundayindependent/news/sa-faces-critical-shortage-of-nurses-with-1-nurse-for-every-218-patients-466e2ede-4dc2-4789-979e-795edd12ae12>.

Marufu, T. C., *et al.* (2021). Factors influencing retention among hospital nurses: systematic review. *British Journal of Nursing*, 30(5), 302-308.

McLaughlin, T. (2020). The Fragility of the Global Nurse Supply Chain. *The Atlantic Journal*, 30 avril. Accès : <https://www.theatlantic.com/international/archive/2020/04/immigrant-nurse-health-care-coronavirus-pandemic/610873/> San Juan *et al.*, 2021.

McQuillan, L. (2022). "Canada's push to 'poach' nurses from abroad fuels fears of shortages in developing countries". CBC News, 20 nov. Accès : <https://www.cbc.ca/news/health/canada-international-nurses-poorer-countries-worried-1.6655231>.

Michel, A. *et al.* (2021). Undergraduate nursing students' perceptions on nursing education during the 2020 COVID-19 pandemic: A national sample. *Nurs Outlook* 2021, 69:903-1148 912.

Molina-Mula, J., *et al.* (2022). The emotional impact of covid-19 on Spanish nurses and potential strategies to reduce it. *Collegian*, 29(3), 296-310.

Moyo, I. *et al.* (2022). Experiences of nurse managers during the COVID-19 outbreak in a selected district hospital in Limpopo province, South Africa. *Healthcare* (Vol. 10, No. 1, p. 76). Multidisciplinary Digital Publishing Institute.

Mugarisi, V. (2022). Zimbabwe conducts health labour market analysis. OMS Zimbabwe. 25 août. Accès : <https://www.afro.who.int/countries/zimbabwe/news/zimbabwe-conducts-health-labour-market-analysis>.

Muir, K. J. *et al.* (2021). Evaluating the Costs of Nurse Burnout-Attributed Turnover: A Markov Modeling Approach. *Journal of Patient Safety*. DOI: [10.1097/PTS.0000000000000920](https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000920).

Murphy, G. T. *et al.* (2022). Investing in Canada’s nursing workforce post-pandemic: A call to action. *Facets*. 4 août 2022. <https://doi.org/10.1139/facets-2022-0002>.

Nasrallah, *et al.* (2021). “UAE Projects of the 50: New schemes announced in Abu Dhabi, plan to get 75,000 Emiratis into private sector”. *Gulf News*, 12 septembre. Accès : <https://gulfnews.com/uae/government/uae-projects-of-the-50-new-schemes-announced-in-abu-dhabi-plan-to-get-75000-emiratis-into-private-sector-1.1631418816885>.

Ndlovu, R. (2023). “Zimbabwe Doctors, Nurses Barred from Long Strikes Under New Law”. 11 janvier, *Bloomberg News*. Accès : <https://www.bloomberg.com/news/articles/2023-01-11/zimbabwe-doctors-nurses-barred-from-long-strikes-under-new-law>.

Nelson, K. E. *et al.* (2022). Organizational impact on healthcare workers’ moral injury during COVID-19: a mixed-methods analysis. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 52(1), 57-66.

NHS Digital (2022). NHS Vacancy Statistics England April 2015-September 2022 Experimental Statistics. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-vacancies-survey/april-2015---september-2022-experimental-statistics>.

NHS Employers (2022). *International Recruitment Toolkit*. 20 décembre. Accès : <https://www.nhsemployers.org/publications/international-recruitment-toolkit>.

NHS Shared Business Solution (SBS) (n.d.). New data science solution enables NHS organisations to predict which employees are at risk of leaving. NHS SBS, England. <https://www.sbs.nhs.uk/article/16949/Workforce-Analytics>.

Nilasari, P. and Hariyati, R.T.S. (2021). Systematic review of missed nursing care or nursing care left undone. *Enfermeria Clinica*. 31 (Supplement 2): S301–6.

Nove, A., Cometto, G. and Campbell, J. (2017). Assessing the health workforce implications of health policy and programming: how a review of grey literature informed the development of a new impact assessment tool. *Hum Resour Health* 15, 79. Accès : <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0252-x>.

