

La situation du

personnel infirmier dans le monde

2025



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



Organisation
mondiale de la Santé



CII
Conseil International
des Infirmières

La voix mondiale des soins infirmiers

La situation du

personnel infirmier dans le monde **2025**

Investir dans la formation,
l'emploi, le leadership
et la pratique infirmière



Organisation
mondiale de la Santé



CII

Conseil international
des infirmières

la voix mondiale des soins infirmiers

La situation du personnel infirmier dans le monde en 2025 : investir dans la formation, l'emploi, le leadership et la pratique infirmière [State of the world's nursing 2025: investing in education, jobs, leadership and service delivery]

ISBN 978-92-4-011790-7 (version électronique)

ISBN 978-92-4-011791-4 (version imprimée)

© Organisation mondiale de la Santé 2025

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. La situation du personnel infirmier dans le monde en 2025 : investir dans la formation, l'emploi, le leadership et la pratique infirmière [State of the world's nursing 2025: investing in education, jobs, leadership and service delivery]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2025. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

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

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <https://www.who.int/publications/book-orders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <https://www.who.int/fr/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.

Photos de couverture :

À gauche : L'infirmière Lillian (à droite) anime une discussion quotidienne sur la santé à la clinique des maladies non transmissibles (MNT) de l'hôpital gouvernemental de Koidu, en Sierra Leone. © OMS/Michael Duff

Au centre à gauche : Un infirmier vaccine un nouveau-né contre la polio dans le territoire palestinien occupé. © OMS

Au centre à droite : Une infirmière pose un pansement adhésif à Fitriani, 10 ans, après l'avoir vaccinée. © OMS/Harrison Thane

À droite : Une infirmière au cours d'une formation sur la vaccination à Bokhtar (Tadjikistan). © OMS

Conception : Prographics, Inc.

Table des matières

	Avant-propos.	iv
	Remerciements.	v
	Résumé d'orientation.	vii
Chapitre	1 Introduction	1
Chapitre	2 Priorités de santé et exigences concernant les personnels à l'ère des ODD.	5
	2.1 Priorités de santé ciblées pour les années restantes de l'ère des ODD.	5
	2.2 Contexte mondial et défis pour les personnels de santé et d'aide à la personne	6
	2.3 Approches convenues au niveau mondial pour relever les défis relatifs aux personnels de santé.	9
Chapitre	3 Contexte politique mondial relatif au personnel infirmier	13
	3.1 Objectifs et méthodes.	15
Chapitre	4 Rôles du personnel infirmier et sa contribution aux ODD liés à la santé, notamment à la CSU.	19
	4.1 Promotion de la santé.	19
	4.2 Soins tout au long du parcours de vie	20
	4.3 Fonctions de santé publique essentielles, notamment la préparation et la riposte en cas de situation d'urgence	25
→ Domaines d'intervention des Orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux		
Chapitre	5 Emplois	27
	5.1 Stock et densité de personnel infirmier.	29
	5.2 Données démographiques sur le personnel infirmier	36
	5.3 Projection concernant le personnel infirmier jusqu'en 2030 et pénuries de personnel.	44
Chapitre	6 Éducation	51
	6.1 Dynamique d'entrée et de sortie des étudiants en soins infirmiers	52
	6.2 Réglementation et normes relatives à l'enseignement des soins infirmiers	55
	6.3 Durée de la formation initiale en soins infirmiers	61
Chapitre	7 Pratique infirmière	65
	7.1 Réglementation relative à la pratique infirmière.	66
	7.2 Conditions de travail	75
	7.3 Salaires et traitements	82
Chapitre	8 Leadership	85
	8.1 Responsables-chefs des services infirmiers au niveau gouvernemental	88
	8.2 Développement du leadership infirmier	90
Chapitre	9 Orientations en matière de politiques à l'horizon 2030	93
	9.1 Priorités politiques et domaines de priorité des orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux.	94
	9.2 Priorités politiques émergentes pour 2026–2030	100
Chapitre	10 Conclusion	105
	Références	108
	Annexe 1 Données consolidées pour chaque Région de l'OMS	120
	Annexe 2 Qu'est-ce qu'un(e) infirmier(ère) ?	132
	Annexe 3 Méthodes	134
	Annexe 4 Indicateurs CNPS et disponibilité des données.	138

