

*Orientations stratégiques
mondiales de l'OMS*
**POUR LES SOINS
INFIRMIERS ET
OBSTÉTRICAUX**

2021-2025

emplois

formation

leadership

pratique



Organisation
mondiale de la Santé

*Orientations stratégiques
mondiales de l'OMS*

POUR LES SOINS INFIRMIERS ET OBSTÉTRICAUX

2021-2025



Organisation
mondiale de la Santé

Orientations stratégiques mondiales de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025
[Global strategic directions for nursing and midwifery 2021-2025]

ISBN 978-92-4-003650-5 (version électronique)
ISBN 978-92-4-003651-2 (version imprimée)

© Organisation mondiale de la Santé 2021

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

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

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<https://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html>).

Citation suggérée. Orientations stratégiques mondiales de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025 [Global strategic directions for nursing and midwifery 2021-2025]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021. Licence : [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr).

Catalogue à la source. Disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/?locale-attribute=fr&>.

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

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

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

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

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

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	iv
Résumé analytique	v

CHAPITRE 1	Antécédents	1
------------	-------------------	---

CHAPITRE 2	Orientations stratégiques et priorités politiques 2021-2025 ..	3
------------	--	---

2.1 Orientation politique : <i>Formation</i>	7
2.2 Orientation politique : <i>Emplois</i>	11
2.3 Orientation politique : <i>Leadership</i>	15
2.4 Orientation politique : <i>Pratique</i>	17

Conclusion	20
------------------	----

Références	21
------------------	----

Annexe. Cadre de suivi et de responsabilité	25
---	----

Remerciements

Le département Ressources humaines pour la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) remercie les nombreuses personnes et organisations qui ont participé aux consultations mondiales et régionales menées sur le Web et fourni des commentaires par courrier électronique, ainsi qu'aux États Membres pour leurs précieuses contributions au projet de document révisé.

L'OMS remercie également les centres collaborateurs de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux, la campagne mondiale *Nursing Now*, le Conseil international des infirmières, la Confédération internationale des sages-femmes et d'autres organisations professionnelles pour leurs contributions au projet de document *Orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025*.

La conceptualisation, le développement technique et la coordination globale du travail ont été entrepris par Carey McCarthy, département Ressources humaines pour la santé, avec le soutien des bureaux régionaux de l'OMS, du Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et vieillissement, et du Bureau de la Responsable-chef des services infirmiers de l'OMS. La supervision et la direction techniques ont été assurées par Giorgio Cometto, Chef d'unité, et par James Campbell, Directeur, Département Ressources humaines pour la santé.

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

Résumé analytique

Les *Orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux (OSMSIO) 2021-2025* présentent des pratiques fondées sur des données factuelles et un ensemble de priorités politiques interdépendantes qui peuvent aider les pays à faire en sorte que les personnels infirmiers et obstétricaux contribuent de manière optimale à la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU) et d'autres objectifs de santé de la population.

Les orientations comprennent quatre domaines d'intervention : la formation, l'emploi, le leadership et la pratique. Chaque domaine s'accompagne d'une « orientation stratégique » articulant un objectif pour la période de cinq ans, et comprend deux à quatre priorités politiques. Si elles sont adoptées et maintenues, ces priorités peuvent favoriser les progrès dans le cadre de ces quatre orientations stratégiques : 1) former suffisamment de personnels infirmiers et obstétricaux en leur inculquant les compétences nécessaires pour répondre aux besoins de santé de la population ; 2) créer des emplois, gérer les migrations et recruter/retenir les personnels infirmiers et obstétricaux là où ils sont le plus nécessaires ; 3) renforcer le leadership des personnels infirmiers et obstétricaux dans l'ensemble des systèmes de santé et d'enseignement universitaire ; et 4) assurer le soutien, le respect, la protection, l'engagement et l'équipement adéquat des personnels infirmiers et obstétricaux afin qu'ils puissent contribuer en toute sécurité et de manière optimale dans leur milieu de pratique.

Les priorités politiques sont exprimées à travers le prisme du marché du travail dans le secteur de la santé. Cette perspective permet de comprendre globalement les forces qui sont à l'origine des pénuries et des excédents, des déséquilibres géographiques et des contributions sous-optimales des personnels infirmiers et obstétricaux dans le domaine pratique de la prestation de services. L'approche de mise en œuvre suggérée pour les OSMSIO est un processus inclusif fondé sur des données et des analyses solides, un dialogue politique intersectoriel et une prise de décision fondée sur des données factuelles concernant les interventions et les investissements qui s'imposent. Le cadre de suivi et de responsabilité est structuré autour des données, du dialogue et du processus décisionnel et tire parti des mécanismes de notification établis par les États Membres de l'OMS.

Les OSMSIO s'adressent principalement aux planificateurs et décideurs pour les personnels de santé, ainsi qu'aux établissements d'enseignement, aux employeurs des secteurs public et privé, aux associations professionnelles, aux syndicats, aux partenaires bilatéraux et multilatéraux du domaine du développement, aux organisations internationales et à la société civile.

Les OSMSIO ont pour objet de permettre aux pays de donner aux personnels infirmiers et obstétricaux toutes les possibilités de progresser vers la réalisation d'objectifs communs tels que les soins de santé primaires pour la CSU et la lutte contre la pandémie de COVID-19, d'atténuer les effets du changement climatique sur la santé, de gérer les migrations internationales et de garantir un accès dans les zones rurales et reculées ou dans les petits États insulaires en développement.

Les OSMSIO utilisent les termes « sage-femme/personnel obstétrical » et « infirmière/personnel infirmier » pour désigner des groupes professionnels précis qui figurent dans la Classification internationale type des professions en 2008. L'OMS apprécie la distinction professionnelle des métiers d'infirmier et de sage-femme. Les OSMSIO mettent en évidence les questions prioritaires et les réponses politiques communes qui ont un impact sur les deux professions. Les actions doivent être spécifiques à la fois du contexte et du groupe professionnel dans le but de maximiser les contributions des personnels infirmiers et obstétricaux afin d'optimiser leur efficacité et leur efficacité et d'accroître l'accès à des services de santé de qualité.



*La pandémie de la maladie à
coronavirus (COVID-19) a renforcé
le besoin universel de
protéger et d'investir
dans toutes les activités
visant la préparation
et la capacité de riposte,
les fonctions de santé publique et la prestation
de services de santé essentiels.*

Antécédents

1. Dans le cadre de son *Programme de développement durable à l'horizon 2030*, les 17 objectifs de développement durable (ODD) de l'Organisation des Nations Unies (ONU) fixent des cibles précises notamment en matière de santé, d'éducation, d'égalité des sexes, de travail décent et de croissance inclusive (1). L'OMS assure un rôle de chef de file mondial pour l'ODD 3, qui s'appuie sur la notion de couverture sanitaire universelle (CSU), et aide les États Membres à optimiser leurs personnels de santé en vue de réaliser la CSU et d'autres cibles de santé (2).
2. L'OMS a facilité le développement de la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant (2016-2030) de l'ONU* (3). En 2016, ses États Membres ont adopté la *Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030* (4) relativement aux personnels de santé, qui identifiait un déficit potentiel d'environ 18 millions d'agents de santé d'ici 2030 par rapport aux besoins en personnels de santé requis pour la réalisation des ODD se rapportant à la santé. Les options politiques au sein de la Stratégie mondiale sont alignées sur la cible 3.C de l'ODD 3 et cherchent à augmenter considérablement le financement de la santé et le recrutement, le développement, la formation et la rétention des personnels de santé pour atteindre la CSU. Dans bien des pays cependant, ni la demande sociale et économique, ni les ressources techniques et financières disponibles ne correspondent aux besoins de la population en personnels de santé.
3. Conscient de l'incapacité du marché du travail dans le secteur de la santé à répondre aux besoins aux niveaux national et mondial et de la nécessité d'une solution intersectorielle au problème, le Secrétaire général de l'ONU a constitué la Commission de haut niveau des Nations Unies sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique (5). La Commission a constaté qu'investir dans l'éducation et la création d'emplois dans les secteurs sanitaire et social (dans lesquels on compte près de 70 % de personnels féminins) peuvent stimuler une croissance économique inclusive et favoriser l'autonomisation économique des femmes et des jeunes. La Commission a également formulé des recommandations tendant à stimuler et orienter la création d'au moins 40 millions de nouveaux emplois dans ces deux secteurs et à réduire le déficit prévu de 18 millions d'agents de santé.

4. Lorsque l'Assemblée mondiale de la Santé a désigné 2020 Année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier (6), c'était l'occasion exceptionnelle d'accélérer la mise en œuvre de résolutions et décisions antérieures de l'Assemblée concernant les personnels infirmiers et obstétricaux. L'année 2020 a favorisé des initiatives de plaidoyer et de notification sans précédent, contribuant à la publication du premier rapport sur *La situation du personnel infirmier dans le monde* (7) et du troisième rapport sur *l'État de la pratique de sage-femme dans le monde* (8). L'OMS a encouragé les pays à tirer parti de cet élan et à utiliser les conclusions des rapports ainsi que les « profils de pays » pour alimenter un dialogue politique intersectoriel visant à déterminer où et comment investir en faveur des personnels infirmiers et

obstétricaux, afin de répondre au mieux aux priorités nationales en matière de santé.

5. L'année 2020 a également été marquée par des défis sanitaires et des perturbations socioéconomiques sans précédent. La pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) a renforcé le besoin universel de protéger et d'investir dans toutes les activités visant la préparation et la capacité de riposte, les fonctions de santé publique et la prestation de services de santé essentiels. L'importance des personnels de santé dans la riposte à cette pandémie et aux futures pandémies exige que les contributions des personnels infirmiers et obstétricaux à la CSU et aux ODD soient optimisées en utilisant une approche cohérente fonctionnant de concert avec les stratégies existantes soutenues par l'OMS et des partenaires clés.



Orientations stratégiques et priorités politiques 2021-2025

6. La reprise de la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé a prié l'OMS de « collaborer avec toutes les Régions de l'OMS pour actualiser les *Orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux 2016-2020* et, après avoir consulté les États Membres, de soumettre ces orientations actualisées à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé pour examen » (9)¹. En mai 2021, la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé a adopté les *Orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux (OSMSIO) 2021-2025* dans la résolution WHA74.15.

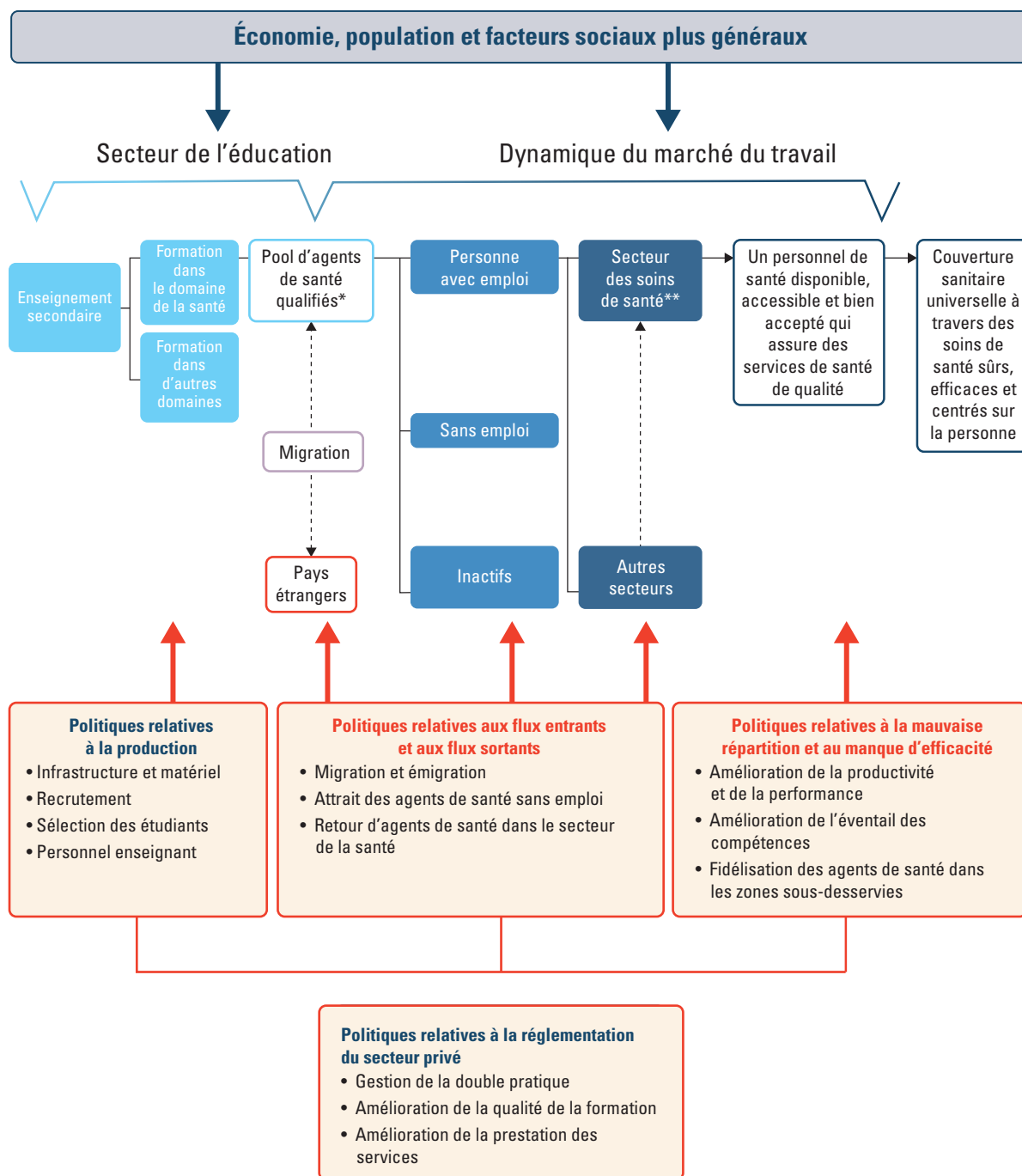
7. Les présentes orientations comprennent quatre domaines d'intervention : la formation, l'emploi, le leadership et la pratique. Chaque « orientation stratégique » comprend deux à quatre actions politiques prioritaires nécessaires pour sa concrétisation. Les politiques prioritaires découlent de données factuelles publiées dans les

rapports sur *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020* (7) et *l'État de la pratique de sage-femme dans le monde* (10). Pour identifier les actions politiques les plus importantes, un exercice de priorisation a été mené avec la participation de plus de 600 responsables des soins infirmiers et obstétricaux issus des ministères de la santé, d'associations nationales d'infirmières et de sages-femmes, d'organismes de réglementation, de centres collaborateurs de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux et de la campagne *Nursing Now*, dans le cadre de la réunion biennale du Forum mondial des Responsables-chefes des services infirmiers et obstétricaux des gouvernements et de la réunion de la triade qui rassemble l'OMS, la Confédération internationale des sages-femmes et le Conseil international des infirmières (11). Des processus de consultation régionaux et mondiaux ont servi à corroborer et à affiner les politiques prioritaires.

