

Auteurs et affiliations :

James Buchan, PhD, DPM, MA(hons)

Professeur adjoint, Université de Technologie, Sydney
Professeur invité, Université d'Édimbourg

Howard Catton, MA, BSc, RN

Directeur général, Conseil International des Infirmières

Franklin Shaffer, EdD, RN, FAAN, FFMRCISI

PDG, CGFNS International, Inc., et Secrétariat du CIMI

Crédit photo de couverture : Laurie Bonnaud / MSF. Palestine

Tous droits réservés, y compris la traduction en d'autres langues. Le présent ouvrage peut être réimprimé et redistribué, en totalité ou en partie, sans modification et sans l'autorisation écrite préalable, à condition que la source soit indiquée.

Copyright © 2022 by ICNM - International Centre on Nurse Migration, 3600 Market St. Suite 400, Philadelphia, PA 19104 USA

Table des matières

Remerciements	3
Avant-propos	4
1. Introduction	10
2. La COVID-19 et ses répercussions sur la disponibilité d'infirmières en 2021	14
Résumé des points essentiels.....	14
2.1 Le profil des effectifs infirmiers à l'échelon mondial.....	14
2.2 Monter en puissance et pérenniser : la COVID-19 et la disponibilité d'infirmières	16
2.2.1 Le contrecoup des renforts sur l'offre d'infirmières	16
2.2.2 Implications durables pour l'offre de soins infirmiers	18
2.3 La demande de soins infirmiers signifie une charge de travail accrue : l'impact de la pandémie sur le personnel	20
2.4 Répercussions mondiales et locales et besoin urgent d'analyser l'impact sur les personnels infirmiers	29
3. Autosuffisance et disponibilité d'infirmières	32
Résumé des points essentiels.....	33
3.1 Les écarts entre la disponibilité et les besoins d'infirmières se creusent.....	34
3.2 La disponibilité locale d'infirmières varie, mais se révèle souvent insuffisante	35
3.3 Les répercussions de la pandémie sur la disponibilité d'infirmières dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.....	36
3.4 La pandémie accroît la demande d'infirmières, notamment dans les pays « récepteurs ».....	38
3.5 Les pays à revenu élevé se concentrent sur la « solution de fortune » du recrutement international actif.....	41
3.6 La pandémie accroîtra les mouvements de départs d'infirmières des pays à revenu faible ou intermédiaire émetteurs.....	45
3.7 Les conséquences mondiales et l'urgence de surveiller l'autosuffisance en personnels infirmiers	47
4. Fidéliser pour pérenniser : le surmenage et la tendance au départ du personnel infirmier durant la pandémie	51
4.1 Pourquoi il est vital de mieux fidéliser les infirmières durant la pandémie.....	51
4.2 Les mesures des pouvoirs publics pour fidéliser les infirmières durant la pandémie	52
5. Un programme et un plan d'action pour 2022 et au-delà : recommandations pour fidéliser et pérenniser les personnels infirmiers durant la pandémie de COVID-19	54
Annexe 1 : indicateurs de l'analyse d'impact sur les personnels infirmiers	59
Annexe 2 : maintenir en poste les infirmières expérimentées durant la pandémie	62
Références	64

Remerciements

Le présent mémoire s'appuie sur un rapide état des lieux et a été élaboré grâce à la contribution d'une série d'interlocuteurs clés. Plusieurs associations nationales d'infirmières et autres parties prenantes essentielles ont joué un rôle de premier plan pour obtenir des données et des informations.

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

Avant-propos

Objet du mémoire

Le présent mémoire se concentre sur les effectifs infirmiers, à l'heure où une pandémie mondiale fait des ravages à travers la planète. L'année – 2021 – qui vient de s'écouler, a été marquée par des dégâts sans précédent infligés aux systèmes de santé et aux personnels infirmiers. L'année – 2022 – qui vient de commencer, s'inscrit dans la continuité de la pression constante et implacable de la pandémie sur les infirmières prises individuellement et l'ensemble des personnels infirmiers dans le monde.

Le présent mémoire a été commandé par le Centre international des migrations d'infirmières (CIMI). Il fournit une évaluation à l'instant T et globale des effets de la pandémie de COVID-19 sur les personnels infirmiers, en mettant particulièrement l'accent sur la manière dont l'évolution de la disponibilité d'infirmières et leur mobilité posera des défis en matière de durabilité des effectifs infirmiers à l'échelon mondial. Il présente également le programme d'action urgent et le plan mondial de ressources humaines pour 2022 et au-delà, indispensables pour appuyer la viabilité des effectifs infirmiers et donc améliorer la réactivité et la résilience du système de santé face à la pandémie de COVID-19.

La COVID-19 et ses répercussions sur la disponibilité d'infirmières

- Les effectifs infirmiers à l'échelon mondial étaient estimés à 27,9 millions de professionnels en 2019-2020¹.
- Avant la pandémie, la pénurie mondiale d'infirmières était estimée à 5,9 millions de professionnelles, la quasi-totalité du manque se concentrant dans les pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure. La pandémie a exacerbé la pénurie existante d'infirmières, imposant aux pouvoirs publics des mesures rapides et « d'urgence » pour tenter d'augmenter leur nombre, à l'échelle du système et dans tous les pays.
- Les données probantes sur les effets de la pandémie sont de plus en plus nombreuses, que ce soit sur le plan individuel (stress, charge de travail, risque d'infection, demandes faites aux infirmières de « tenir le coup » et d'être « résilientes », inquiétudes relatives au « préjudice moral ») ou bien sur ce qu'impliquent les réponses du système (réaffectations, nouvelles responsabilités, accès aux EPI, etc.).
- La pénurie d'infirmières déjà observée avant la pandémie a été exacerbée par les effets de la pandémie. Les infirmières, surmenées, quittent leur emploi ou posent des arrêts maladie.

- Il suffit que 4 % d'infirmières de plus dans le monde quittent la profession des suites de la pandémie pour que l'hémorragie atteigne le million, ce qui porterait la pénurie mondiale d'infirmières à sept millions.
- Chaque système de santé, dans chaque pays, devrait mener des analyses d'impact régulières sur le personnel infirmier pour alerter des dégâts provoqués par la pandémie sur les infirmières prises individuellement, sur l'ensemble des personnels infirmiers et sur les systèmes de soins de santé.

Autosuffisance et disponibilité d'infirmières

- La pandémie a accru le besoin immédiat d'infirmières dans tous les pays et la demande ira croissant au cours des prochaines années.
- De nombreux pays doivent s'attacher à augmenter le nombre de « nouvelles infirmières » pour satisfaire la demande croissante et évolutive créée par la pandémie, mais aussi en raison de la réduction du vivier actuel.
- Il existe une grande disparité entre les pays à revenu élevé de l'Organisation de coopération et de développements économiques (OCDE) concernant le volume relatif de personnel infirmier nouvellement formé au niveau local et disponible sur le marché.
- Dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, la pandémie s'est déclarée alors qu'ils ne disposaient pas d'infirmières en nombre suffisant.
- De plus en plus d'éléments font apparaître que des pays de l'OCDE à revenu élevé ont recruté activement et « hâtivement » à l'international, ce qui peut compromettre la capacité de certains pays « sources » à répondre efficacement aux défis de la pandémie.
- La pandémie a accentué les risques inhérents au recrutement international : certains pays « récepteurs » à revenu élevé se sont rabattus sur l'offre internationale en misant sur le court terme, alimentant ainsi les facteurs d'incitation et les départs probables des pays « émetteurs » à faible revenu.
- Les pouvoirs publics s'appuient de plus en plus sur le potentiel des accords intergouvernementaux bilatéraux pour « gérer » le recrutement international des infirmières : ces accords doivent faire l'objet d'un contrôle indépendant pour en garantir le respect total par toutes les parties.
- Il est impératif et urgent de surveiller les tendances des flux de recrutement internationaux à l'aide d'un indice d'autosuffisance pouvant signaler le degré de dépendance des pays à l'égard des flux internationaux et la façon dont les schémas des flux et les répercussions évoluent.

Fidéliser pour pérenniser : le surmenage et l'intensification des départs de personnels infirmiers durant la pandémie

- La pandémie de COVID-19 a fortement perturbé le maintien en poste du personnel infirmier et contribue à l'augmentation de surmenage et des risques connexes d'une plus grande rotation du personnel infirmier.
- Les employeurs doivent traiter les problématiques du surmenage et de la fidélisation du personnel infirmier parce qu'ils ont le devoir de prendre soin de leur personnel et parce que c'est dans leur propre intérêt.
- La pandémie a mis au jour et amplifié tous les problèmes de sous-effectif infirmier et de contraintes budgétaires préexistants, intensifiant le stress et la charge de travail des infirmières. En outre, la pandémie a touché directement les infirmières comme groupe de population : elles ont été, plus que la moyenne, infectées et malades, avec des taux de mortalité plus élevés.
- L'analyse des répercussions de la pandémie sur le maintien en poste du personnel infirmier s'affine et les résultats s'avèrent extrêmement inquiétants : sa fidélisation sera grevée par les problèmes de santé et de surmenage liés à la COVID-19, la réduction des heures de travail et les retraites anticipées, accentuant la pénurie actuelle de personnel infirmier.
- Les employeurs et les organisations doivent assumer leurs responsabilités et offrir des conditions favorables, et l'action des pouvoirs publics devrait être axée sur l'amélioration des cadres de travail ; la garantie d'effectifs en nombre suffisant ; et l'assurance de conditions de travail, de salaires et de perspectives professionnelles attrayants.
- Accorder en priorité un schéma de vaccination complet aux infirmières constitue une action vitale des pouvoirs publics ; cela renforcerait la fidélisation et montrerait que les employeurs soutiennent leur personnel.
- Pour renforcer durablement la fidélisation du personnel infirmier, il faudrait mettre en place une action publique planifiée, séquencée et à dimensions multiples, ce que l'on appelle « ensemble » de stratégies liées, plutôt que de procéder par interventions ponctuelles.
- Afin de rechercher l'équilibre des politiques le plus efficace et renforcer la fidélisation du personnel infirmier, il s'agit notamment de prendre en compte les effets de la pandémie, le vécu et les motivations des infirmières. C'est la raison pour laquelle une approche d'analyse d'impact sur le personnel infirmier constitue un fondement important de leur fidélisation et de leur pérennisation.

Un programme et un plan d'action pour 2022 et au-delà : recommandations pour fidéliser et pérenniser les personnels infirmiers durant la pandémie de COVID-19

Les personnels infirmiers ont été au cœur de la riposte efficace à la COVID-19 dans tous les pays. Le présent mémoire fait ressortir que les effets de la COVID-19 provoquent une hausse de la demande d'infirmières, tout en se répercutant négativement, de façon directe et indirecte, sur les infirmières prises individuellement et la disponibilité globale d'infirmières. La pénurie d'infirmières dans le monde s'élevait à six millions de professionnelles lorsque la pandémie a frappé début 2020. La COVID-19 a montré au grand jour la vulnérabilité des flux de personnel infirmier, aux échelons national et international. Au moment de publier le présent mémoire, en janvier 2022, il est parfaitement clair que le dernier variant Omicron se répand sur la planète et aura des répercussions encore plus graves sur les personnels infirmiers dans le monde déjà en sous-effectifs et fortement sollicités.

La COVID-19 fait courir le risque croissant d'augmenter fortement la pénurie mondiale d'infirmières, qui s'élevait déjà à 5,9 millions de professionnelles avant la pandémie, accentuant également leur répartition inégale et alimentant les flux internationaux d'infirmières des pays à revenu faible ou intermédiaire vers les pays à revenu élevé. Cette situation sapera les progrès réalisés par les pays en matière de relèvement après le choc de la pandémie et pourrait empêcher la mise en place d'une couverture sanitaire universelle dans certains pays, tout en compromettant la riposte mondiale et généralisée au variant Omicron ou à toute autre flambée épidémique à venir.

Pour atténuer ces effets préjudiciables et renforcer la pérennité du personnel infirmier, les pouvoirs publics doivent de toute urgence prendre des mesures efficaces et coordonnées, aux échelons national et international. Ces mesures doivent comprendre des actions immédiates pour relever les défis urgents exposés dans le présent mémoire et l'élaboration d'une vision d'avenir et d'un plan communs à plus long terme pour les personnels infirmiers dans le monde, et cela pour veiller à ce que le monde soit mieux à même de faire face aux grands chocs d'ordre sanitaire à l'avenir.

Au niveau national :

- **Agir : s'engager à soutenir des niveaux sûrs de dotation en personnel.** Cela doit reposer sur une application cohérente des méthodes de dotation en personnel, l'affectation des ressources requises et la bonne gouvernance du système de santé ;
- **Agir : s'engager à soutenir l'accès précoce à des schémas complets de vaccination pour toutes les infirmières ;**
- **Agir : mener des analyses d'impact sur le personnel infirmier,** réalisées de façon régulière pour obtenir des données probantes et mieux cerner l'impact de la pandémie sur les infirmières prises individuellement et sur l'ensemble des effectifs infirmiers ;

- **Planifier : examen / renforcement de la capacité du système national de formation des infirmières**, qui devrait reposer sur les données issues d'évaluations d'impact et une analyse régulière et systématique du marché du travail local des infirmières ;
- **Planifier : évaluer / améliorer la fidélisation des infirmières et l'attrait de cette carrière**, en veillant à ce que les effets néfastes du surmenage des infirmières dû à la COVID-19 soient traités, et en leur offrant une rémunération et des conditions d'emploi justes, des perspectives professionnelles structurées et un accès à la formation continue ;
- **Planifier : mettre en œuvre des politiques permettant d'optimiser la contribution du personnel infirmier à la riposte à la pandémie**, en soutenant la pratique avancée et la spécialisation, la combinaison efficace des compétences et des modes d'organisation du travail, le travail d'équipe, la fourniture de technologies et d'équipements adéquats, ainsi que des formations pour les utiliser ;
- **Planifier : contrôler et suivre l'autosuffisance en matière d'infirmières** en utilisant l'indicateur donnant le pourcentage (%) de dépendance envers les personnels infirmiers nés ou formés à l'étranger.

Au niveau international, les principales parties prenantes doivent agir sans délai, mais également élaborer et convenir d'une vision d'avenir et d'un plan à long terme pour soutenir les effectifs infirmiers à l'échelon mondial :

- **Agir : promouvoir une actualisation immédiate de l'analyse de *La situation du personnel infirmier dans le monde***. Alors que nous entrons dans la troisième année de la pandémie, il est urgent d'actualiser le profil mondial des effectifs infirmiers pour évaluer les dégâts et les possibilités d'action ciblée en matière de pérennité et de renouvellement ;
- **Planifier : s'engager à soutenir l'accès précoce à des schémas de vaccination complets pour toutes les infirmières, dans tous les pays**. Une coopération internationale est requise pour protéger le personnel infirmier dans tous les pays ;
- **Planifier : s'engager à appliquer et à évaluer des approches efficaces et éthiques de la gestion des flux internationaux d'infirmières, en s'inscrivant dans une démarche collective dans le cadre de l'application plus complète du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé²**. Il s'agit de mieux surveiller les flux internationaux d'infirmières, de mettre en place un contrôle indépendant de l'usage des accords bilatéraux entre pays et des agences de recrutement pour garantir la conformité, et d'adopter des pratiques de recrutement et d'emploi équitables et transparentes ;

- **Planifier : engagement à soutenir des analyses d'impact régulières et systématiques sur les personnels infirmiers**, en particulier dans les pays aux ressources limitées, en dispensant des conseils techniques, en améliorant les données, en procédant à des analyses indépendantes et des échanges multipartites sur les politiques pour convenir de mesures politiques prioritaires concernant la disponibilité et la fidélisation du personnel infirmier local ;
- **Planifier : engagement à investir pour pérenniser les effectifs infirmiers des petits États, des États à faible revenu et des États fragiles, plus vulnérables aux départs des personnels infirmiers et plus touchés par la pandémie**, en s'appuyant sur les enseignements de la Commission de haut niveau des Nations Unies sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique³ et sur les *Orientations stratégiques mondiales de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux*, qui démontrent les avantages économiques, sociaux et sanitaires à long terme d'investir dans les personnels infirmiers.

Agir et planifier. Il faut à la fois des mesures urgentes et une vision d'avenir et un plan communs à long terme pour les personnels infirmiers dans le monde. La pandémie de COVID-19 a fait des ravages sans précédent parmi eux et en cause déjà d'autres en 2022. Sans infirmières en nombre suffisant, motivées et soutenues, le système de santé mondial ne peut pas fonctionner. Les pouvoirs publics doivent de toute urgence prendre des mesures coordonnées aux échelons national et international pour appliquer le Programme d'action 2022 et élaborer un plan à plus long terme, à savoir mieux fidéliser les infirmières et donner de l'espoir pour la pérennité de la profession.

1. Introduction

Le présent mémoire porte sur le personnel infirmier à l'heure où une pandémie mondiale fait rage dans le monde. Le variant Omicron de la COVID-19 est le dernier en date à se répercuter sur la santé de la population, à mettre à l'épreuve – et dans certains endroits à submerger – la capacité des systèmes de santé, et à ajouter encore plus de pression sur les personnels infirmiers dans le monde. En toute fin d'année 2021, il est apparu que « vingt pays répartis sur quatre continents ont signalé un nombre record de cas de COVID-19 durant la semaine écoulée, mettant en lumière la pression qu'Omicron exerce sur les systèmes de santé des nations riches comme pauvres⁴. »

Parmi les conséquences immédiates du variant Omicron, le nombre de personnel en arrêt a rapidement augmenté en raison de l'infection ou de l'auto-isolement. À titre d'exemple, en Angleterre, durant la dernière semaine de décembre 2021, il a été signalé qu'un membre sur dix du personnel du National Health Service (NHS) était en arrêt de travail, les arrêts liés à la COVID-19 ayant augmenté de 62 % en cinq jours seulement, dont 19 143 infirmières et sages-femmes et 2 120 médecins⁵. Des informations semblables proviennent d'autres pays comme le Canada⁶, les États-Unis⁷ et l'Australie⁸. Des tentatives de dernière minute ont été faites pour rappeler du personnel en congé, recruter du personnel temporaire et faire appel à des bénévoles supplémentaires, mais aussi pour recruter à la hâte des infirmières étrangères. Cela s'est néanmoins traduit pas la fermeture provisoire de certains services par manque de personnel.

Alors que nous entrons dans la troisième année civile où la menace de la COVID-19 est omniprésente, le présent mémoire jette un regard en arrière, afin de définir la voie à suivre pour 2022. Il propose un programme d'action et plaide en faveur d'un plan mondial pour les personnels infirmiers, vital pour les protéger et les soutenir, afin que les infirmières soient en mesure de protéger et soutenir la santé de la population.

L'année – 2021 – qui vient de s'écouler, a été marquée par des dégâts sans précédent infligés aux systèmes de santé et aux personnels infirmiers. L'année – 2022 – qui vient de commencer, s'inscrit dans la continuité de la pression constante et implacable de la pandémie sur les infirmières prises individuellement et les personnels infirmiers dans le monde. Il est fondamental que l'année 2022 se singularise également par des mesures concertées, immédiates et à plus long terme, aux échelons national et mondial, de soutien au personnel infirmier. Sans ces mesures, la pénurie existante d'infirmières dans le monde sera bien plus prononcée, minant toute tentative du système de santé de traiter et de surmonter efficacement la pandémie.

Le présent mémoire a été commandé par le Centre international des migrations d'infirmières (CIMI). Il fournit une évaluation instantanée et globale des effets de la pandémie de COVID-

19 sur les personnels infirmiers, en mettant particulièrement l'accent sur la manière dont l'évolution de la disponibilité d'infirmières et leur mobilité posera des défis en matière de durabilité des effectifs infirmiers à l'échelon mondial. Il présente le programme d'action d'urgence pour 2022.

L'objectif est de nourrir le débat politique sur la manière dont les systèmes de santé, les pays et les organisations internationales doivent répondre à la question vitale de la pérennisation du personnel infirmier dans un contexte de pandémie mondiale et de pénurie mondiale d'effectifs infirmiers. Le présent mémoire se concentre plus particulièrement sur les tendances relatives à la disponibilité et la fidélisation du personnel infirmier, en allant dans le sens de la pérennisation des effectifs et ainsi améliorer la réactivité et la résilience du système de santé face à la COVID-19.

Les répercussions de la COVID-19 sur les personnels infirmiers ont été graves et prononcées partout dans le monde. Les infirmières sont en première ligne de la riposte au virus, elles sont incontournables pour s'en débarrasser et elles seront au cœur du relèvement des systèmes de santé une fois que l'on aura tourné le dos à la COVID-19. Le Conseil International des Infirmières (CII)⁹ et d'autres organisations ont mis en évidence ce lien capital¹⁰, largement reconnu, mais dont le coût est terriblement élevé.

Beaucoup d'infirmières sont mortes, beaucoup d'autres sont tombées malades, souvent en raison de la faiblesse de l'approvisionnement en équipements de protection individuelle (EPI) et d'un accès insuffisant aux vaccins, et beaucoup d'autres subissent depuis longtemps une charge de travail lourde, du stress au travail et sont surmenées. Selon de récentes estimations¹¹ mondiales de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), environ 115 500 agents de santé ont perdu la vie à cause de la COVID-19, alors qu'il est admis que c'est un chiffre « prudent », du fait des sous-déclarations et de la couverture limitée des rapports.

Si l'incidence de la COVID-19 et ses effets sur la santé de la population varient d'une région et d'une zone à l'autre depuis son apparition début 2020, ses répercussions globales sur les infirmières et les autres agents dits « de première ligne » sont énormes. Quasi tous les États Membres de l'OMS font état de perturbations des services de santé liées à la pandémie, et deux tiers (66 %) ont indiqué que les facteurs en relation avec le personnel de santé sont les causes les plus courantes de ces perturbations¹².

Il est particulièrement pressant d'analyser et de traiter les conséquences de la COVID-19 sur le bien-être physique et psychologique des infirmières ; elle aura des effets à long terme sur la santé mentale et les maladies chroniques (« COVID-19 au long cours »), avec par ricochet une incidence négative sur le maintien en poste des infirmières ; ce sont des questions capitales devant être traitées pour pérenniser les effectifs infirmiers. Le CII a souligné à maintes reprises la nécessité d'un suivi plus efficace des taux d'infection, de la mortalité et des violences à l'égard des infirmières¹³.

Les infirmières travaillent dans l'ensemble du système de santé et des services sociaux – dans les établissements hospitaliers, les soins primaires, les centres de soins infirmiers, les soins de longue durée, la santé au travail et dans d'autres contextes. Elles sont partout là où des soins sont requis. La COVID-19 s'est infiltrée dans tout le secteur de la santé et des soins. Si l'attention des médias concernant l'impact de la pandémie s'est concentrée sur les infirmières actives dans les hôpitaux, le présent mémoire relève la nécessité d'appréhender le système dans son ensemble et souligne que la pandémie s'est souvent répercutée de façon catastrophique sur les patients et les infirmières des services autres que les soins intensifs. Par exemple, un examen indépendant mené récemment sur l'expérience internationale en rapport avec la flambée de COVID-19 dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)¹⁴ a mis en évidence que « les pénuries de personnel, le roulement élevé, la formation inadéquate, la faible proportion d'infirmières diplômées et le soutien limité des autorités publiques en matière de prévention et de lutte contre les infections dans les soins aux personnes âgées, dans de nombreux pays, contribuent à des taux élevés de COVID-19 dans les EHPAD. »

Évaluer l'impact global de la COVID-19 sur la disponibilité, la mobilité et la pérennité du personnel infirmier revient à examiner une situation qui évolue rapidement, au contexte varié et changeant au niveau des pays, dans différents systèmes et secteurs, tout en utilisant des données qui ont constamment un temps de retard et sont souvent incomplètes. Le présent mémoire n'a pas pour objet d'examiner en détail toutes les variables relatives à l'impact sur le système ou de dresser un tableau complet (chose qui n'est pas faisable étant donné les limites et les lacunes flagrantes des données), mais il est admis que ces variables joueront un rôle important en vue de déterminer la pérennité du personnel infirmier, aux échelons national et mondial. Il y est également souligné où et comment combler les principales lacunes en matière de données sur le personnel infirmier.

Le présent mémoire est un aperçu, qui met en lumière les principales mesures politiques requises pour ce qui est de la disponibilité et de la pérennité des infirmières, dans le contexte du défi lourd et persistant que pose la COVID-19 et de la riposte des systèmes de santé. À cet égard, il s'appuie sur l'analyse de données, un tour d'horizon rapide d'études et de documents, le passage en revue des médias et des informations de base fournies par les associations nationales d'infirmières (ANI) et d'autres sources. Le travail d'élaboration du présent document a été réalisé vers la fin de l'année 2021.

La suite du mémoire se compose de quatre autres chapitres :

Le chapitre deux dresse un état des lieux, en présentant les effets dramatiques de la COVID-19 sur le personnel infirmier en 2021.

Le chapitre trois examine plus en détail la disponibilité et la pérennité du personnel infirmier en cette période de pandémie mondiale.

Le chapitre quatre souligne l'enjeu majeur du maintien en poste des infirmières.

Le chapitre cinq formule des recommandations de politiques pour agir en 2022, ce qui est indispensable pour assurer une offre durable d'infirmières.

2. La COVID-19 et ses répercussions sur la disponibilité d'infirmières en 2021

Résumé des points essentiels

- Les **effectifs infirmiers** à l'échelon mondial étaient estimés à **27,9 millions** de professionnels en 2019-2020¹⁵.
- Avant la pandémie, la **pénurie mondiale d'infirmières** était estimée à **5,9 millions** de professionnelles, la quasi-totalité du manque se concentrant dans les pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure.
- La pandémie a **exacerbé la pénurie existante d'infirmières**, imposant aux pouvoirs publics des mesures rapides et « d'urgence » pour tenter d'augmenter leur nombre, à l'échelle du système et dans tous les pays.
- Les **données probantes sur les effets de la pandémie** sont de plus en plus nombreuses, que ce soit sur le plan individuel (stress, charge de travail, risque d'infection, demandes faites aux infirmières de « tenir le coup » et d'être « résilientes », inquiétudes relatives au « préjudice moral ») ou bien sur ce qu'impliquent les réponses du système (réaffectations, nouvelles responsabilités, accès aux EPI, etc.).
- **La pénurie d'infirmières déjà observée avant la pandémie a été exacerbée par les effets de la pandémie.** Les infirmières, surmenées, quittent leur emploi ou posent des arrêts maladie.
- Il suffit que **4 % d'infirmières de plus dans le monde quittent la profession** des suites de la pandémie pour que l'hémorragie atteigne le million, ce qui porterait la **pénurie mondiale d'infirmières à sept millions.**
- Chaque système de santé, dans chaque pays, devrait mener des **analyses d'impact régulières sur le personnel infirmier** pour alerter des dégâts provoqués par la pandémie sur les infirmières prises individuellement, sur l'ensemble des personnels infirmiers et sur les systèmes de soins de santé.