Avant-propos

Un personnel de santé adéquat, équitablement réparti et pleinement soutenu est essentiel à la réalisation du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Les infirmiers(ères) constituent le groupe professionnel le plus important et représentent une force indispensable pour lutter contre les inégalités d'accès aux services de santé et atteindre progressivement les objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé, tout en promouvant l'égalité des sexes grâce au renforcement et à l'autonomisation d'une profession très féminisée.

L'édition 2025 de *La situation du personnel infirmier dans le monde* fournit l'analyse la plus complète et la plus récente concernant le personnel infirmier. Le rapport présente de nouveaux indicateurs sur des domaines cruciaux pour les soins infirmiers, tels que la capacité de formation, la pratique infirmière avancée et la rémunération. Outre les 12 priorités politiques des *Orientations stratégiques mondiales de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025*, cinq priorités politiques additionnelles et une compilation des données de chaque Région de l'OMS ont été introduites. Les profils de pays reflètent les données nationales de chaque pays et peuvent être téléchargés à partir du site Web de l'OMS.

À cinq ans de la fin de l'ère des ODD, dans un contexte de tensions géopolitiques, de conjoncture économique difficile et de multiples crises qui se prolongent, nous nous trouvons à un tournant stratégique. Nous pouvons soit continuer de progresser très lentement pour atteindre la couverture sanitaire universelle et réduire tant bien que mal le manque de personnels de santé soit saisir l'occasion que nous offre le présent rapport pour stimuler les investissements et les initiatives au niveau national en faveur d'un personnel infirmier capable de fournir des services essentiels pour sauver des vies au sein de systèmes de santé plus solides.

Nous appelons les décideurs politiques, les associations d'infirmiers(ères), les organismes de réglementation, les partenaires de développement, les organisations partenaires et les autres parties prenantes à utiliser ce rapport pour la concertation sur les politiques et la prise de décisions sur où et comment renforcer les soins infirmiers afin d'atteindre la couverture sanitaire universelle et les autres ODD liés à la santé. Les cinq prochaines années sont notre dernière chance pour agir.



James Campbell

Directeur du Département
Personnels de santé
Organisation mondiale de la Santé



Sheila Bonito

Doyenne
École des Sciences infirmières,
Université des Philippines



Amelia Latu

Afuhaamango Tuipulotu
Responsable-chef
des services infirmiers
Organisation mondiale de la Santé



Howard Catton

Directeur général du Conseil
international des infirmières

Comité directeur

Coprésidents : Sheila Bonito (Présidente, Association des doyens des écoles en sciences infirmières des Philippines, Université de l'école en sciences infirmières des Philippines, Philippines), Howard Catton (Directeur général, Conseil international des infirmières, Suisse), Amelia Latu Afuhamango Tuipulotu (Responsable-chef des services infirmiers, OMS, Suisse), James Campbell (Directeur, Département Personnels de santé, OMS, Suisse).

Membres : Sultana Afdhal (Présidente-directrice générale, Sommet mondial de l'innovation pour la santé, Qatar), Rowaida Al-Maaitah (Professeur, Faculté des sciences infirmières de l'Université jordanienne des sciences et de la technologie, Jordanie), Edson Correia Araujo (Expert économiste, Banque mondiale, États-Unis d'Amérique), David Benton (Consultant indépendant, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord), María Consuelo Cerón-Mackay (Professeure, Université des Andes, Chili), Phil Dickson (Président-directeur général, National Council of State Boards of Nursing, États-Unis d'Amérique), Nester Edwards (Président, Organisme régional des soins infirmiers de la Communauté des Caraïbes, Grenade), Aisha Holloway (Directrice de programmes, Nursing Now Challenge, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord), Deepika Khakha (Conseillère en soins infirmiers, Ministère de la santé et de la protection de la famille, Inde), Séni Kouanda (Directeur, Institut national de santé publique, Burkina Faso), Glory Msibi (Présidente, East Central and Southern Africa College of Nursing and Midwifery, Eswatini), Devi KS Muthu (Association of Southeast Asia Nations Joint Coordinating Committee on Nursing, Malaisie), Peter Preziosi (Président-directeur général, TruMerit anciennement CGFNS International, États-Unis d'Amérique), Michele Rumsey (Secrétariat, Réseau mondial des centres collaborateurs de l'OMS en soins infirmiers et obstétricaux, Australie), Joy St John (Directrice exécutive, Agence de santé publique des Caraïbes, Barbade), Mircea Timofte (Présidente, Conseil européen des infirmières, Roumanie).