¹ Un « projet pour consultation » a été diffusé dans le monde entier dans toutes les langues officielles de l'OMS et en portugais. Les commentaires ont été reçus sous forme écrite et dans le cadre de 10 consultations régionales et mondiales avec les responsables-chefes des services infirmiers et obstétricaux et les parties prenantes concernées ; un processus de consultation formel a été engagé en mars 2021 avec les États Membres pour examiner et approuver le document avant sa soumission à la Soixante-quatorzième Assemblée mondiale de la Santé.

8. Les priorités politiques sont interdépendantes : les problèmes et la riposte politique de l'une sont en corrélation avec les problèmes et la riposte politique des autres. Cette relation entre les priorités politiques peut être comprise en regardant le schéma du marché du travail de la santé ci-dessous (Figure 1).
9. Pour ce qui est du marché du travail de la santé, un cadre permet de comprendre les principaux facteurs qui influencent la disponibilité, la distribution, la capacité, l'environnement de prestation de services et la performance des personnels infirmiers et obstétricaux dans la prestation de services centrés sur la personne pour atteindre la CSU (12). Les OSMSIO sont délibérément concises ; les lecteurs sont invités à consulter les rapports sur *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020* et *l'État de la pratique de sage-femme dans le monde* pour plus de détails sur les données factuelles à l'appui. Des références ont été ajoutées pour intégrer les données pertinentes publiées pendant ou depuis l'élaboration des deux rapports.
10. La stratégie de mise en œuvre suggérée reflète un processus inclusif qui commence par une mobilisation importante afin de garantir des données nationales robustes, un dialogue politique intersectoriel appuyé par des données et des analyses, et une prise de décision fondée sur des données factuelles en ce qui concerne les actions politiques et les investissements appropriés. Bien que le document mette l'accent sur les actions des ministères de la santé nationaux, le rôle des principales parties prenantes dans le partage des données, la participation au dialogue politique et la promotion de la mise en œuvre des politiques grâce à un travail coordonné et à des investissements alignés est essentiel pour progresser de manière significative dans chaque direction stratégique.
11. Un cadre de suivi et de responsabilité est structuré autour des données, du dialogue et du processus décisionnel (voir l'annexe). Les rapports futurs sur les progrès sont délibérément acheminés par deux mécanismes préexistants d'échange de données et d'informations : la plateforme des comptes nationaux des personnels de santé (CNPS) (13) et le Forum mondial des Responsables-chefes des services infirmiers et obstétricaux des gouvernements, organisé conjointement avec la réunion de la triade OMS-Conseil international des infirmières-Confédération internationale des sages-femmes.
12. Dans ce document, les termes « sage-femme/personnel obstétrical » et « infirmière/personnel infirmier » pour désigner des groupes professionnels précis qui figurent dans la Classification internationale type des professions en 2008 (14). L'OMS reconnaît et apprécie la distinction professionnelle et l'étendue de pratique des métiers d'infirmier et de sage-femme, ainsi que le fait que de nombreux pays choisissent de former et de réglementer conjointement ces professions pour répondre aux besoins en matière de prestation de services de santé. Les OSMSIO mettent en évidence les questions prioritaires qui ont le plus d'impact sur les deux professions. Lorsque les enjeux et la réponse au niveau des politiques sont différents, ils sont articulés séparément.

Figure 1. Cadre du marché du travail de la santé



* Offre de main-d'œuvre de santé et d'aide à la personne qualifiée qui souhaite travailler

** Demande de main-d'œuvre de santé et d'aide à la personne dans ces secteurs

Source : Adapté de Sousa A, Scheffler RM, Nyoni J, Boerma T. A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. Bulletin of the World Health Organization. 2013;91:892-4.

Tableau 1. **Résumé des orientations stratégiques et priorités politiques mondiales 2021-2025**

FORMATION →

Orientation stratégique : les personnels infirmiers et obstétricaux diplômés répondent à la demande du système de santé, voire la surpassent, et possèdent les connaissances, les compétences et l'attitude requises pour répondre aux priorités nationales en matière de santé.

Priorité politique : aligner les niveaux de formation en soins infirmiers et obstétricaux sur des rôles optimisés au sein des systèmes de santé et d'enseignement.

Priorité politique : optimiser la production nationale de personnels infirmiers et obstétricaux pour répondre à la demande du système de santé, voire la surpasser.

Priorité politique : faire en sorte que les programmes de formation soient fondés sur les compétences, qu'ils appliquent une conception efficace de l'apprentissage, qu'ils respectent les normes de qualité et soient conformes aux besoins de santé de la population.

Priorité politique : veiller à ce que les professeurs soient correctement formés aux meilleures méthodes et technologies pédagogiques, et possèdent une expertise clinique démontrée dans les domaines recherchés.

EMPLOIS →

Orientation stratégique : accroître la disponibilité des agents de santé en créant de manière durable des emplois correspondant aux personnels infirmiers et obstétricaux, en recrutant et en retenant efficacement des personnels, et en gérant de manière éthique la mobilité et la migration internationales.

Priorité politique : réaliser une planification et des prévisions portant sur les personnels infirmiers et obstétricaux selon la perspective du marché du travail de la santé.

Priorité politique : assurer une demande adéquate (emplois) en ce qui concerne la prestation de services de santé pour les soins primaires et d'autres priorités de santé de la population.

Priorité politique : renforcer la mise en œuvre du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé.

Priorité politique : attirer, recruter et retenir les personnels infirmiers et obstétricaux là où ils sont le plus nécessaires.

LEADERSHIP →

Orientation stratégique : augmenter la proportion et l'autorité des personnels infirmiers et obstétricaux dans les postes de haut niveau du secteur de la santé et de l'éducation, et former en permanence la prochaine génération de leaders en soins infirmiers et obstétricaux.

Priorité politique : établir et renforcer les postes de haute responsabilité pour la gouvernance et la gestion des personnels infirmiers et obstétricaux, et contribuer à l'élaboration des politiques en matière de santé.

Priorité politique : investir dans le développement des compétences de leadership chez les personnels infirmiers et obstétricaux.

PRATIQUE →

Orientation stratégique : les personnels infirmiers et obstétricaux travaillent en mettant à profit l'intégralité de leur éducation et de leur formation dans des milieux de prestation de services sûrs et encourageants.

Priorité politique : examiner et renforcer les systèmes de réglementation de la profession et soutenir le renforcement des capacités des autorités de réglementation, le cas échéant.

Priorité politique : adapter les lieux de travail pour permettre aux personnels infirmiers et obstétricaux de contribuer au maximum à la prestation de services au sein d'équipes de soins de santé interdisciplinaires.



Données factuelles

13. Il existe de nombreuses formations de premier niveau en soins infirmiers et obstétricaux, qui peuvent varier d'un pays à l'autre et au sein d'un même pays.

Les différents types de programmes de formation ont diverses conditions d'admission et durées, et délivrent des titres de compétence différents allant du certificat ou du diplôme à la licence ou la maîtrise (15-17). Une fois employé dans le système de santé, le titre et les rôles ne distinguent pas le niveau d'éducation auquel une sage-femme ou une infirmière s'est qualifiée pour la première fois. En outre, la voie à suivre pour devenir sage-femme peut être soit de suivre une formation d'infirmière de premier niveau, soit d'intégrer directement un programme de formation de sage-femme. Les appels sont de plus en plus nombreux en faveur d'une normalisation de la formation minimale des personnels infirmiers et obstétricaux au niveau de la licence (18-23). Les personnels infirmiers et obstétricaux ayant reçu une formation avancée peuvent assumer des responsabilités plus diverses dans le système de santé, notamment aux niveaux de la direction, de la recherche et de l'enseignement (17, 24).

14. La garantie de la qualité de la formation des personnels infirmiers et obstétricaux et la préparation d'enseignants qualifiés restent des défis importants. Dans les rapports sur *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020* et *l'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021*, de nombreux pays signalent l'existence de normes de formation et d'accréditation. Cependant, dans de nombreux pays, même lorsque des mécanismes d'accréditation sont présents, ceux-ci doivent être renforcés pour aider à résoudre les problèmes de qualité et assurer que l'enseignement est efficace et qu'il réponde de manière utile aux priorités sanitaires locales (25-27). Dans le cadre de la formation des personnels obstétricaux, par exemple, les obstacles à la qualité comprennent une durée d'enseignement pratique insuffisante pour les étudiants dans les établissements de soins cliniques et de maternité appropriés (28-30). La pénurie de professeurs qualifiés pour former les personnels infirmiers et obstétricaux est un problème courant, en particulier au niveau de la licence et au-dessus (31-33). Parmi les 70 pays ayant répondu à une enquête de la Confédération internationale des sages-femmes en 2019-2020, moins de la moitié (46 %) ont indiqué que leur personnel obstétrical enseignant se composait de « sages-femmes qualifiées » (8).

15. De nombreux pays ne produisent pas suffisamment de personnels infirmiers et obstétricaux diplômés pour répondre à la demande du système de santé ou aux besoins de la population en matière de santé. Une pénurie due à une production insuffisante de personnels infirmiers et obstétricaux par rapport à la demande du système de santé peut être attribuée à différents facteurs, notamment la capacité limitée des institutions à recruter ou à former un nombre suffisant, le manque de financement gouvernemental, des réglementations limitant les admissions ou des problèmes liés aux infrastructures, au corps enseignant ou aux sites de pratique clinique. Lorsque les capacités existent, les inscriptions peuvent être insuffisantes en raison de la perception culturelle ou sociétale de ces professions ou parce que les conditions de travail, les salaires ou

les perspectives de carrière ne sont pas attrayants (34-36). Enfin, un pays peut connaître une pénurie si ses diplômés ne possèdent pas les compétences qui correspondent aux besoins de santé de la population. Pour compenser l'insuffisance de la production nationale de diplômés, certains pays, en particulier les pays à revenu élevé, ont tendance à s'appuyer davantage sur la mobilité et de la migration internationales des personnels infirmiers (7, 37). Dans les rapports sur *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020* et *l'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021*, les pays ont signalé de grandes difficultés à notifier leurs données concernant la capacité de formation, les diplômés, les coûts et le financement.

- 16. La riposte à la COVID-19 a mis au jour les priorités nouvelles et préexistantes pour la formation des personnels infirmiers et obstétricaux.** La riposte à la pandémie à travers le monde a mis en évidence la nécessité de disposer de méthodes innovantes, résistantes et efficaces pour la formation de ces personnels. Il a également souligné à nouveau la nécessité pour les sages-femmes et les infirmières d'acquérir des compétences transversales en matière de soins interprofessionnels, en équipe et culturellement appropriés, comprenant notamment l'utilisation des technologies numériques (38-44). Tandis que l'éducation numérique et les sessions de simulation sont effectivement intensifiées pour les étudiants dans certains contextes (45-49), des investissements plus importants sont nécessaires pour garantir une conception efficace de l'apprentissage, l'accessibilité numérique, des évaluations appropriées et un apprentissage sur mesure, ainsi que le soutien qu'il convient d'apporter au corps enseignant afin de concevoir et dispenser la formation numérique.

Orientation stratégique : les personnels infirmiers et obstétricaux diplômés répondent à la demande du système de santé, voire la surpassent, et possèdent les connaissances, les compétences et l'attitude requises pour répondre aux priorités nationales en matière de santé.

