



# La pénurie mondiale de personnel infirmier: domaines d'action prioritaire





# **La pénurie mondiale de personnel infirmier: domaines d'action prioritaire**

Rapport CII/FIFN

## **Copyright**

Tous droits réservés, y compris pour la traduction en d'autres langues. La reproduction photomécanique de cet ouvrage, son stockage dans un système d'information, sa transmission sous quelque forme que ce soit et sa vente sont interdits sans la permission écrite du Conseil international des infirmières. De courts extraits (moins de 300 mots) peuvent être reproduits sans autorisation, pour autant que la source soit indiquée.

Copyright © 2006 – Conseil international des infirmières  
3, place Jean-Marteau, 1201 Genève, Suisse

ISBN: 92-95040-58-9

## Table des matières

<b>Le Conseil international des infirmières</b>	2
<b>La Fondation internationale Florence Nightingale</b>	3
<b>La Fondation Burdett pour les soins infirmiers</b>	3
<b>Remerciements</b>	4
<b>Introduction</b>	5
<b>Chapitre premier : Domaines d'intervention prioritaires</b>	7
A. Politiques de financement du secteur de la santé et mesures de politique macroéconomique	7
B. Politique et planification de la main-d'œuvre, réglementation	10
C. Environnements de pratique positifs et performance des organisations;	16
D. Recrutement et de rétention du personnel; corriger la mauvaise répartition interne; le problème de l'émigration	19
E. Leadership des soins infirmiers	23
<b>Chapitre 2 : Interventions appuyées par le Conseil international des infirmières</b>	25
<b>Chapitre 3 : Conclusion</b>	26
<b>Notes</b>	27
<b>Références</b>	28
<b>Annexe A</b>	29
<b>Annexe B</b>	30

## Le Conseil international des infirmières (CII)

Le Conseil international des infirmières (CII), fondé en 1899, est aujourd'hui le porte-parole de plus de treize millions d'infirmières dans 129 pays. Le CII est la première et la plus importante des organisations internationales de professionnels de la santé. Sa mission est d'unir les infirmières du monde entier et d'améliorer les normes de soins infirmiers. Dans le cadre de cette action, le CII s'intéresse à des questions de réglementation, de pratique professionnelle et de sauvegarde du bien-être des infirmières.

Le CII est une organisation indépendante et non-gouvernementale. Géré par des infirmières pour des infirmières, le CII œuvre dans le but de garantir des soins de qualité pour tous, des politiques de santé solides, le progrès du savoir infirmier et l'existence d'une main-d'œuvre infirmière compétente et satisfaite. Le CII permet aux associations nationales d'infirmières de mettre en commun leurs intérêts et leurs connaissances. Il contribue ainsi au renforcement de la profession au niveau mondial.

Le CII est en mesure de faire avancer la profession infirmière grâce à ses partenariats et ses alliances stratégiques avec des agences gouvernementales et non-gouvernementales, des fondations, des sociétés commerciales, des groupes régionaux, des associations nationales et des individus. Le Conseil entretient des relations officielles avec l'Organisation mondiale de la santé, le Bureau international du travail et la Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement (CNUCED); il dispose du statut d'observateur auprès du Conseil économique et social des Nations Unies. En outre, le CII travaille en étroite collaboration avec d'autres agences des Nations Unies, comme par exemple le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO). Basé à Genève, le CII est membre fondateur de l'Alliance mondiale des professions de santé, qui rassemble également l'Association médicale mondiale, la Fédération internationale pharmaceutique et la Fédération dentaire internationale.

Pour davantage d'information sur la structure du CII, ses publications et ses activités, consulter son site Internet : [www.icn.ch](http://www.icn.ch).

## La Fondation internationale Florence Nightingale

La Fondation internationale Florence Nightingale (FIFN) a été instituée en 1934 en hommage à l'action de Florence Nightingale. La FIFN est une institution caritative enregistrée au Royaume-Uni dont le but premier est d'encourager la formation aux soins infirmiers, la recherche infirmière et les services infirmiers offerts dans l'intérêt du public.

La FIFN appuie et prolonge l'action et les objectifs du CII, dont elle est une émanation, en agissant dans les domaines suivants.

### **Favoriser la connaissance et la pratique**

La FIFN décerne un *Prix pour réalisations internationales* et une bourse de voyage *Alice Girard*, qui permettent aux infirmières particulièrement méritantes de profiter d'opportunités internationales de formation et de développement. Ces distinctions valent aussi comme reconnaissance officielle de l'action des lauréates et de leur contribution aux soins de santé et aux soins infirmiers.

### **Faire progresser les soins grâce à la recherche**

La Fondation finance également des activités de recherche destinées à accroître la connaissance infirmière et faire aboutir des projets de santé au plan international. Parmi les programmes de recherche actuels, mentionnons en particulier le *Projet d'éducation des fillettes : mobiliser les infirmières pour améliorer la santé des fillettes des villes*. Les résultats de l'étude serviront de base pour des politiques et des programmes visant au développement harmonieux de ce groupe particulièrement vulnérable et délaissé.

Dans le prolongement naturel du projet, le CII et la FIFN ont institué un *Fonds pour l'éducation des fillettes : une initiative des infirmières en faveur des fillettes orphelines*. Le Fonds prend en charge, dans les pays en voie de développement, l'éducation primaire et secondaire de petites filles orphelines de parents infirmiers.

Pour tout renseignement sur la Fondation internationale Florence Nightingale, consulter son site Internet : [www.fnif.org](http://www.fnif.org).

## La Fondation Burdett pour les soins infirmiers

La Fondation Burdett pour les soins infirmiers est une fondation indépendante, à but non lucratif, instituée en souvenir de Henry Burdett, créateur du Fonds de pension royal national des infirmières du Royaume-Uni. La fondation a été établie conformément aux principes directeurs de ce fonds de pension.

Les membres du Conseil de fondation octroient des dons pour soutenir la contribution des infirmières aux soins de santé. Ils encouragent les demandes émanant d'infirmières et d'autres professionnels de la santé impliqués dans des projets particulièrement innovants. La Fondation favorise les projets menés par des infirmières. Ses fonds servent à renforcer les capacités des infirmières et à améliorer de manière significative leurs environnements de travail.

Pour davantage d'information, consulter le site Internet de la Fondation : [www.burdett nursing trust.org.uk](http://www.burdett nursing trust.org.uk).

## Remerciements

Le Conseil international des infirmières et la Fondation internationale Florence Nightingale remercient la Fondation Burdett pour les soins infirmiers de son soutien financier.

Le CII et la FIFN remercient tout particulièrement les membres du Groupe de référence et les auteurs des rapports, dont les noms figurent en Annexe A, ainsi que les participants à la Consultation de haut niveau sur la main-d'œuvre infirmière, sans oublier les très nombreuses personnes et organisations qui ont participé à ce travail. Un remerciement tout particulier au Dr James Buchan (Queen Margaret University College) et au Dr Mireille Kingma (CII), pour leur temps et leurs conseils.

## Introduction

La pénurie mondiale d'infirmières qui affecte les systèmes de santé a de graves conséquences sur la santé et le bien-être des populations. Elle pose des défis encore inédits aux décideurs politiques et aux responsables de la planification, que ce soit dans les pays en voie de développement ou dans les pays industrialisés.

Une estimation récente concernant l'Afrique sub-saharienne évalue à plus de 600 000 le nombre d'infirmières qu'il faudrait trouver pour assurer les interventions prioritaires préconisées par la Commission Macroéconomie et Santé<sup>1</sup>. Actuellement, dans certains pays, il n'est pas rare qu'une seule infirmière doive assumer plus de 50 patients.

Les pénuries de personnel infirmier ne datent pas d'hier et de nombreux pays en ont déjà subi les effets. Elles ont un caractère généralement cyclique et résultent d'une demande dépassant régulièrement une offre stagnante ou croissant à un rythme insuffisant (ICN 2004). Cependant, la pénurie actuelle diffère fortement des précédentes dans la mesure où les systèmes contemporains subissent des pressions simultanées du côté de la demande et de l'offre.

La demande en services de santé et en infirmières est en effet en augmentation constante. Il faut incriminer à cet égard le vieillissement et le taux d'accroissement de la population, ainsi que le fardeau croissant des maladies chroniques et non transmissibles. Dans le même temps, la disponibilité – autrement dit l'offre – d'infirmières est en chute libre dans de nombreux pays. On s'attend d'ailleurs à une dégradation de cette situation du fait du vieillissement de la main-d'œuvre infirmière, du manque de financements disponibles pour le recrutement de nouvelles infirmières et de l'ouverture aux femmes de nouvelles opportunités de carrière, hors du secteur de la santé.

Des carences au niveau de la planification et de la gestion des ressources humaines (RH), le choix d'options de déploiement problématiques, les migrations internes et externes, le taux de déperdition élevé (causé par les mauvaises conditions de travail, la faible satisfaction professionnelle et les salaires insuffisants), les effets du sida et le sous-investissement en ressources humaines sont quelques unes des raisons des pénuries de personnel infirmier.

***Il n'existe pas de solution unique à la crise actuelle.***

***Les raisons en sont complexes et les solutions doivent être diversifiées.***

Depuis quelques années, on comprend mieux les problèmes à l'origine de la pénurie mondiale d'infirmières. Reste que la volonté politique nécessaire pour relever ce défi est encore absente dans la plupart des pays. Un peu partout, la

pénurie de travailleurs de la santé qualifiés, en particulier d'infirmières, est devenue l'un des plus grands obstacles à la réalisation des Objectifs de développement pour le Millénaire (ODM) des Nations Unies. Adoptés en 2000 par 189 États membres de l'ONU, les ODM sont au nombre de huit, chacun composé d'un ensemble d'indicateurs mesurables. L'objectif général est la réduction de la pauvreté d'ici à 2015. Trois des ODM concernent directement la santé : 1) réduction des deux tiers de la mortalité infantile et infantine; 2) réduction des trois-quarts de la mortalité maternelle; 3) coup d'arrêt et renversement de tendance en matière de propagation du sida, de la tuberculose et du paludisme. La réalisation des Objectifs de développement pour le Millénaire liés à la santé, et des initiatives de développement en général, est compromise par des investissements insuffisants dans les ressources humaines et par des actions inefficaces en termes de développement durable d'une main-d'œuvre sanitaire correctement formée, motivée et soutenue.

Dans pratiquement tous les pays, les infirmières constituent le plus important groupe de prestataires de soins de santé. Leurs services sont essentiels à la fourniture de soins sûrs et efficaces. Les infirmières représentent une ressource capitale à la réalisation des ambitions des ODM. Le renforcement des systèmes de santé et la réalisation des ODM dépendent directement des efforts qui seront consentis pour résoudre la pénurie actuelle en soins infirmiers. Par exemple, on sait que la mortalité maternelle peut être réduite de manière très importante par une augmentation du taux des naissances assistées par du personnel de santé qualifié (WHO 2005). De plus, le renforcement de la main-d'œuvre infirmière améliore l'accès aux soins préventifs, curatifs et de réadaptation, ce qui entraîne une amélioration de la performance du système de santé.

Pour dépasser cette crise, il faudra tirer parti de l'élan actuel et des progrès – même modestes – enregistrés à ce jour. Les États et la communauté internationale devront consentir des efforts politiques et financiers soutenus, faire preuve de leadership et engager des actions politiques d'une ampleur sans précédent. Il n'existe pas de solution unique à la crise actuelle. Les causes en sont complexes, les solutions doivent donc être diversifiées. La réponse exigera l'adoption de mesures innovantes et durables agissant sur les causes profondes des pénuries d'infirmières, exploitant des synergies, minimisant la duplication des efforts et contribuant à l'amélioration de la performance des systèmes de santé en termes de qualité et de couverture. Le partage de connaissances et de résultats de recherche, l'apprentissage et la mise en réseau sont des facteurs indispensables de toute action efficace à cet égard.

Le présent rapport est l'aboutissement d'un projet de deux ans. Intitulé *État des lieux général de la profession infirmière : options et solutions politiques*, il a été mené par le Conseil international des infirmières (CII) et son organisation-sœur, la Fondation internationale Florence Nightingale (FIFN), avec le soutien de la Fondation Burdett pour les soins infirmiers. Le but du projet était d'analyser le problème central que représente la pénurie mondiale d'infirmières et d'identifier des domaines d'action prioritaires.

Dans cette optique, le CII et la FIFN ont lancé une gamme d'activités tous azimuts, notamment la commande d'une série de rapports très détaillés (résumés dans l'Annexe B) qui ont servi de base à une consultation de haut niveau sur la question de la force de travail infirmière dans le monde (Genève, mars 2005). La réunion a rassemblé plus de cinquante représentants des gouvernements, des employeurs et des donateurs, ainsi que des analystes, des chercheurs, des économistes et des responsables d'organisations d'infirmières. Ces intervenants ont abordé les principaux problèmes de main-d'œuvre et identifié des domaines d'action prioritaires. Dans le prolongement de cette consultation, le CII a convoqué un Sommet international sur la main-d'œuvre infirmière. Ce sommet s'est tenu pendant le 23<sup>e</sup> Congrès quadriennal du CII de Taipei (Taiwan, mai 2005). Des infirmières assumant des fonctions dirigeantes dans les secteurs de la recherche, de la gestion, de la pratique et de la formation ont partagé leurs idées, opinions et solutions avec des représentants de gouvernements et d'organismes chargés de la planification du secteur de la santé et des ressources humaines.

Toutes ces activités ont abouti à l'identification et à la validation de cinq domaines d'action prioritaires pour le CII et la profession infirmière. Ces domaines ne doivent pas être envisagés isolément, mais bien en tant qu'ensemble organique. Ces cinq domaines sont :

- Politiques de financement du secteur de la santé et mesures de politique macroéconomique.
- Politique et planification de la main-d'œuvre, y compris réglementation.
- Environnements de pratique propices et performance des organisations.
- Recrutement et fidélisation; solutions aux problèmes de mauvaise distribution géographique; émigrations.
- Leadership des soins infirmiers.

Ce rapport résume ainsi deux ans de travail. Il servira d'outil pour le lobbying et l'action politique et est un moyen d'engager les principales parties concernées et partenaires du CII dans le développement, l'application et le financement d'interventions dans les cinq domaines d'action cités. Un changement durable et effectif demandera un effort concerté de nombreux intervenants, parmi lesquels les donateurs, les Nations Unies et les agences intergouvernementales, les décideurs politiques et les responsables de la planification, les associations professionnelles d'infirmières, les organes régulateurs régionaux, les autres professionnels de la santé, les éducateurs, les employeurs, la société civile, les fondations, les syndicats, etc.

Le premier chapitre de ce rapport étudie les principales questions relatives aux cinq domaines d'intervention prioritaires et présente des informations sur les actions que le CII mènera, en collaboration avec ses partenaires, pour remédier aux nombreuses difficultés qui assaillent la main-d'œuvre infirmière mondiale. Les actions sont regroupées dans les thèmes suivants : action politique, recherche et publications, autres actions. Outre les questions et actions abordées par le rapport, il existe un certain nombre d'autres interventions prioritaires liées au développement des ressources humaines de la santé. Ces interventions, préconisées par des organisations et groupes approuvés par le CII, n'entrent pas dans le cadre du présent travail et devront être étudiées par d'autres agences ou institutions. Les interventions préconisées par le CII sont traitées dans le deuxième chapitre. Le troisième et dernier chapitre présente des conclusions générales. Les notes relatives aux pages 5 à 26 figurent en page 27.

# Chapitre premier : domaines d'intervention prioritaires

## A. Politiques de financement du secteur de la santé et mesures de politique macroéconomique

Les politiques macroéconomiques définissent le niveau général des dépenses prévues par les budgets nationaux, qu'il s'agisse notamment de financement de la santé, de niveaux de dotation en effectifs et de développement de la main-d'œuvre. Pour garantir une main-d'œuvre sanitaire adéquate, il est impératif que les États adoptent des politiques et des pratiques macroéconomiques saines et réactives. Cependant, de nombreux pays, au premier rang desquels ceux qui dépendent de l'aide financière étrangère, sont confrontés à des contraintes économiques qui limitent leur capacité à augmenter les dépenses sociales consacrées à la santé et au renforcement de la main-d'œuvre.

Selon un rapport récent, «... de nombreux pays se remettent à peine de mesures de gel des salaires et de l'embauche, mesures dont les effets ont été particulièrement démoralisants. De nombreux pays interdisent encore le recrutement de nouveaux effectifs; ailleurs, les dépenses publiques sont considérablement réduites. Les pays qui ne peuvent assumer la masse salariale existante sont condamnés à sabrer dans leurs effectifs, quelle que soit par ailleurs la gravité des pénuries de travailleurs» (JLI 2004, p. 84). Il est difficile de déterminer dans quelle mesure la limitation des dépenses de santé publique résulte de décisions souveraines des États plutôt que des conditions posées par les agences financières internationales (FMI, Banque mondiale, etc.) en échange de leurs prêts. Quoiqu'il en soit, l'un

***Il est tragique de constater que, dans un contexte de pénurie grave et croissante de personnel infirmier, il existe encore des infirmières formées et désireuses de travailler mais condamnées au chômage par les politiques budgétaires restrictives.***

des principaux problèmes que rencontrent ces pays réside dans les coupes budgétaires qu'ils doivent opérer afin d'atteindre leurs objectifs économiques. Cependant, les politiques de prêt actuelles des institutions financières internationales ne donnent aucune indication quant à la répartition des fonds entre les différents postes de dépenses publiques. Étant donné que la santé et l'éducation représentent souvent les plus gros postes de dépenses, ce sont elles qui subissent les plus grandes coupes.

Dans de très nombreux pays, la limitation des dépenses de santé a des effets néfastes pour la main-d'œuvre infirmière, les plafonds de recrutement condamnant de très nombreuses infirmières au chômage. Il est tragique de constater que, dans un contexte de pénurie grave et croissante de personnel infirmier, il existe encore des infirmières formées et désireuses de travailler mais condamnées au chômage par les politiques budgétaires restrictives. Il est patent que sans augmentation des dépenses publiques, le renforcement de la main-d'œuvre, l'augmentation des salaires et l'amélioration des incitations financières seront des mesures totalement inapplicables (JLI 2004).

Dans plusieurs régions, les investissements dans les infrastructures publiques sont insuffisants. Or, les carences à ce niveau (routes, énergie, technologie de l'information, télécommunication, transports, eau et hygiène) ont un effet direct sur l'accès à l'éducation (opportunités d'apprentissage par des stages en milieu clinique, etc.) ainsi que sur la fourniture des services de santé. Les mauvaises conditions de transports, causées par des obstacles matériels ou financiers, rendent difficile, sinon impossible, aux infirmières d'atteindre leurs lieux de travail, aux étudiants de se rendre à l'école et aux patients d'accéder aux institutions de soins (encadré 1).

### Encadré 1 : expérience vécue

«J'ai demandé aux infirmières de l'hôpital T, trop éloigné, de me transférer à l'hôpital M. Là, on m'a dit de me procurer mes médicaments auprès de la clinique mobile qui dessert la région une fois par mois. Mon problème est que quand il pleut, la clinique mobile ne peut pas venir, les routes étant en très mauvais état. Donc on m'a dit d'aller à N (une clinique locale, distante d'environ 20 kilomètres) pour y prendre mes médicaments. Pour aller à N, je dois louer une voiture, car je ne peux pas marcher. Et pour atteindre la route principale, il me faut une chaise roulante.»

Les infirmières exerçant dans les pays pauvres, en Afrique surtout, sont quotidiennement en butte à des pénuries graves de médicaments, d'eau potable, d'équipement médical et de fournitures de base (gants, bandages, pansements, etc.). L'absence de ces ressources essentielles rend les conditions de travail des infirmières particulièrement frustrantes et démoralisantes, limitant fortement leur capacité à offrir des soins de qualité aux patients, et ce à tous les niveaux du système de santé.

Les implications de tous ces facteurs sont très bien résumées par une infirmière du Zimbabwe : «Tous les jours ou presque, nous perdons au moins trois bébés dans notre unité. Parfois nous travaillons sans gants, parfois il n'y a pas de médicaments pour nos patients; d'autres fois, la nourriture est rationnée. Voir ses patients mourir, c'est très démoralisant» (UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, 2005, p. 2). Une infirmière sud-africaine relate une expérience très semblable. «Pendant plusieurs semaines, nous n'avons plus eu de disprine. Nous avons également épuisé notre stock de médicaments contre le diabète. Cela nous pose de sérieuses difficultés» (Health Systems Trust 2005, p. 117).

Les gouvernements et les institutions financières internationales doivent collaborer afin que les décisions économiques qu'ils prennent ensemble suscitent des conditions propices au développement de la main-d'œuvre et au fonctionnement harmonieux des systèmes de santé. Les accords existants ou futurs passés avec le FMI et consorts ne doivent pas dépendre ni entraîner de gels dans le recrutement de travailleurs de la santé (et donc d'infirmières), ni empêcher le paiement des salaires ou le recrutement de travailleurs au chômage (ICN 2005a). Les politiques doivent être conformes aux priorités nationales en matière de santé et de développement. Elles ne doivent pas diminuer les ressources disponibles pour les secteurs essentiels au développement, comme l'éducation.

Ajoutons que la communauté infirmière doit s'intéresser de près aux mesures macroéconomiques et aux modes de financement du secteur public. Les infirmières doivent comprendre la manière dont les politiques fiscales sont appliquées et leurs conséquences pour la santé et le développement.

En appui au renforcement des politiques macroéconomiques et de financement du secteur de la santé, le CII prendra les mesures suivantes.

### **ACTION POLITIQUE**

- Collaboration avec ses partenaires pour faire en sorte que les responsables de la planification et de l'élaboration des politiques au sein des ministères des finances, de la santé, de l'éducation, etc., accordent davantage d'attention aux liens entre l'investissement dans le secteur de la santé et la croissance et le développement économiques.
- Promotion de mesures macroéconomiques à même d'instaurer des environnements politiques et financiers favorisant, à leur tour, l'émergence d'une main-d'œuvre infirmière capable de répondre aux besoins et aux priorités de développement des systèmes de santé nationaux. Parmi ces mesures, citons le financement des systèmes d'éducation et des infrastructures. Pour y parvenir, il faut exploiter les réseaux existants au plan local, national et régional. Il faut également développer des prises de position relatives aux questions macroéconomiques.
- Intégration aux programmes d'enseignement aux soins infirmiers d'une dimension de sensibilisation aux questions économiques. Des partenaires choisis établiront des directives à ce propos. On veillera à encourager la recherche infirmière en matière de politique macroéconomique et de gestion des ressources humaines.
- Recommander l'utilisation de fonds mondiaux pour le renforcement des ressources humaines.