Organisation mondiale de la Santé

Principaux auteurs : Carey McCarthy, Mathieu Boniol, Melissa Kleine-Bingham, Stephanie Rose Flores, Giorgio Cometto, Tapas Sadasivan Nair, Teena Kunjumen, Lennah Etyang, Khassoum Diallo, James Campbell.

Contributeurs : Adam Ahmat, Onyema Ajuebor, Mollent Akinyi Okech, Fariba Al Darazi, Ghada Alkayyali, Gisele Almeida, Midori Anami-Akimoto, Moe Ando, Katthyana Aparicio Reyes, James Avoka Asamani, Sepideh Bagheri Nejad, San Boris Bediakon, Pankaj Bisaria, Ana Paula Cavalcante de Oliveira, Amy Cawthorne, Annie Chu, Laurence Codja, Elizabeth (Lizzie) De Guia Tecson, Deki, Queen Dube, Maria Isabel Duré, Amanda Fehn, Merideth Fendt-Newlin, Siobhan Fitzpatrick, John Fogarty, Samir Garg, Fethiye Gulín Gedik, Abdul Ghani Ibrahim, Brandon Gray, Ines Imbert, Arooj Jalal, Catherine Kane, Faraz Khalid, Rakshita Khanijou, Berit Kieselbach, Dorota Kilanska, Hyo-Jeoung Kim, Sherianne Kramer, Margrieta Langins, Yu Lee Park, Alba Llop-Gironés, Mariana Lopes Galante, Blerta Maliqi, Viengthong Manivone, Paul Marsden, Michelle McIsaac, Andrew McLellan, Ann-Beth Moller, Bruna Moreno Dias, Jean Bernard Moussounda, Asiya Ismail A Odugleh-Kovel, Sunny C Okoroafor, Irina Papieva, Stefanie Praxmarer-Fernandes, E Benjamín Puertas Donoso, Alissar Rady, Olga Rigina, Katherine Rouleau, Sohail Saikat, Eman Samir Hamid, Julie Storr, Ai Tanimizu, Shamsuzzoha Babar Syed, Maritza Titus, Mark Van Ommeren, Lluís Vinals Torres, Heather Wilson, Huan Xu, Zakariah, Masahiro Zakoji, Tomas Zapata, Yu Zhang, Pascal Zurn.

Contributeurs extérieurs

Sumaya Mohamed Al Blooshi (National Committee of Nursing and Midwifery Affairs, Émirats arabes unis), Abir Kurdi Alame (Ordre des infirmières, Liban), Felipe Cortes Leddy (Ministère de la santé, Chili), Janette Dill (Université du Minnesota, États-Unis d'Amérique), Pilar Espinoza (Université Andrés Bello, Chili), Bianca Frogner (Université de Washington, États-Unis d'Amérique), Achir Yani Syuhaimie Hamid (Université d'Indonésie, Indonésie), Lauren Herckis (TruMerit anciennement CGFNS International, États-Unis d'Amérique), Habił Dorota Kilańska (Université de médecine de Gdańsk et Université de médecine de Lodz, Pologne), Kelley Kilpatrick (Université McGill, Canada), Gaetan Lafortune (Organisation de coopération et de développement économiques, France), Francisca Márquez-Doren (Université pontificale catholique du Chili, Chili), Charlotte McArdle (Royal College of Surgeons in Ireland, Royaume-Uni), Siobhan O'Connor (Kings College London, Royaume-Uni), Francisca Okafor (Ministère de la santé et de la protection sociale, Nigéria), Isabel Reilly (Université d'Édimbourg, Royaume-Uni), Barbara Sattler (Université de San Francisco, États-Unis d'Amérique), Julia To Dutka (TruMerit anciennement CGFNS International, États-Unis d'Amérique), Elizabeth Watts (Université du Minnesota, États-Unis d'Amérique), Beata Wiczorek-Wójcik (Hôpital spécialisé de Wejherowo, Hôpitaux de Poméranie SARL, Gdynia (Pologne)), Susan Wilburn (Health Care Without Harm, États-Unis d'Amérique).