2.1 Le profil des effectifs infirmiers à l'échelon mondial

Le présent mémoire s'appuie sur des analyses récentes de la pression pesant sur les personnels infirmiers dans le monde¹⁶ et entre dans le cadre d'initiatives mondiales, dont le rapport sur *La situation du personnel infirmier dans le monde*¹⁷, l'initiative mondiale Nursing Now¹⁸ et les *Orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux*¹⁹ adoptées récemment. L'un des principaux messages qui ressort de ces initiatives est que, sans une action coordonnée et efficace, la pénurie mondiale actuelle d'infirmières

empêchera de nombreux pays de réaliser la couverture sanitaire universelle (CSU) et compromet déjà l'efficacité de la riposte à la pandémie de COVID-19.

Le rapport sur *La situation du personnel infirmier dans le monde* a été publié en 2020²⁰. Il brosse un tableau général des personnels infirmiers et dresse leur profil global avant que la pandémie ne se déclare. Il met en évidence des pénuries d'infirmières importantes quoique variables dans le monde, ce qui signifie que la plupart des pays présentaient déjà des carences de personnel infirmier avant de devoir faire face à la COVID-19 avec des effectifs infirmiers inadéquats.

Le rapport sur *La situation du personnel infirmier dans le monde* décrit essentiellement le monde d'avant la pandémie, en utilisant des données allant jusqu'à 2019, et constitue donc un point de départ et une référence utiles pour évaluer l'impact de la pandémie sur les personnels infirmiers.

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

À la base, il manquait déjà près de six millions d'infirmières avant la pandémie, d'énormes pénuries étaient signalées dans certaines régions et le renouvellement des effectifs posait déjà des défis croissants en raison d'une piètre fidélisation, du vieillissement et des départs à la retraite du personnel, et l'on assistait à une augmentation de la mobilité internationale des infirmières. Certains pays avaient des pénuries d'infirmières alors que dans le même temps des infirmières étaient sans emploi : les pays et les systèmes de santé déclaraient une pénurie d'infirmières mais se révélaient incapables de recruter celles à disposition du fait de ressources limitées ou de rémunérations et de perspectives professionnelles relativement faibles.

Puis la pandémie de COVID-19 s'est déclarée, en 2020, se diffusant dans le monde entier. Elle a eu des conséquences sans précédent sur le secteur des soins infirmiers, augmentant la demande d'infirmières – qui sont d'incontournables professionnelles de santé de première ligne – alors que l'offre se tarissait. La COVID-19 a provoqué des décès, des infections, une

hausse des arrêts de travail et des taux de départ. Elle a eu un effet multiplicateur, exacerbant les facteurs de pénurie qui avaient déjà créé un déficit mondial de l'offre d'infirmières avant la pandémie, tout en exerçant une pression nouvelle et colossale sur les infirmières prises individuellement et le système de santé.

2.2 Monter en puissance et pérenniser : la COVID-19 et la disponibilité d'infirmières

Le moment où la pandémie s'est déclarée et ses effets sur le personnel infirmier ont variés d'un pays à l'autre, mais une somme fondamentale de défis a vu le jour au niveau mondial et dans presque tous les pays. Pour les besoins du présent mémoire, les principales problématiques relatives à l'offre de personnel infirmier sont synthétisées dans les répercussions de la pandémie et les mesures prises par les pouvoirs publics. La pandémie est présentée comme un processus linéaire, mais en réalité plusieurs vagues de pandémie se sont succédées et répercutées à différents moments d'un pays à l'autre. À la date du présent mémoire, le variant Omicron se propage rapidement dans le monde, avec un fort potentiel de transmission, ajoutant de la pression sur le personnel du fait de l'explosion des taux d'infection et des arrêts de travail de personnel en découlant.

Les mesures prises par les pouvoirs publics pour recruter du personnel supplémentaire et pérenniser les personnels infirmiers sont interdépendantes et ont souvent été cycliques en termes d'impact et d'interventions. Pour de nombreuses infirmières, le problème sous-jacent est qu'il ne s'agit pas d'un épisode et d'un défi « intense », conjoncturel et ponctuel ; leur énergie, leur mental, leurs capacités physiques et psychologiques sont sollicitées de façon incessante, intense et continue. Les infirmières à travers le monde ont été en première ligne pour relever le défi du variant Delta en 2021 et doivent désormais combattre un variant supplémentaire : Omicron.

2.2.1 Le contrecoup des renforts sur l'offre d'infirmières

Les pays et les systèmes ont dû s'atteler à faire appel à des renforts pour répondre à l'augmentation rapide et imprévisible de la demande des services de santé, directement imputable à la propagation de la COVID-19. Il s'agissait notamment de soutenir les soins de santé primaires et de renforcer rapidement les capacités des soins intensifs / critiques (USI / USC), souvent en réduisant ou en suspendant d'autres services des soins intensifs pour « laisser le champ libre » à cause des répercussions de la pandémie sur les services de santé et d'aide à la personne. Dans certains pays, les répercussions de la COVID-19 sur les maisons de retraite et les centres de soins, souvent moins soutenus que les hôpitaux, ont constitué un problème distinct, quoique lié dans une certaine mesure.

Face à la demande de personnel infirmier lors de la pandémie, les réponses se sont principalement concentrées sur l'augmentation rapide de la capacité globale des effectifs et sur leur transfert vers les unités de soins intensifs ou de soins critiques, ainsi que vers les services soumis à la plus forte pression. Un certain nombre de solutions spécifiques ont été trouvées : demander aux infirmières de travailler plus longtemps et / ou de changer d'horaires ; redéployer le personnel infirmier vers d'autres domaines cliniques, parfois avec une formation supplémentaire ; rappeler des infirmières qui n'étaient pas en exercice pour

une reprise d'activité temporaire ou bénévole ; déployer des étudiantes infirmières en « première ligne » ; recourir à du personnel temporaire ou intérimaire ; procéder à l'intégration accélérée d'infirmières étrangères et employer des réfugiés ayant des qualifications en soins infirmiers^{21 22 23}.

Certains pays ont aussi pris activement des mesures pour empêcher l'exode vers l'étranger des infirmières, car leurs compétences pouvaient être utiles au niveau local. Cela s'est ajouté à l'impact direct de la pandémie sur les déplacements internationaux.

Tableau 1 – Renforts et renforcement des capacités : problèmes cruciaux de disponibilité de personnels infirmiers durant la pandémie de COVID-19

	Principaux défis du système de santé	Réponse du système concernant la disponibilité d'infirmières
RENFORTS	<p>Mise à disposition de personnel supplémentaire</p> <p>Attention portée aux soins actifs et intensifs / soins critiques</p> <p>Maintien de l'offre de soins primaires / soins à domicile</p>	<p>Mise en place d'heures supplémentaires / modes d'organisation du travail différents</p> <p>Redéploiement du personnel à disposition</p> <p>Intégration des anciens employés</p> <p>Intégration des étudiants en soins infirmiers dans le personnel</p> <p>Intégration rapide des infirmières étrangères</p> <p>Intégration de réfugiés disposant de qualifications en soins infirmiers</p> <p>[Prévention de départs massifs d'infirmières à l'étranger]</p>

<p>RENFORCEMENT DES CAPACITÉS</p>	<p>Préparation du système à des vagues supplémentaires</p> <p>Nombre élevé / croissant d'arrêts de travail du personnel infirmier en rapport avec la pandémie</p> <p>Déploiement de programme(s) de vaccination</p> <p>Gestion des services sur deux fronts : COVID-19 / non-COVID-19</p> <p>Hausse des traitements de maladies chroniques liés à la COVID-19 (« COVID-19 au long cours ») : amélioration des soins primaires / de la santé publique requises</p>	<p>Infirmières déployées / formées pour appliquer les programmes de vaccination</p> <p>Renforcer la souplesse du déploiement des infirmières</p> <p>Réduire / mettre fin aux contrats à court terme / au bénévolat des infirmières qui ont repris leur activité, les incorporer dans le personnel permanent</p> <p>Encourager le retour aux études des étudiants en soins infirmiers de première ligne</p> <p>Prévoir une couverture maladie et une assistance en cas de surmenage ou de santé dégradée des infirmières</p> <p>Recyclage / formation complémentaire de certaines infirmières</p> <p>Renforcer l'usage de supports numériques / technologiques</p> <p>Renforcer les ressources humaines infirmières, en ciblant les personnes disposant de compétences en soins intensifs, en santé publique et en soins primaires, ainsi que les infirmières cliniciennes spécialisées / de pratique avancée (dans certains pays, cela suppose le recours au recrutement international).</p>
--	---	--

Sources : informations clés fournies par les ANI. Sources supplémentaires : 24 25 26 27 28 29 30 31

2.2.2 Implications durables pour l'offre de soins infirmiers

Au-delà de la riposte immédiate à l'impact de la COVID-19, il faut tenir compte des questions à plus long terme. Les systèmes doivent maintenant prendre en charge les programmes de vaccination, maintenir la capacité de faire face à des vagues de pandémie supplémentaires à l'avenir, tout en déterminant la façon de répondre à l'augmentation de la demande causée par les patients infectés qui conservent des symptômes chroniques à long terme (que l'on appelle parfois « COVID au long terme »³²). Il est également nécessaire de redéployer des ressources vers d'autres parties du système de santé pour permettre de traiter le retard pris

dans les soins hors COVID-19. La combinaison de ces facteurs liés à la demande a creusé l'écart entre l'offre et la demande de soins infirmiers dans la plupart des pays.

La vaccination a constitué un aspect essentiel de la riposte des pouvoirs publics à la pandémie. Là où les vaccins sont disponibles, le programme de distribution se déroule à un rythme variable et impose également des exigences au personnel infirmier, qu'il s'agisse d'un besoin de formation spécifique ou d'un redéploiement éventuel pour soutenir les programmes de vaccination. Avant que la COVID-19 n'ait un impact sur la santé mondiale, le CII avait souligné que le rôle des infirmières dans les programmes de vaccination variait considérablement d'un pays à l'autre, et que l'efficacité de ces programmes était souvent liée à la présence d'infirmières dans des rôles avancés, ayant l'autorisation d'établir des ordonnances³³. Ce message a été réaffirmé par le CII lorsque les vaccinations de masse en tant que réponse politique à la COVID-19 ont été inscrites à l'ordre du jour³⁴.

En 2021, les infirmières ont été en première ligne des efforts de vaccination dans de nombreux pays^{35 36}. Par exemple, en **Israël**, qui a enregistré l'une des premières réussites de déploiement rapide du vaccin au début / milieu de 2021, les infirmières ont dirigé et géré le programme³⁷. D'après les rapports, leur rôle a également été central au **Chili**³⁸. Dans d'autres pays néanmoins, les ANI doivent continuer de faire pression sur les pouvoirs publics pour qu'ils utilisent pleinement les compétences et les effectifs infirmiers dans le cadre du déploiement des vaccins³⁹.

Le CII a pointé du doigt un approvisionnement en vaccins insuffisant et inégal dans de nombreux pays⁴⁰, et a également plaidé avec d'autres groupes pour que les infirmières et les autres professionnels de santé aient un accès prioritaire au vaccin afin de continuer de diriger la riposte des systèmes de santé. En septembre 2021, le CII a souligné que seul un agent de santé sur dix en Afrique avait été entièrement vacciné⁴¹.

Outre les effets de l'offre et de la demande liés à la vaccination, il existe d'autres implications qui s'inscrivent dans la durée : redéploiement des infirmières qui travaillaient temporairement aux soins intensifs afin qu'elles réintègrent leurs domaines cliniques habituels (il pourra être nécessaire de conserver une certaine souplesse pour les réaffecter en cas de vagues pandémiques successives) ; réduction ou fin du déploiement d'infirmières bénévoles en reprise d'activité (il faudra éventuellement les intégrer au personnel ou les placer dans un pool de réserve pouvant être opérationnel rapidement en cas de nouvelles vagues) ; reprise d'un rôle axé sur l'apprentissage pour les étudiantes infirmières dont les études ont été interrompues ; planification et mise en place d'un roulement des équipes pour permettre au personnel de première ligne, surmené ou dont la santé a été fragilisée en raison d'une charge de travail intense lors de la première phase de COVID-19, de prendre des congés de compensation ou de travailler dans des services moins stressants.

Dans les pays disposant des ressources requises, la pandémie a amené à fait appel de façon croissante à la cybersanté et à d'autres types d'assistance numérique pour les soins à distance, avec un meilleur accès et plus d'efficacité. Cela accroît la demande de personnel

infirmier ayant les aptitudes à se servir des outils numériques (« compétences numériques »)⁴².

2.3 La demande de soins infirmiers signifie une charge de travail accrue : l'impact de la pandémie sur le personnel

Comme vu plus haut, il est évident que la pandémie a imposé un changement rapide des politiques afin d'accroître l'offre de soins infirmiers, au niveau des systèmes, dans tous les pays. En phase de riposte d'urgence, il convient de garder à l'esprit que chacune de ces politiques crée des exigences supplémentaires de soins infirmiers, et que chaque infirmière en activité mérite d'être prise en considération lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques. Lors de la prise de décisions, il est souhaitable d'accorder l'attention nécessaire à leur impact individuel sur les infirmières, afin d'améliorer leur fidélisation et les disponibilités futures. Si l'accent est mis sur les systèmes uniquement, la fidélisation du personnel infirmier en pâtira.

En outre, tel que souligné plus haut, la pandémie n'est pas un défi ponctuel à court terme pour les infirmières. Elle a des effets néfastes à long terme, continus et cycliques, sur les infirmières et les systèmes de santé. La durée même de l'impact de la pandémie constitue un facteur aggravant.

Deux ans seulement se sont écoulés depuis que la pandémie s'est déclarée, mais il existe déjà une base de données substantielle et croissante de son impact sur les personnels infirmiers. En recherchant les mots « COVID nurse retention » (fidélisation des infirmières et COVID) sur Google Scholar, on obtient plus de 11 000 résultats pour la seule période 2020-2021. Ces données se concentrent à la fois sur l'aspect personnel (stress, charge de travail, risques d'infection, nécessité de « tenir le coup » et de faire preuve de résilience, et inquiétude quant au préjudice moral lorsque les infirmières doivent prendre ou accepter des décisions difficiles sur le plan éthique concernant la prestation de soins⁴³) et sur les implications des réponses des systèmes, décrites dans le chapitre précédent (redéploiement, maintien de niveaux de dotation en personnel suffisants, nouvelles responsabilités, accès des EPI adéquats, vaccinations, etc.).

Si la plupart des données publiées concernent les infirmières des hôpitaux en milieu urbain, les répercussions de la COVID-19 se sont étendues à l'ensemble des systèmes, et certaines études rapportées ci-dessous examinent le travail dans les centres de soins infirmiers et les services de premiers soins. De plus, il est important de tenir compte des effets sur les étudiantes en sciences infirmières. Il s'agit d'un groupe distinct, mais dans de nombreux pays, elles ont été appelées à travailler en « première ligne » et / ou ont dû interrompre leurs études. Elles aussi ont été confrontées au stress, au manque de personnel, à une charge de travail élevée et aux risques de surmenage^{44 45 46}.

Une grande partie de cette base de données, qui se développe rapidement, est alimentée par des enquêtes nationales ou locales, souvent menées ou soutenues par les ANI. Ces enquêtes révèlent les préjudices subis individuellement par les infirmières et soulignent les risques

pour la pérennité du personnel infirmier. Les décideurs politiques doivent tenir compte de ces résultats et agir en conséquence.

Le tableau 2 ci-dessous présente quelques-unes de ces études en Afrique du Sud, en Allemagne, en Australie, en Belgique, au Brésil, au Canada, en Chine, dans la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), aux États-Unis, en Égypte, en Espagne, en Inde, en Iran (République islamique d'), en Irlande, au Japon, au Liban, à Oman, aux Pays-Bas, dans les Philippines, au Qatar, en République de Corée, au Royaume-Uni et à Taïwan, entre autres.

Tableau 2 – Principaux résultats d'enquêtes menées auprès d'infirmières dans le contexte de la pandémie, 2020-2021

<p>Afrique du Sud⁴⁷</p>	<p>Enquête menée auprès d'infirmières gestionnaires, dans un hôpital en zone rurale, en Afrique du Sud :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les gestionnaires étaient confrontées, au quotidien, à des pénuries de personnel infirmier liées à la pandémie, se traduisant par des arrêts de travail dus à l'infection à la COVID-19 ou parce que des membres de la famille vivant sous le même toit étaient infectés. La pénurie s'est intensifiée en raison de départs en retraite anticipée, de démissions ou de décès d'infirmières
<p>Allemagne⁴⁸</p>	<p>Deux enquêtes auprès de gestionnaires d'infirmières de soins de longue durée : 532 réponses en avril 2020, 301 en décembre 2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'envie régulière ou très régulière de quitter la profession depuis le début de la flambée épidémique a augmenté de façon notable, passant de 12,8 % dans la première enquête à 20,3 % dans la deuxième
<p>Australie^{49 50}</p>	<p>Enquête en ligne, 11 000 réponses, août-octobre 2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 44,11 % des sondées se sont déclarées légèrement ou extrêmement inquiètes pour leur santé et leur sécurité personnelle • 16,63 % des sondées ont demandé un soutien en matière de santé mentale ou un soutien moral auprès de prestataires externes • Près de la moitié (46,74 %) a déclaré que leur charge de travail a nettement ou légèrement augmenté • Environ la moitié s'est déclarée légèrement ou extrêmement inquiète concernant la dotation en personnel (53,18 %), le bien-être de leurs collègues (52,15 %) et la combinaison adéquate de compétences sur le lieu de travail (51,43 %)

	<p>Enquête en ligne menée auprès de 637 infirmières des soins de santé primaires, 2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 22,0 % ont déclaré avoir envisagé de démissionner, les raisons principales étant l'inquiétude liée à leur sécurité physique et mentale ; seul un quart environ des sondées ont déclaré disposer en permanence de blouses et de masques P2 / N95
<p>Belgique⁵¹</p>	<p>Enquête en ligne menée auprès de 1 135 infirmières de soins intensifs:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deux tiers des infirmières des soins intensifs étaient exposées à un risque de surmenage, un risque à mettre en relation avec leurs conditions de travail durant la première vague de pandémie de COVID-19
<p>Brésil⁵²</p>	<p>Enquête en ligne menée auprès 499 infirmières et techniciens en soins infirmiers de quatre hôpitaux, août-septembre 2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le surmenage a été identifié chez 60 agents (12 %) ; la prévalence étant plus élevée chez les infirmières (17 %)
<p>Canada^{53 54}</p>	<p>Enquête menée auprès de 1 705 infirmières de première ligne, juillet-novembre 2020 (dont 782 ont déclaré prendre en charge des patients atteints de COVID-19) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une prévalence de fatigue chronique, une mauvaise qualité des soins, une moindre satisfaction professionnelle et une plus forte intention de quitter leur employeur ont été constatées chez les infirmières prenant en charge les patients atteints de COVID-19 <p>Enquête menée auprès de 3 676 infirmières, juin-juillet 2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 52 % ont signalé des niveaux insuffisants de dotation en personnels infirmiers • 49 % ont indiqué qu'elles ne sont plutôt pas d'accord concernant la disponibilité d'EPI en quantité suffisante sur leur lieu de travail • Près de la moitié de l'échantillon (47 %) répondait aux critères définissant un potentiel trouble post-traumatique. Les infirmières mal notées dans la plupart des indicateurs de sécurité au travail étaient plus exposées au trouble post-traumatique, à l'anxiété et à la dépression

<p>Chine⁵⁵</p>	<p>Enquête en ligne menée auprès de 4 692 infirmières de première ligne en milieu hospitalier, février 2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La santé mentale générale des infirmières de première ligne était globalement mauvaise durant la flambée de COVID-19 ; 9,4 % d'entre elles ont souffert de dépression ; 6,5 % ont signalé des pensées suicidaires
<p>Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO)⁵⁶</p>	<p>Enquête en ligne, 1 000 réponses d'infirmières, 15 pays de la CEDEAO, avril-mai 2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La plupart des infirmières ont signalé un stress modéré (78 %) ou intense (10 %) ; la proportion d'infirmières présentant un stress normal ou faible ne s'élevant qu'à 12 %
<p>Égypte⁵⁷</p>	<p>Échantillon de 207 infirmières travaillant dans des hôpitaux universitaires, mars-avril 2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plus de la moitié a signalé une augmentation de la charge de travail et du stress
<p>Espagne⁵⁸</p>	<p>Enquête nationale, 11 560 infirmières ayant répondu à l'enquête, avril 2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le manque d'équipement de protection individuelle a été signalé comme un problème d'importance vitale ; 80,2 % ont signalé des conséquences psychologiques élevées ou très élevées du fait de la COVID-19 ; 29,5 % des infirmières ont déclaré des symptômes de COVID-19
<p>États-Unis d'Amérique^{59 60 61}</p>	<p>Enquête menée auprès des agents de santé, 20 665 réponses (dont 2 301 infirmières de 124 établissements), 2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le surmenage a été signalé chez 63 % des infirmières, et 56 % d'entre elles ont également fait état d'une surcharge de travail • Environ un médecin et une infirmière sur trois interrogés déclaraient souhaiter réduire leur nombre d'heures de travail • Un médecin sur cinq et deux infirmières sur cinq souhaitaient abandonner leur métier. Le surmenage, la charge de travail et le stress en rapport avec la COVID-19 conduisaient à vouloir réduire les heures de travail ou démissionner, tandis que se sentir valorisé était fortement associé à une probabilité moindre de réduire les heures de travail ou de démissionner <p>Enquête menée auprès de 400 infirmières de première ligne, 2021 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 22 % ont indiqué qu'elles pourraient quitter leur poste actuel • 60 % ont déclaré qu'elles seraient plus susceptibles de partir depuis que la pandémie s'est déclarée, le manque de

	<p>personnel, la charge de travail et la charge émotionnelle étant les raisons les plus évoquées</p> <p>Enquête menée auprès de 5 000 infirmières et infirmières gestionnaires, 2021 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'impact de la pandémie sur la volonté de partir a été jugé élevé dans l'ensemble, les chiffres les plus élevés figurant parmi les infirmières ayant 25 ans d'expérience ou plus et parmi les gestionnaires / administratrices. 11 % de l'échantillon total ont indiqué qu'elles avaient l'intention de quitter leur poste, 20 % se déclarant indécises. « Si l'on additionne celles qui ont l'intention de partir et de celles qui sont indécises, cela pourrait provoquer une instabilité au sein des effectifs si l'on n'inverse pas la situation. »
Inde⁶²	<p>Enquête menée auprès de 120 infirmières de première ligne dans le service des urgences d'un centre de soins tertiaires du nord de l'Inde, août 2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les infirmières ont connu un niveau moyen à grave de surmenage se traduisant par un affaiblissement émotionnel et la dépersonnalisation
Iran (République islamique d')⁶³	<p>Enquête menée auprès de 479 infirmières participant à la lutte contre la COVID-19, juin 2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'étude relève des liens avérés entre des troubles post-traumatique, l'état de santé général, la demande d'emploi et le stress au travail, se traduisant par une volonté de roulement
Irlande⁶⁴	<p>Enquête en ligne auprès de 2 642 infirmières et sages-femmes, août-septembre 2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 52,17 % d'entre-elles ont vu un patient dont elles avaient la charge mourir à cause de la COVID-19 • 82,72 % ont déclaré que la COVID-19 les a atteintes psychologiquement • 61 % ont envisagé d'abandonner la profession
Japon⁶⁵	<p>Enquête nationale menée auprès de 2 765 gestionnaires d'hôpitaux, septembre 2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les hôpitaux désignés pour accueillir les patients atteints de COVID-19 ont affiché un taux de départ d'infirmières plus élevé, à savoir 21,3 %, contre 11,3 % dans les autres établissements

Liban⁶⁶	<p>Enquête en ligne menée auprès de 511 infirmières membres de l'ANI, juillet-octobre 2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deux infirmières sur cinq ont indiqué que rien ne les ferait renoncer aux soins infirmiers (40,6 %) ; mais presque autant (38,3 %) ont indiqué qu'elles ne souhaitaient plus être infirmière, mais que leur famille avait besoin de leur salaire ; un quart des sondées a indiqué envisager de travailler à l'étranger (24,8 %)
Oman⁶⁷	<p>Enquête nationale, 1 130 infirmières ayant répondu, août 2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 75,6 % ont déclaré être stressées • 44,2 % éprouvent de l'anxiété • 38,5 % se sentent déprimées • 73,7 % ont des troubles du sommeil
Ouganda⁶⁸	<p>Enquête menée auprès d'infirmières de cinq hôpitaux, 395 réponses, février 2021 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40 % ont signalé des niveaux élevés de surmenage. Les facteurs prédictifs du surmenage des infirmières étaient liés au manque d'EPI disponibles et à l'augmentation de la charge de travail
Pays-Bas⁶⁹	<p>Enquête nationale menée auprès de 726 infirmières travaillant en unité de soins intensifs, septembre 2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des symptômes d'anxiété, de dépression et de trouble post-traumatique ont été signalés par respectivement 27,0 %, 18,6 % et 22,2 % des infirmières ayant répondu à l'enquête
Philippines⁷⁰	<p>Enquête menée auprès de 261 infirmières de première ligne dans cinq hôpitaux de recours prenant en charge la COVID-19 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il a été démontré que la peur de la COVID-19 réduit la satisfaction au travail et augmente la volonté de rotation organisationnelle et professionnelle chez les infirmières de première ligne
Qatar⁷¹	<p>Enquête menée auprès de 512 infirmières, août-septembre 2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les infirmières au Qatar souhaitaient que s'opère une plus grande rotation durant la COVID-19, comparé à la période d'avant qu'elle ne se déclare ; les infirmières travaillant dans un service COVID-19 pendant plus de trois mois étaient

	<p>beaucoup plus nombreuses à souhaiter une rotation, comparé à celles qui n'y travaillaient pas.</p> <ul style="list-style-type: none"> •
République de Corée ^{72 73}	<p>Enquête menée auprès de 2 489 infirmières, avril-mai 2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 72,8 % des sondées ont déclaré avoir subi un traitement injuste, tel qu'un changement de poste forcé, un congé individuel forcé, un changement d'unité de travail forcé ou un congé sans solde <p>Enquête menée auprès de 340 infirmières dans sept hôpitaux publics, octobre 2020 :</p> <p>Les infirmières prenant en charge des patients atteints de COVID-19 souhaitaient en plus grand nombre des rotations, comparé aux autres infirmières : « Une réduction du stress lié aux ressources humaines est essentielle pour atténuer la volonté de rotation des infirmières. »</p>
Royaume-Uni ⁷⁴	<p>Enquête en ligne du Royal College of Nursing menée auprès de 9 577 membres, octobre 2021 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 74 % des infirmières ont déclaré travailler souvent un nombre d'heures supérieur à ce qui est indiqué dans leur contrat, au moins une fois par semaine • 68 % ont déclaré sentir une trop forte pression au travail et 62 % ont déclaré être trop occupées pour dispenser le niveau de soins qu'elles souhaiteraient • 57 % des sondées ont déclaré qu'elles envisageaient ou prévoyaient de quitter leur emploi (l'enquête menée l'année précédente indiquait que 36 % des sondées envisageaient de quitter leur emploi). Les raisons les plus fréquemment citées sont le sentiment d'être sous-estimées (70 %), de subir une pression trop forte (61 %), l'épuisement (60 %), le manque de personnel (59 %) et le faible niveau de rémunération (53 %) •
Taiwan ⁷⁵	<p>Enquête menée auprès de 12 596 infirmières ayant répondu, avril 2020 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 52,3 % étaient rattachées à des hôpitaux désignés pour traiter la COVID-19, et 7,1 % ont dispensé des soins à des patients atteints de COVID-19. La proportion d'infirmières présentant des niveaux élevés d'affaiblissement émotionnel était nettement plus élevée dans les unités de soins intensifs et dans les services prenant en charge la COVID-19

Les préjudices subis par le personnel infirmier sont profonds et d'ampleur mondiale : le tableau 2 ci-dessus donne des aperçus dans quelques pays, à différents moments et suivant différentes méthodes, mesures et définitions. Les répercussions globales sont profondes et constantes en raison de la COVID-19 elle-même, mais aussi du manque de réponses politiques efficaces à la pandémie dans de nombreux pays.