- 17. Priorité politique : aligner les niveaux de formation en soins infirmiers et obstétricaux sur des rôles optimisés au sein des systèmes de santé et d'enseignement.** L'examen de l'utilité des programmes de formation par rapport à une combinaison optimisée de compétences des professionnels de la santé peut indiquer le besoin d'adapter ou d'améliorer les conditions d'entrée ou d'achèvement des programmes de formation des personnels infirmiers et obstétricaux. Dans ce contexte, il est essentiel d'envisager de maintenir un large éventail de points d'entrée tout en essayant de rehausser le statut des personnels infirmiers et obstétricaux au moyen de diplômes d'enseignement supérieur, de plus hautes responsabilités dans les milieux de la santé et de possibilités d'avancement professionnel. Toutefois, ces démarches doivent correspondre à la capacité institutionnelle de soutenir l'offre de nouveaux programmes et au potentiel d'absorber les diplômés dans les systèmes de santé et universitaires.

- 18. Mesures de facilitation :** déterminer si les programmes de formation de premier niveau pour les personnels infirmiers et obstétricaux préparent les diplômés à assumer des rôles optimisés dans le système de santé et les milieux universitaires, qui mettent à profit l'intégralité de leur éducation et de leur formation. Envisager des programmes-relais et d'autres mécanismes pour valoriser les titres de compétence des étudiants et déterminer comment l'enseignement supérieur peut entraîner une plus grande responsabilité sur le lieu de travail et une rémunération proportionnée. Explorer l'harmonisation géographique des conditions d'entrée et d'achèvement des études, notamment les possibilités de formation interprofessionnelle, afin de préparer les étudiants au travail d'équipe pluridisciplinaire lorsqu'ils se retrouvent dans un contexte de prestation de services.

19. Priorité politique : optimiser la production nationale de personnels infirmiers et obstétricaux pour répondre à la demande du système de santé provenant des secteurs public et privé, voire la surpasser. Dans de nombreux pays, des investissements seront nécessaires pour augmenter le nombre de diplômés nationaux, pour faciliter le développement du corps enseignant et pour remédier aux contraintes en matière d'infrastructure et de technologie. Divers leviers financiers et non financiers peuvent faciliter les parcours de formation en soins de santé primaires, aider à accroître la diversité des étudiants et des professeurs, assurer une période minimale de service dans le secteur public ou le déploiement et la rétention des diplômés pour qu'ils exercent leur profession dans les communautés rurales et reculées.

20. Mesures de facilitation : un dialogue politique intersectoriel étayé par des données sur le marché du travail de la santé provenant d'institutions publiques et privées peut aider à identifier les options politiques pour réaligner la production sur la demande du système de santé, en se penchant par exemple sur l'insuffisance de la production des personnels, le faible nombre d'inscriptions ou l'inadéquation des compétences des diplômés par rapport aux besoins de santé de la population. Les données et le dialogue peuvent également indiquer s'il convient d'employer des leviers financiers et non financiers (subventions, bourses d'études, formation en zone rurale, règles d'admission ciblées, assorties de mécanismes de soutien, etc.) pour mettre en conformité la formation avec les priorités politiques.

21. Priorité politique : faire en sorte que les programmes de formation soient fondés sur les compétences, qu'ils appliquent une conception efficace de l'apprentissage, qu'ils respectent les normes de qualité et soient conformes aux besoins de santé de la population. La formation fondée sur les compétences, en tant qu'approche axée sur les résultats pour la conception et la mise en œuvre des programmes d'études, peut contribuer à la santé de la communauté lorsque certains enjeux de santé de la localité sont utilisés pour déterminer les compétences souhaitées (50). L'accréditation de l'enseignement, bien qu'elle soit principalement un mécanisme de responsabilité visant à garantir que les établissements respectent les normes de qualité, sert également à identifier et à traiter les domaines permettant d'améliorer les compétences et le nombre de professeurs, les critères d'admission et les compétences des étudiants grâce à un programme d'études révisé, actualisé et adapté au contexte (26). Les normes d'accréditation doivent prendre en compte les nouvelles tendances des services de santé qui influenceront les pratiques de santé futures, notamment l'évolution de la charge de morbidité, la refonte des systèmes de santé, les soins en équipe interprofessionnelle, la préparation aux catastrophes, la sécurité des patients et l'utilisation des technologies.

22. Mesures de facilitation : en collaboration avec les parties prenantes de la santé et de l'éducation, définir les résultats des programmes d'études en fonction des besoins en matière de santé et des rôles des personnels infirmiers et obstétricaux qui travaillent dans des établissements de soins de santé centrés sur la personne, intégrés et fondés sur le travail d'équipe. Disposer d'une base de connaissances appropriée pour assurer la fourniture de meilleures pratiques en matière de prestation de soins et d'opportunités appropriées de formation clinique avant l'emploi. Exiger l'accréditation de tous les programmes de formation des personnels infirmiers et obstétricaux, y compris les programmes privés à but lucratif, pour soutenir un enseignement de qualité. Collaborer avec les organismes d'accréditation pour identifier et résoudre les problèmes de qualité. Le document intitulé *Strengthening quality midwifery education for universal health coverage 2030: framework for action* est un guide pour développer une formation des sages-femmes de qualité et durable, avant l'emploi et en cours d'emploi, et comprend un plan d'action en sept étapes pour les parties prenantes (51).

23. Priorité politique : veiller à ce que les professeurs soient correctement formés aux meilleures méthodes et technologies pédagogiques, et possèdent une expertise clinique démontrée dans les domaines recherchés. Développer le corps professoral tout en garantissant sa qualité nécessitera une formation avancée, ou des cours portant sur les processus et méthodes pédagogiques, ainsi qu'un engagement avec le contexte clinique, dans le but d'identifier des cliniciens experts pour encadrer ou superviser les étudiants dans ces milieux. Cela nécessitera aussi un investissement accru dans les technologies et infrastructures numériques et la formation du corps professoral à l'utilisation de ces technologies pour la formation à distance, les simulations cliniques et l'engagement avec des mentors cliniques et des étudiants dans les zones rurales ou reculées. Les éducateurs doivent être en mesure de maintenir les compétences cliniques ainsi que de développer et renforcer les compétences cliniques et didactiques dans les domaines de l'enseignement et de la recherche.

24. Mesures de facilitation : utiliser les résultats de l'accréditation pour déterminer où il convient d'investir dans le recrutement, la rétention et le développement du corps professoral. Des investissements peuvent être nécessaires dans le domaine des technologies ou des équipements informatiques, et afin d'optimiser l'accès aux technologies numériques pour les étudiants et les professeurs dans les zones rurales ou reculées. Élaborer des mécanismes pour récompenser ou promouvoir les professeurs les plus performants. Encourager l'utilisation de programmes-relais (par exemple, l'achèvement d'un programme de baccalauréat) ou de programmes visant à augmenter le nombre de cliniciens experts éligibles pour s'inscrire à des programmes d'études supérieures qui préparent les professeurs au leadership, à la gestion des systèmes et à la conduite de recherches cliniques, y compris des cours de troisième cycle. Les réseaux d'universitaires et de chercheurs et les programmes internationaux d'échange de professeurs se sont révélés efficaces pour renforcer les capacités de recherche des éducateurs.



Données factuelles

- 25. Le nombre et la répartition des personnels infirmiers et obstétricaux dans le monde ne correspondent pas aux cibles de la CSU et des ODD.** À l'échelle mondiale, le nombre de personnels infirmiers, soit 27,9 millions, implique une pénurie, fondée sur les besoins actuels, de 5,9 millions de personnels. Cette pénurie touche majoritairement (89 %) les pays à faible revenu et ceux à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (PRITI). Alors que les personnels infirmiers devraient atteindre 36 millions de personnes d'ici 2030, 70 % de cette augmentation devrait se produire dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et les pays à revenu élevé. L'estimation des personnels obstétricaux est de 1,9 million et présente une répartition inéquitable similaire dans les pays à faible revenu faible et les PRITI. Si les personnels obstétricaux bénéficiaient d'une éducation adéquate, d'une réglementation adaptée et d'autres mécanismes de soutien appropriés, ils pourraient répondre à environ 90 % des besoins mondiaux en interventions essentielles dans les domaines de la santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale et adolescente (8). Les sages-femmes représentent cependant moins de 10 % des personnels mondiaux fournissant ces services, ce qui indique la nécessité d'augmenter la demande économique pour la création d'emplois de personnels obstétricaux. Alors que les données communiquées par les pays sur les personnels infirmiers et obstétricaux dans les rapports sur *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020* et *l'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021* étaient solides en termes de comptage, il reste à relever des défis importants pour distinguer avec précision les sages-femmes, les infirmières et les infirmières qui sont aussi sages-femmes, et pour notifier les données supplémentaires nécessaires afin de planifier les effectifs et d'effectuer les analyses du marché du travail de la santé.
- 26. La mobilité et la migration internationales des personnels revêtent une importance croissante pour de multiples secteurs et parties prenantes.** Environ un membre du personnel infirmier sur huit travaille dans un pays autre que celui où il est né ou a fait ses études. La dépendance à l'égard des personnels infirmiers qui sont nés et ont été formés à l'étranger était 15 fois plus élevée dans les pays à revenu élevé que dans les pays appartenant à d'autres catégories de revenu. De même, pour les personnels obstétricaux, le recours aux personnes nées à l'étranger ou formées à l'étranger était plus faible dans les pays à revenu faible et intermédiaire. En particulier, les petits États insulaires en développement peuvent avoir du mal à retenir les agents de santé qui sont susceptibles de gagner davantage dans un pays voisin mieux doté en ressources (52-54). Malgré l'augmentation du nombre d'accords intergouvernementaux portant sur la mobilité internationale des agents de santé, les ministères de la santé et les autres parties prenantes du secteur de la santé ne sont pas systématiquement impliqués dans la négociation et la mise en œuvre de ces accords (55). La mobilité et la migration internationales des personnels pourraient avoir augmenté pendant la pandémie de COVID-19 en raison de la demande d'emplois d'infirmiers et de l'assouplissement des obstacles à l'entrée dans la pratique (56).

27. Le recrutement et la rétention constituent une contrainte quasi universelle, en particulier dans les zones rurales et reculées de même que dans les petits États insulaires en développement (52, 57, 58). Dans certaines circonstances, la disponibilité réduite peut exister parallèlement au chômage et aux situations où les emplois (postes vacants) ne sont pas pourvus en raison de la limitation de l'espace budgétaire ou financier nécessaire pour employer des personnels infirmiers et obstétricaux ou parce que ces personnels ont choisi de travailler dans d'autres secteurs (59, 60). Une fois employés, les personnels infirmiers et obstétricaux sont confrontés à des facteurs dissuasifs et incitatifs bien connus, notamment les préjugés sexistes et les relations de pouvoir biaisées qui peuvent imprégner les politiques et la réglementation sur le lieu de travail (34, 61, 62). Les données factuelles montrent que diverses incitations financières et non financières, notamment l'autonomie professionnelle et la mise à profit de l'intégralité de leur éducation, peuvent aider à retenir les personnels infirmiers et obstétricaux dans les zones rurales, reculées et autres zones mal desservies (53, 57, 58, 63-65). Pour les deux professions, la COVID-19 a mis au jour les lacunes des politiques visant à retenir ces personnels dans les contextes de soins et à garantir la santé et la sécurité au travail. Ces lacunes ont occasionné des infections, des maladies et des décès parmi ces personnels, et ont conduit à l'épuisement professionnel, l'absentéisme et des répercussions connexes sur la prestation des services de santé (66-69).

Orientation stratégique : accroître la disponibilité des agents de santé en créant de manière durable des emplois correspondant aux personnels infirmiers et obstétricaux, en recrutant et en retenant efficacement des personnels, et en gérant de manière éthique la mobilité et la migration internationales.

28. Priorité politique : réaliser une planification et des prévisions portant sur les personnels infirmiers et obstétricaux selon la perspective du marché du travail de la santé. L'utilisation d'une perspective du marché du travail de la santé permet de comprendre globalement les forces qui sont à l'origine des pénuries et des excédents d'agents de santé, des déséquilibres géographiques et de la combinaison de compétences, ainsi que de l'insuffisance du rendement. Les chiffres ainsi que les données sur la répartition, l'éducation (candidats, professeurs, diplômés) et l'emploi (postes vacants, rotation, migration), sont essentiels pour élaborer des politiques efficaces visant à traiter ces questions ainsi que pour prévoir et planifier les besoins futurs. Les pays utilisent habituellement une analyse du marché du travail de la santé pour élaborer ou mettre à jour leurs plans stratégiques et d'investissement en matière de personnels de la santé.

29. Mesures de facilitation : une approche multisectorielle, dirigée par le ministère de la santé et les responsables-chefes des services infirmiers et obstétricaux des gouvernements, en coordination et en collaboration avec les ministères de l'éducation, des finances, du travail, du développement social et avec les secteurs privé, non gouvernemental et à but non lucratif, est essentielle pour identifier les questions politiques clés et les données nécessaires à l'analyse. Les pays doivent accélérer la mise en œuvre des comptes nationaux des personnels de santé (CNPS) pour rassembler les données nécessaires aux analyses du marché du travail de la santé et à la gestion des personnels. La planification et les prévisions doivent prendre en considération des champs de pratique optimisés, par exemple, la pratique autonome des sages-femmes en milieu communautaire et les prestations infirmières dans les cadre de soins de santé primaires, notamment la prise en charge des maladies non transmissibles. Le dialogue dans l'optique du marché du travail de la santé peut également prendre en compte la façon dont certains modèles de prestation de services, comme la continuité des soins dirigée par les sages-femmes, peuvent influencer l'accès, la qualité des soins, la satisfaction au travail, le recrutement et la rétention.

30. Priorité politique : assurer une demande adéquate (emplois) en ce qui concerne la prestation de services de santé pour les soins primaires et d'autres priorités de santé de la population.