Contributeurs à la communication et l'analyse des données

L'OMS tient à remercier tous les points focaux des Comptes nationaux des personnels de santé, les responsables-chefs des services infirmiers et obstétricaux du secteur public, ainsi que les autres personnes qui ont contribué au processus de communication et d'analyse des données.

Région africaine

Kadai Oumar Abatcha, Agbenyo Ablometi Koku, Kingsley Addai Frimpong, Abdoulaye Ag Zakaria, Dalton NJ Agostinho, Arthur Akawakow Tulengi, Medeyele Alakpadong, Josina Almeida Bettencourt, Chriszelda Apollus, Tegene Arega, Koku Awoonor-Williams, Yao Badie, Dieudonne Bakala, Tamali Banda, Zenus Banda, Ghislain Banthas Bata, Kigen Bartilol, Luvuyo Bayeni, Tereza Belay, El Hadj Bencherik, Birhan Berhe, Jean Laval Danny Bhujoharry, Moussa Bizo, Vanessa Brazao, Pedro Norberto Cassango Cassoma, Evalyne Chagina, Peter Chalus, Da Silva Charlemagne, Nyaradzai Chiwaru, Bibi Shehnaz Chuttoo, Alphonse Ciza, Rose Clarke Nanyonga, Ndeye Coumba Thiam, Monia Course, Braima Dabo, Irika Dakouri, Selassi D'Almeida, Alice Demba, Martinho Dgedge, Demba Moussa Diallo, Malick Diallo, Mohamed Faza Diallo, Moussa Diamanka, Nonhlanhla Dlamini, Sithembile Dlamini-Nqeketo, Ousmane Drame, Alfred Driwale, Mesfin Kifle Edo, Anna Bella Ekiri Nguie, Gerard Eloko, Ngumbu Epiphane, Maira Eric, Thomas G Fedjo Tefoyet, Tamene Feyissa, Jill Florine, Albert Galandi, Azmach Gebregiorgis, Jean-Baptiste Godui, Joel Gondi, David Goni, Yasser Gulamo, Dako Hadiza, Boukoulme Hainga, Sadou Halidou, Aime Heri Bitakuya, Gislain Arnaud Hollo, Doreen Hotive, Hippolyte Hounye, Anna Isaacs, Hamza Ismaila, Musa Jallow, Priscilla Jemeli Najoli, Silvanus Kadhila-Amoomo, Tcha Kadjanta, Samuel Kamau, Muthoni Karanja, Agyeman Karikari Marfo, Victor Khanyile, Jenniffer Kiema, John Kihama, George Nasibu Kiwango, Joel Makadi Kombe, Emile Koroma, Bienaime Israel Kouadio, Auguste Kouakou, Jose Kuvula Kivudi, Sidi Mohamed Lemine Radhi, Djob Innocent Lavenir, Tebogo Madidimalo, Macfalane Magambo, Francis Magombo, Terrance Magoro, Safia Mahamat Zene, Cipriano Mainga, Mpoetsi Makau, Samuel Maketh, Saturini Ernest Manangwa, Omar Manjang, Djessica Martins, Felix Matemba, Regis Mbary Daba, Bawinile Mdziniso, Gylia Mein, Nabil Menasria, Yohannes Mersha, Kamel Messar, Fortune Mhlanga, Stanley Midzi, Lucy Mkutumula, Issa Ismail Mmbaga, Lisebo Mapaballo Mohololi, Lipolelo Molapo, Francis Motiri, Tebogo Motumi, Jackson Mpabonyimana, Ahamada Msa Mliva, Duff Msukwa, Jane Mudyara, Claudio Muianga, Julius Mutiso, Chilweza Musonda Muzongwe, Solome Nampewo, Silvino N'dafa Braba, Guillermo Ndong Ntutume, Gilbert Ndziessi, Irineu Neves, Maiyong Ngo Ella, Serge Rufin N'Guessan D'Zabbah Kouakou, Abdul Jibril N'jai, Mary Njogu, Bernard Nkala, Alaisi Nkhoma, Nicolas Nkierre Mashini, Cynthia Norshir, Frankline Sanyuy Nsai, Fabien Ntahangye, Emmanuel Ntawuyirusha, Paula A Nuer Jukuir, Francis Nyamari, Joseph Nzambimana, Louis Obambo, Charles Ocan, Samuel Ohou Ntrou, Olumuyiwa Ojo, Mue Okobia, Hezron Omollo, Celestin Didier Ondoua Ondoua, Maria Carlota Pacheco Vieira, Etienne