## **RECHERCHE ET PUBLICATIONS**

- Mise au point d'outils permettant à la profession infirmière de défendre, auprès des instances politiques, la pertinence des investissements dans la santé et la main-d'œuvre infirmière.
- Publication d'un bulletin d'information électronique recensant les tendances et activités en rapport avec la main-d'œuvre infirmière, avec une insistance sur les développements et les réflexions théoriques sur la relation entre macroéconomie et santé.

## **AUTRES ACTIONS**

- Intégrer les questions de macroéconomie et de santé aux programmes du CII *Diriger le changement<sup>TM</sup>* et *Qualités de direction et d'animation appliquées à la négociation*.

## B. Politique et planification de la main-d'œuvre, réglementation

La réalisation des objectifs de santé nationaux et, partant, l'amélioration de l'état de santé des populations, dépendent de l'existence de plans stratégiques nationaux concernant les ressources humaines pour la santé (RHS). Chaque pays devrait disposer de tels plans. C'est malheureusement encore loin d'être le cas sans compter que certains pays, qui en ont adopté un, l'appliquent mal, voire pas du tout. Faute de tels plans, certains gouvernements en viennent à prendre des décisions lourdes de conséquences pour les systèmes de santé, pour la santé des populations et pour les prestataires de services sanitaires.

Une planification et une gestion rigoureuses de la main-d'œuvre sanitaires sont deux facteurs déterminants de la capacité à disposer d'une force de travail optimale et de systèmes de santé fonctionnels. Malgré leur importance, ces deux aspects sont loin d'être prioritaires dans de nombreux pays. Bien plutôt, la planification des besoins en RHS se révèle fragmentaire et inadaptée. Les approches traditionnelles n'ont jamais accordé toute leur importance à la planification stratégique ni à l'engagement indispensable de toutes les parties concernées par le processus de planification (ICN 2005b). Ce dernier dépend encore largement d'une vision centrée sur l'offre, au détriment de la prise en compte des besoins de santé des populations, de la demande en services et de très nombreux facteurs sociaux, politiques, géographiques, techniques et économiques (ICN 2005c). En outre, les efforts de planification enregistrés à ce jour concernent souvent des niches professionnelles et ne sont jamais intégrés entre les divers métiers et disciplines de la santé. On doit déplorer aussi un intérêt très limité pour l'impact de la distribution géographique et de la répartition des compétences du personnel soignant. Quant à la gestion des ressources humaines, elle est trop rarement associée à la planification des services (ICN 2005c).

***La réalisation des objectifs de santé nationaux et, partant, l'amélioration de l'état de santé des populations, dépendent de l'existence de plans stratégiques nationaux concernant les ressources humaines pour la santé (RHS).***

d'accès soit peu fiable, ce qui rend quasiment impossible la formulation de politiques d'emploi efficaces. Certains pays sont en outre dénués des structures organisationnelles et informatiques nécessaires à la collecte des données (ICN 2005c). C'est en particulier le cas des pays qui peinent déjà à offrir les soins de santé les plus simples. Selon un rapport récent, les problèmes de main-d'œuvre rencontrés par un certain nombre de pays sont directement causés par le manque de données fiables, et donc de capacité de planification (ICN 2005c). En outre, de nombreux pays n'ont pas accès aux méthodes et outils nécessaires à la planification. Ces déficits sont aggravés par une pénurie de personnel formé aux tâches de planification et de gestion du personnel, pénurie due à un déficit de formation.

Un facteur essentiel dans le développement de politiques et pratiques RH est l'existence d'opportunités de partage d'expériences et d'approches innovantes. Cependant, il n'existe que peu ou pas de forums susceptibles d'encourager les États de se consacrer à cette tâche. La création d'une base de données des innovations dans ce domaine pourrait servir à faire connaître, au plan international, des innovations introduites au plan local.

### **Profil des qualifications, nouveaux rôles et nouvelles catégories de personnel**

Les responsables des ressources humaines sont fréquemment confrontés à la difficulté de déterminer un profil des qualifications et des compétences propre à assurer la fourniture de soins aux patients qui soient à la fois efficaces et rentables. On estime que la demande croissante en services de santé, les contraintes budgétaires et les pénuries d'infirmières et d'autres travailleurs de la santé sont des facteurs déterminants de l'évolution des profils de qualifications (ICN 2005d). La base statistique relative aux profils de qualifications, encore limitée, est néanmoins en croissance. À ce jour, deux courants de recherche permettent d'éclairer les politiques et pratiques dans ce domaine : l'analyse des profils de qualifications au sein de la profession infirmière et l'analyse de la répartition des compétences entre infirmières et médecins (ICN 2004).

Des études portant sur la proportion respective de personnel qualifié et non qualifié au sein de la profession infirmière ont été menées aux États-Unis (ICN 2004). Selon un rapport récent, «certaines études signalent que des améliorations financières et qualitatives ont été constatées après l'introduction d'assistantes de santé, mais d'autres études laissent entendre que ces progrès pourraient être plus apparents que réels, et pointent plutôt vers une diminution de la qualité des soins, accompagnée d'une augmentation des facteurs de coût : travail sur appel, congés maladie, heures supplémentaires, surcharge de travail pour les infirmières qualifiées, taux d'absence et de rotation plus élevés» (ICN 2004 p. 43).

«Certaines études analysant le remplacement de médecins par des infirmières confirment, globalement, l'efficacité de cette mesure dans certains domaines bien précis des soins. Elles confirment surtout l'opportunité de l'adoption de rôles de pratique avancée par les infirmières» (ICN 2004 p. 43). La recherche indique que la qualité des soins peut être maintenue, voire améliorée, par une généralisation des rôles et de l'engagement d'infirmières cliniciennes spécialisées et praticiennes et de sages-femmes cliniciennes (ICN 2004).

Buchan et al.<sup>2</sup> estiment que la recherche sur les profils de qualifications souffre de trois limites fondamentales : 1) la plupart des études sont faites aux États-Unis et concernent soit la répartition des compétences dans la profession infirmière soit la substitution de médecins par des infirmières; 2) la plupart des études ne donnent aucune justification

***Plutôt que de créer de nouvelles catégories de personnel, il convient de s'attacher à redéfinir les cahiers des charges et à optimiser les rôles actuels des infirmières et autres catégories de travailleurs.***

de l'adoption de tel ou tel profil, ou donnent des informations insuffisantes à propos des contextes organisationnels; 3) la plupart ne donnent enfin aucune information (qualité, coûts) qui permettrait une analyse objective du profil étudié. Ces limites montrent bien qu'il faudra mener d'autres recherches dans le domaine des profils de qualifications afin de pouvoir prendre des décisions mieux informées.

Un élément dont il faut tenir compte dans toute discussion relative à la substitution de personnel est l'existence de compétences partagées soit au sein de la profession infirmière, soit entre professions de santé. Il est temps de reconnaître, de légitimer et de déterminer des modalités de partage de compétences entre les infirmières et les autres professionnels dont elles partagent les rôles. Le CII est déterminé à explorer ce domaine et à collaborer avec ses partenaires pour faire avancer ce dossier.

En réaction aux difficultés d'accès aux soins et à la pénurie actuelle d'infirmières, de nombreux pays envisagent d'utiliser – ou utilisent déjà – de nouvelles catégories de travailleurs, qui assumeront des fonctions normalement attribuées à des professionnels de santé dotés de qualifications plus élevées, comme les médecins et les infirmières. Certains responsables politiques estiment que l'introduction de ces nouvelles catégories de personnel est une stratégie viable d'extension de la main-d'œuvre de la santé dans les pays qui subissent de graves pénuries de travailleurs qualifiés. C'est notamment le cas en Afrique sub-saharienne, où les manques sont les plus criants.

L'introduction de nouvelles catégories professionnelles devrait s'opérer au niveau national et prendre en compte les besoins locaux et l'organisation existante des services de santé, la répartition des prestataires de services, les ressources disponibles et la capacité de formation et de production. Les responsables politiques et les personnes chargées de la planification devraient inclure dans leur démarche toutes les parties concernées : associations professionnelles, employeurs, régulateurs, institutions académiques et public. Avant de s'engager dans une telle entreprise, il convient de s'assurer que les travailleurs et les rôles existants sont déjà exploités de manière optimale. Plutôt que de créer de nouvelles catégories de personnel, il convient de s'attacher à redéfinir les cahiers des charges et à optimiser les rôles actuels des infirmières et autres catégories de travailleurs. En outre, les investissements consentis ne doivent pas se faire au détriment des stratégies de remobilisation des travailleurs de la santé au chômage, sous-employés ou engagés dans d'autres secteurs. Il ne faut pas non plus négliger les efforts de recrutement en direction de professionnels ayant quitté le marché de l'emploi ou ayant émigré. Il faut également veiller à bien définir les rôles, les domaines de pratique et les méthodes d'intégration des nouvelles catégories à la main-d'œuvre et aux systèmes de carrière existants (ICN 2005). Enfin, il faut garder à l'esprit que la création de nouvelles catégories de travailleurs ne sera utile que pour autant qu'il existe des environnements de pratique sûrs, propices à un travail productif et à même de convaincre les catégories existantes de rester à leur poste.

## Déséquilibres dans la main-d'œuvre

Des déséquilibres au sein de la main-d'œuvre infirmière sont signalés dans toutes les régions du monde, dans tous les secteurs de la santé et dans toutes les spécialités cliniques. Ces déséquilibres sont présents entre régions urbaines, rurales et isolées. Pour remédier à ces problèmes, plusieurs pays ont pris des mesures dont le succès reste encore limité (ICN 2005c).

Ces difficultés doivent être dûment prises en compte dans les processus de planification RH, ceci afin de garantir la fourniture de services de santé jusque dans les régions les moins bien loties. Les responsables politiques et les personnes chargées de la planification doivent veiller à ce que les mesures incitatives qu'ils adoptent n'engendrent pas de pénuries imprévues dans d'autres secteurs ou régions.

## Recrutement international et migrations d'infirmières

Les migrations d'infirmières et leur recrutement sur le marché international de l'emploi sont devenus, ces dix dernières années, des questions particulièrement préoccupantes. Les infirmières ont toujours saisi les opportunités qui se présentaient à elles de changer de pays et de partir à la recherche de salaires plus élevés, de perspectives de carrière plus intéressantes et de meilleures conditions de vie et de travail. Cependant, ce mouvement s'est considérablement accéléré, surtout en ce qui concerne le transfert d'infirmières des pays développés vers les pays du Nord. Ce phénomène est favorisé par la mondialisation, par les progrès réalisés en matière de transports et de communications et par le recrutement actif pratiqué par certains pays développés connaissant des pénuries de main-d'œuvre. La perte d'infirmières très qualifiées au profit de pays plus avancés compromet directement la capacité d'un certain nombre de pays en voie de développement à améliorer leurs systèmes de santé, et donc à atteindre les objectifs nationaux et mondiaux de développement et de santé, comme par exemple les Objectifs de développement pour le Millénaire (ICN 2005e).

***... il est capital de bien saisir l'importance du renforcement des capacités nationales à gérer les déséquilibres internes entre offre et demande de main-d'œuvre. Ce renforcement concerne d'ailleurs aussi bien les pays riches que pauvres.***

Le manque de données relatives aux flux internationaux d'infirmières est un obstacle majeur au contrôle des migrations d'infirmières et à la capacité d'en évaluer l'impact. La formulation de politiques efficaces en est également affectée. C'est pourquoi les parties intéressées au plan national et les agences internationales doivent collaborer à la

définition et à l'application de systèmes de surveillance des flux transfrontaliers d'infirmières et d'autres travailleurs de la santé. Le manque de données sur la main-d'œuvre et les capacités de planification insuffisantes qui affectent de nombreux pays en voie de développement rendent particulièrement difficile de déterminer l'étendue du problème que constituent les migrations internationales par rapport au nombre d'infirmières sous-employées ou en situation de chômage au plan domestique. Les États doivent évaluer et améliorer leurs systèmes de planification et accorder une plus grande attention aux mesures d'encouragement au retour des collaboratrices ayant quitté le marché du travail infirmier. Ils doivent en outre dégager les financements nécessaires à la création (ou à la réouverture) des postes d'infirmières nécessaires (ICN 2005e).

Selon un rapport récent, la principale cause de la forte émigration d'infirmières est à chercher dans les pénuries qui frappent les pays du Nord, associées à certains facteurs incitatifs à l'œuvre dans les pays de départ : faiblesse de salaires, opportunités de carrière peu attrayantes, environnements de pratique peu sûrs et instabilité politique (ICN 2005e). Il est donc capital de bien saisir l'importance du renforcement des capacités nationales à gérer les déséquilibres internes entre offre et demande de main-d'œuvre. Ce renforcement concerne d'ailleurs aussi bien les pays riches que pauvres.

Un déterminant essentiel de l'augmentation des migrations d'infirmières est le recrutement actif opéré par certains pays. On a signalé des cas d'agences de recrutement trompant les infirmières sur la réalité des conditions prévalant dans les pays de destination, ou leur facturant des frais de transports superflus ou exagérés (ICN 2005e p. 19). Le témoignage que nous citons dans l'encadré <sup>2</sup>, tiré d'un ouvrage récent sur le thème des migrations d'infirmières (Kingma 2006), relate l'expérience personnelle d'une infirmière tanzanienne.

### Encadré 2 : l'expérience d'une infirmière migrante

«Vicki Bigambo\* (...) était confrontée à de graves difficultés personnelles et professionnelles dans son pays, la Tanzanie. Une agence de recrutement l'a convaincue d'aller travailler dans un foyer de soins infirmiers privé de Glasgow, où elle trouverait la vie plus facile. À son arrivée, Vicki Bigambo a tout de suite déchanté. Le recruteur lui avait fait croire que le foyer se trouvait au centre ville. Or, il se trouve à plus de cent cinquante kilomètres de Glasgow. Outre son salaire de seize mille livres par an, on lui avait assuré que ses frais de voyage seraient pris en charge : ce remboursement n'est jamais venu (plus de mille livres sterling).»

Qui plus est, « (...) des représentants de l'agence lui ont dit, à son arrivée en Écosse, qu'elle ne pourrait prolonger son séjour qu'après signature d'un nouveau contrat, au salaire de onze mille livres cette fois. Et ce même si Vicki Bigambo assume la gestion d'un foyer de cent lits et qu'elle aurait droit, à ce titre, à un salaire bien supérieur.»

\* Pseudonyme.

Kingma (2006 p.10)

La multiplication des problèmes de ce genre a incité certains pays à introduire des codes de pratique de portée nationale. Au niveau international, le CII, dans sa prise de position concernant le «Recrutement déontologique des infirmières», appelle à l'instauration d'un processus de recrutement fondé sur des principes éthiques qui permettent des choix informés et favorisent des politiques d'emploi saines. En outre, le Secrétariat du Commonwealth et l'Assemblée mondiale de la santé ont appelé au renforcement des contrôles et à l'adoption d'approches des migrations qui soient davantage conformes à la déontologie (ICN 2005e). Cependant, les effets de ces appels dépendent directement de la volonté politique exprimée par les responsables des systèmes de santé ainsi que des mécanismes régulateurs prévus pour le contrôle de leur application (ICN 2001).

Le problème de savoir comment gérer les migrations (ou même de savoir s'il faut les gérer) importe particulièrement aux responsables politiques et aux agences internationales. Les politiques et modèles de contrôle des migrations – accords bilatéraux, codes déontologiques, mesures d'incitation au retour, modèles de «formation pour l'exportation» - doivent être sérieusement évalués, ceci afin de garantir une approche plus efficace du recrutement international d'infirmières (ICN 2005e).

L'action du CII dans ce domaine prioritaire portera sur les politiques et la planification de la main-d'œuvre, ainsi que sur le recrutement international et les migrations. Le CII agira en particulier dans les domaines décrits ci-après.

## **ACTION POLITIQUE**

### **Politique de main-d'œuvre et planification**

- Recommander le développement et/ou la révision de plans stratégiques nationaux relatifs à la main-d'œuvre, de telle sorte qu'ils reflètent des approches de la planification RH fondées sur les besoins réels, orientées sur les résultats et tenant compte des nombreux facteurs économiques, sociaux, politiques, techniques, etc., qui influencent la planification.
- Recommander la création d'organismes nationaux intersectoriels de planification impliquant toutes les parties concernées : fournisseurs, responsables de la planification, décideurs politiques, représentants des secteurs éducatif et financier, de la société civile, etc. Ces organismes auront pour mission de concevoir, de planifier, d'appliquer, de contrôler et d'évaluer des plans stratégiques nationaux.
- Recommander des investissements dans la création et l'actualisation de bases de données et de systèmes d'information RH destinés à éclairer l'activité politique et planificatrice au niveau des États. Renforcer le rôle des organes réglementaires en tant que sources d'information sur la situation des infirmières de leurs pays et qu'agents de collecte, d'analyse et d'exploitation des données relatives aux RH.
- Faire pression pour le développement d'ensembles de données minimales nationales relatives aux RH.
- Faire pression pour l'adoption de normes applicables aux processus d'accréditation.
- Recommander la création, sur Internet, d'une base de données des innovations qui servirait à faire connaître, au plan international, des innovations introduites au plan local.
- Faire pression pour l'intégration de procédures de contrôle et d'évaluation au sein même des activités des donateurs.
- Recommander que les États établissent un bilan des qualifications professionnelles requises pour couvrir les besoins des populations et qu'ils maximisent à cet égard le potentiel des travailleurs de la santé, en particulier celui des infirmières professionnelles. Pour ce faire, il faudra adopter des modèles de soins (axés sur les soins de base) intégrant l'apport des nouvelles technologies. Simultanément, il faudra s'attaquer aux problèmes de mélange des compétences et de délégation de certaines tâches à d'autres travailleurs.

## **Recrutement international et migrations d'infirmières**

- Faire pression pour l'application de politiques et de pratiques de recrutement international qui soient respectueuses de la déontologie. Collaborer avec les organisations nationales d'infirmières (ANI) à la surveillance des tendances migratoires (émigration et immigration) et des activités des agences de recrutement.
- Faire pression pour une coopération nationale et internationale renforcée en matière de contrôle des flux internationaux d'infirmières et d'autres travailleurs de la santé, notamment grâce à la mise au point de méthodes normalisées de collecte d'information.
- Faire pression pour un renforcement de la recherche et des analyses, afin que les acteurs nationaux et les agences internationales puissent connaître les coûts réels (et/ou les avantages) ainsi que l'impact des migrations d'infirmières.
- Promouvoir la création d'un organe mondial d'accréditation des recruteurs opérant sur le marché international.
- Faire pression pour que des recherches approfondies soient menées sur les bonnes pratiques en matière de traitement des infirmières immigrées et pour que les abus soient dénoncés.

## **RECHERCHE ET PUBLICATIONS**

- Publier une série de fiches d'information intéressant un public international et détaillant les questions soulevées par les études commandées dans le cadre de ce projet.
- Mettre au point une politique concernant les nouvelles catégories de travailleurs.
- Lancer des recherches dans les domaines suivants : nature et ampleur des migrations temporaires, par opposition aux migrations définitives d'infirmières; fluctuations dans les transferts d'argent par les infirmières; meilleures pratiques en matière de rétention d'infirmières dans les pays en voie de développement; effets des codes de pratique régissant le recrutement; effets de la demande internationale en main-d'œuvre sur le nombre d'étudiantes en soins infirmiers dans les pays d'émigration; incidences sexospécifiques des migrations d'infirmières; coût et impact des migrations d'infirmières pour les pays d'origine; et impact des accords bilatéraux et multilatéraux tels que l'Accord général sur le commerce des services (AGCS), entre autres.
- Participer à la collecte de fonds destinés à la recherche sur la main-d'œuvre de la santé en général et sur les infirmières en particulier (par exemple par l'intermédiaire de fonds internationaux et de grandes fondations).

## **AUTRES ACTIONS**

- Réviser les principes et le cadre réglementaires du CII.
- Collaborer avec d'autres partenaires à la mise au point d'un cadre commun de compétences partagées.
- Partager les données infirmières en sa possession, participer à la normalisation des indicateurs et des outils de collecte de l'information, renforcer la capacité de collecte et d'analyse des données.
- Faire bénéficier de son expertise sur les questions infirmières les agences internationales qui ont une influence sur les politiques d'emploi du secteur de la santé (par exemple, accès à un pool d'infirmières expertes, participations à des projets de recherche, détachement temporaire de collaboratrices, etc.)
- Collaborer avec des partenaires choisis au renforcement des capacités techniques et stratégiques des individus, des systèmes et des organisations, afin de mieux planifier et gérer les ressources humaines pour la santé.
  - Développer des normes et compétences internationales pour la planification et la gestion des RH.
  - Publier des fiches d'information concernant les approches possibles de la planification de la main-d'œuvre.
  - Développer des «directives pour bonnes pratiques» en matière de planification et de gestion des RH, directives qui puissent facilement être adaptées aux différents contextes nationaux et locaux.
  - Faire pression pour l'inclusion de la recherche, de la planification et de la gestion des RH dans les programmes de formation de base et de formation continue aux soins infirmiers.
  - Développer une politique visant à démontrer l'importance d'une planification et d'une gestion efficaces des RH.

- Développer, à l'intention des responsables RH, du matériel pédagogique et des outils dérivés des normes et compétences internationales pour la planification et la gestion des RH.
- Faire pression pour un accès facilité à une assistance technique de qualité par le développement des jumelages, entre autres stratégies.
  - Étudier les avantages et les inconvénients de l'utilisation de volontaires internationaux.
  - Mettre au point un mécanisme d'accréditation des consultants de santé internationaux.
- Instituer une ressource internationale dont la mission serait de compiler, de consolider, de synthétiser et de diffuser des bonnes pratiques, des résultats de recherche et des outils pour la formulation et l'application de politiques RH efficaces et pertinentes.