Les 5,9 millions de nouveaux emplois d'infirmiers et de sages-femmes nécessaires pour répondre aux besoins de la population peuvent être créés dans la plupart des pays avec les fonds nationaux existants grâce à une mobilisation encore plus grande des ressources nationales (70). Certains pays à revenu faible et PRITI auront des difficultés à créer des emplois en raison d'une demande insuffisante de personnels infirmiers et obstétricaux nécessaires à la réalisation de la CSU, tandis que d'autres pays devront peut-être augmenter leur capacité d'absorption ou leur participation au marché du travail en général (71). L'harmonisation et l'alignement du soutien des donateurs, des partenaires au développement et des institutions financières internationales peuvent permettre un financement optimisé durable qui aligne les flux et les politiques de financement sur les priorités économiques, sociales et environnementales du Programme de développement durable à l'horizon 2030 (72). Cela permettra de renforcer les personnels infirmiers et obstétricaux tout en garantissant l'expansion et le maintien de la masse salariale dans le but d'accélérer les progrès vers la CSU et d'autres objectifs de santé.

31. Mesures de facilitation : une analyse du marché de l'emploi dans le secteur de la santé, associée à une analyse de faisabilité économique, peut contribuer à alimenter les interventions visant à optimiser l'investissement dans les personnels infirmiers et obstétricaux. La mobilisation des ressources nationales peut impliquer des allocations budgétaires supplémentaires pour créer des emplois dans ces deux professions, et l'inclusion du secteur privé dans des modèles de financement diversifiés et durables pour garantir la disponibilité des personnels infirmiers et obstétricaux à long terme. Les pays recevant une aide au développement auront besoin d'identifier des opportunités de financement intersectoriel pour appuyer les stratégies relatives aux personnels de santé et de mettre en œuvre des mécanismes de financement innovants comme la mise en commun des fonds institutionnels, tout en reconstruisant leurs capacités pour une expansion durable de la masse salariale. La création d'emplois et les nouvelles opportunités professionnelles doivent être disponibles à toutes et à tous, et contribuer à des personnels infirmiers et obstétricaux qui sont représentatifs des populations qu'ils desservent.

32. Priorité politique : renforcer la mise en œuvre du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé (le Code). Le Code est largement reconnu comme le cadre éthique universel qui lie le recrutement international des agents de santé et le renforcement des systèmes de santé. La mise en œuvre du Code peut contribuer à garantir que les progrès vers la CSU et la capacité de répondre et de gérer les urgences sanitaires dans les États Membres servent à soutenir, plutôt qu'à compromettre, des réalisations similaires dans d'autres États Membres.

33. Mesures de facilitation : les intérêts des parties prenantes du système de santé, y compris les ministères de la santé, doivent être pris en compte dans les discussions relatives à la migration et à la mobilité internationales des agents de santé. Dans la mesure du possible, les accords conclus entre les pays dans ce domaine devraient être explicitement fondés sur des analyses du marché du travail de la santé (en veillant à ce qu'il n'y ait aucune incidence défavorable sur le système de santé du pays d'origine) et faire l'objet d'un rapport par le biais du mécanisme de notification du Code. Dans l'économie mondialisée que nous connaissons aujourd'hui, il existe des cadres de gouvernance et de réglementation relatifs aux normes d'emploi conçus pour promouvoir l'égalité des chances afin que tous les genres puissent obtenir un travail décent et productif (73).

34. Priorité politique : attirer, recruter et retenir les personnels infirmiers et obstétricaux là où ils sont le plus nécessaires. L'implication intersectorielle des parties prenantes est essentielle pour identifier les problèmes et les solutions afin d'améliorer le recrutement et la rétention des personnels infirmiers et obstétricaux dans les secteurs où les besoins sont les plus importants, et ne laisser personne pour compte. Les politiques sur le lieu de travail peuvent servir à accroître l'accès équitable aux services de santé, à lutter contre la discrimination fondée sur le genre et à garantir la sécurité des personnels infirmiers et obstétricaux. Ces aspects sont particulièrement importants dans les situations d'urgence sanitaire où, en l'absence de telles politiques, les personnels infirmiers et obstétricaux peuvent être exposés à un niveau de risque inacceptable et subir des violations de leurs droits fondamentaux en tant qu'agents de santé, notamment en raison des déplacements et des risques dus à une crise humanitaire.

35. Mesures de facilitation : regrouper les politiques de rétention qui couvrent l'éducation, la réglementation, les incitations et le soutien personnel et professionnel (74) ; envisager de créer une filière rurale pour les étudiants qui suivent une formation professionnelle dans le domaine de la santé et retournent dans leurs communautés pour exercer ; mettre en œuvre des mécanismes de protection sociale, législative et administrative, notamment l'indemnité de pratique en cas d'infection, d'invalidité ou de décès, les congés de maladie payés et l'assurance contre les risques professionnels ; analyser les barèmes de salaires dans les pays par rapport au salaire vital et s'engager à mettre en place un système de rémunération plus équitable et non sexiste pour les agents de santé, y compris dans le secteur privé ; reconnaître le niveau d'éducation des personnels infirmiers et obstétricaux en leur confiant les responsabilités correspondantes et en les rémunérant en conséquence ; appliquer des politiques de tolérance zéro en matière de discrimination sexuelle et de harcèlement verbal, physique et sexuel.



Données factuelles

36. Les femmes représentent près de 70 % des personnels de santé à travers le monde, 89 % des personnels infirmiers et 93 % des personnels obstétricaux, mais elles n'occupent que 25 % des postes de direction au sein des institutions de santé (61). Les écarts entre les sexes en matière de leadership sont dus aux stéréotypes, à la discrimination, au déséquilibre des pouvoirs et aux privilèges (57, 75, 76). Les contributions des femmes dirigeantes dans le domaine de la santé (par exemple, les sages-femmes et les infirmières) développent le programme d'action en matière de santé et donnent lieu à des politiques de santé qui sont plus favorables aux femmes et aux enfants (34, 77-80). Les compétences de leadership efficaces des sages-femmes et des infirmières gestionnaires ont un impact positif sur la rétention de ces personnels et sur la prestation de services, et peuvent réduire la détresse psychologique pendant les pandémies (64, 80-84). L'absence des femmes aux postes de direction et la non-contribution des sages-femmes et des infirmières aux politiques en faveur de la santé de la population affaiblissent de manière globale les progrès vers la CSU et les ODD (85).
37. **Environ 70 % et 50 % des pays ont fait état d'un poste de haut fonctionnaire au niveau national pour les services infirmiers et obstétricaux, respectivement.** Neuf pour cent des pays notifiant des données dans le rapport sur l'*État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021* ont indiqué qu'aucune sage-femme n'avait un poste de direction. Une enquête « éclair » du Conseil international des infirmières sur les Responsable-Cheffes des services infirmiers des gouvernements a révélé que peu d'entre eux avaient l'autorité nécessaire pour conseiller et influencer à un niveau stratégique (86). Seuls 50 % des pays ont rapporté qu'ils disposent de programmes de développement du leadership pour les personnels infirmiers qui soient soutenus au plan national. Ceci est important car tous les niveaux de préparation à la formation des personnels infirmiers et obstétricaux n'incluent pas les compétences de leadership dans les programmes d'études (79, 82, 87). Dans les pays qui ont rapporté disposer à la fois d'une responsables-cheffe des services infirmiers et d'un programme national de développement du leadership, il existait un réseau plus solide de réglementations sur le lieu de travail et dans le domaine de l'enseignement.

Orientation stratégique : augmenter la proportion et l'autorité des personnels infirmiers et obstétricaux dans les postes de haut niveau du secteur de la santé et de l'éducation, et former et autonomiser en permanence la prochaine génération de leaders en soins infirmiers et obstétricaux.

38. Priorité politique : établir et renforcer les postes de haute responsabilité pour la gouvernance et la gestion des personnels infirmiers et obstétricaux, et contribuer à l'élaboration des politiques en matière de santé. Les responsables-cheffes des services infirmiers et obstétricaux des gouvernements devraient travailler avec d'autres cadres supérieurs du secteur sanitaire pour prendre des décisions stratégiques qui ont un impact sur la planification des services de santé afin de répondre aux besoins de santé de la population. Au niveau national, ce poste devrait être assorti de responsabilités et de ressources facilitant la gouvernance et la gestion des personnels infirmiers et obstétricaux, l'échange et l'analyse des données relatives aux soins infirmiers et obstétricaux, la réunion des parties prenantes pour un dialogue politique et la prise de décision sur la base de données factuelles.

39. Mesures de facilitation : assurer que le rôle est doté de ressources et que les responsabilités incluent un degré d'autorité suffisant pour prendre des décisions et participer à l'élaboration des politiques de santé. Assurer la formation et le développement des compétences des responsables-cheffes des services infirmiers et obstétricaux des gouvernements en fonction des besoins, dans les domaines des finances et de l'administration, de la gestion et de la planification des personnels pour la santé de la population en utilisant des analyses du marché du travail et de l'espace fiscal. Il pourrait s'avérer nécessaire d'établir ou de renforcer les mandats ou les mécanismes qui permettent de notifier les données et réunir les parties prenantes pour les échanges de données et le dialogue politique. Dans les pays dotés d'une administration décentralisée des personnels de santé, les compétences et les mécanismes institutionnels peuvent devoir être construits au niveau infranational.

40. Priorité politique : investir dans le développement des compétences de leadership chez les personnels infirmiers et obstétricaux. Les programmes de développement visant à améliorer les capacités techniques, administratives et de gestion peuvent doter les personnels infirmiers et obstétricaux de compétences de leadership qui ne sont pas toujours couvertes dans leurs programmes d'études. Les programmes qui comprennent des stages ou des mentorats auprès de différents types d'organisations ou de dirigeants peuvent exposer les jeunes personnels infirmiers et obstétricaux à une variété de problèmes dans le domaine des soins de santé et à l'utilisation de la recherche pour éclairer la pratique et les politiques de santé.

41. Mesures de facilitation : assurer l'allocation budgétaire des programmes nationaux ou régionaux. Exiger l'égalité des chances entre les sexes, les races, les groupes linguistiques/ethniques, avec des opportunités distinctes données aux jeunes personnels infirmiers et obstétricaux, ainsi qu'aux groupes sous-représentés dans les postes de direction. Travailler avec les organisations d'enseignement, de recherche et de santé pour créer des programmes de développement du leadership et des possibilités de mentorat. Mettre au point des mécanismes de récompense et de reconnaissance pour attirer l'attention sur les contributions des personnels infirmiers et obstétricaux aux priorités en matière de santé et fournir des modèles aux jeunes de cette profession.



Données factuelles

- 42. Les personnels infirmiers et obstétricaux peuvent fournir de manière sûre et efficace une grande partie des services de soins de santé primaires, mais sont souvent empêchés de mettre à profit l'intégralité de leur éducation et de leur formation.** La pleine utilisation des compétences des personnels infirmiers et obstétricaux peut contribuer à réduire les disparités dans l'accès aux services de santé pour les populations vulnérables, rurales et reculées, y compris en cas d'urgence et de crise sanitaire (88-91). La couverture universelle des interventions dispensées par les sages-femmes pourrait permettre d'éviter 67 % des décès maternels, 64 % des décès néonataux et 65 % des mortinaissances (92). Il a été démontré que les infirmières en pratique avancée fournissent de manière sûre et efficace un large éventail de services, soit en tant que généralistes (par exemple, une infirmière de famille praticienne), soit en tant que spécialistes (par exemple, en anesthésie, pédiatrie ou gériatrie) (93-95). Les infirmières diplômées peuvent efficacement fournir un large éventail de services de soins de santé primaires et de prise en charge des maladies non transmissibles, y compris la prescription de médicaments et de certains tests diagnostiques (96-98). En sus des données factuelles, les lois et règlements peuvent intentionnellement empêcher les personnels infirmiers et obstétricaux de pratiquer certaines compétences acquises au cours de leur formation, parfois en raison de problèmes d'« empiètement » entre ces personnels et d'autres groupes professionnels (99-102). Les politiques nationales, les stratégies spécifiques aux maladies (comme pour le virus de l'immunodéficience humaine) et les politiques ou protocoles des établissements de santé peuvent aussi avoir un impact sur la gamme des services pouvant être fournie par les personnels infirmiers et obstétricaux (103).
- 43. Les réglementations professionnelles et les systèmes réglementaires ne reflètent souvent pas l'élargissement des rôles des personnels infirmiers et obstétricaux dans les établissements de santé, leur mobilité internationale ou leurs besoins en matière d'échange de données.** Ces réglementations comprennent des exigences stipulant qu'il faut être inscrite et/ou autorisée à exercer en tant que sage-femme ou infirmière, le champ d'exercice de chaque profession et les conditions, le cas échéant, relatives à l'entretien de l'inscription ou de l'autorisation à exercer. Les rapport sur *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020* et *l'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021* ont indiqué que certains pays ne disposent pas d'un examen évaluant les compétences initiales dans le cadre de l'autorisation à exercer et que d'autres n'exigent aucune preuve d'actualisation des compétences (comme une formation professionnelle continue) pour renouveler leur titre de compétence. Dans de nombreux pays, les champs d'exercice ne reflètent ni l'étendue du contenu des programmes d'éducation et des personnels infirmiers et obstétricaux, ni les données factuelles appuyant leur sécurité et leur efficacité dans le domaine de la pratique. La mobilité internationale accrue de ces personnels a révélé des retards ou des obstacles importants pour obtenir une reconnaissance professionnelle complète lorsqu'ils tentent d'exercer dans une autre juridiction ; ces obstacles peuvent également être liés

aux compétences en communication et linguistiques (104-108). Les retards sont souvent liés à des lacunes au niveau des informations nécessaires pour la vérification des titres de compétences et l'évaluation des compétences nécessaires à la pratique.