NSI Nursing Solutions, Inc. (2022). 2022 NSI National Health Care Retention & RN Staffing Report. Accès : [https://www.nsinursingsolutions.com/Documents/Library/NSI\\_National\\_Health\\_Care\\_Retention\\_Report.pdf](https://www.nsinursingsolutions.com/Documents/Library/NSI_National_Health_Care_Retention_Report.pdf).

Nursing Now/Burdett Trust for Nursing (2021). *Agents of Change: the story of the Nursing Now Campaign*. Accès : <https://www.nursingnow.org/wp-content/uploads/2021/05/Nursing-Now-Final-Report-Executive-Summary.pdf>.

Nymark, C. *et al.* (2022). Patient safety, quality of care and missed nursing care at a cardiology department during the COVID-19 outbreak. *Nursing open*, 9(1), 385-393.

OCDE (2019). *Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/5571ef48-en>.

OCDE (2020a). *Contribution of migrant doctors and nurses to tackling COVID-19 crisis in OECD countries*, OECD, Paris. Accès : [https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=132\\_132856-kmg6jh-3kvd&title=Contribution-of-migrant-doctors-and-nurses-to-tackling-COVID-19-19-crisis-in-OECD-countries](https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=132_132856-kmg6jh-3kvd&title=Contribution-of-migrant-doctors-and-nurses-to-tackling-COVID-19-19-crisis-in-OECD-countries).

OCDE (2020b). *COVID-19 and key workers: What role do migrants play in your region?* [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/covid-19-and-key-workers-what-role-do-migrants-play-in-your-region\\_42847cb9-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/covid-19-and-key-workers-what-role-do-migrants-play-in-your-region_42847cb9-en).

OCDE (2022). *Investing in health systems to protect society and boost the economy: Priority investments and order-of-magnitude cost estimates* (abridged version). OECD, Paris. 4 October. Accès : <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/investing-in-health-systems-to-protect-society-and-boost-the-economy-priority-investments-and-order-of-magnitude-cost-estimates-abridged-version-94ba313a/>.

OCDE (2023). *Health Workforce Migration*. Accès : [https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH\\_WFMI&lang=en](https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH_WFMI&lang=en).

OCDE (n.d.). Data. Nursing Graduates Accès : <https://data.oecd.org/healthres/nursing-graduates.htm>.

OCDE/Union européenne (2022). *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing Paris. Accès : <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe/>.

OCDE/OIT (2022). *Equipping Health Workers with the Right Skills: Skills Anticipation in the Health Workforce, Getting Skills Right*, OECD Publishing, Paris. Accès : <https://doi.org/10.1787/9b83282e-en>.

OCDE/OMS (2022). *Health at a Glance: Asia/Pacific 2022: Measuring Progress Towards Universal Health Coverage*, OECD Publishing Paris. Accès : [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-asia-pacific-2022\\_c7467f62-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-asia-pacific-2022_c7467f62-en).

Odom-Forren, J. (2022). Travel Nursing: Price Gouging or Supply and Demand? *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, Apr; 37(2): 153-154.

Olashore, A.A. *et al.* (2021). The psychological impact of COVID-19 on health-care workers in African Countries: A systematic review. *Asian J Soc Health Behav* 2021; 4:85-97.

Omaswa, F. (2020). Covid-19 19-Exposes a global scramble for health workers. African Centre for Global Health and Social Transformation (ACHEST), Kampala, Afrique, 11 mai. Accès : [https://www.achest.org/index.php?option=com\\_zoo&task=item&item\\_id=279&Itemid=481](https://www.achest.org/index.php?option=com_zoo&task=item&item_id=279&Itemid=481).

OMS (2016a). High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. WHO: Geneva. <https://www.who.int/teams/high-level-commission-on-health-employment-and-economic-growth/recommendations>.

OMS (2016b). *Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030*. OMS, Genève. Accès : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>.