## C. Environnements de pratique positifs et performance des organisations

La qualité très variable, et souvent insuffisante, des environnements de santé au sein desquels infirmières et sages-femmes doivent exercer complique le recrutement de nouvelles infirmières et la rétention du personnel existant. De très nombreux facteurs contribuent à dégrader la qualité des environnements de pratique des infirmières : manque d'effectifs, de matériel, de médicaments et de moyens techniques; charges de travail excessives; horaires surchargés; manque de flexibilité dans la gestion du temps; exposition aux risques professionnels; violence et abus de toutes sortes; manque d'autonomie; insuffisance des incitations matérielles et des perspectives de développement professionnel (encadré 3).

### Encadré 3 : les infirmières parlent

«Stress, colère, congés maladie en pagaille, soins en baisse et perte de moral... tout ça parce qu'il n'y a plus assez de temps pour les soins de base»- une infirmière autorisée, bloc chirurgical (Illiffe 2005).

«J'ai l'impression de couler [...] quand je rentre j'ai envie de pleurer de rage, avec le sentiment d'avoir mal travaillé»- une infirmière autorisée, soins intensifs (Illiffe 2005).

«Je travaille dans un petit hôpital de campagne, c'est-à-dire de lourdes responsabilités, beaucoup d'heures supplémentaires et de travail sur appel, des congés quand on peut, de la fatigue et de l'épuisement...» - infirmière autorisée, région rurale (Illiffe 2005).

«C'était arrivé à un stade où ça faisait vraiment peur d'être là. La nuit, on n'atteignait pour ainsi dire jamais le niveau minimal de dotation en personnel. Parfois on avait l'impression de ne pas pouvoir garder un œil sur tous les patients [...] J'avais quatre ans d'expérience à temps partiel. Il me semblait que j'en apprenais encore tous les jours [...] et que je n'étais pas suffisamment formée»- ancienne infirmière en oncologie (Kokmen 2003, p. 4).

Depuis une dizaine d'années, les causes de la diminution de qualité des environnements de pratique sont longuement débattues. De nombreuses études menées dans autant de pays ont permis de cerner les problèmes en cause; d'innombrables recommandations ont été formulées pour améliorer la qualité des environnements de pratique des infirmières. Malgré cela, rares sont les stratégies d'action réellement appliquées. Ceci est dû à une absence de volonté

politique forte vis-à-vis de la résolution de ces problèmes et de l'introduction des changements nécessaires.

### **La qualité des environnements de pratique des infirmières influence leur satisfaction au travail, leur motivation, leur productivité, leur performance et les résultats pour les patients.**

La qualité des environnements de pratique des infirmières influence leur satisfaction au travail, leur

motivation, leur productivité, leur performance et les résultats pour les patients. On sait maintenant que les surcharges de travail ont des effets néfastes sur la qualité des soins et sur les infirmières elles-mêmes. Une étude portant sur près de 10 000 infirmières de 168 hôpitaux des États-Unis montre que, dans les établissements où le ratio infirmières/médecins est faible, les patients en chirurgie sont sujets à des taux plus élevés de mortalité ajustée à trente jours et d'échec thérapeutique; les infirmières y sont aussi davantage susceptibles d'être victimes d'épuisement et d'insatisfaction au travail<sup>3</sup>. Une autre étude a montré que des ratios infirmières/patients favorables sont, au contraire, associés à une réduction de 3% à 12% des taux de résultats potentiellement sensibles aux soins infirmiers, notamment les infections de la voie urinaire et les pneumonies nosocomiales<sup>4</sup>.

Plusieurs pays, notamment les États-Unis et l'Australie, ont désormais imposé des ratios infirmières/patients minimaux. Il s'agit là d'une parmi d'autres stratégies visant à améliorer les conditions de travail, à inciter le retour dans la pratique d'infirmières ayant changé d'orientation et à promouvoir des niveaux de dotation en effectifs sûrs et, partant, propices à la qualité des soins aux patients. Peu après l'introduction des ratios obligatoires dans l'État australien de Victoria, «cinq mille infirmières au chômage ont fait acte de candidature pour des postes vacants dans les services de santé» (Kingma 2006, p. 225). Par ailleurs, des recherches mandatées par la Fédération des soins infirmiers australiens (ANF) montrent que «plus de la moitié des infirmières de l'État de Victoria seraient prêtes à démissionner, à prendre une retraite anticipée ou à réduire leur activité si les ratios obligatoires étaient abolis» (ANF 2004, p. 1).

Les recherches indiquent que différents facteurs contribuent à attirer et à fidéliser les infirmières dans leur profession : opportunités de carrière, gains d'autonomie et participation aux décisions, sans oublier l'aspect salarial<sup>5</sup>. Il semble que les conditions de travail jouent un rôle déterminant dans la rétention et la réduction du taux de rotation du personnel<sup>6</sup>. Selon Buchan et Calman, deux chercheurs qui se sont récemment penchés sur la pénurie mondiale d'infirmières autorisées, il y a lieu de croire qu'un mode de gestion participatif, la flexibilité des opportunités d'emploi et l'accès à la formation continue peuvent non seulement inciter les infirmières à rester à leurs postes, mais aussi améliorer la qualité des soins aux patients<sup>7</sup>. Pour ces auteurs, c'est précisément l'application de ces méthodes qui a fait le succès des «magnet hospitals» («hôpitaux aimants») qui se sont développés ces vingt dernières années (encadré 4). Ce modèle est une illustration parfaite des avantages que présente l'implication systématique du personnel pour l'amélioration du recrutement, la fidélisation ainsi que les résultats de santé pour les patients.

#### **Encadré 4 : de l'avantage d'être «un bon employeur» – le cas des «Magnet Institutions»**

L'idée de «Magnet Hospital» a été lancée aux États-Unis dans les années 1980. L'époque était déjà aux pénuries de personnel, aussi l'attention s'est-elle tournée vers l'identification des caractéristiques des employeurs qui, malgré la situation, parvenaient sans difficulté à recruter le personnel dont ils avaient besoin. Il s'agissait de découvrir les méthodes de gestion des ressources humaines, de même que les caractères organisationnels spécifiques, qui permettaient à ces établissements d'attirer et de fidéliser leur personnel dans des conditions pourtant difficiles. Voici les principales caractéristiques de ces établissements :

- style de gestion empathique et encourageant la participation;
- cadres infirmières bien préparées et très qualifiées;
- horaires flexibles;
- possibilités d'avancement;
- insistance sur la formation interne ou continue.

Le concept de «Magnet Hospital» a été perfectionné et étendu au cours des dernières décennies par des recherches et par le développement de services d'accréditation des services infirmiers opérant selon ces principes. Cette approche, et d'autres du même genre, sont actuellement à l'étude dans divers autres pays. Ce qu'il faut retenir des études sur ce thème, c'est que le «magnétisme» semble lié à certains indicateurs statistiques positifs, notamment le faible taux d'absentéisme et de rotation du personnel, sans oublier l'amélioration de la qualité des soins prodigués. Cet état de fait est imputable à l'application constante d'un véritable «paquet» de mesures de gestion des ressources humaines (GRH) parfaitement en phase avec les priorités organisationnelles. Ces mesures favorisent l'autonomie des infirmières, leur participation aux décisions ainsi que leur progression professionnelle, et permettent enfin le plein épanouissement de leurs aptitudes.

CII (2004, p. 35)

Selon Rafferty *et al.*, la recherche confirme le fait que le travail en équipe améliore la qualité des services de santé<sup>8</sup>. Dans la perspective de l'«employeur de choix», du «bon employeur», le travail en équipe renforce en effet la motivation du personnel<sup>9</sup>, la satisfaction au travail et la santé mentale<sup>10</sup>, améliore la rétention et réduit le turnover<sup>11</sup>.

De nombreuses études montrent que les investissements consentis pour une gestion efficace des ressources humaines contribuent de manière importante à la performance des organisations<sup>12</sup>. Une gestion efficace des ressources humaines est bénéfique aussi bien pour les patients que pour les travailleurs (ICN 2005h). En outre, la manière dont le personnel est géré peut influencer la santé et le bien-être des employés, la performance des individus, des groupes et des organisations<sup>13</sup>. Malgré leur importance, force est malheureusement de constater qu'il n'est pas facile d'appliquer au quotidien les bonnes pratiques GRH (ICN 2005h).

C'est pourquoi le CII s'est engagé, dans ce domaine prioritaire, à entreprendre les actions suivantes :

### **ACTION POLITIQUE**

- Lancer une campagne mondiale sur les environnements de pratique positifs.

### **RECHERCHE ET PUBLICATIONS**

- Lancer des recherches sur les coûts et les effets de la rotation et, *a contrario*, sur les avantages de la stabilisation du personnel, surtout en Afrique.
- Mettre au point des normes relatives aux environnements de pratique sûrs.
- Préparer des monographies sur les domaines d'action prioritaires : ratios infirmières/patients, systèmes de travail par liste, conditions de travail et violence au travail.
- Démontrer les avantages qu'une utilisation optimale des capacités infirmières peut engendrer en termes de retour sur investissement.
- Mettre au point des directives sur la délégation des tâches, le tutorat et le coaching.

### **AUTRES ACTIONS**

- Envisager l'institution d'un «Prix du bon employeur», décerné au niveau local et promu à l'échelle internationale (en collaboration avec les associations membres du CII).
- Lancer des initiatives visant à renforcer les compétences des cadres engagés sur le terrain (en partenariat avec d'autres intervenants du secteur).
- Avec les régulateurs, aborder la question de l'utilisation optimale du potentiel des infirmières et de l'introduction de nouveaux rôles à leur intention.
- œuvrer pour une plus forte implication des structures communautaires : main-d'œuvre formelle et informelle, développement communautaire, soins communautaires intégrés et amélioration des communications avec les communautés.
- Envisager des collaborations interdisciplinaires, en particulier dans le domaine de l'éducation.
- Analyser la manière dont les politiques, les méthodes d'accréditation et d'autres moyens d'action peuvent améliorer les environnements de travail.

## D. Recrutement et rétention du personnel; corriger la mauvaise répartition interne; le problème de l'émigration

Les pays développés sont confrontés aux mêmes problèmes de recrutement et de rétention d'infirmières que les pays en voie de développement. L'incapacité de recruter et de fidéliser des infirmières qualifiées a des effets néfastes sur la fourniture de services de santé de qualité, ainsi que sur les coûts de ces services (ICN 2005g). Dans ce contexte, les décideurs politiques et les responsables de la planification (au niveau des pays et des organisations) doivent imaginer de nouvelles stratégies de recrutement et de rétention du personnel, cruciales pour le maintien des niveaux de dotation en personnel, pour la réduction du turnover et la maîtrise des coûts, autant d'atouts garants de la sécurité et de la performance des soins infirmiers.

La profession infirmière a toujours recruté au sein d'un groupe restreint de personnes en fin de scolarité (ICN 2004). Il est pourtant aujourd'hui tenu pour acquis que, pour s'assurer une quantité suffisante de main-d'œuvre, la profession doit élargir son bassin de recrutement et viser aussi, dorénavant, «des candidates plus mûres, appartenant à des minorités ethniques ou dotées d'autres qualifications et expériences professionnelles» (ICN 2004, p. 37). Il est aussi évident que pour attirer de nouvelles infirmières, la profession doit améliorer son image en termes de possibilités de carrière (ICN 2004).

Au niveau des organisations, les employeurs doivent réorienter leurs processus de recrutement en direction des gisements de personnel potentiel. En outre, les organisations doivent veiller à appliquer des mesures

***Les décideurs politiques et les responsables de la planification (au niveau des pays et des organisations) doivent imaginer de nouvelles stratégies de recrutement et de rétention du personnel, qui seront cruciales pour le maintien des niveaux de dotation en personnel, pour la réduction du turnover et la maîtrise des coûts.***

d'accompagnement et d'orientation des nouvelles recrues, afin qu'elles soient pleinement efficaces dans leurs rôles.

Les infirmières ayant quitté le marché du travail constituent un autre gisement de collaboratrices potentielles (ICN 2004). Certaines infirmières choisissent en effet de quitter prématurément la profession. De telles décisions sont souvent prises en réaction à des politiques d'emploi trop rigides qui leur interdisent de travailler à temps partiel ou d'interrompre

momentanément leur parcours professionnel (ICN 2004). Les infirmières plus âgées constituent une main-d'œuvre plus stable : il faudrait prendre à leur intention des mesures visant à les faire revenir au travail (nouvelles formations, horaires flexibles) (ICN 2005g). On peut aussi imaginer de redéfinir les cahiers des charges pour qu'ils correspondent mieux aux attentes de cette catégorie de travailleuses.

On le voit, les raisons qui poussent les infirmières à quitter la profession, mais aussi les mesures de correction à cet égard, sont bien connues. Or, on constate que la volonté politique d'appliquer ces connaissances est particulièrement faible.

### **Mauvaise distribution géographique, émigrations**

Les déséquilibres géographiques dans la répartition de la main-d'œuvre infirmière sont particulièrement frappants dans les régions rurales, reculées et isolées. La répartition des infirmières autorisées dans les services de santé du Ghana montre ainsi que la région du Grand Accra est particulièrement favorisée : l'agglomération regroupe 18,5% de la population du pays et rien moins que 30,9% de ses infirmières professionnelles. Les trois régions du Nord (rurales et plus pauvres) regroupent 18,3% de la population mais seulement 15,6% des infirmières (ICN, p. 10). Les infirmières préfèrent souvent émigrer vers les zones urbaines, où elles bénéficieront de meilleures opportunités de carrière ainsi que de conditions socio-économiques plus attrayantes. Le recrutement et la rétention d'infirmières dans les zones rurales, reculées et isolées se révèle problématique dans tous les pays, quel que soit leur niveau de développement.

Le travail dans ces régions est rendu difficile par toute une série de facteurs, comme par exemple l'isolement social, le manque d'équipements collectifs et de logement, les difficultés de transport, etc. Dans les pays les plus pauvres, ces problèmes sont encore aggravés par l'insuffisance des infrastructures de base : routes, écoles, logements (ICN 2005g). D'autres circonstances aggravantes sont souvent citées : salaires insuffisants, mauvaises conditions de travail, manque d'équipement et de fournitures; manque d'opportunités de formation continue; soutien institutionnel lacunaire, en particulier dans le domaine de la supervision et du tutorat. En outre, les infirmières se plaignent fréquemment d'obstacles à leur autonomie professionnelle et de leur exclusion des processus de

décision. Les infirmières, qui sont généralement responsables des soins aux patients, se sentent démoralisées et frustrées dès lors qu'elles se voient refuser la moindre parcelle d'autorité en matière d'administration des soins. Le renforcement de la motivation et du recrutement des infirmières dans les zones difficiles passe par des investissements dans l'amélioration des conditions de travail, des infrastructures et des services publics, ainsi que par l'adoption de politiques salariales plus équitables.

**Le renforcement de la motivation et du recrutement des infirmières dans les zones difficiles passe par des investissements dans l'amélioration des conditions de travail, des infrastructures et des services publics, ainsi que par l'adoption de politiques salariales plus équitables.**

Des solutions existent pour améliorer le recrutement et la fidélisation du personnel dans ces régions. Citons entre autres : le service rural obligatoire; le remboursement des frais d'études des infirmières exerçant dans des régions défavorisées; la relocalisation des écoles de soins infirmiers vers les régions rurales; l'octroi d'avantages salariaux ciblés;

l'offre de stages dans des établissements situés dans les régions défavorisées; et l'introduction de systèmes de rotation qui permettent d'affecter temporairement le personnel là où il sera le plus utile» (ICN 2004, p. 38). Le Ghana s'efforce d'augmenter les revenus des travailleurs de la santé par l'instauration d'allocations spéciales. Cependant, on a remarqué que la nature non discriminatoire de ces allocations a parfois pour effet paradoxal de démotiver le personnel (ICN 2005i). Les stratégies citées plus haut sont encore peu appliquées à la profession infirmière, car elles concernent surtout les médecins (ICN 2004). D'autres recherches et enquêtes d'évaluation de l'impact de ces stratégies sur les infirmières devraient être menées.

Les flux migratoires les plus problématiques sont sans conteste ceux d'infirmières qualifiées de pays en développement vers les pays du Nord. On dit que certains facteurs «push» et «pull» sont à l'origine des décisions d'émigration des infirmières. Comme nous l'avons dit plus haut dans ce rapport, une étude récente portant sur les migrations d'infirmières a donné une liste des facteurs «push» qui sont à l'œuvre dans les pays d'origine (ICN 2005e). De nombreuses infirmières continueront d'être tentées d'émigrer à la recherche d'avantages tels que de meilleurs salaires, des perspectives favorables de développement professionnel ou simplement la possibilité de s'enrichir au contact d'une vie et d'une culture différentes : ce sont là autant de facteurs dits «pull» (ICN 2005e, p. 28).

Tout en reconnaissant le droit des infirmières de choisir leur lieu de résidence et de travail, les autorités des pays d'origine des migrations doivent axer leurs politiques sur la résolution des facteurs «push» qui favorisent l'émigration. On pense à des mesures d'amélioration des salaires, des perspectives de carrière et des conditions de travail, à d'autres destinées à réduire les charges de travail, à améliorer les opportunités de formation ou à renforcer la sécurité sur les lieux de travail, etc. (ICN 2005e). Le projet de gestion des migrations lancé par l'Organisation des infirmières des Caraïbes et par la section Caraïbes de l'Organisation panaméricaine de santé est un exemple d'action proactive dans ce domaine. Cette démarche, il faut le relever, part du principe qu'il n'est pas réaliste de prétendre empêcher les infirmières d'émigrer dès lors que toutes les conditions sont réunies pour qu'elles décident, malheureusement, de s'y résoudre (cf. ICN 2005e).

**Incitations financières et non financières**

Nous disposons d'éléments objectifs nous permettant de conclure que certaines incitations agissent fortement sur la performance des travailleurs de la santé (ICN 2005g). Les mesures d'ordre financier sont certainement les plus communément utilisées pour améliorer le recrutement, la rétention, la motivation et la performance (ICN 2005g). Elles consistent en paiements directs ou indirects : «salaires, primes, retraites, assurances, allocations, bourses, prêts et prise en charge des frais de scolarité» (ICN 2005g, p. 19). Les avantages de telles mesures sont mis en doute par certains auteurs, telle Kingma, par exemple, selon laquelle les infirmières tendent à réagir de manière négative ou indifférente à leur application. Selon les personnes interrogées par cet auteur, «les mesures incitatives d'ordre financier ne sont jamais perçues comme positives; au mieux, elles sont accueillies de manière ambiguë. C'est toutefois l'indifférence qui prédomine vis-à-vis des incitations d'ordre financier» (in ICN 2005g, p. 21). Par contre, d'autres récompenses directes ou indirectes, comme par exemple les opportunités de développement professionnel et de formation continue, sont considérées comme positives et motivantes (ICN 2005g).

Pour améliorer la rétention et la motivation des infirmières, il faut donc nécessairement envisager l'introduction de certaines incitations non financières : octroi d'une plus grande autonomie professionnelle, de perspectives de carrière attrayantes, flexibilisation des horaires, etc. Une étude portant sur la situation des soins infirmiers dans les hôpitaux montre que l'autonomie professionnelle compte pour beaucoup dans la satisfaction au travail<sup>14</sup>. L'étude montre également que les hôpitaux qui disposent de structures administratives ouvertes et favorisant l'implication des infirmières dans les prises de décision connaissent des taux de turnover plus faibles<sup>15</sup>.

Les données disponibles laissent aussi entendre que les opportunités de développement de carrière favorisent la rétention des infirmières<sup>16</sup>. En outre, on a pu montrer que les possibilités de promotion interne jouent un rôle non négligeable sur la diminution du turnover dans certains grands hôpitaux<sup>17</sup>.

Selon l'Organisation internationale du travail, le fait de limiter le nombre d'heures de travail et de prévoir des périodes de repos a un impact direct sur la qualité des services et, par conséquent, revêt une importance particulière aux yeux des infirmières. De nombreuses institutions remédient aux pénuries de personnel en jouant sur les heures supplémentaires effectuées par leurs collaborateurs. Mais on peut aussi choisir d'améliorer la satisfaction vis-à-vis des horaires et de renforcer le recrutement et la rétention des infirmières en aménageant les périodes de travail de manière à dégager davantage de temps libre et en autorisant une certaine souplesse dans le choix des horaires (ICN 2005g).

Selon Buchan *et al.*, la difficulté pour les systèmes de santé consiste à identifier et à appliquer des mesures incitatives qui soient adaptées à leurs besoins particuliers. On imagine mal qu'un ensemble «standard» de mesures incitatives puisse être adapté à toutes les organisations ou indépendamment du contexte. On voit, par exemple, que l'effet des mesures salariales dépend de l'existence, au départ, des financements indispensables à la couverture des besoins fondamentaux (ICN 2005g). Dans les pays pauvres, ce type d'incitations sera plus intéressant que dans les pays riches, où le salaire est une variable quasiment tenue pour acquise<sup>18</sup>.

### **Formation aux soins infirmiers**

La production et la rétention d'une main-d'œuvre infirmière compétente dépendent de l'existence de programmes de formation axés sur l'acquisition des aptitudes et des compétences nécessaires à la pratique (ICN 2005d). Depuis quelques années, l'enseignement des soins infirmiers a pris une importance particulière aux yeux d'employeurs directement confrontés au décalage entre la formation des infirmières et les besoins concrets des systèmes de santé. Pour combler ce fossé, les pays concernés doivent réformer et réorienter la formation aux soins infirmiers de telle sorte que les programmes non seulement soient adaptés aux besoins locaux, mais aussi qu'ils soient assez flexibles pour répondre à la demande future en services (ICN 2005i; ICN 2005f). Pour ce faire, toutes les parties intéressées doivent être impliquées dans la préparation des programmes d'enseignement : régulateurs, employeurs, éducateurs, cliniciens.

Dans un certain nombre de pays, on constate une tendance à la formation d'infirmières «pour l'exportation». Les programmes sont à cet effet davantage axés sur les besoins des marchés extérieurs, plutôt que sur les besoins internes. Cette pratique prend une certaine ampleur et devrait être suivie de près.