44. La riposte à la COVID-19 a renforcé la nécessité de créer des environnements professionnels favorables qui soutiennent une prestation de services optimisée par les personnels infirmiers et obstétricaux. Les personnels de santé et d'aide à la personne ont été confrontés à d'importants défis pour répondre à la pandémie de COVID-19, notamment la surcharge de travail, le manque d'équipements de protection individuelle et d'autres équipements essentiels, le risque d'infection et de décès, les mesures de quarantaine, la discrimination sociale et les attaques dont ils ont été la cible, alors qu'ils devaient parallèlement prendre soin de leur famille et de leurs amis (67, 109-111). Les répercussions sur la santé mentale ont été graves (112-114). Ces défis influencent également la sécurité et la qualité de la prestation de services (115, 116). Alors que la plupart des pays ont connu des perturbations de la prestation des services de santé, beaucoup ont aussi innové ou intégré de nouvelles approches de prestation de services (117, 118). On s'est inquiété cependant que l'approche consistant à réaffecter les personnels obstétricaux avec une formation en soins infirmiers pour fournir des soins aux patients atteints de COVID-19 diminuait encore davantage la disponibilité des services de maternité et de soins aux nouveau-nés (119). La riposte à la COVID-19 a également servi à prouver la faisabilité et l'efficacité des formations et du renforcement des capacités entièrement virtuels et en cours d'emploi pour les personnels infirmiers et obstétricaux (120-122). La création d'environnements professionnels favorables pour les personnels infirmiers et obstétricaux exige également une dotation en personnel prudente, le respect et la collaboration des autres professionnels de la santé, des ressources adéquates, de bons systèmes d'orientation, des dirigeants expérimentés et une gestion convenable des installations (34, 57, 64, 123).

Orientation stratégique : les personnels infirmiers et obstétricaux travaillent en mettant à profit l'intégralité de leur éducation et de leur formation dans des milieux de prestation de services sûrs et encourageants.

45. Priorité politique : examiner et renforcer les systèmes de réglementation de la profession et soutenir le renforcement des capacités des autorités de réglementation, le cas échéant. Au-delà de protéger le public, la réglementation peut aussi faciliter le recrutement efficace de personnels infirmiers et obstétricaux qualifiés pour les faire entrer dans la vie active et améliorer l'accès aux services de santé de qualité. L'harmonisation des réglementations entre les pays et l'établissement d'accords de reconnaissance mutuelle peuvent faciliter la mobilité entre les juridictions participantes. L'examen de la législation et de la réglementation doit être entrepris en tenant compte des résultats obtenus par la formation des personnels infirmiers et obstétricaux et des rôles optimisés dans les contextes de prestation de services. Il est essentiel pour les sages-femmes également accréditées en tant qu'infirmières de consacrer un temps suffisant à la prestation de services obstétricaux pour maintenir leurs compétences dans le domaine des soins de maternité. Les mécanismes d'assurance qualité peuvent aider à évaluer et à surveiller les performances des autorités de réglementation ainsi que l'efficacité et la rationalité de la réglementation (124).

46. Mesures de facilitation : la législation et la réglementation doivent être mises à jour en ce qui concerne leur formation et l'optimisation de leurs rôles dans les milieux de pratique. Les champs d'exercice des personnels infirmiers et obstétricaux doivent être différenciés de manière appropriée afin d'éviter une mauvaise gestion ou un déploiement inadéquat. Il est possible de tenir des registres actifs des personnels infirmiers et obstétricaux « aptes à exercer » en exigeant que ces derniers soient tenus de renouveler périodiquement leur enregistrement ou leur titre de compétence, et de démontrer l'actualisation de leurs compétences ou une formation professionnelle continue. Les autorités de réglementation peuvent faciliter l'entretien des compétences existantes et l'acquisition de nouvelles compétences en permettant aux formations continues ou aux cours supplémentaires applicables d'être pris en compte dans le cadre de ces exigences. Envisager l'harmonisation des réglementations entre les pays et les accords de reconnaissance mutuelle. Ces dispositions devraient être appuyées par un registre « évolutif » interopérable exploitant des bases de données relevant du système de santé et d'autres autorités de réglementation. Dans certains pays, les autorités de réglementation peuvent avoir besoin d'un renforcement des capacités, d'un soutien administratif ou de systèmes et ressources informatiques optimisés.

47. Priorité politique : adapter les politiques sur le lieu de travail pour permettre aux personnels infirmiers et obstétricaux de contribuer au maximum à la prestation de services au sein d'équipes de soins de santé interdisciplinaires. Les politiques en vigueur sur le lieu de travail doivent assurer un environnement de travail décent et favorable, abordant notamment les questions de genre, de discrimination, de pouvoir, de hiérarchie et de respect (125). Dans le cadre de la riposte aux situations d'urgence, aux conflits et aux catastrophes, et pour assurer la prestation de services dans ces situations, les personnels infirmiers et obstétricaux ont besoin de ressources, de formation et d'équipement adéquats. Il peut être nécessaire de renforcer les capacités dans les domaines de l'évaluation des risques et des activités de prévention, de préparation, de riposte et de relèvement. L'OMS a encouragé les pays à mobiliser toutes les parties prenantes concernées afin d'adopter des décisions politiques et de gestion pertinentes visant à protéger les droits des personnels de santé et d'aide à la personne, le travail décent et les environnements de pratique (111).

48. Mesures de facilitation : les personnels infirmiers et obstétricaux qui travaillent dans des situations d'urgence, comme la riposte à la COVID-19, doivent avoir droit aux heures supplémentaires et à une prime de risque, le cas échéant, bénéficier de mesures de santé et de sécurité au travail compréhensives, telles qu'un équipement de protection individuelle approprié, recevoir des formations en matière de prévention et de lutte contre les infections, de diagnostic et de gestion des cas cliniques, et avoir accès à des services de soutien et de conseil en santé mentale. Les employeurs doivent assurer une dotation en personnel prudente et une charge de travail acceptable, et collecter des données normalisées et à jour sur les agents de santé, y compris les infections, les décès et les attaques associés à la COVID-19. Ces données peuvent être utilisées pour établir le profil des risques des personnels et pour les redéployer en conséquence afin de les protéger des risques professionnels, par exemple en utilisant des services de télésanté. Des outils permettant d'estimer le nombre optimal, la répartition et les rôles des personnels infirmiers et obstétricaux au sein des membres de l'équipe de soins de santé peuvent contribuer à garantir une dotation en personnel prudente (126-128). Le plein exercice de ces professions pourrait inclure la fourniture de technologies d'aide à la décision et de mécanismes d'orientation efficaces pour les personnels infirmiers et obstétricaux dans les zones reculées ou exerçant seuls, et une intégration efficace dans les contextes de soins de maternité secondaires et tertiaires pour les sages-femmes dans les communautés. Mettre en œuvre des environnements de travail visant à faire évoluer favorablement les inégalités de genre, y compris une tolérance zéro pour les actes de violence et le harcèlement sexuel, ainsi que des politiques pour remédier aux désavantages auxquels sont confrontées les femmes ayant des responsabilités familiales, ménagères et d'aidantes non rémunérées.

Conclusion

49. L'impact de la pandémie de COVID-19 a renforcé le besoin mondial de personnels infirmiers et obstétricaux qualifiés et a souligné qu'il est urgent d'investir dans les domaines de l'éducation, de l'emploi, du leadership et des contextes de prestation de services de ces personnels. Les orientations stratégiques articulent des domaines

prioritaires pour les politiques visant à autonomiser les personnels infirmiers et obstétricaux à travers le monde. La mise en œuvre s'appuie sur un processus de mobilisation importante et intersectorielle au niveau des pays pour la notification des données, le dialogue politique et la prise de décision sur les actions politiques.



Références

1. Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 25 septembre 2015. New York, Organisation des Nations Unies, 2015.
2. Treizième programme général de travail, 2019-2023. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://www.who.int/about/what-we-do/thirteenth-general-programme-of-work-2019---2023>, consulté le 16 juin 2021).
3. Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030), New York, Organisation des Nations Unies, 2015.
4. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016.
5. Promouvoir la santé et la croissance : investir dans le personnel de santé. Rapport de la Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016.
6. 2020 : année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier A72/54 Rév.1. Genève, Suisse, Organisation mondiale de la Santé, 2019.
7. 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.
8. L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021. New York, Fonds des Nations Unies pour la population, 2021.
9. Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé A73/B/CONF./2. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.
10. Ten Hoope-Bender P, Homer C, Matthews Z, Nove A, Sochas L, Campbell J, et al. McManus J, editor. The state of the world's midwifery: a universal pathway, a woman's right to health. New York, NY : United Nations Population Fund; 2014.
11. Déclaration de la triade 2020. Genève, Conseil international des infirmières, Confédération internationale des sages-femmes, Organisation mondiale de la Santé, 2020.
12. Sousa A, Scheffler RM, Nyoni J, Boerma T. A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. Bull World Health Organ. 2013;91:892-4.
13. Comptes nationaux des personnels de santé : guide pour la mise en œuvre. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018.
14. Classification internationale type des professions. Genève, Organisation internationale du Travail, 2008.
15. Castro Lopes S, Nove A, Ten Hoope-Bender P, de Bernis L, Bokosi M, Moyo NT, et al. A descriptive analysis of midwifery education, regulation and association in 73 countries: the baseline for a post-2015 pathway. Hum Resour Health. 2016;14:37.
16. Hermansson E, Mårtensson LB. The evolution of midwifery education at the master's level: a study of Swedish midwifery education programmes after the implementation of the Bologna process. Nurse Educ Today. 2013;33:866-72.
17. Kumakech E, Anathan J, Udho S, Auma AG, Atuhaire I, Nsubuga AG, et al. Graduate midwifery education in Uganda aiming to improve maternal and newborn health outcomes. Ann Global Health. 2020;86:52-.
18. Cho E, Park J, Choi M, Lee HS, Kim EY. Associations of nurse staffing and education with the length of stay of surgical patients. J Nurs Scholarsh. 2018;50:210-8.
19. Harrison JM, Aiken LH, Sloane DM, Brooks Carthon JM, Merchant RM, Berg RA, et al. In hospitals with more nurses who have baccalaureate degrees, better outcomes for patients after cardiac arrest. Health Aff (Millwood). 2019;38:1087-94.
20. White EM, Smith JG, Trotta RL, McHugh MD. Lower postsurgical mortality for individuals with dementia with better-educated hospital workforce. J Am Geriatr Soc. 2018;66:1137-43.
21. Graf J, Simoes E, Blaschke S, Plappert CF, Hill J, Riefert MJ, et al. Academisation of the midwifery profession and the implementation of higher education in the context of the new requirements for licensure. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2020;80:1008-15.
22. Plappert C, Graf J, Simoes E, Schönhardt S, Abele H. The academization of midwifery in the context of the amendment of the German midwifery law: current developments and challenges. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2019;79:854-62.
23. Reuschenbach B, Komlew A. Attitudes towards Bachelor-level education amongst Bavarian midwives: results of a descriptive cross-sectional survey in Bavaria, Germany. Europ J Midwifery. 2018;2:17.
24. Bogren M, Doraiswamy S, Erlandsson K. Building a new generation of midwifery faculty members in Bangladesh. J Asian Midwives. 2017;4:52-8.
25. Nove A, Pairman S, Bohle LF, Garg S, Moyo NT, Michel-Schuldt M, et al. The development of a global midwifery education accreditation programme. Glob Health Action. 2018;11:1489604-.
26. Bogren M, Banu A, Parvin S, Chowdhury M, Erlandsson K. Findings from a context specific accreditation assessment at 38 public midwifery education institutions in Bangladesh. Women Birth. 2021;34:e76-e83.
27. Markaki A, Moss J, Shorten A, Selleck C, Loan L, McLain R, et al. Strengthening universal health: development of a nursing and midwifery education quality improvement toolkit. Rev Lat Am Enfermagem. 2019;27:e3188-e.
28. Lendahls L, Oscarsson MG. Midwifery students' experiences of simulation- and skills training. Nurse Educ Today. 2017; 50:12-16.
29. Ahmadi G, Shahriari M, Keyvanara M, Kohan S. Midwifery students' experiences of learning clinical skills in Iran: a qualitative study. Int J Med Educ. 2018;9:64-71.
30. Lakhani A, Jan R, Baig M, Mubeen K, Ali SA, Shahid S, et al. Experiences of the graduates of the first baccalaureate midwifery programme in Pakistan: A descriptive exploratory study. Midwifery. 2018;59:94-9.
31. West F, Homer C, Dawson A. Building midwifery educator capacity in teaching in low and lower-middle income countries. A review of the literature. Midwifery. 2016;33:12-23.
32. Erlandsson K, Doraiswamy S, Wallin L, Bogren M. Capacity building of midwifery faculty to implement a 3-years midwifery diploma curriculum in Bangladesh: A process evaluation of a mentorship programme. Nurse Educ Pract. 2018;29:212-8.