OMS (2016c). *S'engager pour la santé et la croissance : Investir dans le personnel de santé*. Rapport de la Commission de haut niveau sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique. Genève. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250047/9789241511308-eng.pdf?sequence=1>.

OMS (2020a). *State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership*. Accès : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>.

OMS (2020b). SOWN country reports. National Health Workforce Accounts Data Portal. Accès : <https://apps.who.int/nhwportal/Sown/Index>.

OMS (2020c). *Managing health workforce migration - The Global Code of Practice*. WHO, Geneva. Accès : <https://www.who.int/teams/health-workforce/migration/practice>.

OMS (2020d). Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé. Rapport du Groupe consultatif d'experts sur l'utilité et l'efficacité du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé. OMS, Genève. Accès : [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA73/A73\\_9-fr.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_9-fr.pdf).

OMS (2021a). *Global Strategic Directions for Nursing and Midwifery 2021-2025*. Accès : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033863>.

OMS (2021b). *Impact of COVID-19 on human resources for health and policy response: the case of Plurinational State of Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador and Peru. Overview of findings from five Latin American countries*. Accès : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039001>.

OMS (2021c). *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel National reporting Instrument 2021*. Accès : <https://www.who.int/publications/m/item/nri-2021>.

OMS (2021d). *Health Workforce Support and Safeguards List, 2020*. Accès : [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/hwf-support-and-safeguards-list8jan.pdf?sfvrsn=1a16bc6f\\_10](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/hwf-support-and-safeguards-list8jan.pdf?sfvrsn=1a16bc6f_10).

OMS (2022a). *Third round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: November–December 2021 Interim report*. Février. Accès : [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS\\_continuity-survey-2022.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2022.1).

OMS (2022b). World failing in 'our duty of care' to protect mental health and well-being of health and care workers, finds report on impact of COVID-19. OMS, octobre. Accès : <https://www.who.int/news/item/05-10-2022-world-failing-in--our-duty-of-care--to-protect-mental-health-and-wellbeing-of-health-and-care-workers--finds-report-on-impact-of-covid-19>.

OMS (2022c). *Les femmes qui travaillent dans le secteur de la santé et des soins gagnent 24 pour cent de moins que les hommes*. Accès : <https://www.who.int/fr/news/item/13-07-2022-women-in-the-health-and-care-sector-earn-24-percent-less-than-men>.

OMS (2022d). *Strengthening the collection, analysis and use of health workforce data and information: a handbook*. OMS, Genève. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240058712>.

OMS (2023a). Déclaration sur la quatorzième réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19). 30 janvier. Accès : [https://www.who.int/fr/news/item/30-01-2023-statement-on-the-fourteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/fr/news/item/30-01-2023-statement-on-the-fourteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic).

OMS (2023b). WHO National Health Workforce Accounts (NHWA). OMS, Genève. Accès : <https://apps.who.int/nhwportal/>.

OMS Europe (2022). *Health and care workforce in Europe: time to act*. WHO Regional Office for Europe. Accès : <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058339>.

OMS Regional Office for Africa (2021). Rapid Policy Brief Number: 011-03 - COVID-19 response capacity with the health system: Health workforce recruitment and retention. Brazzaville : Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.

Oum, S., Kates, J. and Wexler, A. (2022). Economic Impact of COVID-19 on PEPFAR Countries. Kaiser Family Foundation, USA. 7 février. Accès : <https://www.kff.org/global-health-policy/issue-brief/economic-impact-of-covid-19-on-pepfar-countries/>.

Özdemir, I. (2023). The Effect of Workplace Incivility on Turnover Intention among Nurses: The Case of Turkey. *International Journal of Humanities and Social Sciences*. 5(1), janvier.

Partners for Nurse Staffing Think Tank (2022). Nurse Staffing Think Tank: Priority Topics and Recommendations. Accès : <https://www.nursingworld.org/~49940b/globalassets/practiceandpolicy/nurse-staffing/nurse-staffing-think-tank-recommendation.pdf>.