Les enquêtes par pays donnent des indications révélatrices. Elles sont étayées par des études intégratives examinant le personnel infirmier et la COVID-19, à partir de plusieurs sources et pays^{76 77 78 79 80}. Une analyse récente en particulier, portant sur différents pays⁸¹ et s'appuyant sur 16 études, regroupant 18 935 infirmières, a souligné que les principaux facteurs de risque augmentant le surmenage des infirmières pendant la pandémie comprenaient un allongement des horaires dans les zones de quarantaine, l'exercice professionnel dans un environnement à haut risque, dans des hôpitaux dont les ressources matérielles et humaines étaient inadéquates ou insuffisantes, ainsi qu'une charge de travail accrue et un niveau de formation spécialisée plus faible concernant la COVID-19. Certaines des études interprofessionnelles mentionnées ci-dessus ont également mis en évidence le fait que, par rapport aux autres agents de santé, les infirmières sont plus exposées au risque et plus susceptibles de signaler un surmenage et leur intention de démissionner⁸².

Une autre revue intégrative internationale a examiné 43 études antérieures et postérieures à la COVID-19 sur les taux de roulement des infirmières et a conclu que les intentions de départ avaient augmenté de manière significative durant la pandémie⁸³. Une troisième analyse mondiale de recherche sur les facteurs de risque psychosociaux et les dangers guettant les agents de santé durant la pandémie (janvier-octobre 2020)⁸⁴ a identifié 220 articles et quatre sources de facteurs de risque : l'équipement de protection individuelle (EPI), la teneur du travail, l'organisation du travail et le contexte social. Selon cette analyse, les résultats déclarés par les infirmières en matière de santé sont plus mauvais que ceux des autres agents de santé. La plupart des recherches concernaient les agents de santé dans les soins secondaires, tandis que les données sur les risques psychosociaux dans les établissements de soins primaires et communautaires étaient rares.

Il convient également de noter que la pénurie d'infirmières avant la pandémie avait déjà contribué à une charge de travail élevée et à du surmenage. Une étude portant sur les infirmières et les patients de 254 hôpitaux des États américains de New York et de l'Illinois entre décembre 2019 et février 2020 (c'est-à-dire juste avant la pandémie) a conclu que « les infirmières des hôpitaux étaient épuisées et travaillaient en sous-effectif dans les semaines précédant la première vague de cas de COVID-19, ce qui présentait des risques pour la santé publique »⁸⁵.

Un examen du surmenage dans le secteur des soins infirmiers, sur la période précédant la pandémie, jusqu'en mai 2019 et portant sur 91 travaux de recherche, a conclu que « les modèles identifiés par ces études montrent systématiquement que des caractéristiques professionnelles défavorables (charge de travail élevée, faibles niveaux de dotation en personnel, longues journées et faible contrôle) sont associées au surmenage. Il peut en

résulter de graves conséquences pour le personnel et les patients⁸⁶. Les mêmes auteurs ont relevé que le surmenage des infirmières « était lié à une baisse de la sécurité des patients et à des incidents, notamment des erreurs médicamenteuses, des infections et des chutes ». Le surmenage du personnel allait de pair avec l'augmentation de l'insatisfaction des patients et des plaintes des familles⁸⁷.

Un examen systématique plus récent du surmenage des infirmières sur la période précédant le début de la pandémie (octobre 2020)⁸⁸ a renforcé l'idée qu'il s'agit d'un symptôme requérant des réponses organisationnelles : « Le surmenage des infirmières est associé à une détérioration de la sécurité et de la qualité des soins, à une diminution de la satisfaction des patients, mais aussi de l'implication organisationnelle et de la productivité du personnel. D'habitude, le surmenage est considéré comme un problème individuel. Or, en l'envisageant comme un phénomène organisationnel et collectif, on bénéficie d'un regard plus ample, nécessaire pour y apporter une solution. »

Il est également essentiel de tenir compte des répercussions de la pandémie sur le personnel infirmier en tant que personnes ayant une vie privée et des engagements non professionnels, et de la manière dont cela peut exacerber le stress et le surmenage. Par exemple, une enquête menée auprès de 896 infirmières aux États-Unis ayant la charge d'au moins un enfant de moins de 18 ans a examiné leur perception des risques sanitaires liés à la COVID-19 et leur stress parental pendant la pandémie⁸⁹. L'étude indique que les inquiétudes des infirmières concernant les risques en cas d'infection, notamment pour leur famille en raison de leur rôle clinique, aggravent considérablement leur stress général. Elle conclut « [qu'] une solution doit être trouvée aux difficultés rencontrées par les infirmières, car un fort déséquilibre entre le travail et la vie privée peut contribuer à des pénuries de personnel lorsque le stress lié à la pandémie de COVID-19 devient insurmontable. »

Un autre examen rapide et une méta-analyse confirment que le cadre de travail n'est pas le seul élément à prendre en compte pour étudier l'occurrence, la prévention et la gestion des effets psychologiques des épidémies de virus émergents sur les agents de santé⁹⁰. Il en ressort que le fait d'être plus jeune, d'avoir moins d'ancienneté, d'avoir des enfants à charge ou d'avoir un membre de sa famille infecté constituent des facteurs de risque de détresse psychologique, tout comme une quarantaine plus longue, le manque de soutien pratique ou la stigmatisation. Selon les conclusions, une communication claire, l'accès à une protection personnelle adéquate, un repos suffisant et un soutien tant pratique que psychologique étaient associés à une réduction de la morbidité.

L'une des relativement rares études examinant les répercussions de la COVID-19 sur la santé en milieu rural a porté sur 632 infirmières communautaires et autres personnels de première ligne en Australie⁹¹. Elle révèle que plus de la moitié (56,1 %) des personnes interrogées présentaient un niveau élevé d'affaiblissement émotionnel (surmenage) et que « la COVID-19 a augmenté la charge de travail et le stress du personnel de première ligne des zones rurales. Les principales sources de stress étaient liées à la riposte des établissements à la COVID-19 plutôt qu'à la maladie elle-même. Les données suggèrent qu'en matière de santé

mentale, les interventions pratiques et préventives sont les plus efficaces, notamment en garantissant une charge de travail équitable et raisonnable. »

L'ensemble de ces enquêtes et analyses, toutes publiées au cours des deux dernières années, brosse un sombre tableau. La pénurie préexistante de personnel infirmier a été accentuée par l'impact négatif cumulatif et croissant des vagues successives de la pandémie. Le surmenage des infirmières est lié à une moins bonne qualité des soins, à une moindre satisfaction des patients et à une productivité réduite. Les causes de surmenage avant la pandémie, associées à l'environnement et à la charge de travail, ont été amplifiées. Des infirmières sont décédées, d'autres sont malades. Le surmenage est aussi une cause de démission ou d'arrêts de travail. Certaines de celles qui ont tenu bon pendant la première année de la pandémie ou plus sont maintenant éreintées et devront assumer des fonctions moins exigeantes, se reposer, travailler dans d'autres services ou prendre leur retraite. Celles qui restent à leur poste font état de niveaux de stress croissants et d'une propension accrue à envisager de quitter leur emploi ou leur profession. Les niveaux élevés de surmenage du personnel infirmier signalés dans beaucoup de ces études sont très préoccupants, et les « intentions de partir », en augmentation, risquent de se muer en « infirmières ayant démissionné ».

2.4 Répercussions mondiales et locales et besoin urgent d'analyser l'impact sur les personnels infirmiers

Quelles sont les répercussions mondiales et locales de la pandémie sur les effectifs infirmiers ? Il s'agit d'effets continus et évolutifs qui dureront des années, et les données disponibles, encore incomplètes, ne permettent pas de les évaluer de façon détaillée.

Il n'existe que très peu de données de base précises et comparables sur l'augmentation du surmenage, des arrêts de travail, des taux de roulement et des départs anticipés à la retraite en lien avec la COVID-19, et les lacunes sont importantes, comme le souligne une récente étude systématique sur la pandémie et les personnels de santé : « Les carences notables en matière de données probantes concernent les facteurs professionnels et psychosociaux qui influent sur l'absentéisme et le risque de surmenage des agents de santé, les considérations femmes-hommes en matière de ressources humaines pour la santé, les évaluations dans les pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure, et les évaluations concrètes pour les stratégies de relèvement après la pandémie et de continuité des services de gestion des maladies non transmissibles⁹². »

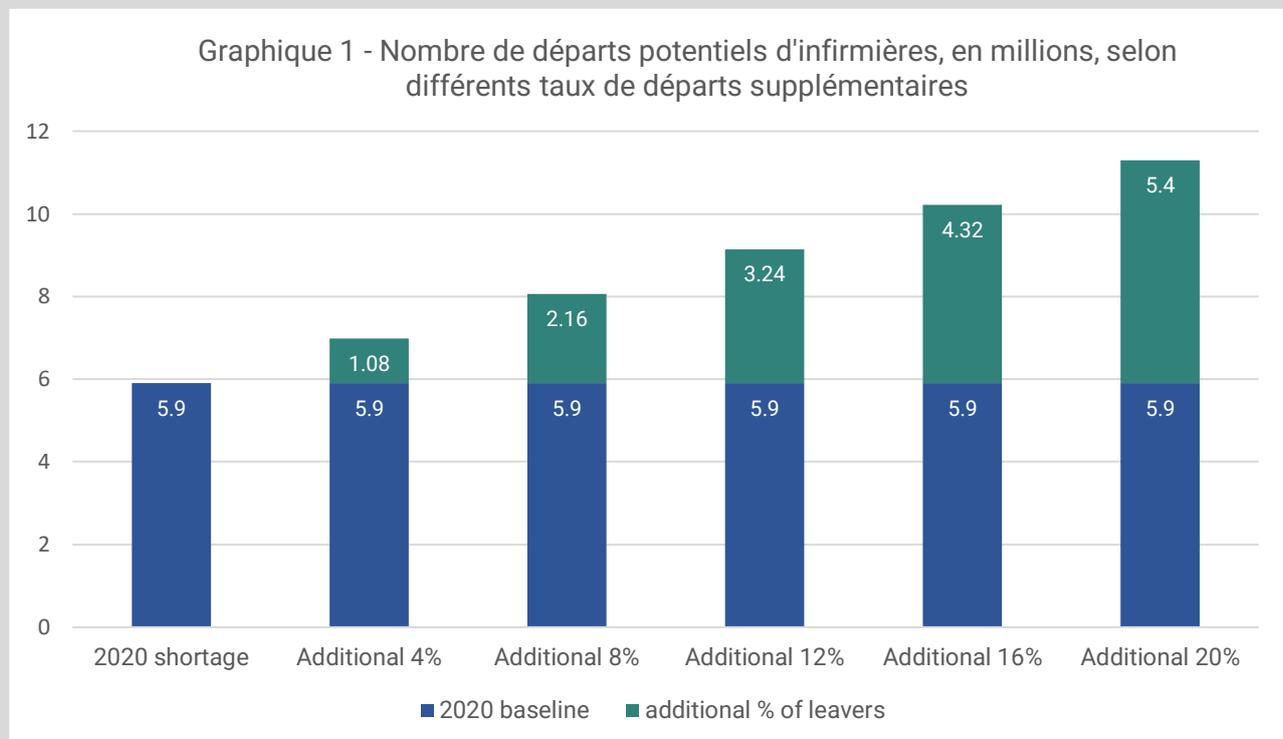
Cependant, les enquêtes et les analyses mentionnées plus haut donnent un aperçu inquiétant du surmenage du personnel et de la dégradation des systèmes de santé. La pandémie crée un cercle vicieux : à mesure que la demande s'accroît, les effectifs infirmiers sont de plus en plus insuffisants, ce qui entraîne une augmentation des arrêts de travail et une réduction de la fidélisation, et donc une réduction du personnel, de sorte que davantage d'infirmières quittent leur emploi ou ont l'intention de le faire.

La vulnérabilité des effectifs infirmiers mondiaux à toute augmentation de la fuite de personnel, en raison de problèmes de santé, d'arrêts de travail, de surmenage et de départs anticipés à la retraite en lien avec la pandémie, peut être illustrée à l'aide des données du rapport sur *La situation du personnel infirmier dans le monde* (voir l'encadré 1).

Encadré 1 – Estimer l'impact de la pandémie sur la pénurie mondiale des personnels infirmiers

Dans le rapport sur *La situation du personnel infirmier dans le monde*, les effectifs étaient estimés à 27,9 millions de professionnels avant la pandémie. Il suffit que 1 % de ces infirmières quitte la profession à cause de la pandémie pour que les « pertes » s'élèvent à 280 000 infirmières. Si 4 % d'entre elles quittent la profession, la balance sera négative et équivaldra à plus d'un million d'infirmières. On peut s'attendre à ce que les nouvelles informations sur les arrêts de travail des infirmières et la pénurie de personnel résultant du variant Omicron accentuent le taux de départ.

Dans le rapport sur *La situation du personnel infirmier dans le monde*, la pénurie mondiale d'infirmières était estimée à 5,9 millions de professionnelles avant la pandémie. Une hausse de 4 % des départs d'infirmières ferait passer le déficit de l'offre par rapport à la demande à près de sept millions d'infirmières. Une hausse de 8 % entraînerait un déficit de plus de huit millions d'infirmières. Une hausse de 12 % porterait le déficit à plus de 9 millions, et une hausse de 20 % des départs porterait le déficit à plus de 11 millions d'infirmières (voir le graphique 1 ci-dessous).



Ces estimations globales montrent l'ampleur de la vulnérabilité du personnel infirmier dans le monde. En réalité, la quasi-totalité (89 %) de ces pénuries se concentrent dans les pays à

revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure. Ces pays seront également touchés de manière disproportionnée par les effets de l'augmentation des départs d'infirmières due à la pandémie. Ils sont souvent les moins bien équipés pour répondre aux défis systémiques de la pandémie et peuvent difficilement se permettre de perdre une partie de leurs précieuses ressources infirmières. Aucun pays ne sera néanmoins à l'abri d'une augmentation du nombre d'infirmières quittant leur système ; à titre d'exemple, de nombreux pays de l'OCDE à revenu élevé comptent déjà un pourcentage relativement élevé d'infirmières en âge de préretraite et seront particulièrement fragilisés par l'accroissement des départs.

Les pays et les systèmes doivent dans les plus brefs délais se doter des capacités requises pour évaluer avec plus de précision et de rapidité les pertes actuelles et futures d'infirmières, afin de pouvoir prendre des mesures pour protéger le personnel infirmier, planifier les besoins futurs et lutter contre le déficit des effectifs. Il faut que chaque système de santé et chaque pays mène régulièrement des **analyses d'impact de la pandémie sur les personnels infirmiers**. En 2016⁹³, dans la stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé, l'OMS a encouragé l'analyse d'impact sur le personnel, et les options et modèles ont ensuite été examinés⁹⁴. Pour deux raisons essentielles, il est urgent de concevoir et d'appliquer une approche spécifique et normalisée de l'analyse d'impact sur le personnel infirmier qui lutte contre la pandémie⁹⁵.

Tout d'abord, il est nécessaire de fournir des alertes rapides sur la dégradation de la santé et du bien-être des infirmières. Tel que décrit plus haut, il est de plus en plus évident que de nombreuses infirmières souffrent ou souffriront de surmenage et d'autres maladies physiques et mentales, y compris de troubles post-traumatiques, en raison de leurs conditions de travail durant de longues heures et à haute intensité, souvent en manquant de soutien et d'EPI. Il est donc urgent de soutenir plus efficacement les effectifs et d'offrir de meilleurs cadres de travail, et de proposer au personnel souffrant de stress une aide et des conseils adéquats sur le long terme⁹⁶.

Une part essentielle de cette réponse consiste à changer les axes stratégiques, professionnels et de direction : au lieu de demander aux infirmières de « tenir le coup » et de faire preuve de résilience face à des charges de travail insupportables dues à la pandémie, les employeurs et les établissements doivent s'attacher à créer et à maintenir des conditions de travail favorables et une dotation en personnel adéquate.

Selon une étude récente, « la COVID-19 démontre également les limites de l'autotraitement, pourtant particulièrement vantée pour réduire le stress partagé et le surmenage... Bien que l'autotraitement puisse être utile dans des cas particuliers, la responsabilité première de la réduction du surmenage et des traumatismes partagés devrait relever de l'établissement et non de l'employé pris individuellement⁹⁷ ». Les données probantes sur le surmenage des infirmières « battent clairement en brèche les interventions visant à réduire le surmenage en ciblant les comportements individuels – comme la formation à la pleine conscience ou à la résilience – et encouragent, au contraire, celles qui visent à corriger les déséquilibres dans le cadre de travail⁹⁸. »

Des recommandations similaires figurent dans un rapport récent émanant du groupe d'experts de la Commission européenne sur la santé mentale du personnel de santé pendant la pandémie. Il met l'accent sur la nécessité de « soutenir immédiatement la santé mentale et atténuer les conséquences du stress, de la peur et du préjudice moral », et souligne que « l'employeur, plutôt que l'employé, doit assumer publiquement la responsabilité du bien-être du personnel⁹⁹ ».

La seconde raison essentielle évoquée plus haut est la nécessité de disposer de données plus précises, complètes et comparables sur l'impact global de la pandémie sur les taux d'infection, du « COVID long » et de mortalité, sur les effectifs et les taux d'arrêts de travail (ainsi que sur les raisons des arrêts de travail), sur le roulement du personnel infirmier et les tendances en matière de départ à la retraite. Ces données doivent également être disponibles rapidement, au plus proche du « temps réel », afin de participer à une stratégie rapide et éclairée des pouvoirs publics¹⁰⁰, et de fournir des estimations plus précises pour la planification des effectifs infirmiers. Les nouvelles données sur l'impact du nouveau variant Omicron sur les effectifs et les arrêts de travail du personnel infirmier confirment la nécessité d'une évaluation régulière et rapide pour suivre les changements et éviter les réactions de panique irréflechies.

Ces informations constituent des éléments essentiels de toute stratégie éclairée des pouvoirs publics visant à maintenir l'offre d'infirmières en situation de pandémie mondiale. Elles peuvent aider à identifier les raisons sous-jacentes des changements au sein des effectifs, à localiser les pénuries qui sont actuellement les plus marquées et à concevoir des cas de figure et des plans pour évaluer les nouveaux problèmes de disponibilité d'infirmières et y répondre plus efficacement. L'annexe 1 fournit quelques éléments de données de base sur la planification des effectifs pour l'analyse d'impact sur les infirmières.

La nécessité d'améliorer les données et d'analyser régulièrement l'impact sur le personnel infirmier est étudiée dans les deux chapitres suivants. Le chapitre 3 se penche sur la nécessité d'insister sur l'autosuffisance, tandis que le chapitre 4 accorde une attention plus détaillée au besoin crucial de mieux fidéliser le personnel infirmier.

3. Autosuffisance et disponibilité d'infirmières

Résumé des points essentiels

- La **pandémie a accru le besoin immédiat d'infirmières dans tous les pays** et la demande ira croissant au cours des prochaines années.
- **De nombreux pays doivent s'attacher à augmenter le nombre de « nouvelles infirmières »** pour satisfaire la demande croissante et évolutive créée par la pandémie, mais aussi en raison de la réduction du vivier actuel.
- Il existe une **grande disparité** entre les pays à revenu élevé de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) concernant le **volume relatif de personnel infirmier nouvellement formé au niveau local et disponible sur le marché**.
- Dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, la pandémie s'est déclarée alors qu'ils ne disposaient pas d'infirmières en nombre suffisant.
- **De plus en plus d'éléments font apparaître que des pays de l'OCDE à revenu élevé ont recruté activement et « hâtivement » à l'international**, ce qui peut compromettre la capacité de certains pays « sources » à répondre efficacement aux défis de la pandémie.
- **La pandémie a accentué les risques inhérents au recrutement international** : certains pays « récepteurs » à revenu élevé se sont rabattus sur l'offre internationale en misant sur le court terme, alimentant ainsi les facteurs d'incitation et les départs probables des pays « émetteurs » à faible revenu.
- Les **pouvoirs publics s'appuient de plus en plus sur le potentiel des accords intergouvernementaux bilatéraux** pour « gérer » le recrutement international des infirmières : **ces accords doivent faire l'objet d'un contrôle indépendant pour en garantir le respect total par toutes les parties**.
- Il est **impératif et urgent de surveiller les tendances des flux de recrutement internationaux à l'aide d'un indice d'autosuffisance** pouvant signaler le degré de dépendance des pays à l'égard des flux internationaux et la façon dont les schémas des flux et les répercussions évoluent.

3.1 Les écarts entre la disponibilité et les besoins d'infirmières se creusent

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

Une simple analyse suffit pour percevoir que la pandémie a accru le besoin immédiat d'infirmières et accentuera la demande ces prochaines années. Dans la plupart des pays, la pandémie s'est déclarée alors qu'il y avait pénurie de personnels infirmiers, et leur faible disponibilité a encore été mise à mal par la mortalité, le stress, le surmenage et l'absence de personnel provoqués par la COVID-19. Un rapport conjoint de l'OCDE et de l'Union européenne sur les mesures prises par les pouvoirs publics pour lutter contre la pandémie dans 36 pays d'Europe, a souligné que « les pénuries d'infirmières déjà observées se sont exacerbées au plus fort de l'épidémie, notamment parce que de nombreuses infirmières ont elles-mêmes été infectées par le virus [...]. La croissance de la demande de personnels infirmiers devrait se poursuivre dans les années à venir en raison du vieillissement de la population, sachant que de nombreuses infirmières approchent de l'âge de la retraite¹⁰¹. »

Un rapport plus récent de l'OCDE portant sur ses 38 pays souligne que « la pandémie met en évidence la pénurie persistante d'agents de santé, d'où l'importance d'accentuer les investissements dans les années à venir pour renforcer les soins primaires et la prévention des maladies, mais aussi la résilience et l'état de préparation des systèmes de santé¹⁰². » Dans une présentation au Congrès du CII en novembre 2021, la Cheffe de la Division de la santé de l'OCDE a suggéré que les pays devront investir environ 1 % de PIB supplémentaire dans leurs personnels de santé, dans le cadre d'un programme d'investissement plus étendu visant à renforcer la résilience des systèmes de santé ; cette estimation repose sur une analyse comparative visant à évaluer le nombre d'agents de santé supplémentaires, la hausse des salaires et la réserve médicale requise (les chiffres sont des moyennes de l'OCDE)¹⁰³.

L'OCDE a également indiqué que « la pandémie de COVID-19 a attiré l'attention sur le niveau de rémunération du personnel infirmier et sur la nécessité de garantir une rémunération suffisante pour attirer les candidats et faire en sorte qu'ils ne quittent pas la profession »¹⁰⁴. Il ne sera pas possible d'améliorer durablement le recrutement et la fidélisation des infirmières si l'on ne s'assure pas qu'elles reçoivent une rémunération juste et disposent de conditions de travail décentes.

Si l'on ne procède pas à ces investissements ciblés, on assistera à une augmentation générale du déficit d'infirmières, avec le risque d'une pénurie mondiale d'infirmières allant s'aggravant, renforcée encore par l'accroissement de la mobilité internationale susceptible de réduire l'offre dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, dits pays « sources ».

Dans de nombreux pays, il y a une prise de conscience sur la nécessité d'investir pour enrichir le vivier de « nouvelles infirmières », à la fois pour répondre à la demande croissante et évolutive créée par la pandémie, et en raison de la réduction de la disponibilité (fidélisation) de personnel infirmier à l'heure actuelle. Parmi les nouvelles priorités, citons le besoin d'infirmières compétentes dans le domaine des soins intensifs, de la santé publique et des soins primaires ; et d'augmenter le nombre ou la disponibilité d'infirmières cliniciennes spécialisées et dans le domaine de la pratique avancée et en tant qu'infirmières praticiennes, afin de disposer d'une combinaison de personnels plus efficace.