33. Bvumbwe T, Mtshali N. Nursing education challenges and solutions in Sub Saharan Africa: an integrative review. *BMC Nurs.* 2018;17:3.
34. Midwives voices, midwives realities: findings from a global consultation on providing quality midwifery care. Geneva: World Health Organization; 2016.
35. Celebi E, Kargin M. Social gender and nursing in Turkey: a qualitative research. *J Pak Med Assoc.* 2019;69:1184-6.
36. Tawash E, Cowman S. The NURSING-Positive recruitment Arabic model (NURS-P.R.A.M.): A mixed methods study. *J Adv Nurs.* 2018;74:2630-9.
37. Williams GA, Jacob G, Rakovac I, Scotter C, Wismar M. Health professional mobility in the WHO European Region and the WHO Global Code of Practice: data from the joint OECD/EUROSTAT/WHO-Europe questionnaire. *Eur J Public Health.* 2020;30(Suppl._4):iv5-iv11.
38. Donnelly C, Ashcroft R, Bobbette N, Mills C, Mofina A, Tran T, et al. Interprofessional primary care during COVID-19: a survey of the provider perspective. *BMC Fam Pract.* 2021;22:31.
39. Lomiguen CM, Rosete I, Chin J. Providing culturally competent care for COVID-19 intensive care unit delirium: a case report and review. *Cureus.* 2020;12:e10867-e.
40. National Council of State Boards of Nursing. NCSBN's environmental scan COVID-19 and its impact on nursing and regulation. *J Nurs Reg.* 2021;11:S1-S36.
41. Scott J, Johnson R, Ibemere S. Addressing health inequities re-illuminated by the COVID-19 pandemic: how can nursing respond? *Nurs Forum.* 2021;56:217-21.
42. Waya JLL, Ameh D, Mogga JLK, Wamala JF, Olu OO. COVID-19 case management strategies: what are the options for Africa? *Infect Dis Poverty.* 2021;10:30.
43. Wittenberg E, Goldsmith JV, Chen C, Prince-Paul M, Johnson RR. Opportunities to improve COVID-19 provider communication resources: a systematic review. *Patient Educ Couns.* 2021;104:438-51.
44. Yan C, Zhang X, Gao C, Wilfong E, Casey J, France D, et al. Collaboration structures in COVID-19 critical care: retrospective network analysis study. *JMIR Hum Factors.* 2021;8:e25724-e.
45. Chen T, Peng L, Yin X, Rong J, Yang J, Cong G. Analysis of user satisfaction with online education platforms in China during the COVID-19 pandemic. *Healthcare (Basel).* 2020;8:200.
46. Ramos-Morcillo AJ, Leal-Costa C, Moral-García JE, Ruzafa-Martínez M. Experiences of nursing students during the abrupt change from face-to-face to e-learning education during the first month of confinement due to COVID-19 in Spain. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17:5519.
47. Tawalbeh LI. Effect of simulation modules on Jordanian nursing student knowledge and confidence in performing critical care skills: a randomized controlled trial. *Int J Afr Nurs Sci.* 2020;13:100242.
48. Fogg N, Wilson C, Trinka M, Campbell R, Thomson A, Merritt L, et al. Transitioning from direct care to virtual clinical experiences during the COVID-19 pandemic. *J Prof Nurs.* 2020;36:685-91.
49. Knobel R, Menezes MO, Santos DS, Takemoto MLS. Planning, construction and use of handmade simulators to enhance the teaching and learning in Obstetrics. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2020;28:e3302.
50. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010;376:1923-58.
51. Strengthening quality midwifery education for universal health coverage 2030: framework for action. Geneva: World Health Organization; 2019.
52. Homer CS, Turkmani S, Rumsey M. The state of midwifery in small island Pacific nations. *Women Birth.* 2017;30:193-9.
53. Retention of the health workforce in rural and remote areas: a systematic review. Geneva: World Health Organization; 2020 (Human Resources for Health Observer Series No 25).
54. Rolle Sands S, Ingraham K, Salami BO. Caribbean nurse migration-a scoping review. *Hum Resour Health.* 2020;18:19.
55. Report of the WHO Expert Advisory Group on the Relevance and Effectiveness of the WHO Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Report by the Director-General to the Seventy-third World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 2020.
56. Dempster H, Smith R. Migrant health workers are on the COVID-19 frontline. We need more of them. Washington, DC: Center for Global Development. 2020.
57. Filby A, McConville F, Portela A. What prevents quality midwifery care? A systematic mapping of barriers in low and middle income countries from the provider perspective. *PLoS One.* 2016;11:e0153391.
58. Homer CSE, Castro Lopes S, Nove A, Michel-Schuldt M, McConville F, Moyo NT, et al. Barriers to and strategies for addressing the availability, accessibility, acceptability and quality of the sexual, reproductive, maternal, newborn and adolescent health workforce: addressing the post-2015 agenda. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18:55.
59. Siankam Tankwanchi A, N'Simbo A, Hagopian A. Health worker unemployment in low- and middle-income countries with shortage. Draft evidence brief no. 9. Geneva: World Health Organization; 2019.
60. Asamani JA, Amertil NP, Ismaila H, Akugri FA, Nabyonga-Orem J. The imperative of evidence-based health workforce planning and implementation: lessons from nurses and midwives unemployment crisis in Ghana. *Hum Resour Health.* 2020;18:16.
61. Delivered By women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. Geneva: World Health Organization; 2019.
62. Renfrew MJ, Ateva E, Dennis-Antwi JA, Davis D, Dixon L, Johnson P, et al. Midwifery is a vital solution-what is holding back global progress? *Birth.* 2019;46:396-9.
63. Buchan J, Schaffer FA, Catton H. Policy brief: nurse retention. Philadelphia, PA: International Center on Nurse Migration; 2018.
64. Ngabonzima A, Asingizwe D, Kouveliotis K. Influence of nurse and midwife managerial leadership styles on job satisfaction, intention to stay, and services provision in selected hospitals of Rwanda. *BMC Nurs.* 2020;19:35.
65. Mburu G, George G. Determining the efficacy of national strategies aimed at addressing the challenges facing health personnel working in rural areas in KwaZulu-Natal, South Africa. *Afr J Primary Health Care Fam Med.* 2017;9:e1-e8.

66. Irshad M, Khattak SA, Hassan MM, Majeed M, Bashir S. How perceived threat of Covid-19 causes turnover intention among Pakistani nurses: A moderation and mediation analysis. *Int J Ment Health Nurs*. 2020;10.1111/inm.12775.
67. Adams JG, Walls RM. Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. *JAMA*. 2020;323:1439-40.
68. Armstrong D, Moore J, Fraher EP, Frogner BK, Pittman P, Spetz J. COVID-19 and the health workforce. *Med Care Res Rev*. 2020;1077558720969318.
69. Nagesh S, Chakraborty S. Saving the frontline health workforce amidst the COVID-19 crisis: challenges and recommendations. *J Glob Health*. 2020;10:010345.
70. Stenberg K, Hanssen O, Edejer TT-T, Bertram M, Brindley C, Meshreky A, et al. Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries. *Lancet Glob Health*. 2017;5:e875-e87.
71. Stenberg K, Hanssen O, Bertram M, Brindley C, Meshreky A, Barkley S, et al. Guide posts for investment in primary health care and projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Health*. 2019;7:e1500-e10.
72. United Nations Inter-Agency Task Force on Financing for Development. *Financing for Sustainable Development Report 2020* (publication des Nations Unies) New York, NY : United Nations; 2020.
73. Les règles du jeu : Une introduction à l'action normative de l'Organisation internationale du Travail. Genève, Organisation internationale du Travail, 2019.
74. Lignes directrices de l'OMS pour la production, l'attraction, le recrutement et la fidélisation des agents de santé dans les zones rurales et reculées. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.
75. Varghese J, Blankenhorn A, Saligram P, Porter J, Sheikh K. Setting the agenda for nurse leadership in India: what is missing. *Int J Equity Health*. 2018;17:98.
76. Newman CJ, Stilwell B, Rick S, Peterson KM. Investing in the power of nurse leadership: what will it take? *Nursing Now*; 2019.
77. Downs JA, Reif LK, Hokororo A, Fitzgerald DW. Increasing women in leadership in global health. *Acad Med*. 2014;89:1103-7.
78. Solbakken R, Bergdahl E, Rudolfsson G, Bondas T. International nursing: caring in nursing leadership-a meta-ethnography from the nurse leader's perspective. *Nurs Adm Q*. 2018;42:E1-E19.
79. Ferguson SL, Al Rifai F, Maay'a M, Nguyen LB, Qureshi K, Tse AM, et al. The ICN Leadership For Change™ Programme--20 years of growing influence. *Int Nurs Rev*. 2016;63:15-25.
80. Rosa WE, Kurth AE, Sullivan-Marx E, Shamian J, Shaw HK, Wilson LL, et al. Nursing and midwifery advocacy to lead the United Nations Sustainable Development Agenda. *Nurs Outlook*. 2019.
81. Pfeiffer E, Owen M, Pettitt-Schieber C, Van Zeijl R, Srofenyoh E, Olufolabi A, et al. Building health system capacity to improve maternal and newborn care: a pilot leadership program for frontline staff at a tertiary hospital in Ghana. *BMC Med Educ*. 2019;19:52.
82. Foster AA, Makukula MK, Moore C, Chizuni NL, Goma F, Myles A, et al. Strengthening and institutionalizing the leadership and management role of frontline nurses to advance universal health coverage in Zambia. *Glob Health Sci Pract*. 2018;6:736-46.
83. Ahmed F, Zhao F, Faraz NA. How and when does inclusive leadership curb psychological distress during a crisis? Evidence from the COVID-19 outbreak. *Front Psychol*. 2020;11:1898.
84. Colwell FJ. Leadership strategies to improve nurse retention. *Int J Nurs*. 2019;6:171-84.
85. Downs JA, Mathad JS, Reif LK, McNairy ML, Celum C, Boutin-Foster C, et al. The ripple effect: why promoting female leadership in global health matters. *Public Health Action*. 2016;6:210-1.
86. ICN snapshot survey: In the Year of the Nurse and the Midwife, approximately only half of the countries of the world have a chief nursing officer. Geneva : International Council of Nurses; 2020 (<https://www.icn.ch/news/icn-snapshot-survey-year-nurse-and-midwife-approximately-only-half-countries-world-have-chief>, consulté le 16 juin 2021).
87. Hafsteinsdóttir TB, Schoonhoven L, Hamers J, Schuurmans MJ. The leadership mentoring in nursing research program for postdoctoral nurses: a development paper. *J Nurs Scholarsh*. 2020;52:435-45.
88. Rosa WE, Fitzgerald M, Davis S, Farley JE, Khanyola J, Kwong J, et al. Leveraging nurse practitioner capacities to achieve global health for all: COVID-19 and beyond. *Int Nurs Rev*. 2020;10.1111/inr.12632.
89. Homer CS, Friberg IK, Dias MA, Ten Hoope-Bender P, Sandall J, Speciale AM, et al. The projected effect of scaling up midwifery. *Lancet*. 2014;384:1146-57.
90. Kollie ES. Experiences of nurses and midwives during the Ebola outbreak in Liberia, West Africa [thesis]. Loma Linda, CA: Loma Linda University; 2016.
91. Holmgren J, Paillard-Borg S, Saaristo P, von Strauss E. Nurses' experiences of health concerns, teamwork, leadership and knowledge transfer during an Ebola outbreak in West Africa. *Nurs Open*. 2019;6:824-33.
92. Nove A, Friberg IK, de Bernis L, McConville F, Moran AC, Najjemba M, et al. Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study. *Lancet Glob Health*. 2021;9:e24-e32.
93. Hassmiller S, Pulcini J, editors. *Advanced practice nursing leadership: a global perspective*. Cham: Springer Nature Switzerland AG; 2020.
94. Christmals CD, Armstrong SJ. Curriculum framework for advanced practice nursing in sub-Saharan Africa: a multimethod study. *BMJ Open*. 2020;10:e035580-e.
95. Dlamini CP, Khumalo T, Nkwanyana N, Mathunjwa-Dlamini TR, Macera L, Nsibandze BS, et al. Developing and implementing the family nurse practitioner role in Eswatini: implications for education, practice, and policy. *Ann Glob Health*. 2020;86:50.
96. Swanson M, Wong ST, Martin-Misener R, Browne AJ. The role of registered nurses in primary care and public health collaboration: a scoping review. *Nurs Open*. 2020;7:1197-207.
97. Lukewich JA, Tranmer JE, Kirkland MC, Walsh AJ. Exploring the utility of the nursing role effectiveness model in evaluating nursing contributions in primary health care: a scoping review. *Nurs Open*. 2019;6:685-97.