Pেকেলে Minzah, Jacob Pooda, Tiago K Quissanga, Haja Randriamamonjy, Demetrio Rendall, Moilim Roumayssioiu Amir, Helda Rousseau, Keifala Said, Bounou Said Hamidou, Dawda Samateh, Thamiso Janet Sebolao, Ziada J Sellah, Hurai Seydi, Malick Seydi, Daphne Shamambo, Moibah Sherif, Caroline Shoombe, Salif Siguire, Justin Sossou Adanmavokin, Sadou Sow Thierno, Richmond Doe Sowah, Chileka Taimolo, Sene Teio Conta, Joseph Fode Telliano, Mohammed Teni, Yacob Teame Tesfay, Asimenye Thadzi, Boingotlo Henry Tirelo, Stella Matutina Tuyisenge, Adwoa Twum-Barimah, Nadia Valentin, Peter Wambi, David Wambua, Solomon Woldeamanuel, Ambrose Wreh, Issa Yahaya, Barnabas Yeboah, Mesfin Zbelo, Nornah Zhou, Nestor Zue Ondo, Mbuso Zwane.

Région des Amériques

Ramon Antonio Abrego, Rosmond Adams, Lucia Aicardi, Daniel Albrecht, Sherma Alexander-Campbell, Annella Auer, Carlos Ayala, Asquith Ballah, Lizett Bell, Wilson Benia, Sulma Yaneth Bernal Ruano, Stephanie Bernard-Stephens, Javier Bohorquez, Irma Bois, Edwin Bolastig, Rondalyn Bradshaw, Araceli Camacho, Fredy Canchihuaman, Joel Caraballo, Alejandra Carillo Roa, Joan Carrot, Rodrigo Castro, Paola Alejandra Cea Tenorio, Caroline Chang, Kerthney Charlemagne-Surage, Kishma Cranstoun, Jose Hernando Cubides, Silvia Jimena Cuentas Canaza, Isabela Cardoso de Matos Pinto, Nalinine Dass-Sutton, Armando De Negri, Gina Dean, Marcos del Risco del Rio, Monica Diniz Duraes, Paul Edwards, Jn Claude Felix, Ileana Fleitas, Alexandre Florencio, Laura Cristina Galvis Lopez, Luis Felipe Garcia Ruano, Claudia Godoy Cubillos, Stacie Goring, Kevena Griffith, Bruno Guimares de Almeida, Maria Josefa Gutierrez Cruz, Fiona Harris-Glenville, Gustavo Hoff, Jose Humberto Murillo, Octavio Izaguirre, Lauren James, Annastacia Jordan, Simone Keizer Beache, Heidi Khodra Jaganath, Konan Kouassi Laurent, Kathy Lee, Claudia Leija, Vera Leiva Carvajal, Florestine Lewis, Rahul Lildhar, Javier Loayza Altamirano, Monserrath Lopez Serrano, Julia Loreto, Marcelo Marques de Lima, Shakira Mascoll, Paulo Mayall Guilayn, Wilson Mejia, Jennifer Mensik Kennedy, Gustavo Mery, Isaías Montilla, Gladys Mora, Gloriana Mora Cascante, Cherita Moxey, Anyda Elizabeth Munoz Montalvan, Indira Neves- Roberts, Sergio Nunez, Luis Carlos Ortiz Monsalve, Monica Padilla, Jessie Ann Panchoo-Bruno, Vishwanath Partapsingh, Julio Pedroza, Juan Lucas Pereyra, Lizzette Perez, Walter Perez Lazaro, Laura Ramirez, Lourdes Ramirez, Richard Ramirez, Terillia Ravalieri, Vernanda Raymond, Diego Restrepo, Nuranni Reyes, Leah-Mari Richards, Alan Richmond, Felipe Roberto Sanchez, Hernan Rodriguez, Ulises Rojas, Whilma Ryan, Nastasia Sancko, Olena Schell, Cristiane Scolari Gosch, Sonia Seecharan-Raphael, Leticia Maria Segovia Cabrera, Gevrealind Sepulveda, Hernan Sepulveda, Yahtyng Sheu, Alicia Sierra, Narine Singh, Tishanna Smart-Felix, Margaret Smith, Susano Solano Romero, Carlos Lino Sosa Manzano, Desiree Stephen, Mermoze Herard Sterlin, Petros Tesfazion, KC Dianne Torres Quintero, Javier Uribe, Bianca Vargas Escamilla, Pedro Pablo Vasquez Choque, Dagoberto Vega, Olavo Viana Costa, Michelle Washko, Susan Weston, Muersia Williams, Debora Yanco.