D'autre part, de nombreux pays sont confrontés à un manque d'enseignantes en soins infirmiers, manque imputable au fait que les départs à la retraite ne sont pas compensés par une relève insuffisante. Cette situation intensifie encore les effets de la pénurie d'infirmières car il devient de plus en plus difficile de former les effectifs nécessaires pour couvrir les besoins futurs. D'après un rapport de l'American Association of Colleges of Nursing (Association des collèges de soins infirmiers des États-Unis, AACN), «en 2003, les écoles de soins infirmiers des États-Unis ont dû refuser 15 944 demandes d'inscription aux programmes de bachelor en soins infirmiers, pour cause de nombre insuffisant d'enseignants, de sites cliniques, de salles de classes, d'assistants en milieu clinique et de contraintes budgétaires» (2003-2004 *Enrollment and Graduations in Baccalaureate and Graduate Programs in Nursing*, AACN, p. 2). Dans le même temps, plus de 110 000 étudiantes qualifiées n'ont pu être admises aux programmes de diplômes. Le manque de formateurs se fait également sentir dans les pays en voie de développement. Ainsi le Conseil des soins infirmiers du Ghana estime que, ces dernières années, le nombre

d'éducateurs a diminué de 20% à 30%, ce qui aura des conséquences graves pour la formation des prochaines générations d'infirmières indigènes<sup>19</sup>. Par ailleurs, certains pays ont décidé d'introduire des avantages financiers à l'intention des personnes engagées dans la pratique clinique. Or, ces mesures d'incitation ayant été prises sans tenir compte des salaires inférieurs payés par le secteur de la formation, de nombreuses enseignantes ont logiquement préféré revenir dans la pratique : la pénurie d'enseignantes est ainsi aggravée et la formation des futures infirmières compromise. D'autres pays connaissent également des taux de déperdition élevés chez les étudiantes en soins infirmiers.

On constate, un peu partout, une tendance à l'ouverture d'institutions de formation privées. Les gouvernements, les organes régulateurs et les représentants de la profession infirmière devront tous faire preuve de vigilance en ce qui concerne la qualité des programmes de formation dispensés dans ces écoles. Il faudra instituer et appliquer une réglementation des institutions de formation privées.

Le CII s'est engagé, dans ce domaine prioritaire, à entreprendre les actions suivantes :

#### **ACTION POLITIQUE**

- Préparation d'une prise de position sur l'importance du développement professionnel continu pour le recrutement et la rétention des infirmières.
- Préparation d'une campagne d'image sur le thème de l'«employeur de choix».

#### **RECHERCHE ET PUBLICATIONS**

- Chercher à mieux comprendre les raisons des déséquilibres entre formation et fourniture de services, et envisager des moyens d'y remédier, notamment par l'instauration de nominations croisées.
- Préparer des monographies sur certains problèmes courants, comme par exemple les retraites ou les allocations pour service en régions rurales ou isolées.
- Préparer des fiches d'information sur l'encouragement aux retours dans la profession et sur l'emploi d'infirmières plus âgées.
- Promouvoir ou lancer des recherches sur les motivations des infirmières.
- Préparer un article théorique sur la gestion des migrations (quels modèles existent, avec quels problèmes, etc.)

#### **AUTRES ACTIONS**

- Aborder les problèmes de déperdition d'étudiantes et de formateurs, ainsi que de la diminution du nombre des stages en milieu clinique et des possibilités de tutorat.
- Envisager l'introduction de normes internationales pour les programmes de formation.

## E. Leadership des soins infirmiers

Pour remédier aux difficultés que la profession infirmière doit affronter, au premier rang desquelles les effets de systèmes de santé et d'environnements de travail en perpétuel changement, il faut pouvoir compter sur des capacités de gestion et de leadership efficaces, et ce à tous les niveaux, local, régional, national et organisationnel. Le renforcement des capacités de leadership est donc crucial pour le changement durable présent et futur. Les infirmières qui occupent ou occuperont des postes de direction et de gestion doivent être prêtes à réagir non seulement aux évolutions rapides qui sont la marque de nos sociétés mondialisées et mues par le progrès technique, mais encore à la raréfaction prévisible des ressources financières et humaines.

Les infirmières responsables de la gestion des services doivent disposer de solides compétences dans les domaines suivants : pensée et planification stratégiques; gestion et développement du personnel; systèmes de mesure des performances; culture et développement des organisations; communication; négociation; relations interpersonnelles; résolution de conflits et de problèmes; service à la clientèle; gestion des ressources et de l'équipement; amélioration de la qualité; préparation aux catastrophes; gestion financière; mise en réseau; élaboration de politiques; travail en équipes et recherches de fonds.

Les infirmières occupant des postes à responsabilité dans le secteur politique et institutionnel doivent non seulement maîtriser les compétences citées plus haut, mais encore comprendre le fonctionnement des institutions internationales de gouvernance et de financement; la réglementation; la manière de créer des alliances et des coalitions, afin de faire connaître l'importance de la profession infirmière et de l'articuler avec l'action des principaux intervenants au sein des organisations nationales, régionales et internationales. Ces infirmières dirigeantes doivent être prêtes à s'impliquer dans les systèmes politiques de leurs pays, en particulier au niveau de l'élaboration des politiques. Pour être à même d'influencer l'évolution des systèmes de santé et de la profession infirmière, elles devront comprendre le fonctionnement des mécanismes politiques internationaux.

Le CII est conscient de l'importance, dans ce contexte, de l'existence de moyens d'action neufs et innovants. C'est pourquoi il travaille actuellement à la mise sur pied d'un Institut mondial du leadership infirmier, destiné aux infirmières assumant des fonctions de cadres de niveaux moyen et supérieur. L'initiative visera à améliorer les connaissances et les aptitudes existantes en matière de leadership, avec une insistance particulière sur des problèmes de santé spécifiques constatés aux niveaux national et international.

Depuis de nombreuses années, le Conseil international des infirmières est en pointe dans le renforcement des capacités de leadership et de gestion des infirmières. Nos associations membres améliorent constamment la formation des infirmières à l'exercice des fonctions de direction et de gestion. Aujourd'hui, grâce à nos programmes *Diriger le changement™* et *Qualités de direction et d'animation appliquées à la négociation*, nous sommes en mesure de contribuer de manière significative au développement et au renforcement des capacités des infirmières du monde entier (encadré 5).

## Encadré 5 : programmes CII de renforcement du leadership

### Diriger le changement™

Le programme Diriger le changement™ (DLC) d'apprentissage par l'action vise à former des infirmières et d'autres travailleurs de la santé à des fonctions dirigeantes dans un environnement professionnel en mutation constante.

Le programme DLC s'attache à renforcer l'efficacité des infirmières dans les domaines suivants :

- Planification des services de santé et développement politique.
- Direction et gestion des services de soins infirmiers et de santé.
- Instauration de services infirmiers rentables et efficaces.
- Préparation des futurs cadres et leaders, infirmières ou autres.
- Développement durable.
- Participation active aux activités des équipes de soins et de gestion.
- Capacité à influencer l'évolution des programmes d'enseignement.
- Mise en réseau au niveau national, régional et international.

Le programme est déjà appliqué en Amérique latine, dans les Caraïbes, en Afrique australe, centrale et orientale, dans le Pacifique Sud, en Asie et au Moyen-Orient. Outre le programme du CII, plus de vingt pays disposent maintenant de formatrices certifiées, ce qui permet d'atteindre une masse critique d'infirmières et d'autres professionnels de la santé. Une étude longitudinale portant sur les diplômées DLC est en cours de réalisation.

### Qualités de direction et d'animation appliquées à la négociation

Ce programme a pour ambition de donner aux infirmières les moyens d'obtenir des rémunérations justes, des avantages sociaux et des conditions de travail décentes.

Ses principaux objectifs sont :

- Apporter un soutien aux associations nationales d'infirmières dans les efforts qu'elles déploient pour montrer la voie à suivre en matière de fourniture de soins de santé et de défense des intérêts de la profession infirmière.
- Renforcer les connaissances et les aptitudes des infirmières cadres dans le domaine de la négociation et du développement des ressources humaines.
- Dispenser des connaissances de base dans les domaines de la sécurité et de la santé du travail, des sciences économiques et de la gestion.

Le projet est appliqué dans plusieurs régions. Il a été lancé en Afrique avant d'être adapté aux besoins des infirmières des Caraïbes, de l'Europe de l'Est, de l'Amérique latine, de l'Asie du Sud-est et de la région Pacifique. À ce jour, les organisations nationales d'infirmières des Îles Cook, de Fidji, de Samoa et de l'Afrique du Sud forment des infirmières cadres aux subtilités de la négociation, de la représentation des travailleurs, de la communication et du marketing, tout en sensibilisant leurs membres aux effets des conditions de travail sur la fourniture des soins. Une autre dimension du programme est le renforcement des organisations nationales d'infirmières, autrement dit la reconnaissance du fait que les infirmières doivent pouvoir compter sur des porte-parole forts et unis qui sauront introduire les réformes et les progrès nécessaires. Le programme a été récemment adapté par certaines associations membres du CII pour la formation d'infirmières cadres en Europe de l'Est, au Malawi, au Népal et en Zambie.

Le CII s'est engagé, dans ce domaine prioritaire, à entreprendre les actions suivantes.

### ACTION POLITIQUE

- Introduction dans les programmes d'enseignement de concepts de management tels que la délégation et la supervision.

### RECHERCHE ET PUBLICATIONS

- Développement d'outils de soutien à l'action politique.

### AUTRES ACTIONS

- Extension au monde entier des programmes *Diriger le changement™* et *Qualités de direction et d'animation appliquées à la négociation*.
- Ouverture d'un Institut mondial du leadership infirmier, destiné aux infirmières de haut niveau et/ou assumant des positions de cadres.

## Chapitre 2 : Interventions appuyées par le Conseil international des infirmières

Outre les recommandations et actions présentées jusqu'ici, il existe un certain nombre d'autres interventions prioritaires liées au développement des ressources humaines de la santé. Ces interventions, préconisées par des organisations et groupes approuvés par le CII, n'entrent pas dans le cadre de notre projet et devront être étudiées par d'autres agences ou institutions.

Le CII appuie les initiatives suivantes :

### **Initiative commune d'apprentissage autour des ressources humaines pour la santé et le développement**

- Les responsables politiques et sanitaires doivent collaborer, au niveau mondial, à la mise à disposition des financements nécessaires au développement de la main-d'œuvre pour la santé. Les donateurs doivent harmoniser leurs investissements. Les investissements consentis par les États doivent prévoir des fonds spécifiquement destinés au renforcement de la coopération technique et à l'introduction de mesures relatives aux ressources humaines, au niveau des régions et au niveau mondial (JLI 2004, p. 8).
- Au niveau des États et des régions et au niveau international, il faut consolider l'expertise technique relative aux ressources humaines pour la santé grâce à des réseaux «virtuels» et «opérationnels» capables de faire connaître les meilleures pratiques et d'appuyer les mesures prises dans les pays (JLI 2004, p. 9).
- Il faut susciter des conditions matérielles et politiques favorables en veillant à l'application de politiques macroéconomiques adéquates. À cet égard, les initiatives de lutte contre le sida (et d'autres problèmes prioritaires) doivent être compatibles avec les plans nationaux relatifs à la main-d'œuvre. Les programmes de contrôle des maladies doivent chercher à atteindre leurs objectifs prioritaires par le renforcement, et non la fragmentation, de la main-d'œuvre du secteur sanitaire en général (JLI 2004, p. 9).
- Les bailleurs de fonds (États et communauté internationale) doivent considérablement augmenter leurs investissements dans les connaissances relatives aux ressources humaines. Outre le renforcement des initiatives gouvernementales, ces investissements doivent favoriser le bien public (JLI 2004, p. 9).

### **Médecins pour les droits humains**

- Les pays d'Afrique – et d'ailleurs – doivent veiller à ce que les institutions de santé disposent d'un niveau de dotation en matériel suffisant pour l'application des mesures de contrôle et de prévention des maladies (PHR 2004, p. 4).
- Les donateurs doivent prévoir des fonds et une assistance technique à l'intention des pays d'Afrique afin qu'ils puissent : améliorer leurs systèmes de distribution des médicaments; acquérir et entretenir l'équipement de télécommunication nécessaire au renforcement de leurs systèmes de gestion des patients; investir dans l'infrastructure informatique, les mesures et la formation nécessaires au renforcement de la gestion de l'information de santé (PHR 2004, p. 4).
- Les gouvernements donateurs doivent aider les bibliothèques scientifiques africaines à acquérir des ouvrages récents et à actualiser leurs collections (PHR 2004, p. 5).
- Les revues médicales devraient être mises à la disposition des professionnels de la santé africains (et d'autres pays en voie de développement) moyennant une contribution financière symbolique (PHR 2004, p. 5).
- Les pays subissant les conséquences de l'émigration de leurs professionnels de la santé doivent disposer d'une base de données des postes à pourvoir réservés aux membres de cette diaspora (PHR 2004, p. 8).
- L'Organisation mondiale de la santé et la Banque mondiale doivent, ensemble, informer les ministères des finances des avantages des investissements dans la santé. Les ministères de la santé devraient eux aussi recevoir cette information (PHR 2004, p. 9).
- Le FMI, la Banque mondiale et les ministères des finances doivent rendre publique la nature précise des contraintes économiques qui risquent de limiter les dépenses de santé et sociales au niveau des États; ils doivent aussi créer des mécanismes permettant de garantir la transparence des politiques macroéconomiques et d'évaluer leur impact sur les secteurs de la santé et de l'éducation (PHR 2004, p. 9).

## Chapitre 3 : Conclusion

Ce rapport a présenté les cinq domaines d'intervention prioritaires du CII et de la profession infirmière ainsi que les actions que nous mènerons, en collaboration avec nos partenaires existants et avec nos nouveaux partenaires, pour remédier à la pénurie mondiale de personnel infirmier. L'action est déjà engagée dans certains domaines, mais beaucoup reste à accomplir.

Il est manifeste que l'ampleur de la pénurie de personnel infirmier exige des solutions systémiques au niveau national et international. La résolution de la crise demandera un effort concerté de nombreux intervenants, parmi lesquels les donateurs, les Nations Unies et les agences intergouvernementales, les décideurs politiques et les responsables de la planification, les associations professionnelles d'infirmières, les organes régulateurs régionaux, les autres professionnels de la santé, les éducateurs, les employeurs, la société civile, les fondations, les syndicats, etc.

La réussite des stratégies engagées pour résoudre cette crise exigera un leadership affirmé, un engagement politique solide, une action résolue et un soutien sans faille de la communauté internationale. Étant donné les défis sociaux et sanitaires que doivent affronter les pays en voie de développement aussi bien que les pays du Nord, notre action en faveur de la main-d'œuvre infirmière ne doit pas souffrir la moindre complaisance. Les services infirmiers sont une ressource vitale pour la réalisation des objectifs de développement pour le Millénaire, pour l'amélioration générale de la performance des systèmes de santé et, au bout du compte, de l'existence et de la santé des populations du monde.

## Notes des pages 5 à 26

1. Kurowski et al. in ICN 2004 p.21
2. Buchan et al. 2000, in ICN 2005d p.30
3. Aiken et al. 2001, in ICN 2005g p.12
4. Needleman et al. 2001, in ICN 2005g p.12
5. Irvine and Evans 1995, Shields and Ward 2001, cited in ICN 2004 p.34
6. Baumann et al 2001, Duffield and O'Brien-Pallas 2002, Aiken et al. 2002, Aiken et al. 2001, Atencio et al. 2003, Stone et al. 2003 and Tutta 2002, cited in ICN 2004 p.34
7. Aiken et al 1994, Clarke et al. 2001 and Heinz 2004, cited in ICN 2004 p.36-37
8. Zwarensten et al. 1997, Aiken et al. 1998, Schmitt 2001, Rafferty et al. 2001, cited in ICN 2005h p.5
9. Wood et al. 1994, cited in ICN 2005h p.5
10. Borrill et al. 2000, Peiro et al. 1992, cited in ICN 2005h p.5
11. Borrill et al. 2001, cited in ICN 2005h p.5
12. Chartered Institute of Personnel Development 2001, Caulkin 2001, Richardson and Thompson 1999, West et al. 1997, cited in ICN 2005h p.4
13. Mitchie and West 2004, cited in ICN 2005h p.7
14. Gleason-Scott et al. 1999, cited in ICN 2005g p.21
15. Mason 2000; Aiken et al. 2000, cited in ICN 2005g p.21
16. Rambur et al. 2001, Kingma 2003, cited in ICN 2005g p.22
17. Kirshenbaum and Mano-Negrin 1999, cited in ICN 2005g p.22
18. 2001, Kingma 2003, cited in ICN 2005g p.22
19. Buchan and Dovlo 2004, cited in ICN 2005e p.11

## Références

- American Association of Colleges of Nursing [AACN] (2003). *Nursing Faculty Shortage Fact Sheet*. [www.aacn.nche.edu/Media/Backgrounders/Ufacultyshortage.htm](http://www.aacn.nche.edu/Media/Backgrounders/Ufacultyshortage.htm)
- Australian Nursing Federation (2004). *5200 more reasons to commit to nurse patient ratios*. [www.anfvc.asn.au/media\\_releases/5200%20more%20reasons%20to%20commit%20to%20nurse%20patient%20ratios.pdf](http://www.anfvc.asn.au/media_releases/5200%20more%20reasons%20to%20commit%20to%20nurse%20patient%20ratios.pdf)
- Campbell C, Nair Y, Maimane, S & Sibiya Z (2005). Home-based carers: a vital resource for effective ARV roll-out in rural communities? *AIDS Bulletin* 14:1 [www.mrc.ac.za/aids/march2005/homebased.htm](http://www.mrc.ac.za/aids/march2005/homebased.htm)
- Health Systems Trust (2005). *South African health review 2005, 10th edn*, Health Systems Trust <http://www.hst.org.za/news/20040936>
- ICN (2005a). *International Council of Nurses Statement to the G8*. SEW News No2. ICN, Geneva, Switzerland <http://www.icn.ch/sewnews.htm#3>
- ICN (2005b). *Proceedings from the High Level Consultation on the Global Nursing Workforce*. Unpublished, ICN, Geneva, Switzerland.
- ICN (2005c). *Nursing workforce planning: mapping the policy trail*, Linda O'Brien-Pallas, Christine Duffield, Gail Tomblin Murphy, Stephen Birch and Raquel Meyer, ICN, Geneva, Switzerland.
- ICN (2005d). *Regulation, roles and competency development*, Rosemary Bryant, ICN, Geneva, Switzerland.
- ICN (2005e). *International migration of nurses: trends and policy implications*, James Buchan, Mireille Kingma and F. Marilyn Lorenzo, ICN, Geneva, Switzerland.
- ICN (2005f). *Overview of the nursing workforce in Latin America*, Silvina Maria Malvarez and Maria Consuelo Castrillon Agudelo, ICN, Geneva, Switzerland.
- ICN (2005g). *Nurse retention and recruitment: developing a motivated workforce*. Pascal Zurn, Carmen Dolea and Barbara Stilwell, ICN, Geneva, Switzerland.
- ICN (2005h). *What makes a good employer?* Anne Marie Rafferty, Jill Maben, Elizabeth West and Dilys Robinson, ICN, Geneva, Switzerland.
- ICN (2005i). *The nursing workforce in sub-Saharan Africa*, Olive Kopolo Munjanja, Sarah Kibuka and Delanyo Dovlo, ICN, Geneva, Switzerland.
- ICN (2004). *The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions*, James Buchan and Lynn Calman, ICN, Geneva, Switzerland.
- ICN (2001). *Position Statement: Ethical Nurse Recruitment*. ICN, Geneva, Switzerland. <http://www.icn.ch/psrecruit01.htm>
- Iliffe J (2005). *Legislated Nurse/Patient Ratios: Solutions and Way Forward*. International Council of Nurses 23rd Quadrennial Congress, Taiwan. [http://icn.ch/congress2005/presentations/Iliffe2005\\_files/frame.htm](http://icn.ch/congress2005/presentations/Iliffe2005_files/frame.htm)
- Joint Learning Initiative (2004). *Human resources for health: overcoming the crisis*. Harvard University Press, Cambridge (MA), USA.
- Kingma M (2006). *Nurses on the move: migration and the global health care economy*. Cornell University Press, Ithaca, New York.
- Kokmen L (2003). *Imagine no more nurses*. *Citypages* Volume 24 - Issue 1155 [www.citypages.com/databank/24/1155/article11010.asp](http://www.citypages.com/databank/24/1155/article11010.asp)
- Physicians for Human Rights (2004). *An action plan to prevent brain drain: building equitable health systems in Africa*. Physicians for Human Rights, Cambridge, USA
- UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs Integrated Regional Information Networks - PlusNews (2005). *ZIMBABWE: Feature - A health system on the edge*. Available: [http://www.irinnews.org/AIDSreport.asp?ReportID=2332&SelectRegion=Southern\\_Africa](http://www.irinnews.org/AIDSreport.asp?ReportID=2332&SelectRegion=Southern_Africa)
- World Health Organization (2005). *World health report 2005: making every mother and child count*. World Health Organization, Geneva, Switzerland.