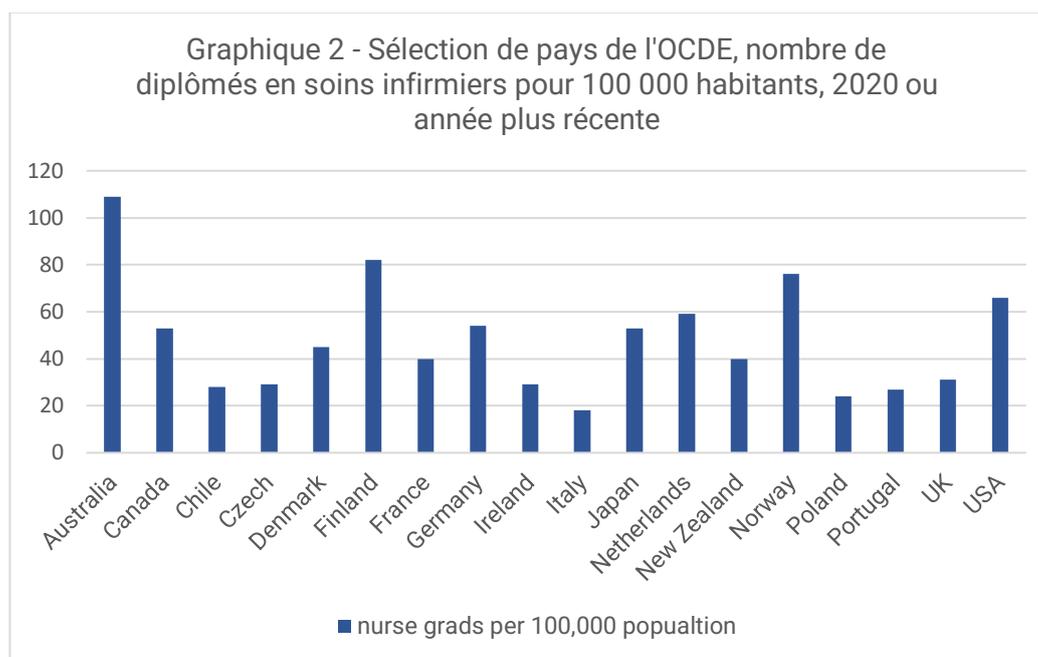
Pour bénéficier d'une plus grande offre de personnel, il faut avant tout investir localement pour former plus d'infirmières ; une source secondaire, ouverte aux pays disposant d'assez de ressources, consiste à recourir au recrutement international. Le présent chapitre analyse l'impact de la pandémie sur l'offre nationale et internationale actuelle et future d'infirmières. Il rend compte des tendances et des éléments moteurs, et se conclut par un message limpide à l'intention des décideurs politiques sur la nécessité d'aspirer à l'autosuffisance. Ceux qui mettent l'accent sur le recrutement international comme principale « solution de fortune » risquent d'exacerber les pénuries actuelles dans certains pays à faible revenu si leurs démarches ne respectent pas les exigences « d'éthique ».

3.2 La disponibilité locale d'infirmières varie, mais se révèle souvent insuffisante

Tout pays doté de ressources suffisantes doit viser des taux d'obtention de diplôme (parfois appelé taux d'accroissement net) permettant aux nouvelles infirmières entrant sur le marché du travail d'assurer l'autosuffisance à long terme grâce à la formation locale. En pratique, certains pays n'ont pas suffisamment investi dans la formation et ne disposent donc pas d'infirmières en nombre suffisant pour répondre à la demande de leur marché. Cette situation a été mise en évidence dans le rapport sur *La situation du personnel infirmier dans le monde*, publié en 2020, qui recommandait, parmi les mesures centrales, d'accroître les investissements au niveau national afin d'étoffer les effectifs infirmiers.

Le rapport sur *La situation du personnel infirmier dans le monde* relève qu'en moyenne, les pays à haut revenu disposent de taux de diplômés plus de trois fois supérieurs à ceux des pays à faible revenu (38,7 infirmières pour 100 000 habitants contre 10,4)¹⁰⁵. Néanmoins, le nombre de diplômés varie énormément d'un pays à revenu élevé à l'autre, ce qui montre qu'au niveau des pays, des choix d'investissement très différents ont été faits concernant les effectifs infirmiers. Par effet domino, cela peut jouer un rôle important sur la hausse du recrutement international d'infirmières.

Cet écart est souligné dans le graphique 2, qui montre le nombre d'infirmières diplômées pour 100 000 habitants dans certains pays de l'OCDE.



Source: OECD 2021¹⁰⁶

Note : l'OCDE indique que les données relatives aux Pays-Bas sont provisoires et celles du Royaume-Uni sont une estimation.

Dans les pays de l'OCDE de taille moyenne ou grande figurant dans le graphique 2, le taux de diplômés en soins infirmiers était plus de cinq fois supérieur en **Australie** (plus de 100 pour 100 000 habitants) qu'en **Italie** (18) ; les autres pays affichant des taux de diplômés relativement faibles sont la **Pologne** (24), le **Portugal** (27), le **Chili** (28), l'**Irlande** (29) et le **Royaume-Uni** (31). Les autres pays affichant des taux de diplômés élevés sont la **Norvège** (76) et la **Finlande** (82). Le graphique met en évidence un énorme écart dans le nombre d'infirmières nouvellement formées et issues de la filière nationale parmi les pays à revenu élevé de l'OCDE. Ces pays, qui présentaient des niveaux très disparates de contingents de « nouvelles » infirmières formées localement, se sont ensuite retrouvés face à un défi commun : une pandémie qui a brusquement accru la demande d'infirmières.

3.3 Les répercussions de la pandémie sur la disponibilité d'infirmières dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

Les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les personnels infirmiers des pays à revenu faible ou intermédiaire sont difficiles à évaluer de façon systématique ou détaillée en raison des limitations des données actuelles, aggravées par l'urgence de la pandémie. Néanmoins, on peut s'appuyer sur certaines études pour obtenir des indicateurs de référence et de tendance.

Le rapport sur *La situation du personnel infirmier dans le monde* a mis en évidence que les pays ayant une faible densité de personnel infirmier se situent principalement dans les régions Afrique, Asie du Sud-Est et Méditerranée orientale de l'OMS, ainsi que dans certaines parties de l'Amérique latine. Il y est relevé qu'en 2018, « les inégalités dans le monde d'offre

de personnels infirmiers sont largement liées aux revenus, avec une densité de 9,1 infirmières pour 10 000 habitants dans les pays à revenu faible, contre 107,7 pour 10 000 habitants dans les économies à revenu élevé »¹⁰⁷ – des écarts décuplés en termes de disponibilité de personnels infirmiers.

Le rapport souligne également qu'il y a une forte corrélation entre le niveau de revenu du pays et la pénurie de personnels infirmiers. Quatre-vingt-neuf pour cent des pénuries de personnels infirmiers identifiées en 2018 se concentraient dans les pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure. Le rapport indique que pour remédier à la pénurie dans les pays où la densité d'infirmières est faible, il faudrait augmenter de 8,8 % en moyenne le nombre de diplômés annuels entre 2018 et 2030 (fourchette se situant entre 0,2 et 13,4 %), et améliorer la capacité à recruter. Les pays ayant enregistré les pénuries les plus importantes (en termes quantitatifs) en 2018 sont le **Bangladesh, l'Inde, l'Indonésie, le Nigéria et le Pakistan**. La croissance démographique dans de nombreux pays à faible revenu stimulera la demande d'infirmières, indépendamment du profil actuel des effectifs. Au **Nigéria** par exemple, les prévisions fondées sur la croissance démographique de 2016 à 2030 indiquent qu'il pourrait y avoir une « balance négative » (pénurie) allant jusqu'à 140 000 infirmières et sages-femmes en 2030, comparé à 2016, soit un déficit de 29 %¹⁰⁸.

Une autre étude récente, menée par la Banque mondiale, a examiné les marchés du travail des infirmières des 14 pays de l'Afrique orientale, centrale et australe (région ECSA, à savoir **Afrique du Sud, Botswana, Eswatini, Kenya, Lesotho, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Seychelles, Soudan du Sud, Ouganda, Zambie, Zimbabwe**)¹⁰⁹. Elle indique que la demande d'infirmières est en hausse, mais que les problèmes de taux de vacance élevés dans le secteur public persistent. Il est souligné que les taux de vacance communiqués varient de 30 à 55 % parmi les pays de la région ECSA, et que les données qualitatives augmentent le défi auquel les pays sont confrontés pour pourvoir les postes vacants d'infirmières : « [...] outre le manque de possibilités d'emploi, les infirmières n'occupent pas les postes en raison de la faiblesse des salaires, de l'isolement de la région, du manque de commodités et des mauvaises conditions de travail. » L'étude de la région ECSA a mis en évidence que d'ici à 2030, 4,7 milliards d'USD sont nécessaires pour former des infirmières supplémentaires et ainsi atteindre le nombre requis dans les 14 pays¹¹⁰.

Le rapport sur *La situation du personnel infirmier dans le monde* comme l'étude de la région ECSA examinent situation d'avant la pandémie. L'étude de la région ECSA a été publiée au début de la pandémie, n'abordant les répercussions probables de la pandémie qu'en annexe ; elle indique que « la demande concrète d'infirmières augmentera probablement, notamment d'infirmières disposant de compétences en soins intensifs et pulmonaires. Dans la mesure où les effectifs sont composés à 79 % de femmes, âgées en majorité de moins de 45 ans, les infirmières pourraient avoir des difficultés à faire face à des exigences professionnelles stressantes et dangereuses, tout en s'occupant de leur famille ou d'enfants devant étudier à distance. Cela peut provoquer des taux d'abandon plus élevés au sein du personnel

infirmier¹¹¹. » Le rapport relève également que « des heures de travail prolongées, des conditions de travail dangereuses, le manque d'accès aux équipements de protection individuelle et aux premiers soins psychologiques, provoqueront probablement une augmentation de l'abandon et de l'absentéisme¹¹². »

Une évaluation récente de l'impact de la pandémie sur les personnels de santé dans cinq pays d'Amérique latine, publiée par l'OMS et portant sur la **Bolivie (État plurinational de)**, le **Chili**, la **Colombie**, l'**Équateur** et le **Pérou**, a confirmé que la pandémie s'est déclarée alors qu'ils ne disposaient pas d'effectifs en nombre suffisant, et soulevé la question essentielle de la pérennité : « Le plus grand défi à venir est d'élaborer des mécanismes pour ventiler les ressources humaines pour la santé nouvellement recrutées afin de réduire les écarts d'avant la pandémie et de maintenir les améliorations de leurs conditions d'emploi, telles que les augmentations de salaire, elles-mêmes dépendant en grande partie de l'identification de sources de financement adéquates¹¹³. »

La pandémie a augmenté l'écart entre l'offre et la demande d'infirmières, du moins à court terme, en raison de l'augmentation de la demande et de la réduction de l'offre dans de nombreux pays, qui connaissaient déjà d'importantes pénuries avant la pandémie.

Les faibles niveaux de dotation en personnel infirmier ont leur importance, car ils se répercutent négativement sur la qualité des soins et les résultats de santé. Une récente étude systématique a recueilli des données factuelles sur la dotation en personnel infirmier et les résultats obtenus dans les pays à revenu faible ou intermédiaire¹¹⁴. D'après une analyse de 27 études menées dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, l'examen a conclu qu'une « proportion d'infirmières par rapport aux patients plus faible et une charge de travail plus élevée des infirmières sont corrélées à la mortalité intra-hospitalière, aux infections nosocomiales et aux erreurs médicamenteuses chez les patients, ainsi qu'à des niveaux élevés de surmenage, de blessures par piqûre d'aiguille ou d'objets tranchants, d'absentéisme et d'intention de quitter leur emploi chez les infirmiers des pays à revenu faible ou intermédiaire. » Les résultats de cette étude présentent des similitudes avec les données des pays à revenu élevé concernant les mauvais résultats de santé chez les patients et les infirmières. Ces résultats doivent être interprétés à la lumière de la proportion plus faible d'infirmières par rapport aux patients dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire. »

3.4 La pandémie accroît la demande d'infirmières, notamment dans les pays « récepteurs »

Tel qu'examiné au chapitre 2, dans de nombreux pays, la première phase de la pandémie a conduit à une augmentation de l'offre à court terme d'infirmières locales, les systèmes et les gouvernements ayant fait appel à des renforts pour gonfler rapidement les effectifs infirmiers. Souvent, il s'agissait d'exiger des infirmières en poste de travailler plus longtemps, d'encourager la réintégration d'anciennes infirmières, de faire travailler des étudiantes en soins infirmiers et d'accélérer le recrutement de personnel étranger.

Ces mesures d'urgence ne tiennent pas à long terme et peuvent en réalité occulter une offre réduite de personnel permanent / travaillant sur la durée, si la COVID-19 se répercute sur la charge de travail des infirmières et les éreinte, réduisant les taux de fidélisation ou les heures de travail du personnel infirmier en exercice.

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

Comme pour d'autres dimensions de la pandémie, à l'heure actuelle peu d'analyses d'échelon national tiennent compte des répercussions de la pandémie sur l'augmentation probable de la demande et du nombre d'infirmières. Toutefois, les éléments concrets qui apparaissent dépeignent un tableau inquiétant.

Au **Canada** par exemple, il a été souligné¹¹⁵ que le nombre de postes vacants d'infirmières diplômées et d'infirmières psychiatriques diplômées a presque doublé, passant de 12 860 au premier trimestre de 2020 à 22 425 au deuxième trimestre de 2021. Au niveau des provinces, des références plus récentes font état de pénuries croissantes. La **Nouvelle-Écosse** signale officiellement plus de 1 000 postes d'infirmières vacants et a créé un nouveau Bureau de recrutement des professionnels de santé pour améliorer le recrutement¹¹⁶. La province du **Manitoba** aurait un taux de vacance de 18,8 %, soit 2 267 postes d'infirmières vacants en septembre 2021¹¹⁷.

Le National Health Service (NHS) en **Angleterre** a signalé un taux de vacance de 10,5 % pour les infirmières diplômées, au 30 septembre 2021 (39 813 postes vacants)¹¹⁸ ; des projections récentes indiquent qu'il faudra 69 000 infirmières supplémentaires d'ici à 2024-2025 pour satisfaire la demande croissante liée à la pandémie¹¹⁹.

En **Allemagne**, il a été indiqué que la « pandémie accélère une tendance générale qui se dessine depuis un certain temps. » Le Bureau fédéral de placement (Bundesagentur für Arbeit) a signalé que le nombre moyen de postes vacants d'infirmières spécialisées dans les soins de longue durée s'élevait à 15 000 en 2019, et à 12 400 dans les soins intensifs, ajoutant que cela avait pris 205 jours pour pourvoir un poste d'infirmière dans les soins de longue durée et 174 jours pour une infirmière dans un établissement hospitalier¹²⁰. Un rapport plus récent indique « qu'à l'heure actuelle sur le marché du travail, les postes vacants sont plus nombreux que le nombre de demandeurs d'emploi qualifiés. Selon les estimations des spécialistes, le secteur des soins infirmiers aura besoin de 150 000 nouvelles infirmières d'ici à 2025. L'évolution démographique dans le pays aggravera cette situation à moyen et à long terme¹²¹.

Le 28 novembre 2021, la Suisse a organisé un référendum national concernant la pénurie de personnels infirmiers. Avec le leadership de l'Association suisse des infirmières et infirmiers, le référendum a été approuvé. Il vise à améliorer la formation, l'assurance qualité grâce à un personnel plus nombreux, des conditions d'emploi équitables et une meilleure reconnaissance de la profession. Il a été indiqué que « sans mesures, il manquera 65 000 infirmières, tous niveaux de formation confondus, d'ici à 2030. Cela s'explique en partie par le fait que seule la moitié environ du nombre d'infirmières requis à l'avenir en Suisse suit actuellement une formation. » La Suisse dépend très fortement du recrutement international¹²². Un tiers des infirmières travaillant dans les hôpitaux suisses sont formées à l'étranger ; durant la pandémie, cette forte dépendance à l'égard du personnel étranger a posé problème : « Lorsque les pays ont fermé leurs frontières pour limiter la propagation du virus, la Suisse a été contrainte de négocier avec les pays limitrophes afin que le personnel de santé puisse continuer de franchir la frontière pour se rendre au travail¹²³. »

Aux **États-Unis**, les projections d'emploi 2020-2030 du Bureau of Labor Statistics indiquent que les effectifs d'infirmières diplômées devraient passer de trois millions en 2019 à 3,4 millions en 2030, et que 194 500 postes d'infirmières diplômées se libéreront chaque année si l'on tient compte des départs à la retraite et autres départs¹²⁴. Un rapport récent signale qu'un peu plus de 15 % des infirmières américaines ont quitté leur emploi au cours de la première année de la pandémie, soit une hausse d'environ cinq points de pourcentage par rapport à l'année précédente ; une infirmière sur cinq dispensant des soins directs aux patients a déclaré qu'elle pourrait quitter son poste au cours de l'année à venir¹²⁵. Une autre enquête menée auprès de 6 000 infirmières en soins intensifs aux États-Unis¹²⁶, a révélé que 66 % d'entre elles avaient été amenées à envisager de quitter le métier d'infirmière du fait de leur expérience de la pandémie, et 92 % étaient d'accord avec l'énoncé suivant : « Je crois que la pandémie a épuisé les infirmières de mon hôpital. Leur carrière sera plus courte que prévu. »

Une récente analyse détaillée dans l'État américain de **Californie** signale une pénurie à l'heure actuelle équivalant à 40 567 infirmières diplômées travaillant à temps plein (écart de 13,6 %), qui devrait persister jusqu'en 2026. L'étude a révélé que de nombreuses infirmières diplômées plus expérimentées ont quitté leur domaine d'activité, un grand nombre d'entre elles prévoyant de prendre leur retraite ou de démissionner au cours des deux prochaines années ; 26 % des infirmières diplômées âgées de 55 à 64 ans ont déclaré qu'elles prévoyaient de quitter leurs fonctions au cours des deux prochaines années, contre 12 % en 2018. Les auteurs du rapport relèvent que c'est « très probablement dû au surmenage et au besoin de limiter l'exposition à la COVID-19 des membres vulnérables de leur famille¹²⁷. »

Ces exemples de pays mettent en lumière l'écart croissant entre l'offre et la demande d'infirmières. La demande d'infirmières augmente en raison de la pandémie et des changements démographiques de fond ; l'offre d'infirmières est à la traîne, en raison des départs liés à la pandémie et de l'évolution démographique sous-jacente, d'effectifs vieillissants et d'un plus grand nombre d'infirmières atteignant l'âge de la retraite.

3.5 Quelques pays à revenu élevé se concentrent sur la « solution de fortune » du recrutement international actif

La pandémie a augmenté la demande d'infirmières, faisant ressortir et accélérant le niveau de pénurie d'infirmières dans le monde. Elle pourrait pousser certains pays à renforcer la formation locale, mais comme exposé dans le chapitre 3.2, les chiffres de la formation d'infirmières avec diplôme à la clé varient énormément d'un pays à l'autre, y compris dans les pays à revenu élevé. Même en investissant davantage pour renforcer la formation locale, il faudrait attendre au moins trois ou quatre ans avant que les diplômées supplémentaires n'entrent sur le marché du travail. Le besoin de renouvellement revêt un caractère plus urgent, et l'un des choix manifestes de certains pays à revenu élevé consiste à renouveler et à étendre des mesures de recrutement international d'infirmières comme « solution de fortune ».

Avant même que la pandémie ne se déclare, les flux internationaux d'infirmières étaient de grande ampleur et croissants. L'analyse de l'OCDE a mis en exergue qu'en 2019, plus de 550 000 infirmières formées à l'étranger travaillaient dans 36 pays membres de l'OCDE, en nette augmentation par rapport aux 460 000 enregistrées en 2011¹²⁸. L'OCDE indique que le nombre et / ou la part des infirmières formées à l'étranger a augmenté de manière particulièrement rapide en **Belgique**, en **France**, en **Allemagne** et en **Suisse**, une croissance soutenue étant également observée en **Australie**, en **Nouvelle-Zélande**, au **Canada** et aux **États-Unis**¹²⁹.

Les **États-Unis** recensent le plus grand nombre d'infirmières étrangères diplômées, estimées à près de 197 000 ; le deuxième pays est le **Royaume-Uni** avec plus de 100 000 infirmières formées à l'étranger, suit **l'Allemagne** qui en compte 71 000 et **l'Australie**, avec 53 000¹³⁰. L'OCDE en conclut que « la pandémie de COVID-19 a révélé une fois de plus que les infirmières formées à l'étranger sont des atouts essentiels pour les systèmes de santé de nombreux pays de l'OCDE. La pandémie a non seulement mis en lumière le rôle et le dévouement conséquents des agents de santé de première ligne, mais elle a également fait ressortir le problème profondément enraciné des pénuries de personnels et la contribution notable des infirmières étrangères aux personnels de santé¹³¹. »

Le rapport sur *La situation du personnel infirmier dans le monde* a également révélé que la mobilité internationale du personnel infirmier est en hausse, relevant que de « nombreux pays à revenu élevé de différentes régions semblent recourir de façon excessive au recrutement international d'infirmières en raison du faible nombre d'infirmières diplômées ou des pénuries existantes. » L'une des principales recommandations du rapport était que « les pays qui dépendent trop des infirmières étrangères devraient tendre vers une plus grande autosuffisance en investissant davantage dans la formation locale d'infirmières¹³². »

L'analyse figurant dans le présent mémoire indique que les flux internationaux augmentent de nouveau, après de courtes perturbations dans les déplacements durant la première phase de la pandémie. En vue de combler de façon urgente l'écart grandissant entre l'offre et la demande de personnel infirmier, de nombreux pays à revenu élevé accélèrent désormais les

démarches de recrutement international. Ils accordent notamment aux infirmières des facilités d'immigration et accélèrent les formalités administratives. Selon un rapport de l'OCDE, depuis la pandémie, « de nombreux pays de l'OCDE qui dépendent déjà des agents de santé étrangers, appliquent des mesures supplémentaires pour faciliter l'entrée des émigrés et la reconnaissance de leurs qualifications professionnelles obtenues à l'étranger¹³³. »

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

En **Australie**, le Ministre fédéral de la santé a récemment déclaré que les infirmières étrangères postulant un emploi en Australie « pourraient contourner les restrictions de voyage, obtenir un vol et occuper des emplois essentiels » durant la riposte à la pandémie, et que l'afflux international d'infirmières a été « fortement perturbé » par la fermeture des frontières internationales. Les frais de transport et ceux liés à la quarantaine seront également pris en charge, le « pont aérien » étant majoritairement composé d'infirmières originaires de Grande-Bretagne, d'Irlande et d'autres pays, où l'équivalence des qualifications en matière de soins infirmiers est reconnue par les autorités réglementaires australiennes¹³⁴.

Le Ministère de la santé de l'État **d'Australie-Occidentale** offre de couvrir les frais de transport, de déménagement et les frais d'hôtel de la quatorzaine obligatoire liée à la COVID-19, car il entend recruter 2 800 infirmières d'ici à 2023, en sollicitant les marchés local et international. L'offre internationale concerne aussi bien les infirmières australiennes travaillant hors du pays que les infirmières étrangères¹³⁵. Le 31 décembre 2021, il était signalé que la recrudescence de patients infectés au variant Omicron à Sydney, dans l'État de **Nouvelle-Galles du Sud**, avait entraîné une augmentation « sans précédent » du nombre de patients et de postes d'infirmières vacants (du fait de l'infection et de l'auto-isolément) ; les tentatives en vue d'obtenir du personnel infirmier de remplacement en nombre suffisant auprès d'agences ayant échoué, l'État a « amorcé un processus de recrutement à l'étranger¹³⁶. »

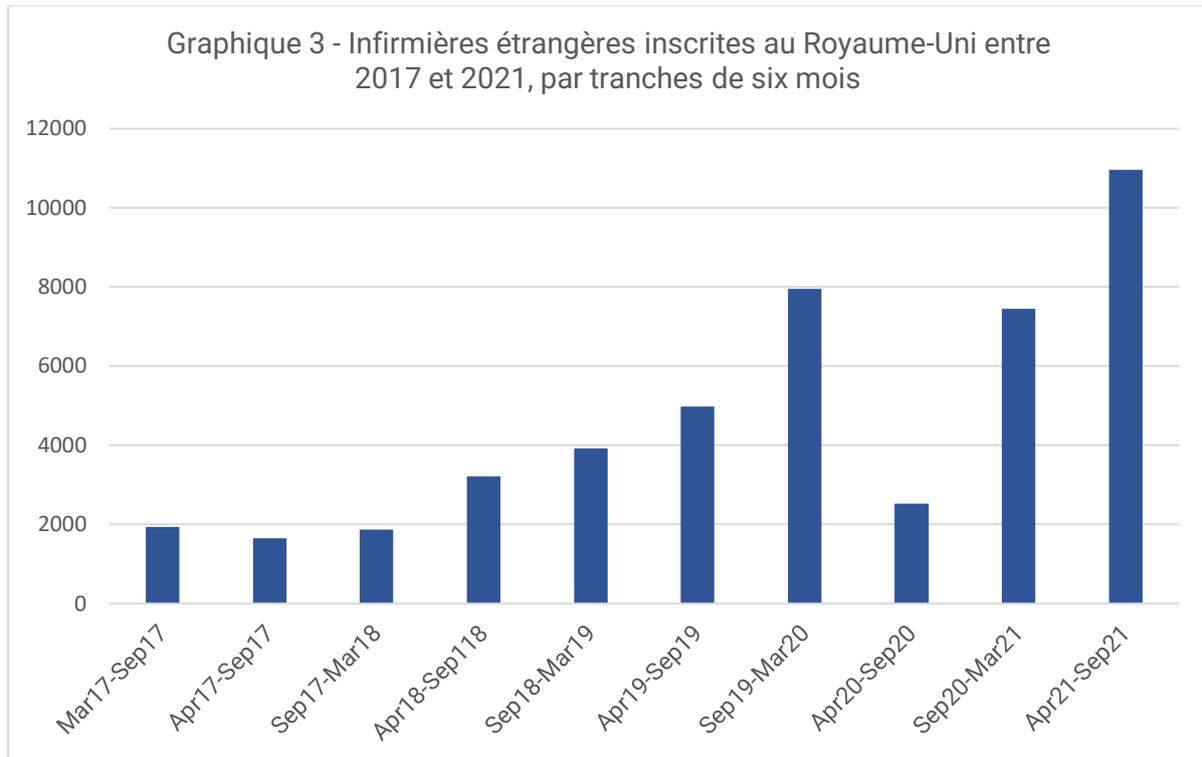
Au **Canada**, dans la province de **l'Ontario**, il a été indiqué qu'entre janvier et août 2021, 2 259 infirmières formées à l'étranger ont été enregistrées, soit plus que le nombre total enregistré durant toute l'année 2020¹³⁷ ; la **province du Québec** serait en train de mettre sur pied des « bureaux de recrutement » en France, en Belgique, au Liban, au Brésil et en Afrique du Nord (Algérie, Libye, Mauritanie, Maroc et Tunisie), en vue de contribuer à combler 4 000 postes d'infirmières vacants¹³⁸.