Région de l'Asie du Sud-Est

Kimat Adhikari, Leela Adhikari, Hla Hla Aye, Aditya Bayu Sasmita, Norberta Belo, Sunil De Alwis, Tshering Dema, Padmal De Silva, Zakiyah Eke, Aida Imaculada da Conceicao Abreu Duca, Salma Hassan, Aishath Irufa, Uraiporn Janta-um-mou, Ayanthi Karunarathne, Rakshita Khanijou, Thitipat Kuha, Ram Krishna Lamichhane, Dilip Mairembam, Suraj Man Shrestha, Aminath Mohamed, Mariyam Murushidha, Kavita Narayan, Thinakorn Noree, Hem Raj Pandey, Md Nuruzzaman, Bala Rai, Bhim Prasad Sapkota, Fathimath Shamah, Pai Thitsar, Timor Utama, Chamari Wijesinghe, Zayar Win, Panarut Wisawatapnimit, Rahmath, Kyaw Zin Hla.

Région européenne

Susanne Åhlund, Dunyagozel Akmuradova, Natalia Altankova, Daniel Alvarez, Diana Andreasyan, Rolf Arnold, Aizat Asanova, Gulnaz Azhymambetova, Kateryna Balabanova, Zoltán Balogh, Teodor Blidar, Malohat Boinazarova, Ayse Boysan, Veselina Brankova, Liv Heidi Brattås Remo, Neville Calleja, Paloma Calleja, Anna Chabrowska, Maria Cutajar, Adam Cutler, Carmela Damato, Julie Danysz, Pieter de Coninck, Olga Demushkan, Gordana Dimeska, Alexandra Distefano, Milica Dukic, Christelle Durand, Matt Edwards, Nikita Ellul, Alicia Estirado, Maria Evangelou, Emi Fekete, Sharon Fenech, Brigitte Feuillebois, Evelyn Finnema, Yana Gaboyan, Rita Gaidelyte, Dragos Garofil, Anastasia Gazheva, Charlotta George, Georg Gessner, Mika Gissler, Shoshy Goldberg, Ana Paula Gouveia, Steen Hartvig Hansen, Rivka Hazan Hazoref, Hans-Juergen Heilmann, Ivana Herzanova, Geir Hjemas, Brigitte Hofer, Jacques Huguenin, Dagmar Huld Matthíasdóttir, Olga Ingles, Salomudin Jabborovich Yusufi, Andreia Jorge Silva, Dafni Kaitelidou, Leena Kalle, Natalia Kamynina, Essi Karvonen, Papp Katalin, Rachel Kenna, Zukhro Kholovna, Tanya King, Gian Paolo Klinkke, Klavdija Kobal-Straus, Zhazgul Kozhonazarova, Maja Krstic, Eleri