# Annexe A

## Membres du groupe de référence

**Jonathan Asbridge**

Conseil des soins infirmiers et obstétricaux,  
Royaume-Uni

**Gilles Dussault**

World Bank Institute

**Marilyn Elegado Lorenzo**

Instituts nationaux de la santé des Philippines

**Thembeke Gwagwa**

The Democratic Nursing Organisation of South Africa

**Silvina Malvárez**

Organisation panaméricaine de la santé  
(Pan American Health Organization)

**Ken Sagoe**

Services de santé du Ghana

**Ragnhild Seip**

Agence norvégienne pour l'aide au développement

**Judith Shamian**

Victorian Order of Nurses(anciennement de Santé  
Canada)

**Sissel Hodne Steen**

Agence norvégienne pour l'aide au développement

**Duangvadee Sungkhobol**

Organisation mondiale de la santé, antennes  
régionales Asie du Sud-est

**Piyasiri Wickramasekara**

Organisation internationale du travail

**Représentants de l'Organisation mondiale de la  
santé, Genève, Suisse**

## Auteurs des études commandées dans le cadre du projet

**Buchan J and Calman L (2004),** *La pénurie mondiale d'infirmières diplômées : aperçu des questions et solutions.*

**Rosemary Bryant,** *Thème 1: Réglementation, rôles et compétences.*

**Linda O'Brien-Pallas, Christine Duffield, Gail Tomblin Murphy, Stephen Birch et Raquel Meyer,** *Thème 2 : L'action politique en matière de planification des effectifs infirmiers.*

**Anne Marie Rafferty, Jill Maben, Elizabeth West et Dilys Robinson,** *Thème 3 : Qu'est-ce qu'un «employeur de choix»?*

**Pascal Zurn, Carmen Dolea et Barbara Stilwell,** *Thème 4 : Recruter et fidéliser le personnel infirmier : une question de motivation.*

**James Buchan, Mireille Kingma et F. Marilyn Lorenzo,** *Thème 5 : Tendances des migrations internationales d'infirmières: et conséquences politiques.*

**Silvina Maria Malvárez et Maria Consuelo Castrillón Agudelo,** *Thème 6 : La main-d'œuvre infirmière en Amérique latine.*

**Olive Kopolo Munjanja, Sarah Kibuka et Delanyo Dovlo,** *Thème 7 : La main-d'œuvre infirmière en Afrique sub-saharienne.*

## **Annexe B**

Nous reproduisons ci-après les synthèses des études réalisées dans le cadre du projet. Ces rapports étudient des aspects régionaux ou mondiaux de la main-d'œuvre infirmière. Ils sont disponibles sur le site Internet du projet du CII : [www.icn.ch/global](http://www.icn.ch/global).

# La pénurie mondiale d'infirmières diplômées : aperçu des questions et solutions

James Buchan et Lynn Calman

## Résumé

Le présent rapport est la première partie d'un travail portant sur la situation de la main-d'œuvre infirmière dans le monde. Ce projet, piloté par le Conseil international des infirmières (CII) et son organisation sœur, la Fondation internationale Florence Nightingale (FIFN), bénéficie du soutien de la Fondation Burdett pour les soins infirmiers. Il analyse le problème des pénuries de main-d'œuvre qui affectent le secteur infirmier et propose un cadre formel au sein duquel pourraient se déployer des interventions de politique publique.

On constate que le monde traverse une période difficile en ce qui concerne la disponibilité des ressources sanitaires. Le manque de personnel de santé qualifié, et donc d'infirmières, est considéré comme l'un des plus graves obstacles à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) des Nations Unies, objectifs qui visent à améliorer la santé et le bien-être de la population mondiale.

Dans ce contexte d'inquiétude croissante devant le manque de personnel de santé, notre rapport se concentre sur l'une des composantes les plus importantes de la force de travail: les infirmières, engagées directement «au front» dans la plupart des systèmes de santé, et dont la contribution est reconnue comme déterminante non seulement pour la réalisation des objectifs de développement mais encore, et bien entendu, pour la prestation de soins qui soient sûrs et efficaces.

Notre rapport met en évidence des tendances majeures, des difficultés incontournables et des solutions potentielles. Notre propos restera délibérément général; néanmoins, des problèmes spécifiques relatifs à la main-d'œuvre infirmière dans des pays précis seront développés en cours de route pour illustrer les principales difficultés que doivent résoudre celles et ceux appelés à développer et appliquer des politiques d'action sectorielles. Notre rapport se veut l'instantané d'une situation mondiale fluctuante et tendue.

## Présentation générale

- On constate des variations très importantes dans les ratios infirmière:population à travers le monde.
- Au niveau des états, ce ratio varie entre moins de 10 infirmières pour 100 000 personnes et plus de 1000 infirmières pour 100 000 personnes, soit une variation d'un à cent.
- Le ratio moyen en Europe, région la plus favorisée à cet égard, est 10 fois supérieur à celui des régions les moins bien loties, soit l'Afrique et l'Asie du Sud-est.
- Le ratio moyen en Amérique du Nord représente 10 fois celui de l'Amérique du Sud.
- Le ratio moyen infirmière:population des pays à haut revenu est presque huit fois supérieur à celui des pays à faible revenu.
- Enfin, le faible nombre d'infirmières dans les pays en développement se complique d'une mauvaise répartition géographique, les régions rurales et excentrées étant particulièrement mal desservies.

La gamme des compétences et la composition du personnel varient entre organisations, systèmes et pays; il n'existe pas de dosage «optimal» entre infirmières et autres catégories de personnel vers lequel l'on pourrait tendre. Cependant, de nombreux pays, en particulier en Afrique, en Asie et en Amérique latine, s'efforcent de garantir un taux de couverture minimal en personnel infirmier. Certains pays, surtout en Amérique centrale et du sud, emploient beaucoup plus de médecins que d'infirmières. Même les pays favorisés du point de vue du ratio infirmière:population souffrent d'une mauvaise répartition géographique des infirmières disponibles, phénomène qui accentue les effets négatifs des pénuries. Les régions rurales des pays en voie de développement sont, d'une manière générale, les moins bien desservies.

### **Pénuries d'infirmières : premières difficultés**

- Il n'existe pas de définition universellement admise de ce qu'est une "pénurie de soins infirmiers". On n'en constate pas moins de graves déséquilibres entre l'offre et la demande en personnel infirmier de nombreux pays.
- L'offre en main-d'œuvre infirmière peine à suivre une demande de soins de santé en pleine croissance. Ceci est flagrant aussi bien dans les pays riches que dans les pays en voie de développement.
- Une estimation récente fait état d'un manque de 600 000 infirmières dans les seuls pays d'Afrique sub-saharienne, pénurie qui rendra impossible la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement.
- L'Organisation pour la coopération et le développement économique (OCDE) signale que nombre de ses membres, qui sont pourtant tous des pays riches, connaissent des problèmes croissants de manque de main-d'œuvre infirmière.
- Il existe un lien étroit entre des niveaux de dotation en personnel satisfaisants et des résultats de soins de santé positifs.
- La discrimination sexuelle persiste dans de nombreux pays et cultures. Le travail des infirmières est ainsi dévalorisé et ravalé au rang d'"occupation typiquement féminine".
- La violence exercée contre les travailleurs de la santé est une réalité dans de nombreux pays. Les infirmières en sont les premières victimes, étant donné leur position très exposée au contact direct du public.
- On peut distinguer trois facteurs qui exercent une influence particulière sur les pénuries d'infirmières :
  - l'impact du VIH/sida;
  - les migrations internes et internationales d'infirmières;
  - la réorganisation et les réformes du secteur de la santé.

### **Premier défi: Afrique sub-saharienne – l'impact du VIH/sida sur la force de travail**

Le VIH/sida frappe tous les pays du monde, mais son impact est le plus marqué en Afrique sub-saharienne. Le VIH/sida affecte les systèmes de santé de deux manières liées : en suscitant une augmentation de la demande de services de santé et en réduisant, simultanément, la disponibilité et la performance du personnel soignant. L'impact du VIH/sida est également un facteur d'augmentation des migrations de travailleurs de la santé en provenance de l'Afrique sub-saharienne. Cela entraîne mécaniquement une pression encore plus forte sur les infirmières qui choisissent de rester.

## **Deuxième défi: Les migrations internes et internationales**

Ces dernières années, les migrations et le recrutement des infirmières ont pris une importance croissante au plan international. Tout aussi importantes, mais moins prégnantes dans l'horizon politique, sont les migrations internes – des zones rurales vers les villes, du secteur public vers le privé, des situations d'insertion dans la profession infirmière au passage dans d'autres secteurs professionnels (voire au basculement dans le chômage). L'impact du départ des infirmières peut être très grave pour certains pays en voie de développement, qui perdent des ressources rares, au coût de formation élevé. Les niveaux de dotation en personnel se dégradent par conséquent, de même que la qualité du personnel. La plupart des infirmières qui choisissent de s'expatrier sont relativement jeunes et bien formées. Des problèmes similaires apparaissent aussi avec les migrations internes, lorsque des infirmières transfèrent leurs expertises et aptitudes dans d'autres catégories d'emploi.

## **Troisième défi: réussir les réformes de la santé et les restructurations**

La réforme des systèmes de santé est, bien souvent, un facteur crucial de l'amélioration de l'efficacité et des résultats des services de santé. De nombreux pays sont actuellement engagés dans de telles réformes; en outre, de nombreuses organisations nationales de santé sont en cours de réorganisation. Cependant, si certaines approches ont permis des améliorations, toutes les tentatives de restructuration n'ont pas obtenu les résultats escomptés. Certaines réformes «réussies» ont été menées sans considération de leurs effets sur les ressources humaines du secteur de la santé. Les infirmières, à l'instar d'autres travailleurs opérant dans des systèmes de santé "en faillite", ont dû mettre au point de véritables stratégies de survie. Les réformes et les restructurations des systèmes de santé ne peuvent ignorer ces considérations, sous peine d'échouer dans leurs objectifs d'amélioration de la santé et de l'accès aux soins.

## **Cadre pour des interventions politiques**

Le rapport présente les quatre éléments de base d'un cadre pour des interventions politiques de lutte contre les pénuries d'infirmières

- Planification de la main-d'œuvre
- Recrutement et fidélisation
- Déploiement et performance
- Utilisation et mélange de compétences

- Le présent rapport réaffirme que ces éléments et les interventions politiques qui y sont associées sont interdépendants.
- Il souligne l'importance, pour l'intervention politique, du leadership et de la participation de toutes les parties concernées.
- Le rapport insiste sur le fait que les interventions politiques doivent être adaptées aux contextes locaux et aux objectifs nationaux.
- Les pénuries de personnel infirmier ne concernent pas uniquement le secteur des soins infirmiers. Il s'agit bien plutôt d'un problème général des systèmes de santé, qui affecte leur efficacité et exige des solutions globales. Sans interventions efficaces et de longue haleine, les pénuries de personnel infirmier persisteront. Elles empêcheront ce faisant tout progrès en matière de résultats de santé et prêteront, d'une manière générale, la santé des peuples.

## THÈME 1 :

### Réglementation, rôles et compétences

Rosemary Bryant

#### Synthèse et recommandations

Ce document donne un aperçu des faits et opinions relatifs aux implications, pour la main-d'œuvre infirmière, de la réglementation, du développement des compétences et de la redéfinition des rôles. Ces trois éléments sont indissolublement liés et déterminants pour la pratique des soins infirmiers dans le contexte actuel. Il a parfois été difficile de rassembler les références nécessaires à cette enquête. Pour l'essentiel, la littérature consultée est issue des pays anglophones.

Le but de la réglementation professionnelle du secteur sanitaire est de protéger le public. L'une des manières d'atteindre cet objectif est de faire en sorte que les professionnels de la santé réglementés disposent de toutes les compétences nécessaires pour pratiquer. Les employeurs et les responsables des services de santé doivent faire en sorte que les professionnels qu'ils emploient disposent des compétences nécessaires à la fourniture des soins de santé destinés au public. La définition des rôles des professionnels de la santé est un processus évolutif qui doit accompagner les progrès techniques. Ceux-ci, à leur tour, suscitent l'apparition de nouveaux rôles de soins de santé. Il est important que les compétences attachées aux rôles des infirmières soient intégrées dans le système éducatif et réglementaire. C'est à cette condition que les infirmières pourront dispenser des soins qui soient sûrs et compétents.

Nous étudierons plusieurs modèles de réglementation : statutaire, volontaire, imposée par une autorité centrale, auto-administrée, lois de portée générale. Certains effets des accords de reconnaissance mutuelle (ARM), tel le nivellement par le bas des normes d'accréditation, peuvent être fâcheux pour les infirmières. D'autres formes de réglementation encore seront étudiées dans ce document, notamment les ratios infirmières/patients imposés.

L'acquisition d'une compétence initiale et la formation continue subséquente sont extrêmement importantes de nos jours. En effet, on constate une pression publique pour davantage de transparence dans le secteur de la réglementation professionnelle et pour une plus grande implication des consommateurs. Ce fait n'est pas sans conséquences pour la triade des éducateurs, des responsables de la réglementation et des employeurs. Si l'on envisage la réglementation, au sens large, comme un point de départ, et la sécurité et la compétence des soins comme un but à atteindre, tous les autres éléments – éducation des infirmières, formation initiale et entretien des compétences, responsabilités des employeurs, définition des rôles, chevauchement et profil des compétences – doivent être mis en œuvre dans le passage du premier au second. Il est indéniable que les organisations professionnelles de soins infirmiers ont un rôle à jouer à chacune des étapes de ce processus.

Nous analyserons aussi le développement des compétences dans un certain nombre de contextes précis, par exemple le secteur de l'emploi; ainsi que le développement de compétences au plan international, avec ses conséquences pour les déplacements transfrontaliers d'infirmières.

La répartition des compétences, les nouveaux rôles et les conflits entre les rôles ont tous des implications sur le développement des compétences et sur la réglementation. Nous décrirons certains rôles émergents, tels ceux de l'infirmière praticienne et son impact sur les résultats pour les patients. D'autres facteurs encore déterminent la composition de la main-d'œuvre : ainsi des substitutions des rôles d'infirmières et de médecins, ou du remplacement d'infirmières par du personnel d'appui, phénomènes dont il convient de prendre en compte la rentabilité et les effets sur les résultats pour les patients. L'aspect réglementaire de la délégation des soins infirmiers est très important dans ce contexte. D'autres rôles cliniques seront mentionnés en passant.

## Recommandations

Nos principales recommandations sont les suivantes :

1. La force de l'autoréglementation professionnelle dépend du degré d'implication des consommateurs dans la formulation de cette forme de réglementation.
2. La réglementation de la profession infirmière doit être transparente et flexible, capable de refléter les changements et de suivre l'apparition de nouveaux rôles.
3. Il faut préciser les champs d'application respectifs de la réglementation et de l'autoréglementation professionnelles.
4. Dans un contexte de mondialisation croissante, les procédures d'intégration d'infirmières étrangères doivent être assouplies.
5. La profession infirmière doit veiller à ce que les nouveaux modèles de réglementation (lois à portée générale, accords commerciaux) n'affaiblissent son identité ni n'érodent les normes qui la régissent.
6. Les infirmières doivent entretenir leurs compétences tout au long de leur carrière. Pour appuyer cette démarche, des outils d'évaluation doivent être développés.
7. Les programmes de formation aux soins infirmiers à tous les niveaux (premier cycle supérieur, supérieur et formation continue) doivent être préparés conjointement par les employeurs, les régulateurs et la profession infirmière.
8. Les éléments structurels des programmes de soins infirmiers doivent être flexibles et adaptables aux changements dans les modalités de fourniture des soins.
9. Certains aspects de la formation des infirmières doivent être dispensés en collaboration avec d'autres professionnels de la santé, notamment dans les spécialisations où de nombreux professionnels exercent côte à côte.
10. Les compétences partagées entre les infirmières et les professionnels dont elles assument certaines des tâches doivent être renforcées.
11. Pour que les infirmières soient en mesure d'assumer des rôles avancés, les programmes de formation doivent les amener à un niveau comparable à celui des autres professionnels de la santé.
12. Dans une période d'importantes migrations d'infirmières, les compétences internationales doivent être évaluées à intervalles réguliers, selon un calendrier défini.
13. La recherche sur le profil des qualifications de la main-d'œuvre doit prendre en compte les effets des nouveaux rôles sur les résultats cliniques.
14. L'introduction de nouveaux rôles pour les infirmières doit être négociée avec la profession et les régulateurs des soins infirmiers.
15. Il faut davantage de recherche sur les coûts des différents profils de qualifications, compte tenu de variables tels que les salaires et les conditions d'emploi des catégories de personnel de santé.
16. Il faut mettre au point des méthodologies applicables à une grande variété de contextes de soins et capables d'évaluer avec précision, et sur le long terme, les résultats pour les patients et leur satisfaction.

## THÈME 2 :

### L'action politique en matière de planification des effectifs infirmiers

Linda O'Brien-Pallas

Christine Duffield

Gail Tomblin Murphy

Stephen Birch

Raquel Meyer

#### Synthèse

La planification des services de santé destinés à la population est une entreprise difficile. Décideurs politiques, éducateurs, chercheurs, leaders syndicaux et dirigeants d'associations professionnelles – les intervenants concernés s'efforcent tous de trouver la meilleure manière de préparer la main-d'œuvre capable de répondre aux besoins des populations. Pour relever ce défi, il importe de parvenir à un équilibre entre les ressources humaines et les ressources d'autres natures. Ceci demande un contrôle constant, une attention aux particularités des contextes politiques et l'adoption d'un processus décisionnel basé sur des preuves concrètes. Cette étude donne un aperçu des initiatives politiques et des éléments de preuve en lien avec la main-d'œuvre infirmière : planification des ressources humaines de la santé (RHS), planification et modélisation des services, migrations internes et déséquilibres dans la main-d'œuvre infirmière, approches du déploiement et de l'utilisation des soins infirmiers. L'étude propose des recommandations d'ordre politique.

La planification des ressources humaines doit s'inscrire dans le contexte plus général de la fourniture des soins de santé. Les déterminants économiques, politiques, géographiques, techniques et économiques, ainsi que leur influence sur l'équilibre entre ressources humaines et non-humaines, doivent être pris en compte dans la planification et la gestion de la main-d'œuvre infirmière. Il faut aussi compter avec l'existence ou non d'une volonté politique. Les problèmes actuels que connaissent les ressources humaines résultent d'une lente dégradation à l'œuvre depuis une cinquantaine d'années. Les erreurs passées ne pourront pas être corrigées le temps d'un mandat politique. Les alternances démocratiques et les priorités politiques fluctuantes compromettent la pérennité pourtant nécessaire des mesures prises en matière de planification des RHS. Les législateurs et les chercheurs doivent donc collaborer pour que les politiques de santé restent sur le devant de la scène, soient comprises de tous et orientées vers la recherche de solutions pratiques.

La planification des RHS doit promouvoir des modèles, des pratiques et des stratégies qui répondent aux besoins exprimés, qui soient liés aux résultats attendus et qui reconnaissent explicitement la nature dynamique des facteurs influençant la gestion des RHS. En outre, la planification des RHS requiert absolument la création de partenariats. Il est aussi essentiel de coordonner l'action des gouvernements et des parties engagées dans la recherche et l'administration générale des services : cette coordination peut être assurée par des infrastructures de conseils, de recherche et de communication.

La planification des RHS a jusqu'ici été menée de manière autonome, indépendamment des autres aspects de la planification du secteur des soins de santé (Lomas, Stoddard et Barer 1985; Birch et al. 1994; Denton, Gafni et Spencer 1995; Vujicic 2003). Cependant, le Cadre conceptuel des RHS (O'Brien-Pallas et al. 2001a) pose que les ressources humaines sont des déterminants importants dans la production de services de soins de santé (Birch et Maynard 1985) et que les niveaux et méthodes de cette production sont déterminés par les conditions sociales, économiques et politiques existantes (O'Brien-Pallas et al. 2001a). Ainsi, les besoins en ressources humaines dépendent des besoins en services de soins de santé et des méthodes de production de ces services.

Le contexte social, économique et politique détermine quant à lui les exigences placées dans les services de soins de santé. Par exemple, ce sont des facteurs sociaux et politiques qui conditionnent l'accès aux services de santé (volonté et capacité de payer les soins, capacité à bénéficier des prestations); des critères économiques influencent le niveau des ressources (ou la part de la production économique d'un pays) qui sera alloué aux services de santé (Lavis et Birch 1997). Il est clair que la planification de la formation des prestataires de soins de santé destinés à répondre aux besoins d'une population serait vaine s'il n'existait, par ailleurs, de mécanisme de financement des services.

Les considérations contextuelles ne sont pas limitées à ces influences générales sur les besoins en personnel. La fourniture de services de santé n'est pas seulement affaire de ressources humaines : au contraire, elle met en jeu un dosage de ressources humaines et non-humaines. On peut la définir comme une fonction de production utilisant une gamme de facteurs pour générer des services de soins de santé (Gray 1982; Birch 2002). Le secteur de la santé est, comparativement, un secteur à haute intensité de main-d'œuvre. On pourrait diminuer cette intensité (et les coûts qui s'y rattachent) s'il était possible de délivrer certains services de santé sans intervention humaine tout en maintenant la qualité et la quantité des résultats. Cependant, les soins entièrement automatisés n'étant encore que musique d'avenir, la main-d'œuvre est appelée à jouer, pour longtemps encore, un rôle prépondérant dans la production de soins de santé.

Les simulations sont des outils puissants pour l'intégration des connaissances relatives aux composantes des systèmes complexes. Elles permettent aussi de mieux comprendre la dynamique des systèmes et de tester « à blanc » des stratégies et des politiques potentielles (Kephart et al. 2004). La modélisation par simulation, pratiquée dans certains pays comme le Canada, permet déjà de tirer des enseignements pratiques pour la planification. Appliqués à la planification des ressources humaines des soins infirmiers, les modèles de simulation dynamiques permettent non seulement de mieux comprendre les raisons des crises actuelles, mais aussi d'imaginer des moyens de les résoudre. Grâce aux simulations, les responsables de la planification peuvent explorer les conséquences des différentes options politiques, analyser la sensibilité aux effets des différents facteurs de production et encourager l'implication des parties intéressées tout au long du processus de planification et de gestion (Kephart, O'Brien-Pallas et Tomblin Murphy 2004). Ces simulations sont des outils à la disposition des responsables de la planification, et non des objectifs en soi. La capacité des simulations à faire émerger des scénarios réalistes dépend de la qualité des données utilisées par le modèle choisi et de la mesure dans laquelle les variables modélisées reflètent le système dans son ensemble.

Les modèles de planification des RHS ne sont efficaces que s'ils reposent sur des données de qualité récoltées dans une grande variété de contextes. À vrai dire, l'analyse méticuleuse des données actuellement disponibles, opérée dans le cadre d'un modèle de planification des RHS basé sur des besoins eux-mêmes très bien définis, permet déjà d'obtenir des résultats intéressants. Cependant, il est indéniable que les initiatives autour de la recherche, des politiques d'action et de la planification sont encore fortement handicapées par le manque de données de qualité, c'est-à-dire qui soient à la fois comparables entre elles et complètes.