En **Angleterre**, les pouvoirs publics soulignent l'importance d'augmenter le recrutement international, indiquant qu'ils prennent actuellement des dispositions pour supprimer les obstacles au recrutement international et augmenter la capacité d'accueil et de soutien aux infirmières recrutées à l'étranger, y compris le soutien financier aux employeurs du National Health Service (NHS) recrutant dans d'autres pays¹³⁹. Il a été notamment signalé que « le

recrutement international sera une composante essentielle du soutien à la gestion suivie de la COVID-19 dans les régions d'Angleterre, pour d'autres services sous pression et pour relever le NHS après la pandémie », et « de nouveaux pays émetteurs possibles se font jour¹⁴⁰. »

En décembre 2021, il a été rapporté que les employeurs du NHS avaient été « invités à saisir, une fois de plus, l'excellente occasion d'optimiser l'appui des infirmières étrangères », en redonnant un coup d'accélérateur au recrutement international¹⁴¹. Au cours des 18 derniers mois, la multiplication des infirmières étrangères enregistrées au Royaume-Uni a été poussée. Les données les plus récentes, au cours des six mois allant d'avril à septembre 2021, montrent que près de 11 000 infirmières étrangères ont été enregistrées, soit plus que durant les 12 mois précédents¹⁴². En fin d'année, en présentant la réponse des pouvoirs publics concernant le manque croissant d'infirmières provoqué par le variant Omicron, le Gouvernement britannique a déclaré qu'il « s'attache à accélérer l'enregistrement des infirmières étrangères pour qu'elles puissent exercer au Royaume-Uni, grâce à quoi 800 infirmières ont pu s'enregistrer auprès du Nurse and Midwifery Council rien que dans la semaine¹⁴³. »

Le graphique 3 ci-dessous fait figurer les données d'enregistrement pour mettre en relief l'afflux soutenu d'infirmières étrangères au Royaume-Uni ces dernières années. Depuis 2017, la tendance est à la hausse, l'afflux d'infirmières étant multiplié par cinq sur la période, ce qui illustre les pénuries d'infirmières à l'échelon national. Sur la période récente, on observe un infléchissement qui s'explique par les perturbations temporaires de déplacements dus à la COVID-19 début 2020, largement contrebalancé depuis par les mesures prises par les pouvoirs publics d'accélérer le recrutement d'un grand nombre d'infirmières étrangères. Durant le semestre allant d'avril à septembre 2021, plus de 10 000 nouvelles infirmières étrangères ont été enregistrées au Royaume-Uni, dont plus de 4 500 provenant d'Inde, 3 000 des Philippines et 1 300 du Nigéria.



Source: Nursing and Midwifery Council, UK 2021¹⁴⁴

L'**Allemagne** élabore une approche « Triple Win » (profitable aux trois parties) du recrutement international d'infirmières¹⁴⁵, incluant la **Bosnie-Herzégovine**, les **Philippines** et la **Tunisie**. L'objectif de la stratégie est de créer un tripe avantage grâce à une approche bilatérale : « Une pression plus légère est exercée sur les marchés du travail des pays émetteurs, où il y a des infirmières sans emploi ; les transferts de fonds des infirmières migrantes s'intègrent dans l'économie de leur pays d'origine ; et la pénurie d'infirmières en Allemagne est réduite. »

Si certains pays ayant depuis longtemps et fortement recours au recrutement international redoublent actuellement leurs efforts, la demande dans les pays à revenu élevé récepteurs s'étend désormais au-delà des pays recruteurs « habituels » ; d'autres pays, qui n'ont pas toujours été aussi actifs en matière de recrutement international, se manifestent. C'est le cas de la **Finlande**, qui prévoit une pénurie de 30 000 infirmières d'ici la fin de la décennie et qui étudie actuellement la possibilité de recourir au recrutement international¹⁴⁶, et de l'**Écosse**, où le gouvernement a annoncé en octobre 2021 qu'il affectera 4,5 millions de livres sterling pour soutenir le recrutement international actif d'infirmières, dans le cadre d'un plan global de relèvement et de renouvellement lié à la pandémie¹⁴⁷.

Le risque évident est que le recrutement international actif accentue les départs d'infirmières des pays à faible revenu émetteurs, ce qui pourrait compromettre leur capacité à répondre efficacement aux défis de la COVID-19. Cette problématique est examinée dans le chapitre suivant.

3.6 La pandémie accroîtra les mouvements de départs d'infirmières des pays à revenu faible ou intermédiaire émetteurs

L'analyse de l'offre internationale provenant des pays émetteurs durant la période précédant la pandémie, montre une tendance durable et croissante pour ce qui est des taux d'émigration d'infirmières de pays à revenu faible ou intermédiaire, ce qui met en péril leur capacité à atteindre les cibles des ODD de l'ONU et à mettre en place la CSU. Comme indiqué plus haut, l'analyse de l'OCDE a révélé qu'en 2019, plus de 550 000 infirmières formées à l'étranger travaillaient dans 36 pays membres de l'OCDE à revenu élevé, soit une augmentation très nette par rapport aux 460 000 enregistrées en 2011¹⁴⁸. L'OCDE a également indiqué¹⁴⁹ que les petits États des Caraïbes et du Pacifique, ainsi que les pays d'Afrique sortant d'un conflit, affichent des taux d'émigration parmi les plus élevés, plus de la moitié de leurs infirmières travaillant dans des pays de l'OCDE à revenu élevé.

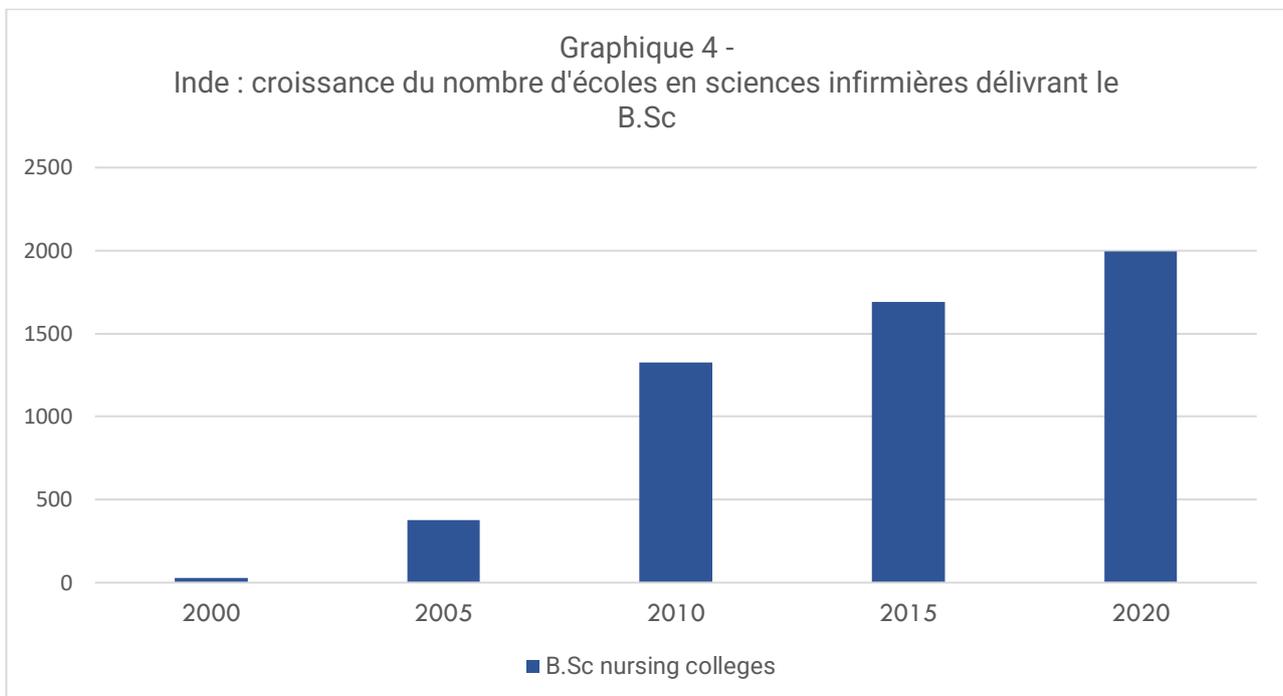
L'étude relative à la région ECSA, réalisée par la Banque mondiale, le CII et Jhpiego dans 14 pays (**Afrique du Sud, Botswana, Eswatini, Kenya, Lesotho, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Seychelles, Soudan du Sud, Ouganda, Zambie, Zimbabwe**), a relevé que l'émigration des infirmières réduisait le réservoir d'infirmières dans ces pays émetteurs, c'est pourquoi ces pays sont susceptibles « d'être confrontés à des pénuries d'infirmières au vu de leurs besoins, empêchant la réalisation des objectifs de développement durable » ; cela « entraîne des coûts directs et indirects pour les pays d'origine, notamment les frais de formation ainsi que les salaires et les recettes fiscales perdus¹⁵⁰. »

L'étude consacrée à la région ECSA a également montré que, dans les 14 pays, la part des infirmières formées à l'étranger varie très nettement d'un pays à l'autre et qu'elle « est inversement proportionnelle à la formation locale d'infirmières, si l'on mesure le taux d'accroissement net (le nombre de jeunes diplômées dans le pays, par rapport à la disponibilité totale d'infirmières sur le marché)¹⁵¹.

Une récente note d'information de la **Région Afrique de l'OMS** axée sur le recrutement et la fidélisation des agents de santé durant la pandémie¹⁵², a relevé que le peu de publications portant sur l'Afrique met clairement en évidence le recrutement international de personnels de santé : « La pandémie a submergé les systèmes de santé de nombreux pays à revenu élevé, déclenchant une demande croissante de ressources humaines en santé dans les pays de l'hémisphère Nord, et suscitant l'inquiétude quant à l'accélération possible de l'émigration du personnel de santé du continent africain et des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. » La note d'information indique que « le problème à l'origine de la fuite des cerveaux d'Afrique est la démotivation des agents de santé (rémunération faible, absence d'avantages tels que l'assurance maladie, l'indemnité de risque, etc.), un cadre peu propice à l'exercice de leurs compétences dans la mesure où dans la majorité des pays d'Afrique, le budget alloué au secteur de la santé publique est insuffisant... » et insiste sur la nécessité de mener des recherches sur le chômage et le sous-

emploi des agents de santé en Afrique « afin de mettre en lumière le paradoxe du chômage des agents de santé dans les pays souffrant d'une grave pénurie [de personnels]. »

Si des facteurs incitatifs tels que la faiblesse des revenus, une charge de travail élevée et des perspectives professionnelles limitées poussent les infirmières à envisager d'émigrer, la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire n'encouragent pas leurs infirmières au départ. Il existe néanmoins quelques pays, notamment l'**Inde** et les **Philippines**, qui appliquent un modèle baptisé « formation à l'export ». En **Inde**, la croissance rapide du secteur de la formation a entraîné une augmentation marquée du nombre d'infirmières issues de la formation locale. Cette hausse a été particulièrement nette dans les écoles d'infirmières délivrant un baccalauréat en sciences infirmières (Bachelor of Science, BSc), le diplôme le plus utile pour travailler à l'étranger. En 2000, seuls 30 établissements proposaient le BSc en sciences infirmières recherché à l'international ; ils étaient 1 326 en 2010 et 1 996 en 2020 (voir graphique 4). La quasi-totalité de ces établissements (1 833, ou 92 %) relevant du secteur privé.



Source : rapport annuel de l'Indian Nursing Council

Aux **Philippines**, le recrutement international d'infirmières est simplifié par un organisme public, la Philippine Overseas Employment Administration (POEA)¹⁵³. La plupart des écoles d'infirmières du pays relèvent du secteur privé et les étudiants paient eux-mêmes leurs études, souvent dans l'intention claire d'exercer à l'étranger une fois le diplôme obtenu. Ce modèle a conduit à une expansion rapide du nombre d'écoles d'infirmières dans le secteur privé pour répondre à la demande internationale d'infirmières formées aux Philippines : aux États-Unis au départ mais aussi, ces dernières décennies, dans nombre de pays du Moyen-

Orient et du Golfe (p. ex., Arabie saoudite), en Europe (p. ex., Irlande, Royaume-Uni) et en Australasie (Australie, Nouvelle-Zélande, Singapour). Les États-Unis compteraient à eux seuls près de 150 000 infirmières philippines¹⁵⁴.

Si la tendance générale est à la hausse, les flux réels d'infirmières provenant des pays à revenu faible ou intermédiaire vers les différents pays récepteurs de l'OCDE varient très nettement. Une analyse récente de l'OCDE a mis en évidence que parmi les pays comptant le plus grand nombre d'infirmières formées à l'étranger, les pays anglophones sont ceux qui accueillent relativement le plus d'infirmières nées dans des pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure. En Nouvelle-Zélande, en Australie et au Canada par exemple, entre 40 % et plus de 50 % de l'ensemble des infirmières formées à l'étranger proviennent de pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure, tandis qu'en Suisse et en Norvège, la majorité provient d'autres pays de l'OCDE¹⁵⁵.

3.7 Les conséquences mondiales et l'urgence de surveiller l'autosuffisance en personnels infirmiers

Les conséquences de la COVID-19 pourraient peser sur les effectifs infirmiers dans le monde et renforcer la pénurie actuelle d'infirmières dans la plupart des pays. Le risque d'accroître les déséquilibres mondiaux d'offre et de demande est également important. La probable croissance continue des mouvements internationaux d'infirmières pourrait priver certains pays de précieuses compétences infirmières. Les rapports de pays présentés dans le chapitre 3.5 du présent mémoire soulignent que certains pays recrutant des infirmières de façon active, accélèrent désormais leur recrutement à l'international pour remédier en urgence aux pénuries accentuées par la pandémie.

Bien que toutes les infirmières devraient avoir la possibilité de circuler librement, il est urgent de surveiller et de suivre avec précision les flux internationaux d'infirmières pour identifier les pays émetteurs pouvant devenir à risque et les pays récepteurs qui augmentent activement leurs activités de recrutement international.

Le CII insiste sur le fait que les pays doivent faire de la pérennisation des personnels infirmiers un élément intégral de la planification globale des effectifs infirmiers^{156 157}, et préconise d'utiliser un « indicateur d'autosuffisance » par pays. Lorsqu'il fait l'objet d'un suivi dans le temps, cet indicateur peut indiquer le degré de dépendance des pays à l'égard des flux internationaux d'infirmières comparé à la formation locale. Le CII est intervenu à l'Assemblée mondiale de la Santé, en novembre 2020, pour défendre la mise en place d'un tel indicateur d'autosuffisance¹⁵⁸.

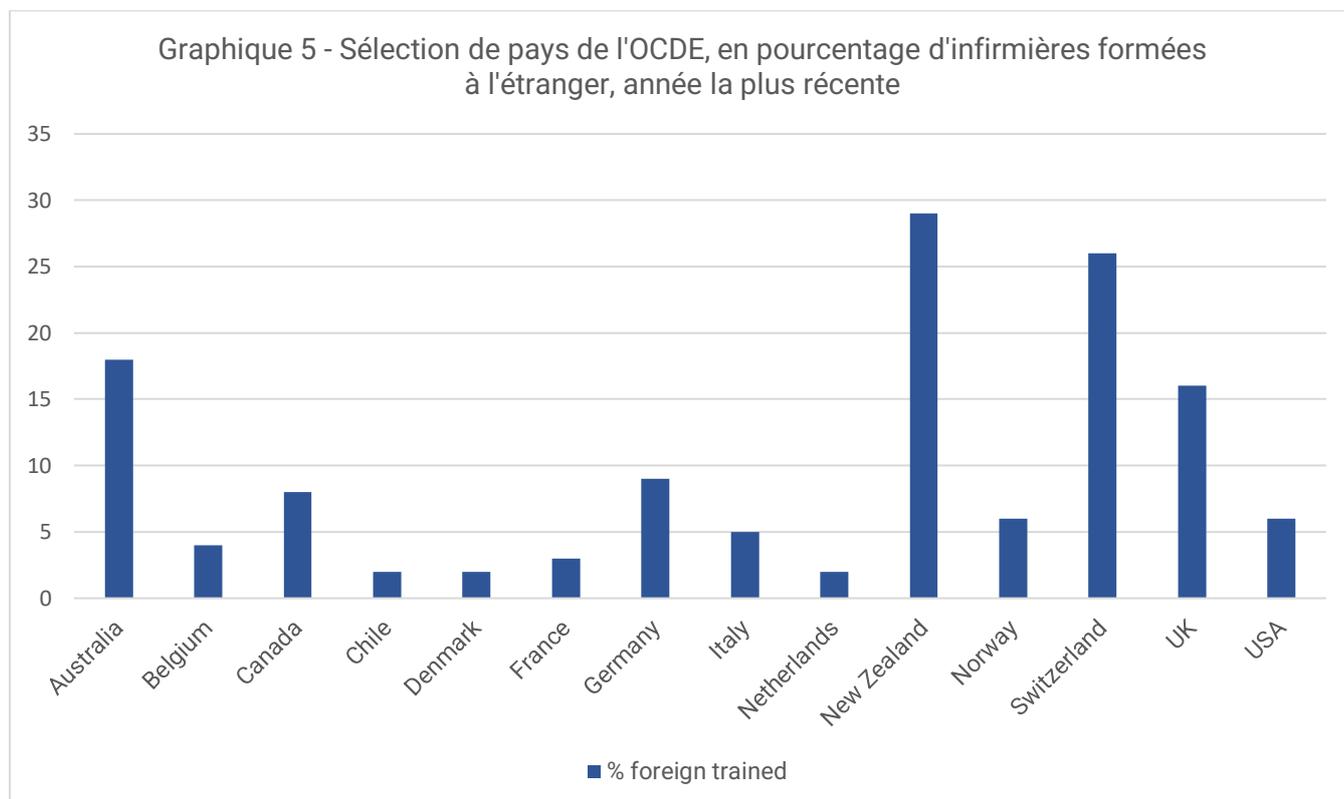
Encadré 2 – Mesurer l'autosuffisance

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

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

L'indicateur d'autosuffisance est déterminé en calculant la part d'infirmières formées à l'étranger sur l'ensemble des effectifs infirmiers du pays ; plus la part est élevée, plus le pays est dépendant. (Un autre mode de calcul, applicable aux pays émetteurs vulnérables, consiste à estimer le taux d'émigration¹⁵⁹. Le taux d'émigration peut être calculé en évaluant la part d'infirmières nées ou formées dans un pays, mais travaillant à l'étranger, comparé au nombre total d'infirmières en activité dans le pays en question. Plus le taux d'émigration est élevé, plus les effectifs infirmiers du pays ont été appauvris par les départs à l'étranger).

Cet indicateur d'autosuffisance varie sensiblement d'un pays de l'OCDE à l'autre (voir le graphique 5 ci-dessous). Certains pays, comme le **Chili**, le **Danemark** ou les **Pays-Bas**, révèlent une autosuffisance élevée et un recours relativement faible aux infirmières étrangères, alors que dans d'autres pays, le recours aux infirmières formées à l'étranger atteint 26 % (Nouvelle-Zélande).



Source : OECD 2021¹⁶⁰

Note : la Suisse utilise une méthodologie différente ; les chiffres pour les États-Unis sont une estimation

Deux des principaux groupes de pays à « faible » autosuffisance font partie de l'OCDE, à l'instar de la Nouvelle-Zélande (comme indiqué ci-dessus) et des pays de la région du Golfe (p. ex., le rapport sur *La situation du personnel infirmier dans le monde* rapporte que 77 % des infirmières en Arabie saoudite sont étrangères, 97 % au Qatar¹⁶¹).

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

Un certain nombre de pays ont déjà entrepris des mesures stratégiques concertées pour tendre vers l'autosuffisance. C'est le cas d'Oman, qui poursuit ouvertement l'objectif d'« omaniser » son personnel infirmier, en remplaçant progressivement les infirmières expatriées par des infirmières locales aux qualifications équivalentes, « afin de développer des effectifs pérennes et d'atteindre l'autosuffisance¹⁶². » La COVID-19, qui a mis à jour les risques d'une forte dépendance à l'égard de circuits de recrutement étrangers fragiles, amène également d'autres pays à renforcer leur autosuffisance. À titre d'exemple, les Émirats arabes unis ont annoncé en juillet 2021 leur intention « de concevoir des cadres nationaux dans le secteur des soins infirmiers, avec l'objectif de cibler 10 000 émiriennes dans les cinq ans¹⁶³. »

L'objectif de l'autosuffisance en personnels infirmiers à l'échelon du pays correspond également à la Stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé. La Stratégie a été approuvée par tous les États Membres de l'OMS en 2016, et la cible 2.1 consiste à ce que « d'ici à 2030, tous les pays doivent avoir progressé dans le sens d'une réduction par deux de leur dépendance d'un recrutement international de professionnels de santé pleinement formés, appliquant ainsi le Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé¹⁶⁴. » Pour tenir cet engagement, les pays doivent être en mesure de contrôler leur niveau d'autosuffisance ou de signaler leurs taux d'émigration.

Le *Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé*¹⁶⁵ a été approuvé par tous les États Membres de l'organisation en 2010. Il définit un cadre pour une approche gérée et éthique du recrutement international, qui s'inscrit dans le contexte plus large d'une planification et de politiques nationales efficaces en matière de personnels de santé. L'objectif est d'assurer la pérennité des effectifs, en soulignant le rôle des accords bilatéraux pour « gérer » l'activité de recrutement international. Il comprend un engagement à améliorer les données et le suivi des schémas de mobilité.

Le Code a été révisé par un Groupe consultatif d'experts indépendants en 2020, formulant des recommandations devant être discutées lors de l'Assemblée mondiale de la Santé¹⁶⁶, qui a convenu que le Code doit être maintenu et approfondi. Il s'agit notamment d'établir une

liste des pays nécessitant des mesures de soutien et de sauvegarde des effectifs de santé¹⁶⁷ et ne devant pas être la cible de recrutement actif, à moins qu'un accord intergouvernemental bilatéral ne soit en place pour permettre un recrutement géré et effectué « dans le strict respect des termes de cet accord. »

Le Code et la liste associée doivent être utilisés pour encadrer tout recrutement international actif. Néanmoins, le Code ne sera efficace que si les pays recruteurs respectent ses exigences, et si les pratiques de recrutement sont signalées et contrôlées. Surtout, l'application des accords bilatéraux, encouragée par l'OMS, doit faire l'objet d'un suivi indépendant pour garantir son respect et fournir des enseignements qui améliorent cette approche.

Il est également nécessaire de surveiller les activités des agences de recrutement pour évaluer dans quelle mesure elles appliquent le Code de l'OMS. Il a été signalé que des recruteurs internationaux mènent des campagnes de publicité directe en vue de recruter du personnel de santé déjà rare dans des pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure en Afrique, en Asie et dans les Caraïbes, en violation du Code¹⁶⁸. Le contrôle doit être une partie intégrante du processus pour éviter les effets négatifs d'un recrutement trop intensif dans les pays où l'offre de personnel infirmier est précaire.

4. Fidéliser pour pérenniser : le surmenage et la tendance au départ du personnel infirmier durant la pandémie

4.1 Pourquoi il est vital de mieux fidéliser les infirmières durant la pandémie

Chaque fois qu'une infirmière quitte un établissement de santé, cela a des conséquences sur l'infirmière elle-même, l'établissement de santé et les usagers. Cela entraîne des coûts organisationnels et, lorsque la fidélisation du personnel infirmier est faible, il y a des répercussions négatives sur les soins dispensés aux patients et la charge de travail des infirmières en poste.

Les employeurs doivent traiter la problématique de la fidélisation du personnel infirmier parce qu'ils ont le devoir de prendre soin de leur personnel et parce que c'est dans leur propre intérêt. Les frais découlant du roulement de personnels infirmiers constituent une charge importante pour les établissements. Des études ont été menées pour analyser les différentes conséquences du départ d'une infirmière, comme les frais de remplacement temporaire, le coût de recrutement d'une remplaçante et la perte de productivité ; la dépense financière de chacun de ces éléments a été calculée. Pour une infirmière, le coût de roulement de personnels a été estimé à 1,3 fois le salaire de l'infirmière qui est partie¹⁶⁹. D'un point de vue général, les coûts du roulement de personnels d'un établissement de santé peuvent être lourds^{170 171 172}. Un rapport récent publié aux États-Unis, a mis en évidence que chaque variation en pourcentage dans le roulement de personnels infirmiers pèse (ou fait économiser), en moyenne, 328 400 USD¹⁷³ à l'hôpital. Une autre étude récente aux États-Unis, a estimé qu'un hôpital dépense 16 736 USD par infirmière et par année d'emploi lorsque le roulement de personnels est provoqué par le surmenage des infirmières¹⁷⁴.