Lapp, Miljan Ljubicic, Barbara Luebben, Diane Lynch, Agita Melbarde-Kelmer, Gül Mersinglioğlu Serin, Metodi Micev, Janis Misins, Tsega Muzollo, Vladimir Nakov, Mariana Negrean, Cristiana Beatrice Nimereanu, Helene Norman, Paivi Nygren, Sergiu Otgon, Espen Ottensen Vattekar, Benoit Ourliac, Marija Palibrk, Carme Pallares, Marina Paz, Dalibor Pejovic, Oona Penttala-Nikula, Nátália Pereira, Päivi Nygren, Catherine Pollak, Michaela Prammer-Waldhor, Katerina Pribylova, Vili Prodan, Alda Recas, Bettina Redert, Paul Resetarics, Mathias Revold, Salikhodjaeva Rikhsi, Josep Romagosa, Cecilija Rotim, Jaime Rozema, Tiitu-Liisa Rummo, Stephanie Saleh, Hans David Schwarz, Vasos Scoutellas, Jesper Sellerberg, Marina Shakhnazarova, Jesmond Sharples, Arnar Sigbjørnsson, Arturas Simkus, Mojca Simoncic, Deborah Stoner, Shuhrat Sultonov, Mircea Timofte, Sue Tranka, Klea Troka, Mario Troselj, Rossana Ugenti, Vootele Veldre, Borgny Vold, Lenka Vostalova, Michèle Wolter, Andrew Xuereb, Gokalp Kadri Yentur, Gulnara Zhaksalykova, Nazira Zholzhanova, Ari Zwiren.

Région de la Méditerranée orientale

Amel Abdou Abdalla, Mohamed Abdulelah Hasan, Hiba Abu Rasaa, Sabeen Afzal, Elham Ahmadnezhad, Abdullah Al Ajeel, Ghadi Al Asiri, Bin Al Khalifa, Nawras Al Nahhas, Ali Talib Al Riyami, Shamseldin Ali Hassan Khalifa, Hajer Aounallah-Skhiri, Majed Asad, Abbas Ebadi, Fazel Elahi Alizai, Mohammed Bdeghani, Rima Cheaito, Norhan Erfann, Radia Fara'e, Zouheir Ferri, Abdo Garad, Amany Gayed, Dina Hassan, Souma Hassan Eltokry, Kenan Hussein, Talal Kadadha, Roghayeh Khalilnezhad, Abir Kurdi Alame, Maisoon Madi, Arwa Mohammed Alameen, Mariam Nooh JH Al-Mutawa, Sulekha Rashid, Antoine Romanos, Mohamed Ibrahim Saleh Daganee, Mariyam Sarfraz, Hassan Sheikh, Varunendra Verma, Lubna Yaqoob, Abdulaziz Yassin, Ibtisam Mostafa Ali Zakzok, Alya Zaid Mohammed Harbi.