Peters, M.D.J. and Marnie, C.M. for the ANMF Federal Office (2022). Australian Nursing and Midwifery Federation National COVID-19 Survey 2022 – Public and Private Hospitals. Australian Nursing and Midwifery Federation. Accès : <https://www.anmf.org.au/media/2v3cbkdl/anmf-covid-19-survey-2022-australian-hospitals-final-report.pdf>.

Piotrowski, A. *et al.* (2022). Resilience, Occupational Stress, Job Satisfaction, and Intention to Leave the Organization among Nurses and Midwives during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6826.

Poon, Y. S. R. *et al.* (2022). A global overview of healthcare workers' turnover intention amid COVID-19 pandemic: A systematic review with future directions. *Human Resources for Health*, 20(1), 1-18.

Pressley, C. and Garside, J. (2023). Safeguarding the retention of nurses: A systematic review on determinants of nurse's intentions to stay. *Nursing Open*.

Putra, A. P., Kusnanto, K. and Yuwono, S. R. (2020). Effects of Job Satisfaction and Organizational Commitment on Nurse Retention: A Systematic Review. *Indonesian Nursing Journal of Education and Clinic (INJEC)*, 5(2), 197-205.

Rasmussen, B., *et al.* (2022). We're on mute! Exclusion of nurses' voices in national decisions and responses to COVID-19: An international perspective. *Journal of advanced nursing*, 78(7), e87.

Reuters (2022). "Over 4,000 Zimbabwean doctors and nurses left the country in 2021". 21 novembre. Accès : <https://www.reuters.com/world/africa/over-4000-zimbabwean-doctors-nurses-left-country-2021-2022-11-20/>.

Rivin, A. and Lumley, T. (2023). *Why is there a global medical recruitment and retention crisis?* WEF Annual Meeting, 9 janvier. Accès : <https://www.weforum.org/agenda/2023/01/medical-recruitment-crisis-davos23/>.

RNZ (2022a). "Nurses eligible for immediate residency under immigration changes". Radio New Zealand. 12 décembre. Accès : <https://www.rnz.co.nz/news/political/480579/nurses-eligible-for-immediate-residency-under-immigration-changes>.

RNZ (2022b). New fund targets 20,000 nurses who have left profession, Radio New Zealand. 14 février. Accès : <https://www.rnz.co.nz/news/covid-19/461463/new-fund-targets-20-000-nurses-who-have-left-profession>.

Romy, K. (2021). "Swiss voters to decide on how to solve the nursing crisis". *Swissinfo*, 28 octobre. Accès : <https://www.swissinfo.ch/eng/business/swiss-voters-to-decide-how-to-solve-the-nursing-crisis/47024988>.

Rowlands, S.L. (2021). Understanding and mitigating moral injury in nurses. *Nursing Standard*. doi: 10.7748/ns.2021.e11703.

Russell, D. J. *et al.* (2013). The value of survival analyses for evidence-based rural medical workforce planning. *Human resources for health*, 11(1), 65.

Russo, G. *et al.* (2018). Understanding nurses' dual practice: a scoping review of what we know and what we still need to ask on nurses holding multiple jobs. *Human Resources for Health* 16:14.



Russo, G. *et al.* (2019). Health workers' strikes in low-income countries: the available evidence. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(7), 460.

Sam, S. R. *et al.* (2023). Prevalence of Compassion Fatigue Among Nursing Staffs Working in High Acuity Clinical Settings, within Dubai Health Authority Hospitals, UAE. *Eastern Journal of Healthcare*, 3(1), 1-7.

San Juan, N. V., *et al.* (2021). Redeployment and training of healthcare professionals to Intensive Care during COVID-19: a systematic review. *MedRxiv*.

Santos, E. *et al.* (2021). Cost analysis of the first wave of the COVID-19 pandemic on human resource management in a Portuguese hospital. *Revista de Enfermagem Referência*, (8).

Schneider, J. *et al.* (2022). Factors mediating the psychological well-being of healthcare workers responding to global pandemics: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 27(8), 1875-1896.

Schubert, M. *et al.* (2021). Interventions to prevent or reduce rationing or missed nursing care: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*. 77(2): 550–64.