La pandémie de COVID-19 a fortement mis à mal la fidélisation du personnel infirmier et contribue aux risques de roulements plus importants, ce qui se répercute négativement sur les soins aux patients et augmente les coûts organisationnels. Comme mentionné plus haut, la pandémie a forcé de nombreuses infirmières à assumer une plus grande charge de travail et plus de responsabilités, à acquérir de nouvelles compétences, à être affectées dans d'autres services, à supporter une plus forte pression, dans un cadre de travail parfois dangereux, et à être celles en qui l'on a confiance parmi les personnels de « première ligne ». Tout cela s'est manifesté pratiquement du jour au lendemain. La pandémie a mis au jour et amplifié tous les problèmes de sous-effectifs infirmiers et de contraintes budgétaires préexistants, intensifiant le stress et la charge de travail des infirmières. En outre, la pandémie a touché directement les infirmières comme groupe de population : elles ont été, plus que la moyenne, infectées et malades, avec des taux de mortalité plus élevés, tout en vivant avec la crainte de contaminer leurs amis et leur famille.

Mieux fidéliser les infirmières doit être un objectif stratégique essentiel de tout système de santé qui aspire à « reconstruire en mieux » et combiné à une approche plus large pour soutenir la pérennité des effectifs infirmiers.

Dans les pays à revenu élevé récepteurs, chaque mesure de fidélisation réduit la nécessité de compter sur le recrutement international, les contraintes qui y sont associées, et peut contribuer à renforcer l'autosuffisance en personnels infirmiers. Dans les pays émetteurs, mieux fidéliser peut conduire à améliorer et à stabiliser les niveaux de dotation en personnel, et des politiques de fidélisation efficaces peuvent réduire les facteurs d'incitation à l'émigration que sont les salaires insuffisants et les perspectives professionnelles limitées. Dans tous ces cas de figure, une meilleure fidélisation est à mettre en rapport avec une meilleure dotation en personnel et des soins plus rentables.

Le problème de la fidélisation du personnel infirmier dans le contexte de la pandémie est aigu. Il suppose que la fidélisation peut être améliorée (ou pour le moins rester stable) alors que le personnel présente des niveaux toujours plus élevés de surmenage, d'arrêts de travail et aspire à réduire les heures de travail, à avoir du répit ou à partir en retraite anticipée pour avoir travaillé en première ligne durant la pandémie. Il faut également tenir compte du profil vieillissant des infirmières dans de nombreux pays, ce qui entraîne des taux de départ à la retraite plus élevés, indépendamment des effets de la COVID-19.

4.2 Les mesures des pouvoirs publics pour fidéliser les infirmières durant la pandémie

Fidéliser efficacement le personnel infirmier devrait constituer la pierre angulaire de toute stratégie concrète concernant les effectifs infirmiers. Garder le plus longtemps possible un personnel précieux et qualifié est une mesure organisationnelle plus efficace et moins coûteuse que de devoir le remplacer. Comme indiqué plus haut, la pandémie a rendu plus plausible le cercle vicieux suivant : un faible taux de fidélisation au sein d'un établissement entraîne une baisse de la dotation en personnel, qui renforce les velléités de départ.

En 2018, le CIMI a publié une note d'orientation sur la fidélisation des infirmières, qui comprenait un examen des données probantes¹⁷⁵. Cet examen a été actualisé dans le présent chapitre en tenant compte des nouvelles études de premier plan publiées entre-temps, qui comptent à la fois des examens multipays^{176 177 178 179 180 181}, des recherches sur des pays donnés, par exemple l'**Indonésie**¹⁸² la **République de Corée**,¹⁸³ la **Malaisie**¹⁸⁴ et la **Namibie**¹⁸⁵. Voici les points essentiels de l'examen :

- L'analyse des répercussions de la pandémie sur le maintien en poste du personnel infirmier s'affine et les résultats s'avèrent extrêmement inquiétants : sa fidélisation sera grevée par les problèmes de santé et de surmenage liés à la COVID-19, la réduction des heures de travail et les retraites anticipées, **accentuant la pénurie actuelle des personnels infirmiers**.
- Les facteurs contribuant à la fidélisation des infirmières dépendent en général de **facteurs organisationnels et individuels**. Dans de nombreux cas, l'impact de la COVID-19 a conduit les infirmières à devoir « tenir le coup » et « faire montre de résilience » alors que les charges étaient insupportables et le soutien insuffisant. Les employeurs et les établissements doivent prendre leurs responsabilités et offrir des conditions favorables. Les données probantes sur le surmenage des infirmières « battent clairement en brèche les interventions visant à réduire le surmenage en

ciblant les comportements individuels – comme la formation à la pleine conscience ou à la résilience – et encouragent, au contraire, celles qui visent à corriger les déséquilibres dans le cadre de travail¹⁸⁶. »

- Les données probantes font ressortir une série de facteurs organisationnels se répercutant sur le degré de satisfaction, le roulement ou la fidélisation du personnel infirmier (voir l'encadré 3 ci-dessous). **Bon nombre de ces facteurs se sont amplifiés et aggravés durant la pandémie, sachant qu'elle en a également créé de nouveaux.**

Encadré 3 – Facteurs préexistants et facteurs de pandémie se répercutant sur la fidélisation du personnel infirmier

Facteurs préexistants :

- Cadre de travail, relations de travail et conditions de travail
- Rémunération, autres incitations financières et non financières
- Souplesse et politiques favorables aux familles
- Perspectives professionnelles et accès aux formations
- Travail raisonnable et niveaux sûrs de dotation en personnel
- Rapports professionnels productifs avec les autres membres du personnel et les équipes
- Autonomie professionnelle et participation à la prise de décision
- Gestion réactive, supervision efficace et mentorat ciblé
- Mobilité professionnelle et possibilités d'emploi dans différents établissements, secteurs, régions et pays

Facteurs de la pandémie :

- Accès aux schémas de vaccination complets
- Accès à des EPI efficaces
- Formation appropriée dispensée durant la réaffectation
- Soutien pour les plages de repos / les congés
- Soutien à la santé / au bien-être

L'encadré 3 dresse une liste servant de base pour définir les actions et les interventions qui devraient être effectuées pour réussir à fidéliser le personnel infirmier. Trois mesures des pouvoirs publics sont capitales et universelles pour renforcer la fidélisation et démontrer que les établissements employeurs soutiennent leurs personnels : **garantir des niveaux de dotation en personnel adéquats** ; assurer des **conditions de travail**, des **rémunérations et**

des perspectives professionnelles attrayantes ; et garantir que les **infirmières ont un accès prioritaire à des schémas de vaccinations complets**. D'autres mesures seront également requises ; elles varieront en fonction du contexte et des priorités.

Les décideurs politiques et les ANI doivent piocher dans la base de données résumée dans l'encadré 3 pour identifier « ce qui fonctionne » et ainsi fidéliser le personnel infirmier. Il s'agit de systématiquement examiner les options d'intervention qui vont au-devant des problèmes et des priorités identifiés en matière de fidélisation du personnel infirmier et qui relèvent de leur domaine de responsabilité. Pour mieux fidéliser le personnel infirmier de façon durable, il faut probablement assurer une intervention planifiée, séquencée et à dimensions multiples, ce que l'on appelle des « ensembles » de stratégies liées, plutôt que de procéder par interventions ponctuelles. L'annexe 1 fournit des exemples de données pour le suivi de la fidélisation ; et l'annexe 2 fournit un exemple spécifique de recommandations « groupées », visant à fidéliser les infirmières expérimentées.

Afin de rechercher l'équilibre des politiques le plus efficace et renforcer la fidélisation du personnel infirmier, il s'agit notamment de prendre en compte les effets de la pandémie, le vécu et les motivations des infirmières. C'est la raison pour laquelle une approche **d'analyse d'impact sur le personnel infirmier**, telle qu'exposée au chapitre 2, constitue un fondement important de leur fidélisation et de leur pérennisation.

5. Un programme et un plan d'action pour 2022 et au-delà : recommandations pour fidéliser et pérenniser les personnels infirmiers durant la pandémie de COVID-19

Les personnels infirmiers ont été au cœur de la riposte efficace à la COVID-19 dans tous les pays. Le présent mémoire fait ressortir que les effets de la COVID-19 provoquent une hausse de la demande d'infirmières, tout en se répercutant négativement, de façon directe et indirecte, sur les infirmières prises individuellement et la disponibilité globale d'infirmières. La pénurie d'infirmières dans le monde s'élevait à six millions de professionnelles lorsque la pandémie a frappé début 2020. La COVID-19 a montré au grand jour la vulnérabilité des flux de personnels infirmiers, aux échelons national et international. Au moment de publier le présent mémoire, en janvier 2022, il est parfaitement clair que le dernier variant Omicron se répand sur la planète et aura des répercussions encore plus graves sur les personnels infirmiers dans le monde déjà en sous-effectifs et fortement sollicités.

La COVID-19 fait courir le risque croissant d'augmenter fortement la pénurie mondiale d'infirmières, qui s'élevait déjà à 5,9 millions de professionnelles avant la pandémie, accentuant également leur répartition inégale et alimentant les flux internationaux d'infirmières des pays à revenu faible ou intermédiaire vers les pays à revenu élevé. Cette situation sapera les progrès réalisés par les pays en matière de relèvement après le choc de la pandémie et pourrait empêcher la mise en place d'une couverture sanitaire universelle dans certains pays, tout en compromettant la riposte mondiale et généralisée au variant Omicron ou à toute autre flambée épidémique à venir.

Pour atténuer ces effets préjudiciables et renforcer la pérennité du personnel infirmier, les pouvoirs publics doivent de toute urgence prendre des mesures efficaces et coordonnées, aux échelons national et international. Ces mesures doivent comprendre des actions immédiates pour relever les défis urgents exposés dans le présent mémoire et l'élaboration d'une vision d'avenir et d'un plan communs à plus long terme pour les personnels infirmiers dans le monde, et cela pour veiller à ce que le monde soit mieux à même de faire face aux grands chocs d'ordre sanitaire à l'avenir.

Au **niveau national**, la pérennité du personnel infirmier doit être l'objectif. Elle peut être assurée si les pouvoirs publics s'attachent à deux priorités interdépendantes : garantir des capacités de formation nationale appropriées et mieux fidéliser les infirmières formées localement. Pour cela, il faut :

- **Agir : s'engager à soutenir des niveaux sûrs de dotation en personnel.** Les niveaux de dotation en personnel infirmier dangereusement bas ont été une source de problèmes significatifs dans de nombreux systèmes de santé durant la pandémie : une situation de sous-effectif démultiplie le risque de surmenage des infirmières qui évoluent dans le système, compromet les soins aux patients et constitue un facteur d'augmentation des départs de personnel. De nombreuses méthodologies existent pour définir les besoins en personnel : s'engager à appliquer de manière cohérente une méthode de calibrage du personnel et allouer les ressources requises sont des indicateurs essentiels de la bonne gouvernance des systèmes de santé.

- **Agir : s'engager à soutenir l'accès précoce à des schémas complets de vaccination pour toutes les infirmières.** Sans cette protection pour le personnel infirmier, toutes les autres interventions visant à renforcer la pérennité risquent d'être compromises.
- **Agir : mener des analyses d'impact sur le personnel infirmier, réalisées régulièrement,** pour obtenir des données probantes et mieux cerner l'impact de la pandémie sur les infirmières prises individuellement et sur l'ensemble des effectifs infirmiers. Les données issues des analyses d'impact permettraient d'améliorer les politiques et la planification relatives à la profession, d'optimiser la fidélisation et l'affectation des infirmières, de mieux utiliser leurs compétences, d'appuyer le suivi des mouvements internes d'infirmières et d'identifier les mesures prioritaires pour le recrutement et la fidélisation futurs. Les données pourraient également servir de base nationale à une approche dirigée par les pays pour actualiser le rapport sur *La situation du personnel infirmier dans le monde*, qui s'avère indispensable (voir ci-dessous)
- **Planifier : examiner / renforcer les capacités du système national de formation des infirmières** pour répondre à la demande et appuyer l'offre d'infirmières à long terme. Il s'agit de s'appuyer sur les données issues des analyses d'impact et sur une analyse régulière et systématique du marché du travail des infirmières au niveau national, incluant une évaluation axée sur la demande du marché, les profils de compétences et les affectations prévus des futurs effectifs infirmiers, ainsi que sur les convergences de vues pour combler les lacunes identifiées, en adaptant l'offre et les programmes d'études.
- **Planifier : évaluer / améliorer la fidélisation des infirmières et l'attrait de cette carrière,** en veillant à ce que les effets néfastes du surmenage des infirmières dû à la COVID-19 soient traités, et en leur offrant une rémunération et des conditions d'emploi justes, des perspectives professionnelles structurées et un accès à la formation continue.
- **Planifier : mettre en œuvre des politiques permettant d'optimiser la contribution du personnel infirmier à la riposte à la pandémie,** en soutenant la pratique avancée et la spécialisation, la combinaison efficace des compétences et des modes d'organisation du travail, le travail d'équipe, la fourniture de technologies et d'équipements adéquats, ainsi que des formations pour les utiliser. Cela contribuera à fidéliser les infirmières et à rendre la carrière plus attrayante. Il s'agit également d'établir un cadre réglementaire et législatif favorable.
- **Planifier : contrôler et suivre l'autosuffisance en matière d'infirmières.** L'indicateur donnant le pourcentage de dépendance envers les personnels infirmiers nés ou formés à l'étranger donne aux décideurs nationaux un aperçu de l'étendue de leur dépendance (et de leur vulnérabilité potentielle) à l'égard de l'offre internationale d'infirmières. Il permet au pays de suivre et d'afficher les progrès accomplis en vue de respecter les engagements majeurs des *Ressources humaines pour la santé : stratégie*

*mondiale à l'horizon 2030*¹⁸⁷, et de rendre compte de la mise en œuvre du Code de l'OMS¹⁸⁸.

Au **niveau international**, la réponse politique doit tenir compte du fait que les dégâts provoqués par la pandémie ont été plus grands parmi les personnels infirmiers des pays à faible revenu, déjà vulnérables et souvent en sous-effectifs. Certains pays risquent de ne pas pouvoir réaliser la couverture sanitaire universelle et resteront particulièrement vulnérables aux départs massifs d'infirmières, même en parvenant à mettre en œuvre des politiques nationales visant à améliorer la disponibilité de personnel infirmier. Ces pays à risque doivent être soutenus par la communauté internationale. Les principales parties prenantes mondiales, telles que l'OMS, l'OCDE, la Banque mondiale et le CII, doivent agir sans délai, mais également élaborer et convenir d'une vision d'avenir et d'un plan à long terme, sur dix ans, pour soutenir les personnels infirmiers dans le monde.

Ce **plan** à long terme doit se concentrer sur la façon de reconstituer les effectifs infirmiers dans le monde et investir pour les faire croître. Il doit être dans le droit fil des **mesures** plus immédiates présentées dans le présent mémoire afin de définir les engagements requis sur dix ans et ainsi pérenniser les effectifs infirmiers à l'échelon mondial. La pandémie a changé le monde et mis en évidence les risques terribles de pénurie de personnel infirmier, mais elle a également révélé à quel point « la santé est une richesse », les pays devant investir dans leurs systèmes de santé s'ils souhaitent favoriser des économies dynamiques. Les instruments mondiaux actuels et les stratégies relatives aux personnels de santé, tels que les *Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030*¹⁸⁹ et la Commission de haut niveau de l'ONU sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique¹⁹⁰, reflètent le monde d'avant la pandémie. Ils peuvent continuer de fournir un cadre général pour les stratégies futures, mais il est clair qu'ils doivent être actualisés pour tenir compte des conséquences de la pandémie.

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

- **Agir : promouvoir une actualisation immédiate de l'analyse de *La situation du personnel infirmier dans le monde***. Ce rapport a été publié début 2020 et décrit le profil des personnels infirmiers dans un monde antérieur à la pandémie. Il s'agit

d'une référence utile, mais la pandémie a changé le monde à jamais. Alors que nous entrons dans la troisième année de la pandémie, il est urgent d'actualiser le profil mondial des effectifs infirmiers pour évaluer les dégâts et les possibilités d'action ciblée en matière de pérennité et de renouvellement.

- **Planifier : s'engager à soutenir l'accès précoce à des schémas de vaccination complets pour toutes les infirmières, dans tous les pays.** Une coopération internationale est requise pour protéger le personnel infirmier dans tous les pays.
- **Planifier : s'engager à appliquer et à évaluer des approches efficaces et éthiques de la gestion des flux internationaux d'infirmières,** en s'inscrivant dans une démarche collective dans le cadre de l'application plus complète du *Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé*¹⁹¹. Il s'agit de mieux surveiller les flux internationaux d'infirmières, de mettre en place un contrôle indépendant de l'usage des accords bilatéraux entre pays et des agences de recrutement pour garantir la conformité, et d'adopter des pratiques de recrutement et d'emploi équitables et transparentes. Les données probantes concernant la mise en œuvre de ces politiques sont actuellement insuffisantes pour éclairer des politiques efficaces et doivent être enrichies de toute urgence.
- **Planifier : engagement à soutenir des analyses d'impact régulières et systématiques sur les personnels infirmiers, en particulier dans les pays aux ressources limitées,** en dispensant des conseils techniques, en améliorant les données, en procédant à des analyses indépendantes et des échanges multipartites sur les politiques pour convenir de mesures politiques prioritaires concernant la disponibilité et la fidélisation du personnel infirmier local.
- **Planifier : engagement à investir pour pérenniser les effectifs infirmiers des petits États, des États à faible revenu et des États fragiles, plus vulnérables aux départs des personnels infirmiers et plus touchés par la pandémie,** en s'appuyant sur les enseignements de la Commission de haut niveau des Nations Unies sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique¹⁹² et sur les *Orientations stratégiques mondiales de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux*, qui démontrent les avantages économiques, sociaux et sanitaires à long terme d'investir dans les personnels infirmiers.

Agir et planifier. Il faut à la fois des mesures urgentes et une vision d'avenir et un plan communs à long terme pour les personnels infirmiers dans le monde. La pandémie de COVID-19 a fait des ravages sans précédent parmi eux et en cause déjà d'autres en 2022. Sans infirmières en nombre suffisant, motivées et soutenues, le système de santé mondial ne peut pas fonctionner. Les pouvoirs publics doivent de toute urgence prendre des mesures coordonnées aux échelons national et international pour appliquer le Programme d'action 2022 et élaborer un plan à plus long terme, à savoir mieux fidéliser les infirmières et donner de l'espoir pour la pérennité de la profession.

Annexe 1 : indicateurs de l'analyse d'impact sur les personnels infirmiers

Nombre d'indicateurs sur le personnel peuvent être utilisés pour évaluer la fidélisation du personnel infirmier et être pleinement intégrés à l'analyse d'impact sur les personnels infirmiers. (Voir le Manuel de l'OMS¹⁹³ et les études récentes sur les abandons de poste des personnels de santé^{194 195} pour de plus amples informations sur les approches analytiques et leurs limites).

Le tableau A.1 ci-dessous présente les indicateurs généralement utilisés pour mesurer la fidélisation du personnel infirmier.

Tableau A.1 – Typologie des indicateurs généralement utilisés pour mesurer la fidélisation du personnel infirmier

Indicateur	Mode de calcul courant	Forces / Limites
Roulement	<p>Le roulement et les termes équivalents « [d'] abandon »¹⁹⁶ ou de « perte »¹⁹⁷, sont généralement exprimés en pourcentage de personnel infirmier dans un lieu de travail ou un système particulier ayant quitté l'établissement (ou changé d'emploi) au cours des 12 derniers mois. On l'appelle parfois le taux de roulement annuel « brut » :</p> <p><i>Le nombre de « départs » divisé par le nombre moyen d'employés en poste durant l'année.</i></p> <p>Autres mesures : probabilités de longévité¹⁹⁸, longévité médiane (années), analyse de la longévité, abandon dans les premières années après l'obtention du diplôme.</p>	<p>Le taux de roulement du personnel infirmier, quelle que soit la façon dont il est calculé, est le mode de calcul le plus courant pour évaluer la fidélisation (ou l'absence de fidélisation). Le roulement souhaité et le roulement non souhaité doivent être différenciés ; les destinations internes et externes des « départs » volontaires doivent être différenciées.</p>
Stabilité	<p>Examiner la stabilité du personnel infirmier suit le même fil conducteur que la fidélisation des infirmières, mais sous l'angle de celles qui restent plutôt que de celles qui partent. Un haut degré de stabilité ou de fidélisation du personnel s'oppose au roulement élevé, et peut être</p>	<p>Le choix de rester en poste, alors qu'il existe une option de départ, peut indiquer que le cadre de travail satisfait les exigences de l'infirmière. La stabilité peut être un indicateur utile de conditions favorables, en partant du principe que</p>

	<p>associé positivement au niveau et à la qualité des soins de santé disponibles¹⁹⁹.</p> <p>Indice de stabilité 1 – pourcentage de personnels en poste au début de l'année 1 et toujours en poste dans le même établissement un an plus tard.</p>	<p>l'infirmière fait le « choix » de rester ou de s'en aller.</p>
Arrêts de travail	<p>L'absentéisme du personnel infirmier est considéré comme un obstacle à l'amélioration des résultats de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire^{200 201}. Il s'agit de l'une des caractéristiques fondamentales de nombreux systèmes durant la pandémie.</p> <p>Taux d'arrêts de travail « brut » : temps perdu en raison d'un arrêt de travail en pourcentage du temps de travail défini par le contrat au cours d'une période donnée.</p> <p>Parmi les autres mesures de calcul, citons la durée moyenne par période d'arrêts de travail et la durée moyenne d'arrêts de travail par personne.</p>	<p>Les taux d'arrêts de travail peuvent être simples à calculer ; l'analyse des taux d'arrêts de travail par différents groupes de personnels, services ou activités peut aider à identifier les domaines particuliers qui posent un problème. L'une des principales limites réside dans le fait que comparer les taux d'arrêts de travail de différentes unités peut amener à tirer des conclusions erronées si des calculs de base comme le nombre et la durée des arrêts ne sont pas également fournies.</p>
Candidates	<p>Nombre de candidates « qualifiées » pour les emplois / postes d'infirmières donnés</p>	<p>Cet indicateur « [d']attractivité » des postes peut être utilisé pour évaluer le « taux de postes pourvus », le pourcentage de postes occupés par du personnel infirmier qualifié. Ce taux peut être comparé à celui d'autres composantes du système de santé pour évaluer le « problème » relatif au recrutement dans des zones déterminées (p. ex., les zones rurales / isolées)</p>

<p>Postes à pourvoir</p>	<p>Si des emplois / postes d'infirmières budgétés ne sont pas pourvus, cela peut indiquer qu'ils ne sont pas attrayants pour les agents, du fait des conditions de travail, de la situation géographique, voire que l'établissement qui recrute est précédé d'une mauvaise réputation. Le taux de postes vacants peut être un indicateur de l'attractivité ou du manque d'attractivité relatifs de différents emplois, lieux ou établissements, et en tant que tel, le taux de vacance peut être utilisé comme indicateur.</p> <p><i>Le nombre de postes budgétés qui ne sont pas pourvus, exprimé en pourcentage du nombre total de postes, p. ex., le pourcentage du taux de vacance.</i></p>	<p>Certains établissements laissent délibérément des postes d'infirmières vacants pour faire des économies sur les coûts de recrutement, compromettant la fiabilité des taux de vacance comme indicateur de pénurie ; si les postes vacants ne peuvent pas être pourvus, ils peuvent être supprimés, « masquant » le problème de la pénurie.</p>
--------------------------	--	--

Références : (voir ^{202 203 204} pour de plus amples informations)

Ces indicateurs de fidélisation du personnel infirmier sont, au mieux, partiellement utiles et leur usage comme leur interprétation sont sujets à caution. Il s'agit de s'appuyer sur l'ensemble de ces indicateurs, de façon régulière, pour suivre les tendances générales, qui sont beaucoup plus utiles que les calculs faits ponctuellement. La diversité des modes de calcul peut limiter les possibilités de comparaison, et si des calculs différents sont faits sur différents sites ou à différentes périodes. Ces limites méthodologiques peuvent également être accentuées par les entraves liées à l'interprétation des données en tant qu'indicateurs clairs du mode de fonctionnement du personnel infirmier. Par exemple, un faible taux de roulement du personnel infirmier peut simplement illustrer l'absence d'alternative professionnelle pour les infirmières plutôt qu'un haut degré de satisfaction au travail ; des absences répétées d'infirmières peuvent correspondre à des problèmes d'accès aux transports plutôt qu'à une absence de motivation ; la permanence élevée de postes vacants d'infirmières peut refléter une volonté de réduire les coûts.

Ensembles minimaux de données et système de comptes nationaux sur les personnels de santé

L'OMS recommande actuellement la création d'un système de comptes nationaux sur les personnels de santé²⁰⁵ et d'ensembles minimaux de données pour le registre des personnels de santé²⁰⁶, qui contiendraient divers éléments pertinents pour ce domaine d'action des pouvoirs publics.

Annexe 2 : maintenir en poste les infirmières expérimentées durant la pandémie

De nombreux pays, notamment ceux de l'OCDE à revenu élevé, disposent d'un personnel infirmier vieillissant. Avant la pandémie, il était déjà admis que ce phénomène entraînait des conséquences majeures sur le maintien en poste du personnel, y compris l'énorme défi du renouvellement. La COVID-19 a accéléré les inquiétudes relatives au maintien en poste des infirmières plus âgées, dont beaucoup ont souffert des lourdes charges de travail et de surmenage. Les infirmières plus âgées ont plus souvent des compétences supplémentaires ou des qualifications en pratique avancée ou spécialisées. Elles ont toutes une expérience unique. Des politiques doivent être mises en place pour permettre à ces infirmières de rester des membres actifs de la profession aussi longtemps qu'elles le souhaitent.

Selon les estimations du rapport sur *La situation du personnel infirmier dans le monde*, datant d'avant la pandémie, une infirmière sur six (17 %) dans le monde prendra sa retraite au cours des dix prochaines années²⁰⁷. La nécessité d'agir était déjà évidente pour promouvoir le maintien en poste des infirmières plus âgées. Pour relever ce défi, le CIMI a publié, en 2020, un examen de synthèse des données probantes et formulé des recommandations de stratégies pour maintenir en poste les infirmières expérimentées²⁰⁸. La synthèse des données factuelles internationales a permis d'élaborer un plan en dix points pour aller au-devant des infirmières âgées (Tableau A.2). La pandémie s'est répercutée sur les infirmières plus âgées et risque d'accélérer les départs à la retraite, rendant ces mesures encore plus indispensables.