Les déséquilibres au sein de la main-d'œuvre infirmière, signalés dans toutes les régions du monde, dans tous les secteurs de la santé et dans toutes les spécialités cliniques (O'Brien-Pallas et al. 1997a), sont exacerbés par les flux migratoires. Les migrations internes ne remédient en rien aux situations de sur- ou sous-effectif et ne font qu'aggraver les problèmes de planification au niveau des États. Il est aujourd'hui difficile de déterminer exactement l'ampleur des migrations internes, les données sources dont nous disposons étant de qualité insuffisante. De nombreux observateurs estiment que l'attribution d'un identificateur unique à chaque infirmière permettrait de contrôler les déséquilibres et les flux de main-d'œuvre (Tomblin Murphy et O'Brien-Pallas 2004; Baumann et al. 2004a). Les responsables de la planification doivent savoir que la création de nouveaux rôles ou l'adoption de mesures incitatives visant à redistribuer la main-d'œuvre risquent d'avoir des effets imprévus sur d'autres secteurs ou régions. Pour renforcer les services infirmiers dans les zones mal desservies et pour prévenir le départ des infirmières vers les grands centres urbains – où se concentre souvent l'essentiel des programmes de formation – il convient de rapprocher la formation aux soins infirmiers de ses utilisateurs.

Au niveau des organisations, le déploiement et l'utilisation des ressources humaines de la santé ne peuvent se concevoir indépendamment du système dans lequel les soins de santé sont dispensés. On sait maintenant que la fourniture des services infirmiers dépend d'un ensemble complexe de facteurs à l'œuvre dans tout le continuum des soins de santé (O'Brien-Pallas 1988; O'Brien-Pallas et al. 1997b; O'Brien-Pallas, Irvine Doran et al. 2001c, 2002). Les effectifs, la charge de travail des infirmières, l'utilisation du personnel et la productivité sont autant d'outils potentiels de gestion du déploiement et de l'utilisation des infirmières au niveau local ou organisationnel.

La gestion des effectifs infirmiers passe souvent par le calcul de la quantité de ressources infirmières disponibles par rapport au nombre de lits occupés. Cependant, il ne suffit pas de compter des lits pour connaître les demandes en soins de leurs occupants. Sur un plan conceptuel, les coefficients infirmière/patients sont basés des indicateurs normalisés : capacité de travail par infirmière, durée d'occupation des lits, etc. Introduits dans les années 1980 en Amérique du Nord, les groupes de diagnostics y sont utilisés pour gérer les ressources infirmières («Case Mix Groups» au Canada ou «Diagnosis Related Groups» aux États-Unis). Ces dispositifs reflètent un retour au principe de l'heure standard de soins infirmiers, par opposition au nombre d'heures par lit. Un autre facteur est celui de la composition du personnel, autrement dit les types et combinaisons de travailleurs de la santé offrant des soins directs aux patients.

Les mesures de la charge de travail des infirmières sont axées sur les demandes en soins infirmiers exprimées par les patients. Les décisions d'affectation de personnel au sein des organisations sont avant tout basées sur des systèmes de classification des charges de travail et des patients. Utilisés judicieusement, ces mécanismes peuvent guider efficacement les décisions en matière d'affectation du personnel. Par contre, sortis de leur rôle (par exemple s'ils doivent servir à évaluer les coûts par cas ou à des comparaisons entre organisations), la non-équivalence des systèmes de classification des patients devient problématique. Les données hospitalières concernant les charges de travail sont nécessaires à la gestion des ressources infirmières au niveau local et national; elles ne suffisent toutefois pas à la planification proprement dite des RHS et des services.

En combinant des mesures agissant sur les effectifs infirmiers et leurs charges de travail pour évaluer les besoins en services infirmiers par rapport aux ressources infirmières affectées à ces services, la mesure de l'utilisation d'une unité de soins infirmiers permet de mieux comprendre l'effet des ressources infirmières sur les résultats que ne le pourrait la prise en compte indépendante de l'un ou l'autre des deux facteurs. Calculée, au niveau d'une unité, en divisant la charge de travail par patient par les heures travaillées par infirmière, la mesure de l'utilisation d'une unité de soins infirmiers permet de déterminer le succès d'une organisation à répondre aux besoins de soins de santé des patients (O'Brien-Pallas et al. 2004c). Le taux de service par prestataire permet, quant à lui, de mesurer la productivité. Il s'agit d'un facteur important pour l'estimation des ressources humaines requises (Birch 2002). Cette définition de la productivité est cohérente avec celles appliquées dans d'autres secteurs de l'économie. Elle concerne exclusivement la relation entre les résultats et les apports individuels. Cette approche diffère de celle habituelle dans le secteur de la santé, selon laquelle la productivité décrit les demandes placées sur un prestataire de soins (c'est-à-dire la part de temps consacrée aux soins directs aux patients), sans aucune référence à la quantité de services produits (O'Brien-Pallas et al. 2004c). Cette mesure est mieux décrite comme un indicateur de l'intensité de travail ou d'utilisation des facteurs de production et, bien qu'il ne s'agisse pas d'une mesure du taux de production, elle a des effets sur ce taux de production. Une planification qui ne tiendrait pas compte du facteur productivité des RHS risque de conduire à une surestimation du nombre des prestataires nécessaires pour répondre aux besoins de la population et, donc, à un excès de prestataires de soins cherchant à offrir leurs services. La productivité est un indicateur utile pour le traitement des déséquilibres entre demande et offre de RHS.

Au plan international, la planification de la main-d'œuvre infirmière est une priorité pour les décideurs politiques. Les stratégies de gestion des effectifs d'infirmières et d'autres prestataires de soins de santé sont de la plus grande importance. De plus, des actions politiques doivent être développées et appliquées pour résoudre les problèmes actuels de recrutement et de rétention du personnel. Ces politiques doivent être correctement financées et évaluées sous l'angle de leur utilité finale.

## THÈME 3 :

### Qu'est-ce qu'un «employeur de choix» ?

Anne Marie Rafferty

Jill Maben

Elizabeth West

Dilys Robinson

#### Synthèse

##### Introduction

Ce document s'intéresse à certains éléments factuels et problèmes liés à la gestion des ressources humaines (GRH) dans le secteur de la santé. Il présente : (a) des indicateurs de performance et de mesure des résultats infirmiers; (b) des questions de performance individuelle et collective; (c) les obligations, la mobilisation et le comportement organisationnel citoyen (COC) des employés. Les deux questions principales que pose le travail sont : quels sont les indicateurs et interventions associés aux bons résultats de GRH ? Et comment les mesurer ?

Selon certaines recherches, le fait d'investir dans le développement et l'application de politiques et de pratiques GRH efficaces contribue de manière importante et mesurable à la performance organisationnelle (CIPD 2001; Caulkin 2001; Richardson and Thompson 1999, West et al. 1997). Les stratégies de ressources humaines (RH) contribuent à la performance selon des modalités influencées par trois perspectives : «meilleure pratique», «contingence» et «paquets» (Richardson and Thomson 1999). Il n'existe cependant pas de panacée et il serait très prématuré d'évoquer une hypothétique «meilleure pratique universelle»; l'adoption de telle ou telle stratégie RH n'entraînera pas, en soi, le succès organisationnel et un même «paquet» de mesures RH ne sera pas nécessairement efficace dans tous les contextes (Richardson and Thomson 1999). Comment et selon quelles modalités s'articulent les méthodes de gestion du personnel et la fonction supérieure ? C'est une énigme pour Caulkin (2001), tandis que Guest (2001) rappelle que l'étude des GRH est un «domaine de recherche encore récent».

La gestion des RH de la santé dépend de circonstances et de caractéristiques très particulières, en ce sens que le secteur englobe plusieurs professions et métiers, et donc des mains-d'œuvre très différenciées. La GRH des soins de santé est un domaine encore mal exploré et l'essentiel du travail de recherche est mené en Amérique du Nord (Buchan 2004). Le défi pour les chercheurs et les analystes est de combler une série de lacunes en termes de connaissances – entre ce que nous apprend la base d'évidence concernant les facteurs et la performance de la GRH en général, et ce que nous apprend la base d'évidence liée à la santé en particulier.

##### Indicateurs de la performance des infirmières : base d'évidence

Les indicateurs de la performance des soins infirmiers intéressent le «bon employeur», l'«employeur de choix», et ce à plusieurs titres : ils permettent d'améliorer la qualité des soins, de faciliter le recrutement et la rétention du personnel et de prendre des décisions rationnelles et défendables. Les indicateurs de la performance des soins infirmiers sont issus d'une convergence de tendances : augmentation de la demande de soins, inquiétudes quant à la qualité de ces soins, évolution culturelle vers une plus grande transparence des services publics. Les indicateurs sont généralement choisis en fonction de critères pragmatiques; cependant, on constate aussi un recours accru aux méthodes scientifiques, telles que les revues systématiques de littérature combinées à la recherche du consensus. Certains chercheurs ont préconisé une approche intégrée du développement de mesures de l'efficacité et du fonctionnement des équipes soignantes (Lovett et al. 2002). Cette démarche a stimulé l'intérêt pour les mesures de structures, de processus et, surtout ces derniers temps, de résultats. Les résultats des soins médicaux sont ainsi évalués sous l'angle du nombre de décès et de maladies, du degré d'incapacité ou d'invalidité, d'inconfort et d'insatisfaction (Lohr 1988).

d'équipes multidisciplinaires; quantification problématique de certains aspects importants des soins infirmiers; problème du stress supplémentaire que le calcul d'indicateurs de performance suscite chez un personnel déjà surchargé. Nous disposons de plus en plus de preuves concordantes du fait que de petites modifications apportées aux caractéristiques de la main-d'œuvre infirmière sont associées à des changements profonds dans les résultats pour les patients : par exemple, le dosage des compétences, des formations, des expériences et des charges de travail peut influencer la mortalité des patients, les taux d'échecs thérapeutiques et d'événements indésirables ainsi que la durée des séjours à l'hôpital.

## **Performance individuelle et collective dans les soins de santé**

### **Méthodes d'évaluation objectives et efficaces : base d'évidence**

La recherche montre que la collaboration de professionnels de la santé au sein d'équipes permet d'atteindre un meilleur niveau de services aux clients (Zwarenstein et al. 1997; Aiken et al. 1998; Schmitt 2001; Rafferty et al. 2001) Dans la perspective du bon employeur, le travail en équipe renforce la motivation du personnel (Woods et al. 1994), la satisfaction au travail et la santé mentale (Borrill et al. 2000; Peiro et al. 1992), améliore la rétention et réduit le turnover (Borrill et al. 2001). Une abondante littérature existe qui montre l'efficacité des équipes, aussi bien dans leur développement que dans leur fonctionnement (par exemple : étapes de développement et communication interne, flexibilité, innovation, rôles et leadership dans l'équipe) (Borrill et al. 2001; Heinemann and Zeiss 2002b).

Les modalités pratiques de la gestion de la performance des soins de santé dépendent de la convergence de facteurs internes et externes. Parmi les facteurs externes : pressions politiques et réformes de la santé; pressions financières visant à promouvoir l'efficacité, coupes budgétaires; introduction d'une dimension acheteur/fournisseur et de contrats de services; pressions exercées par des clients et utilisateurs aux attentes désormais plus grandes. Au sein des organisations, certaines pressions internes ont été à l'origine d'une volonté de définir, sinon de mesurer, la performance : contraintes de personnel, environnement physique, gestion des ressources humaines et culture organisationnelle (Michie and West 2003).

Pour évaluer la performance générale, plusieurs dimensions de la performance de la main-d'œuvre doivent être prises en compte : performance individuelle et collective, performance contextuelle et liée à la tâche (ou performance de travail), ainsi que les mesures de résultats et de procédures. Pour mesurer la performance dans les soins de santé, la GRH devrait connaître les antécédents de la performance contextuelle et de la performance de travail. Jusqu'ici, la recherche s'intéressait surtout à la mesure de la performance dans l'accomplissement d'une tâche donnée (Michie and West 2003). Bien que de nombreuses études sur la santé aient régulièrement montré l'importance du travail d'équipe, l'essentiel de la mesure de la performance dans le secteur de la santé reste axé sur la mesure de la performance individuelle, notamment la méthode dite d'évaluation de la performance individuelle. Une pléthore de systèmes et d'outils d'évaluation est à la disposition des gestionnaires, en particulier une approche très récente dite «évaluation à 360 degrés» (Armstrong and Baron 2005). Les instruments de mesure de la performance collective sont classés en une première catégorie «optimale» (inventaire du climat d'équipe, etc.) (Anderson and West 1998) et une seconde catégorie «honorable» (index de collaboration d'équipe, etc.) (Aram et al. 1971; Lovett et al. 2002). La mesure de la performance collective illustre nombre des difficultés communes à tous les types de mesure de la performance, comme par exemple l'absence de langage commun interdisciplinaire et d'adaptation aux conditions locales (existence d'équipes virtuelles, etc.).

### **Mobilisation des employés : base d'évidence**

La notion de mobilisation (ou d'engagement) des employés repose sur deux autres champs ayant déjà fait l'objet de recherches approfondies : le comportement organisationnel citoyen et l'implication. Entre toutes les politiques RH, la mobilisation mérite un examen plus approfondi. La plupart des chercheurs estiment que la mobilisation des employés doit être vue comme un concept multidimensionnel et bidirectionnel. Du point de vue des organisations, la mobilisation est intéressante du fait de ses effets positifs pour elles : augmentation de la satisfaction (Vandenberg and Lance 1992) et de la performance (Mathieu and Zajac 1990) professionnelles, diminution du taux de rotation (turnover) du personnel (Cohen 1991), de l'absentéisme (Cohen 1993; Barber et al. 1999) et des intentions de démissionner (Balfour and Wechsler 1996). La recherche axée sur les «attentes remplies» suggère qu'un employé se mobilisera davantage dans un poste dont la réalité correspond à la description qui en a été donnée dans l'annonce de recrutement (Dawis 1992). Les attentes non remplies sont souvent citées comme motif d'insatisfaction (Sturges and Guest 2000). On a également montré l'existence d'un lien fort entre mobilisation et premières expériences professionnelles (Mignerey et al. 1995). La qualité des programmes d'accompagnement à l'entrée en fonctions est un facteur important à cet égard.

On a montré que le sentiment de confiance de l'employé vis-à-vis de son employeur peut être renforcé par une action dans quatre domaines (O'Malley 2000) : (1) croissance (donner à l'employé les moyens de son évolution professionnelle); (2) équilibre de vie professionnelle; (3) capacité d'adaptation (flexibilité ou bienveillance à l'égard des employés); (4) santé et sécurité. Le comportement organisationnel citoyen (COC), ou performance contextuelle («contextual performance»), Michie and West 2003) sera particulièrement important dans les soins de santé dépendant d'un haut niveau de collaboration interagences et interdisciplinaire. Le lien entre COC et performance organisationnelle est probable mais pas entièrement confirmé (Podsakoff et al. 2000); il serait intéressant de trouver des moyens de promouvoir les comportements organisationnels citoyens. Cependant, les COC doivent encore être mieux définis et, s'ils servent à l'évaluation des employés, explicitement intégrés aux valeurs et à la déontologie des organisations.

La mobilisation des employés n'a pas encore fait l'objet de recherches approfondies. À ce jour, la recherche s'est surtout appliquée à la définir, à déterminer ce qui l'influence le plus et à imaginer quel étalon pourrait servir à l'évaluer. Le concept de mobilisation des employés recoupe imparfaitement les concepts d'engagement et de COC. Il n'est pas issu du monde universitaire (ce sont surtout des agences de conseil et d'enquêtes qui l'ont mis en avant), mais certaines recherches ont été lancées dans ce domaine par des praticiens.

## THÈME 4 :

# Recruter et fidéliser le personnel infirmier : une question de motivation

Pascal Zurn

Carmen Dolea

Barbara Stilwell

Organisation mondiale de la santé

Département des ressources humaines pour la santé

## Synthèse

### Contexte

Le recrutement et la rétention d'un personnel de qualité sont deux défis importants auxquels les responsables de la santé sont aujourd'hui confrontés. La performance et la qualité d'un système de santé dépendent en fin de compte de la qualité et de la motivation des ressources humaines de la santé. C'est pourquoi les problèmes de recrutement et de rétention du personnel doivent faire l'objet de toute l'attention nécessaire, d'autant plus que les pénuries et la faible motivation du personnel infirmier risquent d'avoir des effets négatifs sur la fourniture des services de santé et sur les résultats des soins.

### Objectif

L'objectif principal de cette étude est de déterminer la manière de former et de retenir une main-d'œuvre infirmière motivée.

### Problèmes de recrutement et de rétention

Les données disponibles concernant les pays développés et en voie de développement soulignent la gravité de ces problèmes. De nombreux pays signalent des vacances de postes, notamment dans des pays comme l'Afrique du Sud, où 30 000 postes d'infirmières n'étaient pas pourvus en 2003.

Un autre indicateur intéressant à cet égard est celui du taux de rotation du personnel («turnover»), souvent utilisé pour évaluer les difficultés de rétention. Au Royaume-Uni ainsi qu'aux États-Unis, ce taux est assez élevé, puisqu'il tourne autour des 20%.

L'incapacité de recruter et de retenir du personnel infirmier a plusieurs conséquences : fermetures ou limitation de l'accès aux cliniques et aux salles, diminution de la qualité des soins et de la productivité. De plus, la forte rotation du personnel élève les coûts pour les prestataires de soins, notamment en termes de recrutement et de formation de nouveau personnel, d'augmentation du nombre d'heures supplémentaires ou de recours ponctuel à du personnel temporaire. Il faut encore inclure dans ces coûts l'efficacité limitée du nouveau personnel, la démoralisation et les pertes de productivité. La littérature montre que les coûts induits par les problèmes de recrutement et de rétention du personnel sont élevés.

## **Facteurs affectant la motivation et la performance**

D'un point de vue politique, le fait de pouvoir maintenir «les bonnes infirmières au bon endroit» demande que soient identifiés et compris les facteurs affectant la motivation et la performance des infirmières. Dans ce contexte, il est impératif de faire le lien entre les mesures incitatives et les performances. Les mesures incitatives sont importantes en ce qu'elles influencent les déterminants principaux de la performance.

La motivation au travail est généralement perçue comme un facteur clé de la performance des individus et des organisations. Son niveau permet aussi de prévoir les intentions de démissionner. On dispose d'éléments empiriques permettant d'établir une relation entre insatisfaction professionnelle, manque de motivation et intention de démissionner. Les responsables de la santé doivent bien comprendre l'importance cruciale de la motivation sur la performance des travailleurs dans un contexte de raréfaction des ressources. Trois facteurs jouent un rôle primordial dans la performance des infirmières :

- La capacité du personnel à accomplir son travail (les connaissances, les aptitudes et l'expérience nécessaires : autrement dit la compétence, au sens large).
- La motivation du personnel à s'impliquer dans son travail (la volonté).
- Le soutien institutionnel ou la possibilité de travailler correctement (disponibilité des ressources, existence de politiques et pratiques favorables à la performance, contexte social et matériel).

En d'autres termes, la performance dépend de la perception qu'a le personnel de sa capacité à accomplir certains actes, de sa volonté de les accomplir et des moyens à sa disposition pour les accomplir.

## **Interventions politiques**

Une série de mesures d'ordre politique doivent être adoptées afin d'inciter les infirmières à rester dans la profession et d'améliorer le recrutement. On distingue trois approches principales dans le développement du marché de la main-d'œuvre infirmière :

- Augmentation de l'offre, par exemple en augmentant le nombre des étudiantes en soins infirmiers.
- Diminution du taux de déperdition, par exemple en améliorant la rétention des étudiantes et celle du personnel infirmier existant.
- Intégration d'infirmières n'appartenant pas à la main-d'œuvre infirmière nationale, par exemple infirmières employées à d'autres occupations, à la retraite ou ayant quitté le marché du travail, ou encore infirmières originaires de pays étrangers.

Différentes options peuvent être envisagées dans la mise en œuvre de ces approches.

### **1. Mesures visant les caractéristiques personnelles des infirmières**

Par «caractéristiques personnelles» on entend essentiellement l'âge, le sexe et la formation. Cette manière de procéder n'est pas appliquée de manière systématique. Ceci est dû au manque de données empiriques et aux problèmes déontologiques qu'entraînerait l'adoption d'une telle méthode. Quoi qu'il en soit, il faut bien admettre que les infirmières jeunes et qualifiées s'intéressent de près à leur développement carrière : ceci signifie qu'elles seront tout à fait disposées à changer d'employeurs, voire de profession. L'existence de réelles possibilités d'avancement professionnel, matérialisées dans les structures de carrière et dans les échelles salariales, peut réduire le taux de rotation du personnel. Les infirmières plus âgées sont, elles, probablement davantage enclines à la stabilité : il faudrait prendre à leur intention des mesures visant à les faire revenir au travail (nouvelle formation, horaires flexibles, ouverture de crèches).

### **2. Mesures financières**

Les mesures d'ordre financier sont certainement les plus souvent utilisées pour améliorer le recrutement, la rétention, la motivation et la performance. Elles consistent en paiements directs ou indirects : salaires, primes, retraites, assurances, allocations, bourses, prêts et prise en charge des frais de scolarité. Une rémunération suffisante et opportune est un facteur important dans le recrutement d'un personnel motivé et qualifié.

L'impact des salaires semble mitigé. Une augmentation des salaires n'entraînera pas une augmentation substantielle de la participation au travail. Cependant, il faut relever que la plupart des études sur les salaires ont été menées dans les pays développés, surtout aux États-Unis et au Royaume-Uni, où les conditions salariales sont fort différentes de celles existant dans les pays en voie de développement. Par exemple, les différences de salaires entre ces deux catégories de pays et entre secteurs public et privé, ainsi que les retards dans le paiement des salaires dans le secteur public, sont autant de facteurs susceptibles d'influencer le recrutement et la rétention des infirmières dans les pays en voie de développement. C'est pourquoi il est probable qu'une augmentation des salaires dans ces pays aura un impact plus profond que dans les pays industrialisés.

### **3. Mesures non financières**

#### **Valoriser l'autonomie professionnelle**

L'autonomie professionnelle peut être définie par le degré de contrôle sur son propre travail. Il s'agit de l'une des principales variables conditionnant la satisfaction professionnelle.

#### **Favoriser le développement de carrière**

Il est crucial que les infirmières disposent d'options de développement de carrière, surtout dans un contexte marqué par une croissance phénoménale des connaissances en matière de sciences de la santé, couplées aux progrès techniques. Les données disponibles laissent entendre que les opportunités de développement de carrière favorisent la rétention des infirmières.