Schug, C., *et al.* (2022). Sick Leave and Intention to Quit the Job among Nursing Staff in German Hospitals during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 1947.

Sethi, V. (2022). "India is facing the worst shortage of nurse in recent years, says KPMG report" *Business Insider India*. 11 octobre. Accès : <https://www.businessinsider.in/india/news/india-is-facing-the-worst-shortage-of-nurses-in-recent-years-says-kpmg-report/articleshow/94789539.cms#:~:text=says%20KPMG%20report-,India%20is%20facing%20the%20worst%20shortage%20of,recent%20years%2C%20says%20KPMG%20report&text=India%20has%20an%20annual%20capacity,institutions%20offering%20diploma%20nursing%20courses>.

Shaffer, F. A. and Curtin, L. (2020). Nurse turnover: Understand it, reduce it. *My American Nurse*, 15(8), 57-59.

Sharplin G, Brinn M, Eckert M. (2023) Impacts of COVID-19 and workloads on NSW nurses and midwives' mental health and wellbeing. A report prepared for the New South Wales Nurses and Midwives' Association. 2023. Adelaide, Australia. [https://www.nswnma.asn.au/wp-content/uploads/2023/02/Impacts-of-COVID-19-and-workloads-on-NSW-nurses-and-midwives-mental-health-and-wellbeing\\_final.pdf](https://www.nswnma.asn.au/wp-content/uploads/2023/02/Impacts-of-COVID-19-and-workloads-on-NSW-nurses-and-midwives-mental-health-and-wellbeing_final.pdf).

Sheppard, K. N., *et al.* (2022). Nursing moral distress and intent to leave employment during the COVID-19 pandemic. *Journal of nursing care quality*, 37(1), 28.

Ślusarska, B. *et al.* (2022). Prevalence of depression and anxiety in nurses during the first eleven months of the COVID-19 Pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 20 janv. 2022; 19 (3): 1154. Doi: 10.3390/ijerph19031154. PMID: 35162183; PMCID: PMC8834441.

Smyth, J. and Neville, S. (2022) "Covid, burnout and low pay: the global crisis in nursing". *The Financial Times*. 2 juin. Accès : <https://www.ft.com/content/402df6ca-5098-40ca-9cc8-bae331c39398>.

Socha-Dietrich, K. and Dumont, J. (2021). *International migration and movement of nursing personnel to and within OECD countries – 2000 to 2018: Developments in countries of destination and impact on countries of origin*. OECD Health Working Paper No. 125, OCDE, Paris.

Squires, A. *et al.* (2022). "Should I stay or should I go? " Nurses' perspectives about working during the Covid-19 pandemic's first wave in the United States: A summative content analysis combined with topic modeling. *International Journal of Nursing Studies*, 131, 104256.

Statista Research Department (2023). Impact of the coronavirus pandemic on the global economy – Statistics & facts. 17 janvier. Accès : [https://www.statista.com/topics/6139/covid-19-impact-on-the-global-economy/#topicHeader\\_\\_wrapper](https://www.statista.com/topics/6139/covid-19-impact-on-the-global-economy/#topicHeader__wrapper).

Statistics Canada (2022). Job vacancies, third quarter 2022. 19 décembre. Accès : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/221219/dq221219a-eng.htm>.

Stucky, C. H., Brown, W. J. and Stucky, M. G. (2021). COVID 19: An unprecedented opportunity for nurse practitioners to reform healthcare and advocate for permanent full practice authority. In *Nursing Forum* (Vol. 56, No. 1, pp. 222-227).

Sudre, C. H. *et al.* (2021). Attributes and predictors of long COVID. *Nature medicine*, 27(4), 626-631.

Tangcharoensathien, V., Wisawatpanimit, P. and Chanprasobpol, B. (2021). Report on August-November 2020 AAAH Conference and Webinar Series: Addressing healthcare workers challenges in response to COVID 19: Sharing experiences and drawing countries lessons. Publishing Office, International Health Policy Program (IHPP), Thailand.