98. Martinez-Gonzalez NA, Djalali S, Tandjung R, Huber-Geismann F, Markun S, Wensing M, et al. Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:214.
99. Miyamoto S, Cook E. The procurement of the UN sustainable development goals and the American national policy agenda of nurses. *Nurs Outlook.* 2019;67:658-63.
100. Scanlon A, Cashin A, Bryce J, Kelly JG, Buckely T. The complexities of defining nurse practitioner scope of practice in the Australian context. *Collegian.* 2016;23:129-42.
101. Markowitz S, Adams EK, Lewitt MJ, Dunlop AL. Competitive effects of scope of practice restrictions: public health or public harm? *J Health Econom.* 2017;55:201-18.
102. Karimi-Shahanjarini A, Shakibazadeh E, Rashidian A, Hajimiri K, Glenton C, Noyes J, et al. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;4: CD010412.
103. Zakumumpa H, Taiwo MO, Muganzi A, Ssengooba F. Human resources for health strategies adopted by providers in resource-limited settings to sustain long-term delivery of ART: a mixed-methods study from Uganda. *Hum Resour Health.* 2016;14:63.
104. Gosic N, Tomak T. Professional and normative standards in midwifery in six Southeast European countries: a policy case study. *Europ J Midwifery.* 2019;3:18.
105. Baker C, Cary AH, da Conceicao Bento M. Global standards for professional nursing education: the time is now. *J Prof Nurs.* 2021;37:86-92.
106. Tuohy D. Effective intercultural communication in nursing. *Nurs Stand.* 2019;34:45-50.
107. Davda LS, Gallagher JE, Radford DR. Migration motives and integration of international human resources of health in the United Kingdom: systematic review and meta-synthesis of qualitative studies using framework analysis. *Hum Resour Health.* 2018;16:27.
108. Philip S, Manias E, Woodward-Kron R. Nursing educator perspectives of overseas qualified nurses' intercultural clinical communication: barriers, enablers and engagement strategies. *J Clin Nurs.* 2015;24:2628-37.
109. Pereira-Sanchez V, Adiuoku F, El Hayek S, Bytyçi DG, Gonzalez-Diaz JM, Kundadak GK, et al. COVID-19 effect on mental health: patients and workforce. *Lancet Psychiatry.* 2020;7:e29-e30.
110. Lu W, Wang H, Lin Y, Li L. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Psychiatry Res.* 2020;288:112936.
111. Gestion des personnels de santé et politique à leur égard dans le contexte de la riposte à la pandémie de COVID-19 : orientations provisoires. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020.
112. Chen R, Sun C, Chen JJ, Jen HJ, Kang XL, Kao CC, et al. A large-scale survey on trauma, burnout, and posttraumatic growth among nurses during the COVID-19 pandemic. *Int J Ment Health Nurs.* 2021;30:102-16.
113. Aksoy YE, Koçak V. Psychological effects of nurses and midwives due to COVID-19 outbreak: The case of Turkey. *Arch Psychiatr Nurs.* 2020;34:427-33.
114. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19): quels risques pour leur santé mentale? *L'Encéphale.* 2020;46:S73-S80.
115. Charter on health worker safety; a priority for patient safety. Geneva: World Health Organization; 2020.
116. Sloane DM, Smith HL, McHugh MD, Aiken LH. Effect of changes in hospital nursing resources on improvements in patient safety and quality of care: a panel study. *Med Care.* 2018;56:1001-8.
117. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. Interim report. Geneva: World Health Organization; 2020.
118. Walton G. COVID-19. The new normal for midwives, women and families. *Midwifery.* 2020;87:102736.
119. Midwives step up to support pregnant women during pandemic. Brussels: United Nations Department of Global Communications; 2020.
120. Cheung VK, So EH, Ng GW, So SS, Hung JL, Chia NH. Investigating effects of healthcare simulation on personal strengths and organizational impacts for healthcare workers during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Integr Med Research.* 2020;9:100476.
121. Dieckmann P, Torgeisen K, Qvindelund SA, Thomas L, Bushell V, Langli Ersdal H. The use of simulation to prepare and improve responses to infectious disease outbreaks like COVID-19: practical tips and resources from Norway, Denmark, and the UK. *Adv Simul (London).* 2020;5:3.
122. Dubé M, Kaba A, Cronin T, Barnes S, Fuselli T, Grant V. COVID-19 pandemic preparation: using simulation for systems-based learning to prepare the largest healthcare workforce and system in Canada. *Adv Simul (London).* 2020;5:22.
123. Brook J, Aiken L, Webb R, MacLaren J, Salmon D. Characteristics of successful interventions to reduce turnover and increase retention of early career nurses: a systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2019;91:47-59.
124. Benton DC, González-Jurado MA, Beneit-Montesinos JV. Defining nurse regulation and regulatory body performance: a policy Delphi study. *Int Nurs Rev.* 2013;60:303-12.
125. Prendre soin d'autrui : Un travail et des emplois pour l'avenir du travail décent. Genève, Organisation internationale du Travail, 2018.
126. Doosty F, Maleki MR, Yarmohammadian MH. An investigation on workload indicator of staffing need: a scoping review. *J Educ Health Promot.* 2019;8:22.
127. Wundavalli L, Kumar P, Dutta S. Workload indicators of staffing need as a tool to determine nurse staffing for a high volume academic emergency department: an observational study. *Int Emerg Nurs.* 2019;46:100780.
128. Joarder T, Tune S, Nuruzzaman M, Alam S, de Oliveira Cruz V, Zapata T. Assessment of staffing needs for physicians and nurses at Upazila health complexes in Bangladesh using WHO workload indicators of staffing need (WISN) method. *BMJ Open.* 2020;10:e035183.
129. Manuel sur les comptes nationaux des personnels de santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.

Annexe :

Cadre de suivi et de responsabilité

50. La mise en œuvre des *Orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025* repose sur la théorie du changement suivante : la mobilisation d'un large éventail de parties prenantes est essentielle pour assurer l'obtention de données et d'analyses robustes au niveau des pays selon la perspective du marché du travail de la santé ; celles-ci constituent ensuite la base d'un dialogue politique intersectoriel portant sur les questions clés identifiées par les données et les analyses ; le dialogue politique permet une prise de décision fondée sur des données factuelles et des engagements sur les priorités politiques. Des actions et des investissements par tous les pays vers la réalisation des priorités politiques permettraient de faire progresser le monde en direction des orientations stratégiques et favoriseraient les progrès accomplis vers l'atteinte des ODD (Figure A1).
51. **Suivi** : la mise en œuvre des priorités politiques aurait lieu et serait contrôlée au niveau national. Les pays qui se sont mobilisés pour collecter des données nationales sur le personnel infirmier et obstétrical, tenir un dialogue politique sur les questions clés et prendre des décisions ou des engagements concernant des actions politiques font également des progrès notables vers chaque priorité politique. Ainsi, le cadre de suivi et de responsabilité considère également ces étapes comme des mesures importantes à surveiller. Les progrès accomplis vers chacune des étapes du processus de mise en œuvre peuvent être signalés par l'intermédiaire des mécanismes préexistants dans les États Membres de l'OMS.
52. **Notification** : la plateforme des comptes nationaux des personnels de santé (CNPS) de l'OMS offre des indicateurs correspondant à chaque priorité politique qui peuvent démontrer les progrès dans l'atteinte de ces priorités (129). Les États Membres utilisent la plateforme des CNPS pour le notifier annuellement leurs données sur les personnels de santé et l'OMS regroupe ensuite ces données pour analyser les progrès qui ont été accomplis vers la CSU et d'autres ODD. Les indicateurs et la plateforme des CNPS étaient les mécanismes utilisés pour le partage des données dans les rapports sur *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020* et *l'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021*. Les pays utilisent régulièrement les données des CNPS pour réaliser des analyses du marché du travail de la santé ainsi que pour d'autres méthodes de prévision et de planification des personnels de santé.
53. La notification des progrès relatifs au dialogue politique, à la prise de décision et à l'action politique aura lieu dans le cadre de la réunion biennale du Forum mondial des Responsables-chefes des services infirmiers et obstétricaux des gouvernements et de la réunion de la triade OMS-Confédération internationale des sages-femmes-Conseil international des infirmières. En 2020, plus de 130 pays ont participé à ces réunions ; les prochaines sont prévues en 2022 et 2024. La réalisation de chaque orientation stratégique sera évaluée en 2025 à l'aide des données agrégées des CNPS et des rapports nationaux combinés pour 2022 et 2024. Les Tableaux A1 à A4 présentent un résumé de l'approche de suivi et de responsabilité pour chaque domaine d'intervention politique.

Figure A1. **Orientations stratégiques pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025 : théorie du changement**

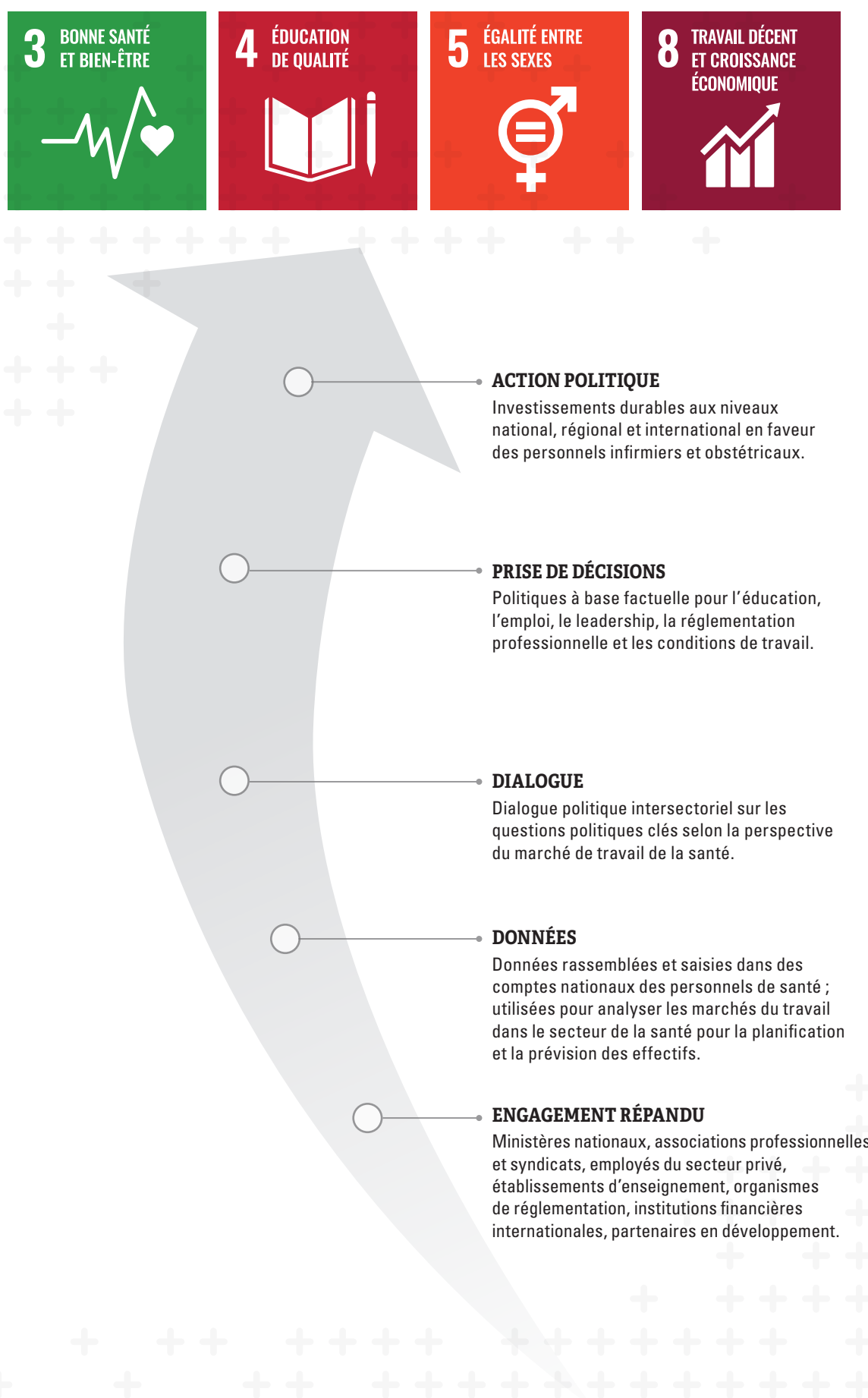


Tableau A1.