#### **Adapter les horaires de travail**

Le fait de limiter le nombre d'heures de travail et de prévoir des périodes de repos a un impact direct sur la qualité des services et, par conséquent, est d'une importance particulière aux yeux des infirmières. Il est également possible d'améliorer la satisfaction vis-à-vis des horaires et de renforcer le recrutement et la rétention des infirmières en organisant les périodes de travail de manière à dégager davantage de temps libre et en autorisant une certaine souplesse dans le choix des horaires.

### **4. Réduction de la violence au travail**

La violence exercée à l'encontre des infirmières est un problème qui ne fait que croître. Certaines études montrent un lien direct entre agressions et demandes de congés maladie, épuisement et rotation du personnel. C'est pourquoi il importe de réduire le nombre d'incidents violents au travail.

### **5. Leadership**

De nombreuses études montrent que le leadership est lié positivement à la satisfaction professionnelle des infirmières et à leur engagement dans la poursuite d'objectifs institutionnels. Le défi, pour les gestionnaires du secteur sanitaire, est d'imposer une vision à long terme, de mettre sur pied des équipes soudées et de renforcer l'engagement individuel des infirmières, tous facteurs favorables à l'application des mesures de réformes des organisations. Les cadres doivent donc s'efforcer de motiver et d'inspirer leurs collaborateurs et de renforcer leur participation.

### **6. Mesures visant des facteurs contextuels**

Les facteurs contextuels jouent un rôle important dans le recrutement : il s'agit par exemple du marché du travail, des mesures de soutien aux familles et de la localisation des postes de travail. En particulier, on note que le travail en région rurale est souvent difficile : absence de vie sociale, manque de distractions, difficultés de transport et de logement. Ces problèmes sont encore plus prégnants dans les contextes pauvres, où les infrastructures sont généralement insuffisantes – routes, transports, écoles, logements. Les investissements dans ces aménagements de base sont payants en termes de renforcement de la motivation, de la rétention et du recrutement, étant donné que les conditions de travail – en particulier le manque d'équipement – sont souvent citées comme un élément majeur de la motivation du personnel.

## **Efficacité et coûts**

D'un point de vue politique, une question est essentielle : quelles sont les mesures incitatives les plus appropriées ? On peut répondre à cette question en procédant à l'évaluation des coûts et de l'efficacité de chaque option politique. On a observé que certains hôpitaux obtiennent de meilleurs résultats que d'autres en matière de recrutement et de rétention du personnel de santé. Ces établissements, appelés «hôpitaux aimants», enregistrent de meilleurs résultats en termes de taux de mortalité ajustés, de qualité des soins, de satisfaction des patients, de taux d'épuisement et de satisfaction professionnelle des infirmières.

Par ailleurs, il faut également tenir compte des coûts de ces politiques, en particulier leurs coûts d'application. Les incitations financières sont soumises à des contraintes d'application et de financement différentes de celles touchant les mesures non financières.

Cependant, à l'heure actuelle, nous ne disposons que de peu d'informations relatives à l'efficacité et aux coûts des mesures incitatives. D'autres études devraient être lancées pour mesurer l'efficacité et les coûts; elles permettraient de faciliter la prise de décisions appropriées d'un point de vue social.

## **En résumé**

Le défi commun à tout système de santé consiste à identifier et à appliquer un ensemble de mesures lui permettant de remplir ses objectifs. Il est peu probable que des mesures d'un seul ordre suffisent à toutes les organisations ou situations. L'essentiel de la recherche sur le renforcement de la motivation et de la satisfaction des travailleurs de la santé a été menée dans les pays développés, lesquels disposent déjà des ressources nécessaires pour y procéder. La situation des pays en voie de développement est toutefois très différente. Les travailleurs de la santé y fonctionnent dans des conditions de manque de ressources à tous les niveaux : salaires souvent faibles, voire insuffisants à assurer la survie : équipements manquants ou défectueux; travailleurs livrés à eux-mêmes dans des régions isolées; budgets consacrés au développement du personnel insuffisants ou inexistant. Le lien entre l'élaboration des politiques et la motivation personnelle des travailleurs de la santé est complexe : il exige que soient pris en compte les facteurs individuels, organisationnels et sociaux qui conditionnent la motivation.

## THÈME 5 :

# Tendances des migrations internationales d'infirmières et conséquences politiques

James Buchan

Mireille Kingma

F. Marilyn Lorenzo

### Synthèse

Ce rapport est centré sur les implications politiques des migrations internationales d'infirmières et sur les tendances actuelles dans ce domaine. Depuis les années 1990, le recrutement et les migrations d'infirmières ont pris une place de plus en plus importante dans le secteur mondial de la santé. Les infirmières ont, depuis longtemps, su saisir les opportunités qui s'offraient à elles d'aller chercher de meilleures perspectives de carrière à l'étranger. Cependant, depuis quelques années, les migrations d'infirmières semblent s'accélérer, au risque de compromettre les tentatives de renforcement des systèmes de santé de certains pays en voie de développement.

Le problème des migrations transfrontalières d'infirmières est parfois présenté sous les couleurs d'une «fuite des cerveaux» linéaire et à sens unique. Or, la dynamique de la mobilité, des migrations et du recrutement est un phénomène complexe, composé de nombreux éléments : droits et choix individuels; motivations et attitudes des infirmières face au développement de carrière; place des infirmières (et des femmes en général) au sein des systèmes; approches divergentes adoptées par les gouvernements en matière de gestion, d'encouragement ou de dissuasion des flux d'infirmières; rôle, enfin, des agences de recrutement international. Ce rapport donne un aperçu de cette situation fluctuante.

Les données disponibles au niveau des États sous-tendent l'analyse des tendances en matière de migrations d'infirmières. Les pays d'origine et de destination fournissent des informations contextuelles relativement complètes. Cependant, étant donné l'absence d'indicateurs et de méthodes normalisés pour l'évaluation des tendances migratoires des infirmières, nous ne disposons pas de critère d'évaluation universel des flux transfrontaliers. Toute analyse des tendances migratoires est donc conditionnée par les limites et les lacunes des données disponibles.

Ce rapport insiste sur le fait que, pour estimer correctement l'impact et les conséquences des migrations d'infirmières en termes de politiques de santé, il convient d'évaluer ces migrations dans le contexte plus large des tendances et dynamiques affectant la main-d'œuvre infirmière au niveau des pays. Par exemple, il est important que toute analyse des migrations d'infirmières mette en lumière le rapport entre le nombre d'infirmières quittant un pays donné et le nombre total d'infirmières quittant la force de travail : il arrive, en effet, que de nombreuses infirmières choisissent de quitter la profession infirmière sans pour autant quitter leur pays. D'autre part, l'émigration des infirmières vers l'étranger, si elle représente l'aspect le plus évident et le plus médiatisé des flux d'infirmières, n'en constitue pas toujours la partie essentielle.

Relevons encore que les migrations ne sont pas de simples flux d'un point à un autre : certaines infirmières qui quittent leur pays pour un autre décident de poursuivre leur périple dans un troisième pays, plutôt que de rentrer chez elles. Certaines préfèrent même vivre dans un pays et traverser régulièrement une frontière pour aller travailler ailleurs. Ce type de déplacement est naturellement favorisé par l'amélioration des conditions et des moyens de communication.

L'augmentation des flux transfrontaliers d'infirmières suscite une série de questions d'ordre politique pour les gouvernements et les agences internationales. Ce rapport évalue les tendances dans ce domaine et pointe les carences les plus criantes en données pertinentes, celles qui nous empêchent de bien évaluer et comprendre la dynamique des migrations d'infirmières. Voici à cet égard nos principales constatations et recommandations :

- Une lacune fondamentale est l'absence de données précises sur les flux transfrontaliers d'infirmières, situation qui contraint fortement toute tentative de contrôle et d'évaluation de l'impact. *Les parties intéressées au plan national et les agences internationales doivent collaborer à la définition et à l'application de systèmes de surveillance des flux transfrontaliers d'infirmières et d'autres travailleurs de la santé.*
- La position de nombreux pays en voie de développement, d'où provient une bonne part des infirmières présentes sur le marché international, est affaiblie par le manque de données relatives aux effectifs et par leur capacité de planification insuffisante. Il est difficile pour eux d'estimer dans quelle mesure les flux sortants constituent ou non un problème, compte tenu du nombre d'infirmières en situation de sous-emploi ou de chômage sur leurs marchés nationaux. *Ces États doivent évaluer et améliorer leurs systèmes de planification. Ils doivent accorder une plus grande attention aux mesures d'encouragement au retour des collaboratrices ayant quitté le marché du travail infirmier.*
- L'impact général de l'émigration des infirmières sur leurs pays d'origine, en termes d'effets sur les systèmes de santé et sur le personnel restant, doit être évalué de manière plus systématique. *Les intervenants nationaux et les agences internationales doivent connaître les coûts réels (et/ou les avantages) ainsi que l'impact des migrations d'infirmières. Ceci peut être accompli par un renforcement de la recherche et des procédures d'évaluation.*
- On sait relativement peu de choses des expériences des infirmières employées dans leurs pays de destination, qu'il s'agisse de leur profil ou de leurs plans de carrière (en particulier les probabilités de retour dans les pays d'origine ou, au contraire, de passage dans des pays tiers). On ne sait pas non plus si elles sont traitées sur un pied d'égalité vis-à-vis des autres infirmières. *Les bonnes et mauvaises pratiques en matière de traitement des infirmières immigrées doivent elles aussi faire l'objet de recherches approfondies.*
- La question de la sexospécificité est un facteur important des migrations d'infirmières. Les donateurs doivent favoriser les efforts des associations professionnelles des pays d'origine visant à promouvoir le statut social des infirmières. *Les donateurs doivent encourager le renforcement des organisations d'infirmières représentatives.*
- La question du contrôle éventuel des migrations doit aussi trouver une réponse. Ici encore nous préconisons davantage de recherche, accompagnée d'évaluations systématiques des différents modèles de migration contrôlée. *Les politiques et modèles de contrôle des migrations – accords bilatéraux, codes déontologiques, mesures d'incitation au retour, modèles de «formation pour l'exportation» - doivent être évalués systématiquement, ceci afin de garantir une approche plus efficace du recrutement international d'infirmières au niveau national et international.*

## THÈME 6 :

### La main-d'œuvre infirmière en Amérique latine

Silvina María Malvárez

María Consuelo Castrillón Agudelo

Pan American Health Organization

#### Synthèse

Ces dernières années, les soins de santé sont apparus sur la scène internationale comme l'un des principaux facteurs de développement. L'augmentation de la pauvreté et des inégalités dans nos sociétés mondialisées, les risques engendrés par les changements écologiques, démographiques et socio-économiques, la compréhension des déterminants macroéconomiques, les effets négatifs des réformes sur la santé publique – autant de facteurs qui justifient la priorité accordée à la santé et la création d'alliances mondiales pour le développement, le contrôle des maladies et une action renouvelée en faveur des soins de santé primaires.

Les ressources humaines de la santé (RHS) prennent de plus en plus d'importance dans ce contexte. Elles sont actuellement confrontées à trois difficultés : un fond d'anciens problèmes non résolus, les effets de réformes engagées dans les années 1990 et ceux de la mondialisation actuelle. La crise de la main-d'œuvre des soins infirmiers s'inscrit sur cet arrière-fond. Tributaire de facteurs compliqués, cette crise rend nécessaire une analyse approfondie de la situation ainsi que la création d'alliances et de synergies pour assurer la qualité des services infirmiers.

La présente étude a été commandée par l'Organisation panaméricaine de santé (Pan-American Health Organization, PAHO) en tant que référence pour l'étude de cet aspect important des soins de santé en Amérique latine, et comme contribution à l'action du Conseil international des infirmières (CII). L'analyse est basée sur le concept de «champ des ressources humaines de la santé», développé par Pedro Brito Quintana. Dans cette conception, la main-d'œuvre de la santé est structurée et dynamisée par tous les aspects, processus d'activation, tensions et conflits relatifs à la fourniture des services de santé. Les quatre aspects centraux en sont le travail, l'éducation, le marché du travail et le processus de professionnalisation. Ces variables produisent, et dépendent tout à la fois d'une série de politiques, de réglementations et de mécanismes de gestion. Différents intervenants sont impliqués, chacun avec ses intérêts, ses capacités et degrés de pouvoir propres dans le contexte de leur dynamique sociale.

Notre étude concerne les infirmières, les infirmières auxiliaires et les infirmières techniciennes. Les données sont celles de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), de la PAHO, de l'Organisation internationale du travail (OIT) et de la Banque interaméricaine de développement (IDB); elles ont été collectées dans le cadre d'enquêtes, dans des actes de colloques, sur des sites Internet, auprès d'organes professionnels des soins infirmiers ou dans des articles de presse. L'information ainsi rassemblée révèle un certain nombre de lacunes, d'erreurs et d'incohérences chronologiques, et témoigne d'un mauvais traitement des données de base. Ceci montre l'importance du contrôle de la dynamique de la main-d'œuvre des soins infirmiers et de la production de bases factuelles sur des aspects que nous connaissons peu ou pas du tout.

#### Présentation

Par rapport à la **pratique et la main-d'œuvre infirmières** en Amérique latine, on constate que la demande en infirmières a augmenté dans les secteurs de la gestion hospitalière, de l'organisation des services et de la supervision du personnel auxiliaire, pour les raisons suivantes :

- La division du travail accrue dans les soins de santé.
- L'introduction de spécialisations techniques et médicales.
- Le faible niveau de professionnalisation des soins infirmiers.
- Les exigences des réformes des soins de santé.

Plusieurs études montrent que les infirmières assument de nombreux rôles de gestion, ce qui réduit le temps qu'elles consacrent aux soins aux patients, lesquels sont ainsi délégués au personnel auxiliaire.

Dans le secteur communautaire, notamment depuis la conférence d'Alma Ata (OMS 1978), au cours de laquelle les soins de santé primaires ont été désignés comme prioritaires, la profession infirmière a étendu ses rôles jusqu'à englober la promotion de la santé, la prévention et la gestion des programmes prioritaires. Une étude publiée récemment par la PAHO montre que les infirmières ont joué un rôle important dans les programmes de santé communautaire lancés sur le continent américain (McElmurry 2004:30).

En ce qui concerne **la composition et la dynamique de la main-d'œuvre des soins infirmiers**, on peut dire qu'elle est structurée, en Amérique latine, en niveaux de formation sanctionnés chacun par une grande variété de titres, et qu'elle est caractérisée par une prédominance des femmes.

L'indicateur du nombre d'infirmières pour 10 000 habitants varie entre 1,1 en Haïti et 97 aux États-Unis. En Amérique du Sud, le rapport varie entre 1,2 au Paraguay et 7,9 au Venezuela. En Amérique centrale, dans les Caraïbes hispanophones et au Mexique, la disparité s'échelonne entre 39,5% au Mexique et 82% au Guatemala. Les moyennes d'infirmières auxiliaires par sous-région sont de : 77% dans le Cône sud, 72% dans la zone andine et 70% en Amérique centrale.

La **composition de la main-d'œuvre infirmière** montre que le Mexique est le pays qui compte la plus forte proportion d'infirmières (61,5%) et l'Uruguay la plus faible (12,2%). Dans le Cône sud, la proportion d'infirmières auxiliaires varie entre 62,3% en Argentine et 87,8% en Uruguay. Dans la zone andine, cette proportion varie de 67,7% en Équateur à 78,1% en Colombie. En Amérique centrale, dans les Caraïbes hispanophones et au Mexique, la disparité s'échelonne entre 39,5% au Mexique et 82% au Guatemala. Les moyennes d'infirmières auxiliaires par sous-région sont de : 77% dans le Cône sud, 72% dans la zone andine et 70% en Amérique centrale.

Ce bref survol indique que les ressources infirmières disponibles pour les soins à la population sont composées majoritairement d'infirmières dotées d'une formation minimale. C'est pourquoi, ces vingt dernières années, plusieurs pays ont pris des mesures pour améliorer ces indicateurs par le renforcement de la qualification de la main-d'œuvre infirmière : conversion d'un grand nombre de travailleuses formées sur le tas en infirmières auxiliaires, promotion d'infirmières auxiliaires en infirmières techniciennes, et d'un groupe important de ces techniciennes en professionnelles à part entière. Une étude de la PAHO et de l'OMS (2004) portant sur dix pays montre que plus de 140 000 infirmières ont ainsi été promues ces dernières années.

En ce qui concerne les **conditions de travail**, on sait que le travail en hôpital est physiquement et mentalement exigeant, compte tenu notamment des horaires très longs, surtout en unités de soins intensifs. Les horaires les plus fréquents sont de huit heures par jour/45 heures par semaine, avec des variations entre six heures par jour/30 heures par semaine et neuf heures par jour/plus de 50 heures par semaine. Les conditions de travail des infirmières sont caractérisées par des charges de travail excessives, des journées très longues, le travail de nuit, des changements fréquents d'affectation et la confrontation pénible à des situations critiques. Ce personnel est aussi exposé à des risques biologiques, chimiques et physiques. Des enquêtes sur la santé au travail des infirmières montrent qu'elles souffrent de troubles d'ordre ostéo-musculaire et articulaire, de blessures par objets pointus ou tranchants et de perturbations du cycle de sommeil.

Les pénuries de ressources humaines et d'équipement (fourniture et entretien) au niveau des établissements de soins, qui entraînent une dégradation progressive des services de santé, sont également source d'insatisfaction au travail. Dans ces conditions, les infirmières exerçant en milieu hospitalier préfèrent souvent démissionner. L'insatisfaction des infirmières est un thème récurrent dans les enquêtes que nous avons consultées.

Le principal employeur était traditionnellement l'État, jusqu'aux récentes réformes sectorielles qui ont vu l'émergence d'institutions privées. Depuis les années 1990, on enregistre une prolifération de contrats temporaires ainsi qu'une externalisation généralisée des services, y compris dans le secteur public.

Les salaires, généralement bas, varient selon les pays : par exemple environ cent dollars par mois au Nicaragua et mille cent dollars au Costa Rica pour des infirmières travaillant dans des hôpitaux publics. La moyenne des salaires des infirmières en Amérique latine oscille entre 400 et 500 dollars par mois, et 30% de moins pour les infirmières auxiliaires. La majorité des infirmières bénéficient d'avantages sociaux : assurance maladie, allocations de toutes sortes : pour travail dangereux, selon l'âge ou les qualifications professionnelles, ou encore en fonction de critères géographiques.

Les **pénuries et les migrations d'infirmières** sont deux problèmes fondamentaux, compte tenu de leurs répercussions sociales sur les systèmes de santé et d'éducation. Les agences de recrutement privées à but lucratif sont de plus en plus impliquées dans les migrations internationales. Les différences dans l'enseignement des soins infirmiers au niveau des pays tiennent aux modèles de formation, à la durée des études (3, 4 ou 5 ans), au nombre d'heures de pratique et de théorie (entre 3 500 et 10 000 heures) et aux exigences relatives à l'admission aux programmes et à l'obtention des qualifications. Certaines études informelles sur les migrations d'infirmières en Amérique latine montrent qu'il s'agit d'un phénomène constant affectant tous les pays mais à des degrés divers : les pays de l'Amérique du Sud enregistrent ainsi des flux migratoires moins importants que l'Amérique centrale. La majorité des migrantes se dirigent vers les États-Unis, d'autres vers l'Espagne et l'Italie. Certains pays d'Amérique centrale, comme le Panama et le Salvador, forment des infirmières qui émigrent par la suite, malgré le fait que ces pays manquent eux-mêmes de personnel infirmier.

Les crises sociales et économiques qui secouent de nombreux pays ont des répercussions considérables sur le niveau des migrations. Cependant, nous ne disposons d'aucune étude formelle qui nous permettrait d'analyser en profondeur cet aspect du problème des migrations en Amérique latine. Les migrations et les pénuries d'infirmières entretiennent des liens étroits mais pas exclusifs. On constate ainsi qu'elles existent non seulement dans la plupart des pays développés, mais aussi dans certains pays en voie de développement. Cependant, on parle relativement peu des pénuries de soins infirmiers qui affectent les pays latino-américains. Pour différentes raisons, le terme «pénurie»est rarement employé dans le discours produit par les systèmes de soins de santé.

Quoi qu'il en soit, les déséquilibres dans la production, l'offre et la rétention d'un personnel infirmier qualifié sont d'une importance stratégique et, à ce titre, doivent être étudiés, analysés et replacés dans leur contexte.

**En matière de réglementation**, plusieurs pays d'Amérique latine ont entamé un processus d'accréditation des programmes de soins infirmiers et d'homologation professionnelle. Des accords ont été passés entre groupes sous-régionaux et des normes communes établies afin de faciliter la mobilité académique des étudiantes et des professionnelles.

Des cadres réglementaires régissant les pratiques infirmières existent dans de nombreux pays, de même que des législations spécifiques aux soins infirmiers. Cependant, bien que ces lois aient été formellement promulguées, elles ne sont en général ni appliquées ni contrôlées par les institutions de santé ou par les organisations professionnelles. Les salaires des infirmières, leurs horaires et leurs champs de responsabilité ne sont, pour l'essentiel, pas réglementés. Les conditions de travail sont avant tout régies par des lois nationales ou locales concernant les travailleurs de la santé.

En matière de réglementation de la déontologie professionnelle, le Code de déontologie du CII et celui de la Fédération panaméricaine des professions infirmières (FEPPEN) sont des instruments reconnus par les infirmières de tous les pays de l'Amérique latine. Le «Consejo Regional de Enfermería» (Conseil régional des soins infirmiers) du Mercosur a, lui aussi, adopté un code déontologique; le «Grupo de Profesionales de Enfermería de Centro América y el Caribe» (Groupe des professionnelles des soins infirmiers de l'Amérique centrale et des Caraïbes) est également engagé dans un tel processus. Il faut préciser, néanmoins, que les mécanismes de contrôle de la déontologie professionnelle des infirmières sont encore faibles et rarement appliqués.

La réglementation de la profession infirmière est d'une importance primordiale pour la structure et la dynamique de la main-d'œuvre infirmière. L'Amérique latine a accompli des progrès importants en matière d'adoption de lois et règlements touchant à la profession. Le problème reste de contrôler l'application de ces textes.