Taskiran Eskici, G. and Baykal, U. (2022). Frequency, reasons, correlates and predictors of missed nursing care in Turkey: A multi-hospital cross-sectional study. *International Journal of Nursing Practice*. e13050.

The Health Foundation (2021). Almost \$17bn needed to clear backlog and treat expected rise in patients needing NHS hospital care. 6 septembre. Accès : <https://www.health.org.uk/news-and-comment/news/almost-17bn-needed-to-clear-backlog-and-treat-expected-rise-in-patients>.

Tolksdorf, K. H., Tischler, U. and Heinrichs, K. (2022). Correlates of turnover intention among nursing staff in the COVID-19 pandemic: a systematic review. *BMC Nurs* 21, 174 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00949-4>.

U.S. Bureau of Labor Statistics (2022). Occupational Outlook Handbook, Registered Nurses, Accès : <https://www.bls.gov/ooh/healthcare/registered-nurses.htm>.

Van den Heede, K., *et al.* (2022). Nurse staffing on Belgian intensive care units: the impact of two years of COVID-19 pandemic. *KCE Reports* 353, 500.

Visontay, E. (2021). "NSW hospitals resort to flying nurses in from overseas as staff are begged to take extra shifts amid Covid crisis". *The Guardian* online, 31 décembre. Accès : <https://www.theguardian.com/australia-news/2022/jan/01/nsw-hospitals-resort-to-flying-nurses-in-from-overseas-as-staff-are-begged-to-take-extra-shifts-amid-covid-crisis>.

Wang, T., Abrantes, A.C.M. and Liu, Y. (2023). Intensive care units nurses' burnout, organizational commitment, turnover intention and hospital workplace violence: A cross-sectional study. *Nursing open*, 10(2), 1102-1115.

Washeya, F. N. and Fürst, L. N. (2021). Work Features that Influence the Retention of Professional Nurses in the Public Health Sector in Windhoek, Namibia. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 23(1), 17-pages.

Wenger, S. (2021). Covid-19 to bring nursing staff more than applause. Swiss Community. 8 août. Accès : <https://www.swisscommunity.org/en/news-media/swiss-review/article/covid-19-to-bring-nursing-staff-more-than-applause>.

Williams, G. *et al.* (2020). How are countries supporting the mental health and wellbeing of their health workforce? WHO European Observatory, Brussels. 21 mai. Accès : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336298/Eurohealth-26-2-58-62-eng.pdf>.

World Bank Group *et al.* (2021). ECSA Eastern, Central and Southern African Region. Education and Labor Markets for Nurses. Challenges and Opportunities. Juillet 2020. [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/WBG\\_ECDSA%5B12%5D.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/WBG_ECDSA%5B12%5D.pdf).

Worldometer (2023). Accès le 13 février : <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.

Yang, Y. T. and Mason, D. J. (2022). COVID-19's impact on nursing shortages, the rise of travel nurses, and price gouging. *Health Affairs Forefront*.

Yle (2021). "FM Saarikko: Finland needs to accept more foreign workers". 15 juillet. Accès : [https://yle.fi/uutiset/osasto/news/fm\\_saarikko\\_finland\\_needs\\_to\\_accept\\_more\\_foreign\\_workers/12021081](https://yle.fi/uutiset/osasto/news/fm_saarikko_finland_needs_to_accept_more_foreign_workers/12021081).

Yun, M. R. and Yu, B. (2021). Strategies for reducing hospital nurse turnover in South Korea: Nurses' perceptions and suggestions. *Journal of Nursing Management*.

Zárate-Grajales, R.A., *et al.* (2022) Sociodemographic and work environment correlates of missed nursing care at highly specialized hospitals in Mexico: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*.126:104140.

Zhao, Y. *et al.* (2019). Costs and effects of higher turnover of nurses and Aboriginal health practitioners and higher use of short-term nurses in remote Australian primary care services: an observational cohort study. *BMJ open*, 9(2), e023906.







---

**Conseil International des Infirmières**

3, Place Jean Marteau

1201 Genève, Suisse

+41229080100

[icn@icn.ch](mailto:icn@icn.ch)

[www.icn.ch](http://www.icn.ch)