DOMAINE D'INTERVENTION : FORMATION

				Fréquence de suivi	Mécanisme de suivi
ORIENTATION STRATÉGIQUE					
Les personnels infirmiers et obstétricaux diplômés répondent à la demande du système de santé, voire la surpassent, et possèdent les connaissances, les compétences et l'attitude requises pour répondre aux priorités nationales en matière de santé.				Une fois, 2025	Analyse par l'OMS des données des comptes nationaux des personnels de santé (CNPS) et des rapports des délégations des pays au Forum mondial des Responsables-chefes des services infirmiers et obstétricaux et à la réunion de la triade.
PRIORITÉS POLITIQUES					
Aligner les niveaux de formation en soins infirmiers et obstétricaux sur des rôles optimisés au sein des systèmes de santé et d'enseignement.	Faire en sorte que les programmes de formation soient fondés sur les compétences, qu'ils appliquent une conception efficace de l'apprentissage, qu'ils respectent les normes de qualité et soient conformes aux besoins de santé de la population.	Optimiser la production nationale de personnels infirmiers et obstétricaux pour répondre à la demande du système de santé, voire la surpasser.	Veiller à ce que les professeurs soient correctement formés aux meilleures méthodes et technologies pédagogiques, et possèdent une expertise clinique démontrée dans les domaines recherchés.	Une fois, 2025	Analyse par l'OMS des données des comptes nationaux des personnels de santé (CNPS) et des rapports des délégations des pays au Forum mondial des Responsables-chefes des services infirmiers et obstétricaux et à la réunion de la triade.
PRISE DE DÉCISION (EXEMPLES)					
Rationaliser ou améliorer les programmes de formation de premier niveau pour les soins infirmiers et obstétricaux ; chercher harmoniser les programmes avec les juridictions voisines.	Actualiser les normes de formation et renforcer les mécanismes d'accréditation pour la formation de premier niveau des personnels infirmiers et obstétricaux.	Lorsqu'une analyse du marché du travail de la santé l'indique, augmenter la production nationale pour répondre à la demande.	S'engager à fournir aux professeurs des ressources et des opportunités appropriées pour actualiser leurs compétences pédagogiques et cliniques.	2022 2024	Rapport des délégations de pays au Forum mondial des Responsables-chefes des services infirmiers et obstétricaux et à la réunion de la triade.
DIALOGUE (EXEMPLES)					
Examiner les différents programmes destinés aux personnels infirmiers et obstétricaux débutants : conditions d'admission, durée du programme, normes utilisées et titres de compétence délivrés.	Définir les résultats et les compétences des programmes de formation de premier niveau en soins infirmiers et obstétricaux, en ce qui concerne l'optimisation des rôles dans les milieux de la santé et de l'enseignement.	Partenariats intersectoriels et mécanismes de coordination pour renforcer la notification des données du secteur de l'éducation au niveau national.	Examiner les titres de compétence des professeurs pour s'assurer que les diplômes et l'autorisation à exercer correspondent au diplôme/certificat décerné aux étudiants.	2022 2024	Rapport des délégations de pays au Forum mondial des Responsables-chefes des services infirmiers et obstétricaux et à la réunion de la triade.
DONNÉES (EXEMPLES) VEUILLEZ CONSULTER LE MANUEL SUR LES CNPS POUR LES DÉFINITIONS DES INDICATEURS					
CNPS 2-02 CNPS 3-01 CNPS 9-04	CNPS 3-02 CNPS 3-03 CNPS 3-04 CNPS 3-06 CNPS 3-07 CNPS 9-04	CNPS 2-03 CNPS 2-04 CNPS 2-05 CNPS 2-07 CNPS 4-02 CNPS 9-04 CNPS 10-04	CNPS 2-05 SoWN NN-3	Une fois par an, 2021-2025	Plateforme des CNPS
MOBILISATION					
Ministères de la santé et de l'éducation, établissements d'enseignement et de formation, employeurs publics et privés, organismes de réglementation professionnelle, associations nationales de personnels infirmiers et obstétricaux, organismes d'accréditation.					
OUTILS ET RESSOURCES					
WHO Global competency framework for universal health coverage education ; Framework for action: strengthening quality midwifery education for UHC ; Stratégie mondiale de l'OMS pour la santé numérique ; International Confederation of Midwives global standards for midwifery education ; WHO Nurse educator core competencies ; WHO Midwifery educator core competencies: building capacities of midwifery educators.					
Abréviations : CNPS, comptes nationaux des personnels de santé ; SoWN NN, indicateur spécifique du rapport sur la situation du personnel infirmier dans le monde, ne provenant pas des CNPS.					

Tableau A2.

DOMAINE D'INTERVENTION : EMPLOIS

				Fréquence de suivi	Mécanisme de suivi
ORIENTATION STRATÉGIQUE					
Accroître la disponibilité des agents de santé en créant de manière durable des emplois correspondant aux personnels infirmiers et obstétricaux, en recrutant et en retenant efficacement des personnels, et en gérant de manière éthique la mobilité et la migration internationales.				Une fois, 2025	Analyse par l'OMS des données des CNPS, de l'Instrument national de notification et des rapports des délégations des pays au Forum mondial des Responsables-chefes des services infirmiers et obstétricaux et à la réunion de la triade.
PRIORITÉS POLITIQUES					
Réaliser une planification et des prévisions portant sur les personnels infirmiers et obstétricaux selon la perspective du marché du travail de la santé.	Assurer une demande adéquate (emplois) en ce qui concerne la prestation de services de santé pour les soins primaires et d'autres priorités de santé de la population.	Renforcer la mise en œuvre du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé (le Code).	Attirer, recruter et retenir les personnels infirmiers et obstétricaux là où ils sont le plus nécessaires.	2022 2024	Rapport des délégations de pays au Forum mondial des Responsables-chefes des services infirmiers et obstétricaux et à la réunion de la triade.
PRISE DE DÉCISION (EXEMPLES)					
Effectuer une analyse du marché du travail de la santé afin d'alimenter les plans stratégiques et d'investissement pour les personnels infirmiers et obstétricaux.	Accroître la demande économique pour la création d'emplois d'infirmières et de sages-femmes.	Mise en œuvre de l'Instrument national de déclaration.	Élaborer et proposer un ensemble d'interventions adaptées au contexte pour attirer, recruter et retenir les personnels infirmiers et obstétricaux dans les domaines identifiés.	2022 2024	Rapport des délégations de pays au Forum mondial des Responsables-chefes des services infirmiers et obstétricaux et à la réunion de la triade.
DIALOGUE (EXEMPLES)					
Nommer un groupe consultatif multisectoriel pour identifier les principales parties prenantes, les questions politiques clés et les sources de données pour une analyse du marché du travail de la santé.	Revoir une analyse de l'impact sur la masse salariale ou une analyse de faisabilité économique pour la création d'emplois d'infirmières et de sages-femmes.	Discussions bilatérales liées à la migration et à la mobilité internationales des agents de santé, réunissant le ministère de la Santé et d'autres parties prenantes du secteur de la santé.	Déterminer les régions et contextes dans lesquels les personnels infirmiers et obstétricaux sont le plus nécessaires.	2022 2024	Rapport des délégations de pays au Forum mondial des Responsables-chefes des services infirmiers et obstétricaux et à la réunion de la triade.
DONNÉES (EXEMPLES) VEUILLEZ CONSULTER LE MANUEL SUR LES CNPS POUR LES DÉFINITIONS DES INDICATEURS					
CNPS 9-01 CNPS 9-03	CNPS 1-01 CNPS 1-05 CNPS 7-01 CNPS 10-05	CNPS 1-07 CNPS 1-08 CNPS 10-02	CNPS 1-02 CNPS 5-07 CNPS 6-01 CNPS 6-02 CNPS 6-06 CNPS 8-03	Une fois par an, 2021-2025	Plateforme des CNPS
MOBILISATION					
Ministères de la santé, du travail, des finances, des migrations et autres des pays, organismes de réglementation professionnelle, employeurs publics et privés (y compris les hôpitaux), associations nationales de personnels infirmiers et obstétricaux, syndicats, recruteurs, établissements d'enseignement et de formation, organisations de la société civile, citoyens, associations patronales, caisses d'assurance.					
OUTILS ET RESSOURCES					
Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé ; Lignes directrices de l'OMS pour la production, l'attraction, le recrutement et la fidélisation des agents de santé dans les zones rurales et reculées ; série d'outils pour l'analyse du marché du travail de la santé de l'OMS (à paraître). Manuels des comptes nationaux des personnels de santé ; United Nations Inter-Agency Task Force on Financing for Development. Financing for Sustainable Development Report 2020.					

Abréviations : GCNMO, chef du gouvernement des infirmières et sages-femmes ; CNPS, comptes nationaux des personnels de santé.

Tableau A3.

DOMAINE D'INTERVENTION : LEADERSHIP

		Fréquence de suivi	Mécanisme de suivi
ORIENTATION STRATÉGIQUE			
Augmenter la proportion et l'autorité des personnels infirmiers et obstétricaux dans les postes de haut niveau du secteur de la santé et de l'éducation, et former en permanence la prochaine génération de leaders en soins infirmiers et obstétricaux.		Une fois, 2025	Analyse par l'OMS des données des CNPS et des rapports des délégations des pays au Forum mondial des Responsables-chefes des services infirmiers et obstétricaux et à la réunion de la triade.
PRIORITÉS POLITIQUES			
Établir et renforcer les postes de haute responsabilité pour la gouvernance et la gestion des personnels infirmiers et obstétricaux, et contribuer à l'élaboration des politiques en matière de santé.	Investir dans le développement des compétences de leadership chez les personnels infirmiers et obstétricaux.	2022 2024	Rapport des délégations de pays au Forum mondial des Responsables-chefes des services infirmiers et obstétricaux et à la réunion de la triade.
PRISE DE DÉCISION (EXEMPLES)			
Établir un poste de responsable des soins infirmiers et obstétricaux, de responsable des soins infirmiers ou de responsable des soins obstétricaux, et proposer des possibilités de renforcement des capacités.	Mettre en place et soutenir durablement des programmes officiels de formation au leadership et de développement de carrière pour les personnels infirmiers et obstétricaux.	2022 2024	Rapport des délégations de pays au Forum mondial des Responsables-chefes des services infirmiers et obstétricaux et à la réunion de la triade.
DIALOGUE (EXEMPLES)			
Identifier le rôle et les responsabilités dans la planification et la gestion des personnels de santé, la notification et l'utilisation des données, de même que dans les analyses du marché du travail et l'espace budgétaire.	Discussions avec les associations professionnelles et les organisations de soins de santé pour établir des offres de développement du leadership et de mentorat.	2022 2024	Rapport des délégations de pays au Forum mondial des Responsables-chefes des services infirmiers et obstétricaux et à la réunion de la triade.
DONNÉES (EXEMPLES) VEUILLEZ CONSULTER LE MANUEL SUR LES CNPS POUR LES DÉFINITIONS DES INDICATEURS			
CNPS 1-04 CNPS 9-01 CNPS 9-02 SoWN NN-4	SoWN NN-5 SoWN NN-6	Une fois par an, 2021-2025	Plateforme des CNPS
MOBILISATION			
Ministères de la santé, responsables-chefes des services infirmiers et obstétricaux des gouvernements, associations nationales d'infirmières et de sages-femmes, employeurs publics et privés, organisations de soins de santé.			
OUTILS ET RESSOURCES			
WHO Roles and responsibilities of government chief nursing and midwifery officers: capacity-building manual.			

Abréviations : GCNMO, chef de service des soins infirmiers et obstétricaux ; GCNO, infirmière en chef du gouvernement ; GCMO, sage-femme en chef du gouvernement ; CNPS, comptes nationaux des personnels de santé ; SoWN NN, indicateur spécifique du rapport sur la situation du personnel infirmier dans le monde, ne provenant pas des CNPS.

Tableau A4.

DOMAINE D'INTERVENTION : **PRATIQUE**

		Fréquence de suivi	Mécanisme de suivi
ORIENTATION STRATÉGIQUE			
Les personnels infirmiers et obstétricaux travaillent en mettant à profit l'intégralité de leur éducation et de leur formation dans des milieux de prestation de services sûrs et encourageants.		Une fois, 2025	Analyse par l'OMS des données des CNPS et des rapports des délégations des pays au Forum mondial des responsables-chefes des services infirmiers et obstétricaux et à la réunion de la triade.
PRIORITÉS POLITIQUES			
Examiner et renforcer les systèmes de réglementation de la profession et soutenir le renforcement des capacités des autorités de réglementation, le cas échéant.	Adapter les politiques sur le lieu de travail pour permettre aux personnels infirmiers et obstétricaux de contribuer au maximum à la prestation de services au sein d'équipes de soins de santé interdisciplinaires.	2022 2024	Rapport des délégations de pays au Forum mondial des Responsables-chefes des services infirmiers et obstétricaux et à la réunion de la triade.
PRISE DE DÉCISION (EXEMPLES)			
Actualiser et harmoniser la législation et la réglementation afin de permettre aux personnels infirmiers et obstétricaux de mettre à profit l'intégralité de leur éducation et de leur formation.	Créer un groupe de travail chargé de planifier une analyse des indicateurs des besoins en personnel par rapport à la charge de travail (WISN) pour assurer une dotation en personnel prudente.	2022 2024	Rapport des délégations de pays au Forum mondial des Responsables-chefes des services infirmiers et obstétricaux et à la réunion de la triade.
DIALOGUE (EXEMPLES)			
Revoir la périodicité et le processus de renouvellement des titres de compétence, y compris les exigences en matière de démonstration de la continuité des compétences.	Comment la conception du système de santé, la dotation en personnel des établissements de santé et les règles sur le lieu de travail peuvent contribuer à permettre une pratique optimale des personnels infirmiers et obstétricaux.	2022 2024	Rapport des délégations de pays au Forum mondial des Responsables-chefes des services infirmiers et obstétricaux et à la réunion de la triade.
DONNÉES (EXEMPLES) VEUILLEZ CONSULTER LE MANUEL SUR LES CNPS POUR LES DÉFINITIONS DES INDICATEURS			
CNPS 3-08 CNPS 3-09 CNPS 8-06 SoWN NN-1 SoWN NN-2	CNPS 6-03 CNPS 6-04 CNPS 6-05 CNPS 6-07 CNPS 6-08 CNPS 6-09 CNPS 6-10 CNPS 9-05	Une fois par an, 2021-2025	Plateforme des CNPS
MOBILISATION			
Ministères de la santé, responsables-chefes des services infirmiers et obstétricaux des gouvernements, associations nationales d'infirmières et de sages-femmes, employeurs publics et privés, organisations de soins de santé.			
OUTILS ET RESSOURCES			
WHO Patient safety charter of 2020 ; Programme pour un travail décent de l'Organisation internationale du Travail ; Gestion des personnels de santé et politique à leur égard dans le contexte de la riposte à la pandémie de COVID-19 : orientations provisoires. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Projet pour consultation. Stratégie mondiale de l'OMS pour la santé numérique.			
<i>Abréviations</i> : CNPS, comptes nationaux des personnels de santé ; SoWN NN, indicateur spécifique du rapport sur la situation du personnel infirmier dans le monde, ne provenant pas des CNPS.			