Tableau A.2 – Plan en 10 points pour soutenir les infirmières âgées

- 1. Comprendre le profil du personnel et les besoins professionnels des infirmières âgées grâce à des enquêtes, des groupes de discussion et des analyses du marché du travail des soins infirmiers**
- 2. Éviter les préjugés liés à l'âge en matière de recrutement et d'emploi**
- 3. Proposer des horaires souples qui répondent aux besoins des infirmières âgées**
- 4. Garantir le même accès aux formations et aux perspectives professionnelles pertinentes pour les infirmières âgées**
- 5. Veiller à ce que les stratégies de santé et de sécurité au travail facilitent le bien-être du personnel**
- 6. Encourager la redéfinition des tâches professionnelles pour alléger de lourdes charges de travail et de stress, et renforcer l'intérêt du travail pour optimiser la contribution des infirmières âgées**
- 7. Maintenir un régime de traitements et indemnités qui réponde aux besoins des infirmières âgées et récompense l'expérience**

- 8. Soutenir les infirmières âgées dans leur pratique avancée et spécialisée, mais aussi dans leur rôle d'encadrement et d'accompagnement**
- 9. Continuer d'assurer la planification de la relève pour permettre le transfert de connaissances et le développement du leadership**
- 10. Proposer des options pour préparer leur retraite et, le cas échéant, des modalités souples pour la retraite**

Références

- ¹ La situation du personnel infirmier dans le monde 2020 : investir dans la formation, l'emploi et le leadership. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020.
- ² OMS (2020) Managing health workforce migration - The Global Code of Practice. OMS, Genève.
<https://www.who.int/hrh/migration/code/practice/en/> (accès le 18 mai 2020)
- ³ OMS (2016) S'engager pour la santé et la croissance : Investir dans le personnel de santé. Rapport de la Commission de haut niveau sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique. Genève.
<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241511308>
- ⁴ Mancini D. et al. (2021) Covid cases reach a high in 20 countries. Financial Times, 31 décembre, p. 8.
- ⁵ Lintern S., Pogrud G. (2022) NHS struggles as sickness takes out 1 in 10 staff. The Times, 2 janvier.
<https://www.thetimes.co.uk/article/115e417c-6b47-11ec-bb37-1b2eed73c283?shareToken=2207c3e9ac71d5e7a38878abfa13f532>
- ⁶ Mosleh O. (2021) I can't even explain to you how hard it is to get up and go to work?: Nurses face Omicron, a worker shortage — and shifting rules. Toronto Star
<https://www.thestar.com/news/canada/2021/12/31/we-knew-the-numbers-were-a-problem-nursing-shortage-laid-bare-as-health-systems-face-omicron.html>
- ⁷ Boston Herald/ AP (2021) Omicron is latest blow to pandemic-weary front-line workers. 24 décembre.
<https://www.bostonherald.com/2021/12/24/omicron-is-latest-blow-to-pandemic-weary-front-line-workers/>
- ⁸ Visontay E. (2021) NSW hospitals resort to flying nurses in from overseas as staff are begged to take extra shifts amid Covid crisis. The Guardian online, 31 décembre.
<https://www.theguardian.com/australia-news/2022/jan/01/nsw-hospitals-resort-to-flying-nurses-in-from-overseas-as-staff-are-begged-to-take-extra-shifts-amid-covid-crisis>
- ⁹ CII (2021) Le CII déclare que les 115 000 décès d'agents de santé dus à la COVID-19 révèlent l'échec collectif des dirigeants à protéger le personnel mondial. CII Genève, 21 octobre.
https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PR_55_Statement%20on%20WHO%20HCW%20deaths%20stats_v5_FINAL_FR_FINAL.pdf
- ¹⁰ Voir p. ex. Fernandez, R., Lord, H., Halcomb, E., Moxham, L., Middleton, R., Alananzeh, I., & Ellwood, L. (2020). Implications for COVID-19: a systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic. *International journal of nursing studies*, 111, 103637; Galanis, P., Vraha, I., Fragkou, D., Bilali, A., & Kaitelidou, D. (2021). Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of advanced nursing*.
- ¹¹ OMS (2021) The impact of COVID-19 on health and care workers: a closer look at deaths. Health Workforce Department – Working Paper 1. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; septembre 2021
- ¹² OMS (2021) Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. Genève : OMS, 2021
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS-continuity-survey-2021.1>
- ¹³ CII (2020) Immediate and serious threat: ICN calls on WHO member states to collect and share data on health worker COVID-19 infection rates and deaths. 18 mai. CII, Genève.
- ¹⁴ Gilbert L., Lilly A. (2021) Independent Review COVID-19 outbreaks in Australian Residential Aged Care Facilities - no time for complacency -Department of Health, Australia.
<https://www.health.gov.au/resources/publications/coronavirus-covid-19-independent-review-of-covid-19-outbreaks-in-australian-residential-aged-care-facilities>
- ¹⁵ La situation du personnel infirmier dans le monde 2020 : investir dans la formation, l'emploi et le leadership. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020.

- ¹⁶ CII (2021) Le CII déclare que les 115 000 décès d'agents de santé dus à la COVID-19 révèlent l'échec collectif des dirigeants à protéger le personnel mondial. CII Genève, 21 octobre.
<https://www.icn.ch/fr/actualites/le-cii-declare-que-les-115-000-deces-dagents-de-sante-dus-la-covid-19-revelent-lechec>
- ¹⁷ La situation du personnel infirmier dans le monde 2020 : investir dans la formation, l'emploi et le leadership. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020.
- ¹⁸ Holloway A., Thomson A., Stilwell B., Finch H., Irwin K., Crisp N. 'Agents of Change: the story of the Nursing Now Campaign' Nursing Now/Burdett Trust for Nursing, 2021.
- ¹⁹ SDNM
- ²⁰ La situation du personnel infirmier dans le monde 2020 : investir dans la formation, l'emploi et le leadership. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020.
- ²¹ P. ex. Maier C. et al. (2020) What strategies are countries using to expand health workforce capacity to treat Covid-19 patients? Observatoire européen de l'OMS, Bruxelles. 23 avril 2020.
<https://analysis.Covid-19healthsystem.org/index.php/2020/04/23/what-strategies-are-countries-using-to-expand-health-workforce-surge-capacity-to-treat-Covid-19-19-patients/>
- ²² Gupta N., Balcom S.A., Gulliver A., Witherspoon R.L. (2021) Health workforce surge capacity during the COVID-19 pandemic and other global respiratory disease outbreaks: A systematic review of health system requirements and responses. *Int J Health Plann Manage*;36:26–41.
- ²³ Organisation mondiale de la Santé (2021) Impact of COVID-19 on human resources for health and policy response: the case of Plurinational State of Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador and Peru. Overview of findings from five Latin American countries, page 22. Genève : OMS [Impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud y respuesta de política: el caso del Estado Plurinacional de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y el Perú. Síntesis de hallazgos en cinco países de América Latina]
- ²⁴ Maier C. et al. (2020) What strategies are countries using to expand health workforce capacity to treat Covid-19 patients? Observatoire européen de l'OMS, Bruxelles. 23 avril 2020. <https://analysis.Covid-19healthsystem.org/index.php/2020/04/23/what-strategies-are-countries-using-to-expand-health-workforce-surge-capacity-to-treat-Covid-19-19-patients/> (accès le 27 mai 2020)
- ²⁵ Batalova, Jeanne and Michael Fix (2020). As U.S. Health-Care System Buckles under Pandemic, Immigrant & Refugee Professionals Could Represent a Critical Resource. Migration Policy Institute commentary, avril 2020 <https://www.migrationpolicy.org/news/us-health-care-system-coronavirus-immigrant-professionals-untapped-resource> (accès le 17 mai 2020)
- ²⁶ McLaughlin (2020) The Fragility of the Global Nurse Supply Chain. *The Atlantic Journal*, 30 avril. <https://www.theatlantic.com/international/archive/2020/04/immigrant-nurse-health-care-coronavirus-pandemic/610873/> (accès le 18 mai 2020)
- ²⁷ San Juan, N. V., Camilleri, M., Jeans, J. P., Monkhouse, A., Chisnall, G., & Vindrola-Padros, C. (2021). Redeployment and training of healthcare professionals to Intensive Care during COVID-19: a systematic review. *MedRxiv*.
- ²⁸ Tangcharoensathien V, Wisawatpanimit P, Chanprasobpol B (2021) REPORT ON AUGUST-NOVEMBER 2020 AAAH CONFERENCE AND WEBINAR SERIES: Addressing healthcare workers challenges in response to COVID 19: Sharing experiences and drawing countries lessons. Publishing Office, International Health Policy Program (IHPP), Thaïlande
- ²⁹ Llop-Gironés, A., Vračar, A., Llop-Gironés, G. et al. (2021) Employment and working conditions of nurses: where and how health inequalities have increased during the COVID-19 pandemic?. *Hum Resour Health* 19, p. 112
- ³⁰ Lee, J., Cho, H. S., & Shin, S. R. (2021). Nursing strategies for the post-COVID-19 era. *International Nursing Review*, 68(2), pp. 149-152.
- ³¹ Organisation mondiale de la Santé (2021) Impact of COVID-19 on human resources for health and policy response: the case of Plurinational State of Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador and Peru. Overview

of findings from five Latin American countries. Genève : OMS [Impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud y respuesta de política: el caso del Estado Plurinacional de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y el Perú. Síntesis de hallazgos en cinco países de América Latina]

³² Sudre, C. H., Murray, B., Varsavsky, T., Graham, M. S., Penfold, R. S., Bowyer, R. C. & Steves, C. J. (2021). Attributes and predictors of long COVID. *Nature medicine*, 27(4), pp. 626-631.

³³ Bajnok, I., Shamian, J., Catton, H., Skinner, T., & Pavlovic, T. (2018). The role of nurses in immunisation. A snapshot from OECD countries. *Conseil International des Infirmières*.
https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/IMMUNISATION_Report%20%28002%29.pdf

³⁴ CII. (2020). Success of mass COVID-19 vaccination programmes will depend on frontline nurses and nurse leaders at the highest level of government. CII, Genève. <https://www.icn.ch/news/success-mass-covid-19-vaccination-programmes-will-depend-frontline-nurses-and-nurse-leaders>

³⁵ Burden, S., Henshall, C. and Oshikanlu, R. (2021), Harnessing the nursing contribution to COVID-19 mass vaccination programmes: Addressing hesitancy and promoting confidence. *Journal of Advanced Nursing*, 77: e16-e20. <https://doi.org/10.1111/jan.14854>

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

³⁷ Goldberg S., Lavon E. (2021). The Israeli vaccination workforce has been led and managed by the nursing profession. In: Buchan et al (2021) *Governing health workforce responses during COVID-19*. *Eurohealth* 27 (1) <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/covid-19-and-the-opportunity-to-strengthen-health-system-governance-eurohealth>

³⁸ Organisation mondiale de la Santé (2021) Impact of COVID-19 on human resources for health and policy response: the case of Plurinational State of Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador and Peru. Overview of findings from five Latin American countries, page 22. Genève : OMS [Impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud y respuesta de política: el caso del Estado Plurinacional de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y el Perú. Síntesis de hallazgos en cinco países de América Latina]

³⁹ ANMJ Staff (2021) We have the nurses. We have the expertise': Peak bodies call for nurse practitioners to be utilised in COVID-19 vaccination rollout. *Australian Nursing and Midwifery Journal*. 30 juillet. <https://anmj.org.au/we-have-the-nurses-we-have-the-expertise-peak-calls-for-nurse-practitioners-to-be-utilised-in-covid-19-vaccination-rollout/>

⁴⁰ CII (2021) Le CII soutient la Déclaration de l'OMS sur l'équité en matière de vaccins, avertissant que tout retard dans leur déploiement mondial peut s'avérer catastrophique. <https://www.icn.ch/fr/actualites/le-cii-soutient-la-declaration-de-loms-sur-lequite-en-matiere-de-vaccins-avertissant-que>

⁴¹ CII (2021) Le CII appelle à des mesures urgentes pour renforcer les efforts de vaccination des personnels de santé en Afrique, les chiffres révélant qu'un seul agent sur dix est entièrement vacciné, Genève. 30 septembre. <https://www.icn.ch/fr/actualites/le-cii-appelle-des-mesures-urgentes-pour-renforcer-les-efforts-de-vaccination-des>

⁴² Lee, J., Cho, H. S., & Shin, S. R. (2021). Nursing strategies for the post-COVID-19 era. *International Nursing Review*, 68(2), pp. 149-152.

⁴³ Rowlands S.L. (2021) Understanding and mitigating moral injury in nurses. *Nursing Standard*. doi: 10.7748/ns.2021.e11703

⁴⁴ Gómez-Ibáñez, R., Watson, C., Leyva-Moral, J. M., Aguayo-González, M., & Granel, N. (2020). Final-year nursing students called to work: Experiences of a rushed labour insertion during the COVID-19 pandemic. *Nurse Education in Practice*, p. 49, 102920.

⁴⁵ Ulenaers, D., Grosemans, J., Schrooten, W., & Bergs, J. (2021). Clinical placement experience of nursing students during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Nurse education today*, 99, 104746.

- ⁴⁶ Roca, J., Canet-Vélez, O., Cemeli, T., Lavedán, A., Masot, O., & Botigué, T. (2021). Experiences, emotional responses, and coping skills of nursing students as auxiliary health workers during the peak COVID-19 pandemic: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*.
- ⁴⁷ Tshivhase, L., Ndou, N. D., Risenga, P. R., Moyo, I., Mudau, T. S., Mboweni, S., & Mavhandu-Mudzusi, A. H. Human resource challenges experienced by nurse managers at a South African rural district hospital during COVID-19 pandemic. <https://www.pulsus.com/scholarly-articles/human-resource-challenges-experienced-by-nurse-managers-at-a-south-african-rural-district-hospital-during-covid19-pandemic-8753.html>
- ⁴⁸ Pfortner T., Pfaff H., Hower K. (2021) Will the demands by the covid-19 pandemic increase the intent to quit the profession of long-term care managers? A repeated cross-sectional study in Germany, *Journal of Public Health*, Volume 43, Issue 3, September 2021, Pages e431–e434
- ⁴⁹ Adelson P., Fish J., Peters M.D.J., Corsini N., Sharplin G., Eckert M. (2021) COVID-19 and workforce wellbeing: A survey of the Australian nursing, midwifery, and care worker workforce. A report prepared for the Australian Nursing and Midwifery Federation. Adelaide, SA: University of South Australia, 2021. DOI : 10.25954/6098c87b12e96
- ⁵⁰ Halcomb, E., McInnes, S., Williams, A., Ashley, C., James, S., Fernandez, R., Stephen, C. and Calma, K. (2020), The Experiences of Primary Healthcare Nurses During the COVID-19 Pandemic in Australia. *Journal of Nursing Scholarship*, 52: pp. 553-556
- ⁵¹ Bruyneel, A., Smith, P., Tack, J., & Pirson, M. (2021). Prevalence of burnout risk and factors associated with burnout risk among ICU nurses during the COVID-19 outbreak in French speaking Belgium. *Intensive and Critical Care Nursing*, 65, 103059
- ⁵² Magalhães, A. M. M. D., Trevilato, D. D., Pai, D. D., Barbosa, A. D. S., Medeiros, N. M., Seeger, V. G., & Oliveira, J. L. C. D. (2021). Professional burnout of nursing team working to fight the new coronavirus pandemic. *Revista Brasileira de Enfermagem*, p. 75.
- ⁵³ Lavoie-Tremblay, M., Gélinas, C., Aubé, T., Tchouaket, E., Tremblay, D., Gagnon, M. P., & Côté, J. (2021). Influence of caring for COVID-19 patients on nurse's turnover, work satisfaction, and quality of care. *Journal of Nursing Management*. doi: 10.1111/jonm.13462
- ⁵⁴ Havaei, F., Ma, A., Staempfli, S., & MacPhee, M. (2021, January). Nurses' Workplace Conditions Impacting Their Mental Health during COVID-19: A Cross-Sectional Survey Study. In *Healthcare* (Vol. 9, No. 1, p. 84). Multidisciplinary Digital Publishing Institute.
- ⁵⁵ Hong, S., Ai, M., Xu, X., Wang, W., Chen, J., Zhang, Q., ... & Kuang, L. (2021). Immediate psychological impact on nurses working at 42 government-designated hospitals during COVID-19 outbreak in China: A cross-sectional study. *Nursing outlook*, 69(1), pp. 6-12.
- ⁵⁶ Lamptey, E. (2020). Psychological impacts of COVID-19 on health professionals: a cross-sectional survey of 1000 nurses across ECOWAS countries. *Research Journal in Medicine and Health Sciences*, 1(1).
- ⁵⁷ El-Monshed, A. H., Amr, M., Ali, A. S., Elmasry, Y. M., & Zoromba, M. (2021). Nurses' knowledge, concerns, perceived impact and preparedness toward COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Practice*, e13017.
- ⁵⁸ Pérez-Raya, F., Cobos-Serrano, J. L., Ayuso-Murillo, D., Fernández-Fernández, P., Rodríguez-Gómez, J. A., & Almeida Souza, A. (2021). COVID-19 impact on nurses in Spain: a considered opinion survey. *International nursing review*. 68(2):248-255.
- ⁵⁹ Sinsky, C. A., Brown, R. L., Stillman, M. J., & Linzer, M. (2021). COVID-Related stress and work intentions in a sample of US health care workers. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, 5(6), pp. 1165-1173.
- ⁶⁰ Gretchen B., Lapointe M., Murphy M., Viscardi, M. (2021) Nursing in 2021: Retaining the healthcare workforce when we need it most. McKinsey and Co. <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare->

systems-and-services/our-insights/nursing-in-2021-retaining-the-healthcare-workforce-when-we-need-it-most

⁶¹ Raso, R., Fitzpatrick, J., Masick, K. (2021) Nurses Intent to Leave their Position and the Profession During the COVID-19 Pandemic, *JONA: The Journal of Nursing Administration*: October 2021 - Volume 51 – Issue 10 – pp. 488-494

⁶² Jose, S., Dhandapani, M., & Cyriac, M. C. (2020). Burnout and resilience among frontline nurses during COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in the emergency department of a tertiary care center, North India. *Indian Journal of Critical Care Medicine: Peer-reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 24(11), 1081.

⁶³ Mirzaei, A., Rezakhani Moghaddam, H., & Habibi Soola, A. (2021). Identifying the predictors of turnover intention based on psychosocial factors of nurses during the COVID-19 outbreak. *Nursing Open*.

⁶⁴ Lambert S., Mahon A. (2021) An exploration of the wellbeing of nurses and midwives in Ireland: A research project to inform the 'Let's Talk About It' mental health collective for INMO members. INMO, Dublin.

⁶⁵ Japanese Nursing Association (2021) Survey Results on the Actual Status of Nurses' Responses to COVID-19 JNA News Release 2021.March Vol.34

https://www.nurse.or.jp/jna/english/news/pdf/2021nr_34.pdf

⁶⁶ Alameddine, M., Clinton, M., Bou-Karroum, K., Richa, N., & Doumit, M. A. (2021). Factors Associated With the Resilience of Nurses During the COVID-19 Pandemic. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*.

⁶⁷ Al Maqbali, M., & Al Khadhuri, J. (2021). Psychological impact of the coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic on nurses. *Japan Journal of Nursing Science*, e12417.

⁶⁸ Kabunga, A., & Okalo, P. (2021). Prevalence and predictors of burnout among nurses during COVID-19: a cross-sectional study in hospitals in central Uganda. *BMJ open*, 11(9), e054284.

⁶⁹ Voir p. ex. Heesakkers, H., Zegers, M., van Mol, M. M., & van den Boogaard, M. (2021). The impact of the first COVID-19 surge on the mental well-being of ICU nurses: A nationwide survey study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 103034.

⁷⁰ Labrague, L. J., & de Los Santos, J. A. A. (2021). Fear of Covid-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses. *Journal of nursing management*, 29(3), pp. 395-403.

⁷¹ Nashwan, A. J., Abujaber, A. A., Villar, R. C., Nazarene, A., Al-Jabry, M. M., & Fradelos, E. C. (2021). Comparing the Impact of COVID-19 on Nurses' Turnover Intentions before and during the Pandemic in Qatar. *Journal of Personalized Medicine*, 11(6), p. 456.

⁷² Shin, K.L. (2020) *A survey of unfair treatment among nurses related to COVID-19*. Korean Nurses Association. News 15 May. Pour le consulter : http://www.koreanurse.or.kr/board/board_read.php?board_id=press&member_id=admin&exec=&no=348&category_no=&step=0&tag=&sgroup=338&sfloat=&position=3&mode=&find=&search= (en coréen)

⁷³ Jun-Hee B, Aeyoung S, Soo Jung C, Sunah P. (2021) Factors Influencing the Turnover Intention of COVID-19 Ward and General Ward Nurses in Public Hospitals. *Korean Journal of Occupational Health Nursing* 2021 ; 30:46-56

⁷⁴ Royal College of Nursing (2021) Employment Survey 2021.RCN, Londres. <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/employment-survey-2021-uk-pub-010-075>

- ⁷⁵ Chen, R., Sun, C., Chen, J. J., Jen, H. J., Kang, X. L., Kao, C. C., & Chou, K. R. (2021). A large-scale survey on trauma, burnout, and posttraumatic growth among nurses during the COVID-19 pandemic. *International journal of mental health nursing*, 30(1), pp. 102-116.
- ⁷⁶ Williams G. et al. (2020). How are countries supporting the mental health and wellbeing of their health workforce? Observatoire européen de l’OMS, Bruxelles. 23 avril 2020. <https://analysis.Covid-1919healthsystem.org/index.php/2020/05/21/how-are-countries-supporting-the-mental-health-and-wellbeing-of-their-health-workforce/>
- ⁷⁷ Joo, J. Y., & Liu, M. F. (2021). Nurses’ barriers to caring for patients with COVID-19: a qualitative systematic review. *International nursing review*, 68(2), pp. 202-213.
- ⁷⁸ Jo, S., Kurt, S., Bennett, J. A., Mayer, K., Pituch, K. A., Simpson, V. & Reifsnider, E. (2021). Nurses’ resilience in the face of coronavirus (COVID-19): An international view. *Nursing & Health Sciences*.
- ⁷⁹ Llop-Gironés, A., Vračar, A., Llop-Gironés, G. et al. (2021) Employment and working conditions of nurses: where and how health inequalities have increased during the COVID-19 pandemic?. *Hum Resour Health* 19, p. 112.
- ⁸⁰ ECSACON (2021) 14th Scientific Conference: Nurses and Midwives responding to global Health Challenges of the 21st century. The East, Central and Southern Africa College of Nursing. Tanzania: Arusha. <http://ecsacon.org/index.php/ecsacon-14th-scientific-conference/>
- ⁸¹ Galanis, P., Vraika, I., Fragkou, D., Bilali, A., & Kaitelidou, D. (2021). Nurses’ burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of advanced nursing*.
- ⁸² De Kock, J.H., Latham, H.A., Leslie, S.J. et al. (2021) A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well-being. *BMC Public Health* 21, p. 104 . <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10070-3>
- ⁸³ Falatah, R. (2021). The Impact of the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic on Nurses’ Turnover Intention: An Integrative Review. *Nursing Reports* 11, no. 4: pp. 787-810. <https://doi.org/10.3390/nursrep11040075>
- ⁸⁴ Franklin P., Gkiouleka A. (2021) A Scoping Review of Psychosocial Risks to Health Workers during the Covid-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5):2453.
- ⁸⁵ Lasater K.B., Aiken L.H., Sloane D.M., et al. (2021) Chronic hospital nurse understaffing meets COVID-19: an observational study. *BMJ Quality & Safety* 2021;30:639-647.
- ⁸⁶ Dall’Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: a theoretical review. *Human resources for health*, 18, pp. 1-17.
- ⁸⁷ Dall’Ora C, Saville C (2021) Burnout in nursing: what have we learnt and what is still unknown? *Nursing Times* [online]; 117: 2, 43-44.
- ⁸⁸ Jun, J., Ojemeni, M. M., Kalamani, R., Tong, J., & Crecelius, M. L. (2021). Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 103933.
- ⁸⁹ Garcia, A. S., Carotta, C. L., Brown, R., Da Rosa, P., Pravecek, B., & Carson, P. (2021). Parenting stress, self-efficacy and COVID-19 health risks as predictors of general stress among nurses. *International Journal of Nursing Practice*, p. 27(6),
- ⁹⁰ Kisely S., Warren N., McMahon L., Dalais C., Henry I., Siskind D. et al. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis *BMJ* 2020 ; p. 369
- ⁹¹ Roberts, R., Wong, A., Jenkins, S., et al. (2021) Mental health and well-being impacts of COVID-19 on rural paramedics, police, community nurses and child protection workers. *Australian Journal of Rural Health*; 29: pp. 753-767. <https://doi.org/10.1111/ajr.12804>