En ce qui concerne la **formation des ressources humaines**, relevons que l'enseignement des soins infirmiers en Amérique latine a noué ses premiers liens avec l'université dès les années 1930. Des diplômes spécifiques ont été introduits dans les années 1960, des études de troisième cycle dans les années 1980, avec les premiers diplômes de master et spécialisations.

L'enseignement des soins infirmiers est organisé différemment dans chaque pays. La formation de niveau universitaire est sans doute la plus homogène, avec deux ou trois programmes types : un diplôme sanctionnant une qualification supérieure (4/5 ans de formation), un diplôme intermédiaire (2,5/3 ans) et un diplôme de formation technique en deux ans. On peut dire qu'en 2004 la situation était très contrastée, avec des départements académiques portant des noms différents (facultés, écoles, programmes, cours, départements) et autant de variations dans les types de programmes, dans les méthodes et la durée de formation. On rapporte qu'il existait, en 2004, 1792 programmes de formation aux soins infirmiers en Amérique latine, dont 988 de niveau universitaire. La majorité des pays proposent des programmes de formation d'infirmières auxiliaires. Ces programmes, qui sont généralement liés à des institutions universitaires, durent de 6 à 18 mois et leurs conditions d'admission sont très variables. Il existe aussi des programmes de formation technique au niveau de l'enseignement secondaire (classes terminales de lycées spécialisés en soins infirmiers).

La plupart des programmes sont toujours basés sur le modèle biomédical. Depuis quelques années cependant, ils intègrent davantage de composantes liées à la santé publique et aux sciences sociales et mettent l'accent sur les soins infirmiers proprement dits. La majorité des enseignantes des écoles de soins infirmiers n'a pas suivi de formation universitaire supérieure. La modernisation des programmes d'enseignement est compliquée par les difficultés d'accès aux outils bibliographiques et aux publications scientifiques.

Certaines études indiquent que les nouvelles inscriptions d'étudiantes dans les universités et les établissements d'enseignement non-universitaires sont en augmentation depuis dix ans. Le nombre des diplômées serait également en augmentation. Cependant, les responsables infirmières indiquent de leur côté que le nombre d'infirmières diplômées n'a pas augmenté suffisamment pour répondre à la demande.

La situation n'est cependant pas entièrement mauvaise. Il existe d'importants centres de formation offrant des programmes de master, de doctorat et d'études approfondies. En particulier, l'Argentine, le Chili, la Colombie, le Venezuela, le Brésil et le Mexique proposent tous des programmes de doctorat en soins infirmiers. Les diplômes de master existent depuis vingt ans. Ils sont dispensés dans des établissements où la recherche est bien implantée et dont plus de 40% des enseignants sont titulaires de masters ou de doctorats. Un grand nombre d'universités proposent des programmes de spécialisation dans leurs facultés de soins infirmiers.

Quant à la réglementation de la formation continue, elle est disparate. Cependant, des initiatives étatiques pour l'accréditation d'écoles et de programmes ont vu le jour.

Au point de vue de la **production et de la diffusion des connaissances infirmières**, notons que l'institution de groupes et centres de recherche est assez récente, sauf au Brésil et en Colombie, qui ont une certaine tradition dans ce domaine. La production scientifique est très liée à la formation universitaire supérieure, laquelle favorise la formation de chercheurs et la création d'une masse critique d'intervenants susceptibles de générer de nouveaux savoirs. Une étude récente montre que la plupart des chercheurs et chercheuses sont issus du secteur de l'enseignement.

La recherche en soins infirmiers a gagné en visibilité au cours des années 1970, époque à laquelle ont commencé de paraître de nombreux comptes-rendus de colloques, livres et publications scientifiques. La PAHO a créé un répertoire gratuit des publications scientifiques de l'Amérique latine, dans l'idée d'en faire connaître l'existence et les caractéristiques, de les rendre plus accessibles, d'en promouvoir l'amélioration et de les intégrer aux index internationaux. Le répertoire recense soixante-cinq revues de soins infirmiers en circulation. Cependant, la publication d'articles scientifiques en langues espagnole et portugaise est encore minoritaire au plan international. Les «Coloquios Panamericanos de Investigación en Enfermería» (Séminaires panaméricains de recherche en soins infirmiers) ont joué un rôle important dans la stimulation de la recherche, ont promu la création de réseaux et favorisé l'intégration Nord-Sud à l'échelle du continent.

La production et le transfert des connaissances par le biais de l'éducation est une dynamique intégrée à la structure de base de la main-d'œuvre infirmière. C'est dans la mesure où tous les aspects de l'éducation et de la recherche seront renforcés qu'elles contribueront au renforcement de la professionnalisation de la main-d'œuvre infirmière.

La profession infirmière a connu une véritable révolution scientifique et éducative ces vingt dernières années. De grands progrès ont été accomplis, mais qui restent insuffisants pour formaliser une main-d'œuvre véritablement professionnelle. La prédominance du personnel infirmier non professionnel, ainsi que la présence de la majorité des professionnelles dans des postes de gestion et d'enseignement, sont des signes du rôle central que jouent la science et l'éducation dans la composition et la dynamique de la main-d'œuvre.

En ce qui concerne les **organisations de soins infirmiers**, on peut dire que la profession infirmière des Amériques dépend du développement actif d'organisations professionnelles. Une étude de la PAHO, intitulée *Panorama de las Organizaciones de Profesionales Trabajadores de la Salud en la Región de las Américas* («Panorama des organisations de professionnels de la santé de la région des Amériques»), insiste sur le fait que «cette catégorie de professionnels est la seule représentée dans tous les pays»; l'étude indique par ailleurs que «les associations professionnelles de soins infirmiers montrent une tendance à l'intégration dans des structures internationales», qu'elles «mènent des campagnes actives pour donner sa dignité à la profession» et qu'elles sont «confrontées à une demande de modernisation émanant des organisations représentant les non-professionnels» (Scavino 2004:16). La plupart de ces organisations sont membres du CII. Dix-neuf d'entre elles appartiennent à la FEPPEN.

Des problèmes, des conflits et des différences existent entre ces groupes de soins infirmiers. Selon une étude (Scavino 2004:17), «les ressources infirmières sont en forte demande et les infirmières doivent travailler dans des conditions de précarité croissante. Et ce, même si ces organisations ont un profil bien moins agressif que d'autres». L'étude montre aussi que les différences d'approche entre organisations d'infirmières professionnelles et syndicats de personnel auxiliaire ont occasionné des conflits. Outre certains domaines d'intérêt commun, les organisations d'infirmières semblent intéressées par les questions de formation et de qualification professionnelles, ainsi que par la formation de nouvelles ressources professionnelles.

Ce regard sur les organisations professionnelles d'infirmières de l'Amérique latine nous inspire les constatations suivantes : chaque pays du sous-continent dispose d'associations nationales professionnelles de soins infirmiers; certaines catégories d'infirmières auxiliaires se regroupent en syndicats autonomes, ou appartiennent à des syndicats généralistes représentant les travailleurs de la santé. Sept pays d'Amérique latine disposent d'associations d'enseignement des soins infirmiers. Il existe par ailleurs trois organisations internationales de soins infirmiers et trois groupes d'intégration régionale. Toutes les organisations que nous avons citées participent à des initiatives de développement intersectoriel, en collaboration avec les instances gouvernementales, les institutions de formation et certaines organisations internationales de coopération.

En matière de **politiques de ressources humaines infirmières**, les Amériques ont connu, ces vingt dernières années, une intense activité dans le domaine de la formulation de politiques et de plans de développement. Les organisations académiques et professionnelles, les instances infirmières au niveau des gouvernements et des services ainsi que les agences de coopération internationale, ont appliqué conjointement des initiatives de développement qui ont transfiguré les soins infirmiers en Amérique latine. La majorité de ces initiatives consistaient en activités volontaires de planification et en interventions dont le but était d'améliorer la qualité des soins infirmiers et de contribuer au renforcement des soins de santé. Parmi les principaux partenaires de ces projets, on trouvait des fondations, des organisations internationales, des associations académiques et professionnelles d'infirmières, des institutions de formation aux soins infirmiers et d'intégration régionale.

La PAHO a dispensé un soutien technique : analyse des développements en matière de ressources humaines des soins infirmiers; soutien au développement de programmes et de manuels scolaires; formation de cadres, d'enseignantes et d'expertes; réunions d'experts pour discuter de problèmes prioritaires; programmes d'études multicentrées; aide dans la conduite d'enquêtes. Toutes ces activités ont contribué à l'amélioration de la qualité des soins infirmiers en Amérique latine. Les programmes de formation à distance et de professionnalisation de la main-d'œuvre ont rendu possible la promotion du personnel auxiliaire à un niveau professionnel (avec sanction par des diplômes supérieurs), mesure qui a eu un impact direct sur la qualité des soins.

Un trait commun à la majorité des pays est l'existence de groupes intersectoriels compétents en matière de prise de décision dans les soins infirmiers. Ces groupes se réunissent pour conduire des analyses stratégiques, introduire et appliquer des politiques infirmières et concevoir et gérer des plans de développement. Une étude portant sur dix-huit pays a permis d'identifier des domaines d'action prioritaires et des politiques de développement qui seront présentés dans le chapitre suivant.

## Problèmes et défis

L'avenir des soins de santé en Amérique latine dépend dans une large mesure du rôle des infirmières. Malgré les progrès accomplis, la profession infirmière est encore confrontée à des difficultés et à des lacunes que l'on peut résumer ainsi :

- Analyses stratégiques, politiques et planification des ressources humaines des soins infirmiers : ces analyses doivent être mieux structurées. Elles doivent être orientées vers une vision stratégique des soins de santé et vers une meilleure compréhension de l'impact potentiel de l'activité des infirmières. Une telle démarche favorisera les interventions politiques d'amélioration des conditions scientifiques, sociales, éducationnelles et professionnelles. La formulation de politiques est un élément fondamental dans la constitution d'une main-d'œuvre qualifiée.
- Composition et distribution de la main-d'œuvre infirmière. La main-d'œuvre infirmière est déséquilibrée, limitée et inégalitaire par rapport aux besoins en soins de santé. Le ratio infirmières professionnelles/population est faible, tandis que le ratio infirmières auxiliaires/population reste élevé, ce qui s'explique par le fait que cette dernière catégorie de personnel dispense pratiquement l'intégralité des soins directs. Peu de professionnelles exercent dans le domaine des soins de santé primaires. Cette situation demande un réexamen des critères, des stratégies et des politiques existants afin que soit garantie la qualité des soins de santé. Il faut améliorer les méthodes de répartition régionale égalitaire du personnel infirmier et les mesures de professionnalisation des différentes catégories de personnel auxiliaire.
- Dynamique de la main d'œuvre infirmière. La pénurie d'infirmières en Amérique latine dépend de plusieurs facteurs, dont :
  - La mobilité croissante de la main-d'œuvre.
  - Les conditions du développement.
  - Les modèles choisis pour la composition de la main-d'œuvre infirmière.
  - Les conditions de travail précaires des infirmières.
  - Les difficultés rencontrées dans le secteur de l'enseignement des soins infirmiers.

Ces facteurs entraînent une augmentation des migrations, un manque d'intérêt pour les études infirmières et l'abandon de leurs études par de nombreuses étudiantes, des situations de double emploi, etc. Les mesures préconisées à cet égard sont de plusieurs ordres : ajustements politiques; amélioration des conditions de travail; modernisation, homologation et meilleure gestion des programmes de formation; développement de programmes multilatéraux de gestion des migrations.

- *Gestion des ressources humaines des soins infirmiers.* Les aspects suivants exigent d'être révisés ou modernisés : renforcement de la planification des ressources humaines; adoption d'un nouveau modèle d'organisation des effectifs et d'assignation des tâches. Il faut concevoir de nouvelles méthodes de gestion qui favorisent les soins de santé, suscitent un sentiment de professionnalisme et améliorent les conditions de travail des infirmières. La formation dispensée sur le lieu de travail, souvent déconnectée de la pratique réelle, doit être réorientée vers des approches créant un lien entre éducation et activité professionnelle. Les conditions de travail actuelles des infirmières, compte tenu de la flexibilité et de la précarité croissantes, exigent l'adoption de mesures concernant les salaires, les horaires de travail, les avantages sociaux, le soutien à la progression de carrière et les garanties de sécurité du travail.

- *Problèmes et défis dans le secteur de l'éducation.* L'éducation joue un rôle central dans la composition et la dynamique de la main-d'œuvre infirmière, dans la qualité et la pertinence des soins dispensés et dans le développement de capacités institutionnelles en matière de soins de santé. Cependant, les changements qui devraient intervenir dans la formation aux soins infirmiers constituent autant de défis :
    - *Le défi de la définition du contenu de la discipline.* La notion de soins infirmiers proprement dits doit être intégrée aux systèmes d'éducation. Pour cela, il faut «démédicaliser» les programmes de formation, donner des exemples de bonnes pratiques et montrer les différences qui existent entre des services de santé génériques et des soins infirmiers qualifiés. Cette démarche suppose que les programmes sont axés sur les besoins de santé et mettent l'accent sur la santé publique et les soins de santé primaires.
    - *Le défi de l'éducation.* Les programmes de formation traditionnels doivent être repensés et prendre une nouvelle forme plus ramassée, au contenu plus ciblé, pertinent et accessible. Les cours doivent être flexibles, offrir des options plus nombreuses; il faut coordonner les différents niveaux et institutions de formation. Les aspects pédagogiques comprennent une dimension de formation des adultes, intégrant la théorie et la pratique et promouvant la pensée critique, la conscience citoyenne et le travail interdisciplinaire. Des stratégies d'apprentissage à distance et virtuel doivent être mises au point.

Pour répondre aux demandes sociales, trois aspects de la gestion des institutions académiques doivent faire l'objet d'une attention immédiate : la qualité de la formation aux soins infirmiers, sa portée et sa pertinence.

  - *Le défi politique de la conscience citoyenne.* Les infirmières doivent être formées à la discussion des questions sociales; à la formulation d'opinions politiques; à la protection des consommateurs et du bien-être des communautés; au soutien à l'adoption de politiques de santé et de soins infirmiers qui renforcent le concept de «justice sociale dans la santé». Le but ultime est de vaincre l'exclusion et les inégalités et d'offrir une santé de qualité pour tous.
- *Problèmes et défis de la recherche en soins infirmiers.* D'énormes progrès ont été accomplis dans la recherche infirmière. Cependant, il reste encore à clarifier et à positionner cette connaissance par rapport aux sciences, aux savoirs universels et à leur application dans les soins de santé. Le fondement moral et politique de la recherche infirmière, ainsi que ses buts ultimes, doivent être clarifiés. Ceci demandera de grands efforts et le lancement de nouvelles initiatives. La notion de connaissance doit être définie dans le contexte des soins infirmiers et de ses axes de recherche. Les méthodes de recherche doivent être affinées, tout comme les critères d'exécution et de productivité de la recherche en soins infirmiers.

Une nouvelle politique doit englober tous les intervenants, promouvoir des alliances et établir des priorités stratégiques communes. Il faut adopter des politiques pour :

- Générer et renforcer des processus de changement visant à l'application d'interventions planifiées dans le développement de la profession infirmière.
- Corriger les inégalités dans la répartition régionale et institutionnelle des infirmières.
- Remédier aux causes de l'insécurité des conditions de travail des infirmières.
- Moderniser les systèmes de gestion et imaginer des mécanismes capables d'aider au contrôle des migrations.
- Renforcer les activités sociales des organisations de soins infirmiers.
- Aligner la recherche et l'enseignement des soins infirmiers sur les besoins de santé identifiés.

Faute d'un nombre suffisant de personnel infirmier, et surtout d'un personnel infirmier qualifié, la réalisation des Objectifs de développement pour le Millénaire et de l'initiative «La santé pour tous», restera purement hypothétique.

## THÈME 7 :

### La main-d'œuvre infirmière en Afrique sub-saharienne

Olive Kopolo Munjanja

Sarah Kibuka

Delanyo Dovlo

#### Synthèse

Cette étude s'inscrit dans une série de publications commandées par le Conseil international des infirmières (CII) et dressant un tableau des défis pour la main-d'œuvre infirmière au niveau mondial.

Nous étudierons plusieurs aspects de la main-d'œuvre infirmière et obstétrique en Afrique, qu'il s'agisse de formation et de carrière, de systèmes de recrutement, de rétention et de motivation de la main-d'œuvre. Nous nous intéresserons aux pertes d'effectifs suscitées par les migrations et l'épidémie de VIH/sida, entre autres facteurs, et formulerons des recommandations sur la base d'exemples et d'expériences tirées de plusieurs pays d'Afrique. Ces expériences, même si elles sont encore de portée limitée, sont particulièrement prometteuses.

Le premier chapitre donne des informations contextuelles sur l'Afrique sub-saharienne (ASS) et pointe les facteurs qui déterminent la capacité de la main-d'œuvre infirmière des États à faire face aux situations de santé existantes. Certains de ces facteurs sont liés à la planification, à la gestion, à la rétention et à la motivation de la main-d'œuvre infirmière; d'autres concernent l'épidémie de VIH/sida.

Les chiffres disponibles sont utilisés pour établir des comparaisons entre les pays de la région en termes de coefficients infirmières/médecins et d'offre pour 100 000 habitants. Notre étude présente un certain nombre de programmes de formation et d'éducation appliqués dans les pays de l'Afrique sub-saharienne. Elle examine la réglementation des infirmières et des sages-femmes et son rôle dans la réduction des pénuries de personnel, par l'extension des domaines de pratique et par la réévaluation des profils de compétences. L'influence des questions de sexospécificité au sein de la profession infirmière est discutée, de même que leurs effets sur la situation des infirmières et la participation de la profession aux plus hauts échelons de prises de décisions en matière de politique de santé. Les rôles du secteur privé, en tant qu'investisseur dans la production d'infirmières et de services dispensés par des infirmières, sont présentés avec des exemples nationaux.

Le deuxième chapitre s'intéresse aux défis et aux perspectives pour les soins infirmiers en Afrique. Les pénuries d'infirmières et les difficultés de rétention sont présentées dans le contexte des systèmes de santé africains. Les migrations d'infirmières, facteur important, se poursuivent et empirent dans certains pays. Par exemple, en Zambie, il semble que toutes les infirmières de toutes les catégories (diplômées et auxiliaires) choisissent d'émigrer. Nous analysons les facteurs qui favorisent cette tendance. Ces facteurs sont examinés dans leur relation aux défis posés par les réformes des systèmes de santé en Afrique. Les objectifs de ces réformes, tels que fixés par la plupart des pays – amélioration de la qualité, de l'efficacité, de la rentabilité, de la couverture et de l'équité des soins de santé – posent des problèmes difficilement surmontables compte tenu de la persistance d'importantes pénuries de travailleurs de la santé et d'importants flux migratoires.

Le VIH/sida est un problème grave pour la profession infirmière africaine. L'ampleur de son impact sur la main-d'œuvre ne fait que croître; la stigmatisation associée à la maladie rend difficile la collecte des données qui pourraient nous éclairer sur ce sujet. Les résultats de recherches menées au Kenya montrent que le VIH/sida frappe la main-d'œuvre par l'augmentation des charges de travail, par la densité et la gravité accrues des maladies, par la perception d'une sécurité au travail en recul et par des pertes de productivité chez les infirmières malades et, par conséquent, souvent absentes de leur travail. Les décès d'infirmières ont fortement augmenté ces dix dernières années, une tendance qui pourrait être imputable au VIH/sida. Il n'existe pas de programmes globaux d'amélioration des conditions de travail du personnel de santé. Il convient donc de prendre des mesures telles que conseils, traitements antirétroviraux pour les travailleurs de la santé, renforcement des politiques générales de prévention et de contrôle des infections.

Le troisième chapitre examine un certain nombre d'opportunités et de stratégies politiques, notamment l'impact des mesures macroéconomiques sur les soins infirmiers en Afrique. Il présente les opportunités que de nouveaux mécanismes de financement pourraient susciter en termes de ressources humaines pour la santé (RHS) s'ils étaient intégrés aux mesures stratégiques de réduction de la pauvreté du FMI et aux initiatives mondiales de contrôle des maladies. Les intervenants du secteur, en particulier les organisations nationales, régionales et internationales, ont tous un rôle important à jouer pour résoudre la crise que traversent les soins infirmiers.

Le quatrième chapitre, intitulé tout simplement «agir», présente quelques pistes d'action :

- Augmentation du nombre absolu d'infirmières.
- Amélioration de la productivité de la main-d'œuvre infirmière.
- Rétention des infirmières et gestion des migrations.
- Motivation des infirmières, des sages-femmes et des autres travailleurs de la santé.
- Renforcement de la gouvernance de la profession infirmière par l'action des instances régulatrices et des associations de soins infirmiers et obstétriques; nous pensons notamment au renforcement du leadership et des capacités de gestion de la profession infirmière.
- Lutte contre le VIH/sida et d'autres problèmes affectant les infirmières.
- Développement et renforcement de systèmes d'information pour la gestion des RHS.

## Conclusion

La stabilisation et le maintien des services infirmiers et obstétriques en Afrique présentent d'énormes difficultés et sont source de graves dilemmes en termes de politiques macroéconomique et sanitaire. Néanmoins, nous estimons qu'il est possible de renverser la tendance à la pénurie d'infirmières et de sages-femmes dans l'Afrique subsaharienne, par un traitement systématique de chacune des difficultés existantes. Une réflexion renouvelée doit guider l'allocation des ressources et des investissements dans les dépenses courantes des RHS. Toutes les parties intéressées doivent être consultées. À cet égard, les donateurs et les agences internationales doivent appuyer l'instauration d'un cadre et de conditions propices à la résolution des problèmes et à la protection de la santé des populations de l'Afrique subsaharienne.

Les pénuries actuelles de personnel infirmier doivent faire l'objet de mesures de correction urgentes, faute de quoi la plupart des pays de la région seront incapables d'atteindre les Objectifs de développement du Millénaire (ODM) à la date prévue de 2015.









**Conseil international des infirmières**

3, place Jean-Marteau  
1201 Genève  
Suisse

Tel +41 22 908 0100  
Fax +41 22 908 0101  
email [icn@icn.ch](mailto:icn@icn.ch)  
[www.icn.ch](http://www.icn.ch)