- ⁹² Gupta, N., Balcom, S. A., Gulliver, A., & Witherspoon, R. L. (2021). Health workforce surge capacity during the COVID-19 pandemic and other global respiratory disease outbreaks: A systematic review of health system requirements and responses. *The International Journal of Health Planning and Management*, 36(S1), pp. 26-4.
- ⁹³ OMS (2016) Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030. Para. 71. OMS, Genève.
- ⁹⁴ Nove, A., Cometto, G. & Campbell, J. Assessing the health workforce implications of health policy and programming: how a review of grey literature informed the development of a new impact assessment tool. *Hum Resour Health* 15, p. 79 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0252-x>
- ⁹⁵ Chan, G. K., Bitton, J. R., Allgeyer, R. L., Elliott, D., Hudson, L. R., & Burwell, P. M. (2021). The impact of COVID-19 on the nursing workforce: a national overview. *Online Journal of Issues in Nursing*, 26(2), pp. 1-17.
- ⁹⁶ Williams G. et al. (2020). How are countries supporting the mental health and wellbeing of their health workforce? Observatoire européen de l'OMS, Bruxelles. 23 avril 2020. <https://analysis.Covid-1919healthsystem.org/index.php/2020/05/21/how-are-countries-supporting-the-mental-health-and-wellbeing-of-their-health-workforce/>
- ⁹⁷ Cohen-Serrins, J. (2021). How COVID-19 Exposed an Inadequate Approach to Burnout: Moving Beyond Self-Care. In *Shared Trauma, Shared Resilience During a Pandemic* (pp. 259-268). Springer, Cham.
- ⁹⁸ Dall'Ora, C., & Saville, C. (2021). Burnout in Nursing: what have we learnt and what is still unknown. *Nursing Times*, pp. 43-44.
- ⁹⁹ EXPERT PANEL ON EFFECTIVE WAYS OF INVESTING IN HEALTH (EXPH) (2021) Opinion on Supporting mental health of health workforce and other essential workers. Health and Food Safety Directorate-General, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- ¹⁰⁰ Buchan, J., Williams, G. A., & Zapata, T. (2021). Governing health workforce responses during COVID-19. *Eurohealth*, 27(1), pp. 41-48.
- ¹⁰¹ OCDE / Union européenne (2020), Panorama de la santé : Europe 2020: State of Health in the EU Cycle. Page 218, Publications de l'OCDE, Paris. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.
- ¹⁰² OCDE (2021), Panorama de la santé 2021. Les indicateurs de l'OCDE, Publications de l'OCDE, Paris, https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2021_fea50730-fr
- ¹⁰³ Colombo F. (2021) Investing in nurses and other Health Workers is an Investment in health system resilience. Présentation lors du Congrès du CII, novembre 2021.
- ¹⁰⁴ OCDE (2021), Panorama de la santé 2021 : Les indicateurs de l'OCDE, p.228, Publications de l'OCDE, Paris, https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2021_fea50730-fr
- ¹⁰⁵ La situation du personnel infirmier dans le monde 2020 : investir dans la formation, l'emploi et le leadership. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020, page 47.
- ¹⁰⁶ OECD (2021), Nursing graduates (indicator). doi: 10.1787/c54611e3-en
- ¹⁰⁷ La situation du personnel infirmier dans le monde 2020 : investir dans la formation, l'emploi et le leadership. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020, page 43
- ¹⁰⁸ Adebayo, O., Labiran, A., Emerenini, C. F., & Omoruyi, L. (2016). Health workforce for 2016–2030: Will Nigeria have enough. *Inter J Inn Heal Res*, 4(1), pp. 9-16.
- ¹⁰⁹ Groupe Banque mondiale, avec ECSACON/CII / JHPIEGO (2021) ECSA Eastern, Central and Southern African Region. Education and Labor Markets for Nurses. Challenges and Opportunities. Juillet 2020. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/WBG_ECSA%5B12%5D.pdf

- ¹¹⁰ Groupe Banque mondiale, avec ECSACON/CII / JHPIEGO (2021) ECSA Eastern, Central and Southern African Region. Education and Labor Markets for Nurses. Challenges and Opportunities Juillet 2020, p.26 https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/WBG_ECSA%5B12%5D.pdf p 24
- ¹¹¹ Groupe Banque mondiale, avec ECSACON/CII / JHPIEGO (2021) ECSA Eastern, Central and Southern African Region. Education and Labor Markets for Nurses. Challenges and Opportunities Juillet 2020, p.52 https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/WBG_ECSA%5B12%5D.pdf
- ¹¹² Groupe Banque mondiale, avec ECSACON/CII / JHPIEGO (2021) ECSA Eastern, Central and Southern African Region. Education and Labor Markets for Nurses. Challenges and Opportunities Juillet 2020, p.52 https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/WBG_ECSA%5B12%5D.pdf
- ¹¹³ Organisation mondiale de la Santé (2021) Impact of COVID-19 on human resources for health and policy response: the case of Plurinational State of Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador and Peru. Overview of findings from five Latin American countries, page viii. Genève : OMS [Impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud y respuesta de política: el caso del Estado Plurinacional de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y el Perú. Síntesis de hallazgos en cinco países de América Latina]
- ¹¹⁴ Assaye, A. M., Wiechula, R., Schultz, T. J., & Feo, R. (2021). Impact of nurse staffing on patient and nurse workforce outcomes in acute care settings in low-and middle-income countries: a systematic review. JBI evidence synthesis, 19(4), pp. 751-793.
- ¹¹⁵ Statistics Canada. Table 14-10-0356-01 Job vacancies and average offered hourly wage by occupation (broad occupational category), quarterly, unadjusted for seasonality.
- ¹¹⁶ Ray C. (2021) Help wanted: Nova Scotia has more than 2,100 health-care vacancies. CBC News, 13 octobre. <https://www.cbc.ca/news/canada/nova-scotia/nova-scotia-health-care-vacancies-retention-recrutement-1.6208399>
- ¹¹⁷ Aldrich J. (2021) Manitoba to bolster nursing complement with students in final year of study. Winnipeg Sun, 15 novembre. <https://winnipeg.sun.com/news/news-news/manitoba-to-bolster-nursing-complement-with-students-in-final-year-of-study>
- ¹¹⁸ NHS Digital (2021) NHS Vacancy Statistics England April 2015 – September 2021 Experimental Statistics. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-vacancies-survey/april-2015---september-2021-experimental-statistics>
- ¹¹⁹ <https://www.health.org.uk/news-and-comment/news/almost-17bn-needed-to-clear-backlog-and-treat-expected-rise-in-patients>
- ¹²⁰ Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt / Mai 2020: Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich (Reports: Spotlight on the labour market / May 2020: Labour market situation in the care sector) pages 14, 16. <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf>
- ¹²¹ Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) (2021) Sustainable recruitment of nurses (Triple Win). GIZ, Germany. January. <https://www.giz.de/en/worldwide/41533.html>
- ¹²² Wenger S. (2021) Covid-19 to bring nursing staff more than applause. <https://www.swisscommunity.org/en/news-media/swiss-review/article/covid-19-to-bring-nursing-staff-more-than-applause> 8 août.
- ¹²³ Romy K. (2021) Swiss voters to decide on how to solve the nursing crisis. Swissinfo, 28 octobre. <https://www.swissinfo.ch/eng/business/swiss-voters-to-decide-how-to-solve-the-nursing-crisis/47024988>
- ¹²⁴ Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, Occupational Outlook Handbook, Registered Nurses, at <https://www.bls.gov/ooh/healthcare/registered-nurses.htm>
- ¹²⁵ Smyth J., Asgari N., Burn-Murdoch J. (2021) ‘Totally exhausted’: latest Covid wave pushes US nurses to brink? Financial Times, 28 septembre.

- ¹²⁶Hurt A. (2021) Nurses 'At the Breaking Point,' Consider Quitting Due to COVID Issues: Survey. Medscape, 8 octobre.
- ¹²⁷ Spetz J et al (2021) The Impact of the COVID-19 Pandemic on California's Registered Nurse Workforce: Preliminary Data. UCSF Health Workforce Research Center on Long-Term Care, USA. <https://healthworkforce.ucsf.edu/publication/impact-covid-19-pandemic-ca-registered-nurse-workforce-preliminary-data>
- ¹²⁸ OCDE (2019), Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students, Publications de l'OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/5571ef48-en>
- ¹²⁹ Socha-Dietrich K., Dumont J. (2021) International migration and movement of nursing personnel to and within OECD countries – 2000 to 2018: Developments in countries of destination and impact on countries of origin. OECD Health Working Paper n°125, OCDE, Paris.
- ¹³⁰ OCDE (2020) Contribution of migrant doctors and nurses to tackling COVID-19 crisis in OECD countries, OCDE, Paris, page 3. https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=132_132856-kmg6jh3kvd&title=Contribution-of-migrant-doctors-and-nurses-to-tackling-COVID-19-19-crisis-in-OECD-countries
- ¹³¹ Socha-Dietrich K., Dumont J. (2021) International migration and movement of nursing personnel to and within OECD countries – 2000 to 2018: Developments in countries of destination and impact on countries of origin. OECD Health Working Paper n°125, OCDE, Paris
- ¹³² La situation du personnel infirmier dans le monde 2020 : investir dans la formation, l'emploi et le leadership. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020, page XIX
- ¹³³ OCDE (2020) COVID-19 and key workers: What role do migrants play in your region? https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/covid-19-and-key-workers-what-role-do-migrants-play-in-your-region_42847cb9-en
- ¹³⁴ LeGrand C. (2021) Plan to bring thousands of nurses and doctors into 'Fortress Australia' Sydney Morning Herald, 9 octobre. <https://www.smh.com.au/national/plan-to-bring-thousands-of-nurses-and-doctors-into-fortress-australia-20211008-p58yf0.html>
- ¹³⁵ Ely J. (2021) UK-based Australian nurses offered £4,200 relocation costs to tempt them home. Nursing Standard, 20 août. <https://rcni.com/nursing-standard/newsroom/news/uk-based-australian-nurses-offered-ps4200-relocation-costs-to-tempt-them-home-177556>
- ¹³⁶ Visontay E. (2021) NSW hospitals resort to flying nurses in from overseas as staff are begged to take extra shifts amid Covid crisis. The Guardian online, 31 décembre. <https://www.theguardian.com/australia-news/2022/jan/01/nsw-hospitals-resort-to-flying-nurses-in-from-overseas-as-staff-are-begged-to-take-extra-shifts-amid-covid-crisis>
- ¹³⁷ Turner L. (2021) Forced to sit out during pandemic, nurse calls for changes to Ontario's registration process. CBC News, 27 septembre. <https://www.cbc.ca/news/canada/thunder-bay/christy-tashjian-waiting-to-work-1.6189165>
- ¹³⁸ Ross S. (2021) Facing shortage, Quebec to headhunt health staff in France, Brazil, Lebanon, elsewhere. CTV News, 12 octobre. <https://montreal.ctvnews.ca/facing-shortage-quebec-to-headhunt-health-staff-in-france-brazil-lebanon-elsewhere-1.5620510>
- ¹³⁹ <https://www.nhsemployers.org/publications/international-recruitment-toolkit>
- ¹⁴⁰ <https://www.england.nhs.uk/nursingmidwifery/international-recruitment/>
- ¹⁴¹ Collins A. (2021) NHS leaders told to accelerate international recruitment as 800 nurses join register in a week. Health Service Journal, 16 décembre.
- ¹⁴² Buchan J. (2021) The long-term reliance on international nurses is on the increase. Nursing Times, 21 décembre. <https://www.nursingtimes.net/opinion/the-long-term-reliance-on-international-nurses-is-on-the-increase-21-12-2021/>
- ¹⁴³ UK Government Press Release (2022) Government takes action to mitigate workforce disruption. 2 janvier.

<https://www.gov.uk/government/news/government-takes-action-to-mitigate-workforce-disruption>

¹⁴⁴ Nursing and Midwifery Council, UK (2021) Permanent register data tables.

<https://www.nmc.org.uk/about-us/reports-and-accounts/registration-statistics/>

¹⁴⁵ Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) (2021) Sustainable recruitment of nurses (Triple Win). GIZ, Germany. January. <https://www.giz.de/en/worldwide/41533.html>

¹⁴⁶ Uutiset (2021) FM Saarikko: Finland needs to accept more foreign workers, 15 juillet

https://yle.fi/uutiset/osasto/news/fm_saarikko_finland_needs_to_accept_more_foreign_workers/12021081

¹⁴⁷ Scottish Government (2021) Ministerial Statement on Winter Planning for Health and Social Care, mardi 5 octobre 2021. <https://www.gov.scot/publications/ministerial-statement-winter-planning-health-social-care-tuesday-5-october-2021/>

¹⁴⁸ OCDE (2019), Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students, Publications de l'OCDE, Paris. <https://doi.org/10.1787/5571ef48-en>

¹⁴⁹ OCDE (2020) Contribution of migrant doctors and nurses to tackling COVID-19 crisis in OECD countries, OCDE, Paris, page 9. https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=132_132856-kmg6jh3kvd&title=Contribution-of-migrant-doctors-and-nurses-to-tackling-COVID-19-19-crisis-in-OECD-countries

¹⁵⁰ Groupe Banque mondiale, avec ECSACON/CII / JHPIEGO (2021) ECSA Eastern, Central and Southern African Region. Education and Labor Markets for Nurses. Challenges and Opportunities. Juillet 2020.

¹⁵¹ Groupe Banque mondiale, avec ECSACON/CII / JHPIEGO (2021) ECSA Eastern, Central and Southern African Region. Education and Labor Markets for Nurses. Challenges and Opportunities Juillet 2020, p.52. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/WBG_ECSA%5B12%5D.pdf p 24

¹⁵² OMS, Région Afrique (2021) Rapid Policy Brief Number: 011-03 - COVID-19 response capacity with the health system: Health workforce recruitment and retention. Brazzaville : Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.

¹⁵³ <https://www.poea.gov.ph/>

¹⁵⁴ Batalova J. (2020) Spotlight: Immigrant Health-Care Workers in the United States. Migration Policy Institute, États-Unis. 14 mai. <https://www.migrationpolicy.org/article/immigrant-health-care-workers-united-states>

¹⁵⁵ Socha-Dietrich K., Dumont J. (2021) International migration and movement of nursing personnel to and within OECD countries – 2000 to 2018: Developments in countries of destination and impact on countries of origin. OECD Health Working Paper n°125, OCDE, Paris.

¹⁵⁶ Little L., Buchan J. (2007) Nurse Self Sufficiency/Sustainability in the Global Context. CIMI, Philadelphia, États-Unis.

<https://www.intlnursemigration.org/wp-content/uploads/2019/08/Nursing-Self-SufficiencySustainability-in-the-Global-Context.pdf>

¹⁵⁷ CII (2019) Mobilité professionnelle internationale et recrutement déontologique des infirmières : Prise de position. CII, Genève. https://www.icn.ch/system/files/documents/2019-11/PS_C_%20International%20career%20mobility%20and%20ethical%20nurse%20recruitment_Fr.pdf

¹⁵⁸ CII (2020) Déclaration du CII à l'Assemblée mondiale de la Santé. SOIXANTE-TREIZIÈME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTÉ Point 12 de l'ordre du jour provisoire. Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé. Novembre 2020.

https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/WHA73%20ICN%20statement%2012_FR_final.pdf

¹⁵⁹ Socha-Dietrich K., Dumont J. (2021) International migration and movement of nursing personnel to and within OECD countries – 2000 to 2018: Developments in countries of destination and impact on countries of origin. OECD Health Working Paper n° 125, OCDE, Paris.

- ¹⁶⁰ OECD (2021) OECDStat. Migration.
https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH_WFMI&lang=en
- ¹⁶¹ La situation du personnel infirmier dans le monde – Rapports de pays
- ¹⁶² Al-Riyami, M., Fischer, I., & Lopez, V. (2015). Nurses' perceptions of the challenges related to the Omanization policy. *International nursing review*, 62(4), pp. 462-469.
- ¹⁶³ Nasrallah et al. (2021) UAE Projects of the 50: New schemes announced in Abu Dhabi, plan to get 75,000 Emiratis into private sector. *Gulf News*, 12 septembre.
<https://gulfnews.com/uae/government/uae-projects-of-the-50-new-schemes-announced-in-abu-dhabi-plan-to-get-75000-emiratis-into-private-sector-1.1631418816885>
- ¹⁶⁴ OMS (2016) Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030. OMS, Genève, page 23. https://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/
- ¹⁶⁵ OMS (2020) Managing health workforce migration - The Global Code of Practice. OMS, Genève. <https://www.who.int/hrh/migration/code/practice/en/> (Accès le 18 mai 2020)
- ¹⁶⁶ OMS (2020). Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé. Rapport du Groupe consultatif d'experts sur l'utilité et l'efficacité du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé. OMS, Genève.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253540/A68_32Add1-fr.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Accès le 18 mai 2020)
- ¹⁶⁷ OMS (2021) Health Workforce Support and Safeguards List, 2020.
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/hwf-support-and-safeguards-list8jan.pdf?sfvrsn=1a16bc6f_10
- ¹⁶⁸ Omaswa F. (2020) Covid-19 19-Exposes a global scramble for health workers. African Centre for Global Health and Social Transformation (ACHEST), Kampala, Afrique. 11 mai.
(https://www.achest.org/index.php?option=com_zoo&task=item&item_id=279&Itemid=481) (Accès le 27 mai 2020)
- ¹⁶⁹ Jones, C. B., & Gates, M. (2007). The costs and benefits of nurse turnover: A business case for nurse retention. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 12(3).
- ¹⁷⁰ Duffield C, et al (2014) A comparative review of nurse turnover rates and costs across countries. *Journal of Advanced Nursing* .vol:70 iss:12 p. 2703-2712
- ¹⁷¹ Kiel, J. M. (2020). An analysis of restructuring orientation to enhance nurse retention. *The health care manager*, 39(4), p. 162-167.
- ¹⁷² Zhao, Y., Russell, D. J., Guthridge, S., Ramjan, M., Jones, M. P., Humphreys, J. S., & Wakerman, J. (2019). Costs and effects of higher turnover of nurses and Aboriginal health practitioners and higher use of short-term nurses in remote Australian primary care services: an observational cohort study. *BMJ open*, 9(2), e023906.
- ¹⁷³ Shaffer, F. A., & Curtin, L. (2020). Nurse turnover: Understand it, reduce it. *My American Nurse*, 15(8), 57-59.
- ¹⁷⁴ Muir, K. J., Wanchek, T. N., Lobo, J. M., & Keim-Malpass, J. (2021). Evaluating the Costs of Nurse Burnout-Attributed Turnover: A Markov Modeling Approach. *Journal of Patient Safety*.
- ¹⁷⁵ Buchan, J., Shaffer, F. A., & Catton, H. (2018). Policy brief: Nurse retention. Genève : CII, ICNM, CGFNS.
https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2018_ICNM%20Nurse%20retention.pdf
- ¹⁷⁶ Chamanga, E., Dyson, J., Loke, J., & McKeown, E. (2020). Factors influencing the recruitment and retention of registered nurses in adult community nursing services: an integrative literature review. *Primary Health Care Research & Development*, 21
- ¹⁷⁷ Marufu, T. C., Collins, A., Vargas, L., Gillespie, L., & Almghairbi, D. (2021). Factors influencing retention among hospital nurses: systematic review. *British Journal of Nursing*, 30(5), pp. 302-308.

- ¹⁷⁸ Adams, R., Ryan, T., & Wood, E. (2021). Understanding the factors that affect retention within the mental health nursing workforce: a systematic review and thematic synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*.
- ¹⁷⁹ MacKay, S. C., Smith, A., Kyle, R. G., & Beattie, M. (2021). What influences nurses' decisions to work in rural and remote settings? A systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Rural and Remote Health*, 21(1).
- ¹⁸⁰ Dall'Ora, C., & Saville, C. (2021). Burnout in Nursing: what have we learnt and what is still unknown. *Nursing Times*, pp. 43-44.
- ¹⁸¹ Cohen-Serrins, J. (2021). How COVID-19 Exposed an Inadequate Approach to Burnout: Moving Beyond Self-Care. In *Shared Trauma, Shared Resilience During a Pandemic* (pp. 259-268). Springer, Cham.
- ¹⁸² Putra, A. P., Kusnanto, K., & Yuwono, S. R. (2020). Effects of Job Satisfaction and Organizational Commitment on Nurse Retention: A Systematic Review. *Indonesian Nursing Journal of Education and Clinic (INJEC)*, 5(2), pp. 197-205.
- ¹⁸³ Yun, M. R., & Yu, B. (2021). Strategies for reducing hospital nurse turnover in South Korea: Nurses' perceptions and suggestions. *Journal of Nursing Management*.
- ¹⁸⁴ Al Zamel, L. G., Lim Abdullah, K., Chan, C. M., & Piaw, C. Y. (2020). Factors influencing nurses' intention to leave and intention to stay: An integrative review. *Home Health Care Management & Practice*, 32(4), pp. 218-228
- ¹⁸⁵ Washeya, F. N., & Fürst, L. N. (2021). Work Features that Influence the Retention of Professional Nurses in the Public Health Sector in Windhoek, Namibia. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 23(1), 17-pages.
- ¹⁸⁶ Dall'Ora, C., & Saville, C. (2021). Burnout in Nursing: what have we learnt and what is still unknown. *Nursing Times*, pp. 43-44.
- ¹⁸⁷ OMS (2016) Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030. OMS, Genève, page 23. https://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/
- ¹⁸⁸ OMS (2020). Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, Genève. <https://www.who.int/hrh/migration/code/practice/en/>
- ¹⁸⁹ OMS (2016) Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030. OMS, Genève. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>
- ¹⁹⁰ OMS (2016) S'engager pour la santé et la croissance : Investir dans le personnel de santé. Rapport de la Commission de haut niveau sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique. Genève. <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241511308>
- ¹⁹¹ OMS (2020). Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, Genève. <https://www.who.int/hrh/migration/code/practice/en/> (Accès le 18 mai 2020)
- ¹⁹² OMS (2016) S'engager pour la santé et la croissance : Investir dans le personnel de santé. Rapport de la Commission de haut niveau sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique. Genève. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250047/9789241511308-eng.pdf?sequence=1>
- ¹⁹³ DalPoz M., Gupta N., Quain E., Soucat A. (2009) Handbook on Monitoring and Evaluation of Human Resources for Health. OMS / Banque mondiale / USAID.
- ¹⁹⁴ Chisholm, M., Russell, D., & Humphreys, J. (2011). Measuring rural allied health workforce turnover and retention: what are the patterns, determinants and costs?. *Australian Journal of Rural Health*, 19(2), pp. 81-88.
- ¹⁹⁵ Lopes, S. C., Guerra-Arias, M., Buchan, J., Pozo-Martin, F., & Nove, A. (2017). A rapid review of the rate of attrition from the health workforce. *Human resources for health*, 15(1), p. 21.
- ¹⁹⁶ Chankova S., Muchiri S. and Kombe G. Health workforce attrition in the public sector in Kenya: a look at the reasons *Human Resources for Health* 2009, 7:58

- ¹⁹⁷ Dovlo D.: Wastage in the health workforce: some perspectives from African countries. *Human Resources for Health* 2005, p. 3
- ¹⁹⁸ Russell, D. J., Humphreys, J. S., McGrail, M. R., Cameron, W. I., & Williams, P. J. (2013). The value of survival analyses for evidence-based rural medical workforce planning. *Human resources for health*, 11(1), p. 65.
- ¹⁹⁹ Buchan J. (2010). The benefits of health workforce stability. *Human Resources for Health*, 8:29.
- ²⁰⁰ Chaudhury N., Hammer J., Kremer M., Muralidharan K., Roger F.H. (2006) Missing in action: teacher and health worker absence in developing countries. *Journal of Economic Perspective* 20(1): pp. 91-116.
- ²⁰¹ Goldstein, M., Zivin, J. G., Habyarimana, J., Pop-Eleches, C., & Thirumurthy, H. (2013). The effect of absenteeism and clinic protocol on health outcomes: The case of mother-to-child transmission of HIV in Kenya. *American economic journal. Applied economics*, 5(2), p. 58.
- ²⁰² Chisholm, M., Russell, D., & Humphreys, J. (2011). Measuring rural allied health workforce turnover and retention: what are the patterns, determinants and costs?. *Australian Journal of Rural Health*, 19(2), pp. 81-88.
- ²⁰³ Russell, D. J., Humphreys, J. S., & Wakerman, J. (2012). How best to measure health workforce turnover and retention: five key metrics. *Australian Health Review*, 36(3), pp. 290-295.
- ²⁰⁴ Lopes, S. C., Guerra-Arias, M., Buchan, J., Pozo-Martin, F., & Nove, A. (2017). A rapid review of the rate of attrition from the health workforce. *Human resources for health*, 15(1), p. 21.
- ²⁰⁵ OMS (2015) National health workforce accounts: The knowledge-base for health workforce development towards Universal Health Coverage.
http://www.who.int/hrh/documents/15376_WHOBrief_NHWFA_0605.pdf
- ²⁰⁶ OMS (2015) Human Resources for Health Information System. Minimum Data Set for Health Workforce Registry http://www.who.int/hrh/statistics/minimum_data_set.pdf?ua=1
- ²⁰⁷ La situation du personnel infirmier dans le monde 2020 : investir dans la formation, l'emploi et le leadership. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020
- ²⁰⁸ Buchan J. et al. (2020) Ageing Well? Policies to support older nurses at work. ICNM, Philadelphie, États-Unis. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/Ageing%20ICNM%20Report%20December%202020.pdf>

À propos du CIMI

Le Centre international des migrations d'infirmières (CIMI) est un centre de documentation complet créé par la Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools (CGFNS), en partenariat avec le Conseil International des Infirmières (CII). Le CIMI s'attache à l'élaboration, la promotion et la diffusion de recherches, de stratégies et d'informations sur la mobilité mondiale des infirmières. Ce Centre de documentation donne accès à des actualités, des ressources et des publications largement accessibles aux décideurs, aux planificateurs et aux professionnels.

Pour plus d'informations : <https://www.intlnursemigration.org>

À propos du CII

Le Conseil International des Infirmières (CII) est une fédération de plus de 130 associations nationales d'infirmières (ANI), représentant plus de 20 millions d'infirmières et d'infirmiers dans le monde. Fondé en 1899, le CII est la première et la plus influente des organisations internationales de professionnels de santé. Géré par des infirmières et à l'avant-garde de la profession au niveau international, le CII œuvre pour des soins de qualité pour tous et pour des politiques de santé solides, partout dans le monde. Le CII défend les progrès dans les connaissances en sciences infirmières et la présence, au niveau mondial, d'une profession infirmière respectée et d'une force de travail compétente et satisfaite.

Pour plus d'informations : <https://www.icn.ch> ou suivez le CII : [@ICNurses](https://twitter.com/ICNurses)

À propos de CGFNS International, Inc.

Fondée en 1977, CGFNS International Inc. est une organisation à but non lucratif et non partisane en matière d'immigration, qui analyse les références des professionnels de santé formés à l'étranger et souhaitant émigrer ou être admis dans un établissement d'enseignement supérieur, dans plus de 200 pays. CGFNS propose également aux pouvoirs publics et au milieu professionnel des services de conseil et d'évaluation globale des normes et du processus d'apprentissage.

CGFNS International est une ONG dotée du statut consultatif auprès du Conseil économique et social des Nations Unies (CES), faisant office d'instance centrale pour les questions internationales et sociales.

Pour plus d'informations : <https://www.cgfns.org/> ou suivez CGFNS International : [@CGFNS](https://twitter.com/CGFNS)