Région du Pacifique occidental

Thelma Ali, Quynh Anh Doan, Felolini Anitelea, Eriko Anzai, Peter Apau, Mary-Therese Apini, Otgonchimeg Batbaatar, Salehkamal bin Haji Badarudin, Kartini binti Haji Suhai, Anna Boliy, Leon Chia, Dixon Dimiri-Manager, Erdenechimeg Enkhee, Hillia Langrine Enos, Trixie Fritz, Joe Fuata, Sunshine G Garcia, Joseph Gari, Margarita B Gay, Helda Heldhart, Seledonia Helgenberger, Lorraine Hetaraka, Max Ikitule, Mary Kililo, Paulin Koh, Virya Koy, Michael Larui, Gracia Laxina, Ngamatariki Manea, Kaycee Manuel, Courdney Marijoron, Roana Mataitini, Maureen McCarty, Alison Jayne McMillan, Judith Melsul, Nelson Mek, Antonnette Merur, Lorlain Mikel, Paul Mali Momani, Kenye Mongkeya, Kina Morelik, Scott Mori, Helen Murdoch, Gowry Narayanan, Mollent Okech, Maiko Oya, Hyerin Park, Chanfong Philavong, Anne Pinel, Freda Pitakaka, Salote Puloka, Kenneth Ronquillo, Harriet Sam, June Scanlan Lui, Yumiko Shuda, Mele Sii InuKiHa'angana Filise, Rose Siohane, Anousone Sisoulath, Johanna Solon Banzon, Paul Soo, Ulisese Tapuvae, Melesete Taula, Florante Trinidad, Coleen Turaga Wilson, Visany Vongsavanh, Nik Yusana binti Tuan Soh, Hui Zhao.

L'élaboration et la diffusion de ce rapport ont été financées par le Burdett Trust for Nursing (Royaume-Uni).

Déclarations d'intérêts Les déclarations d'intérêts ont été recueillies et traitées conformément à la politique de l'OMS. Aucun conflit d'intérêts nécessitant des mesures n'a été relevé.

Résumé d'orientation



À gauche : Une infirmière dispense des soins à une patiente dans un hôpital des Îles Cook. © OMS/Yoshi Shimizu
Au centre : Hasan Mohammad Al-Hroub, infirmier diplômé, en territoire palestinien occupé. © OMS
À droite : Un enfant se fait examiner les oreilles par une infirmière en Lettonie. © OMS/Gatis Orlickis

Introduction

Un contexte mondial en perpétuelle évolution pose des défis aux systèmes de santé et affecte la santé et le bien-être des personnes. L'instabilité géopolitique, les conflits, les changements climatiques et les perturbations environnementales touchent un nombre croissant de pays. Les temps sont toujours à l'incertitude économique : ralentissement de la croissance, augmentation du poids de la dette, persistance de l'inflation et rétrécissement de la marge de manœuvre budgétaire, autant d'éléments qui ont une incidence générale sur les dépenses consacrées au secteur social. Les conséquences sur la santé humaine se traduisent par un ralentissement des progrès dans la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, et par une augmentation des maladies non transmissibles (MNT), des problèmes de santé mentale, des maladies transmissibles, de la résistance aux antimicrobiens et des risques d'infection particulièrement dangereux.

Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 s'achève dans cinq ans. Il est impossible de progresser en matière de couverture sanitaire universelle (CSU), de sécurité sanitaire et d'objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé sans un nombre suffisant de personnels de santé et d'aide à la personne possédant les compétences requises pour répondre aux besoins de santé de la population. Alors que le « stock » mondial de personnels de santé a régulièrement augmenté au cours de la dernière décennie, les progrès pour combler la pénurie ont ralenti, ce qui a entraîné une révision à la hausse de la pénurie mondiale prévue en 2030 évaluée non plus à 10 millions mais à 11 millions, dont 69 % dans les pays des Régions OMS de l'Afrique et de la Méditerranée orientale. Ces écarts dans l'accès aux personnels de santé représentent une iniquité flagrante qui doit être corrigée.

Le document *La situation des soins infirmiers dans le monde 2025* fournit des données et des éléments de preuve actualisés et validés sur le personnel infirmier dans le monde par le biais d'une approche normalisée des données nationales sur le personnel de santé. Pour le présent rapport, il a été constaté une augmentation de 33 % du nombre de pays ayant fourni des informations sur un ensemble d'indicateurs de base par rapport à la précédente édition (2020). L'amélioration de la disponibilité des données permet une plus grande précision dans la description des défis liés à la formation, à l'emploi, à la pratique infirmière et au leadership dans le domaine des soins infirmiers, ainsi qu'une planification adéquate des réponses stratégiques pour y faire face. Les profils des pays accompagnés des données nationales sont disponibles en ligne et peuvent être téléchargés.

Dans le comté de Marsabit, au Kenya, une infirmière explique à une mère l'importance de la vaccination systématique. © OMS/Billy Miaron



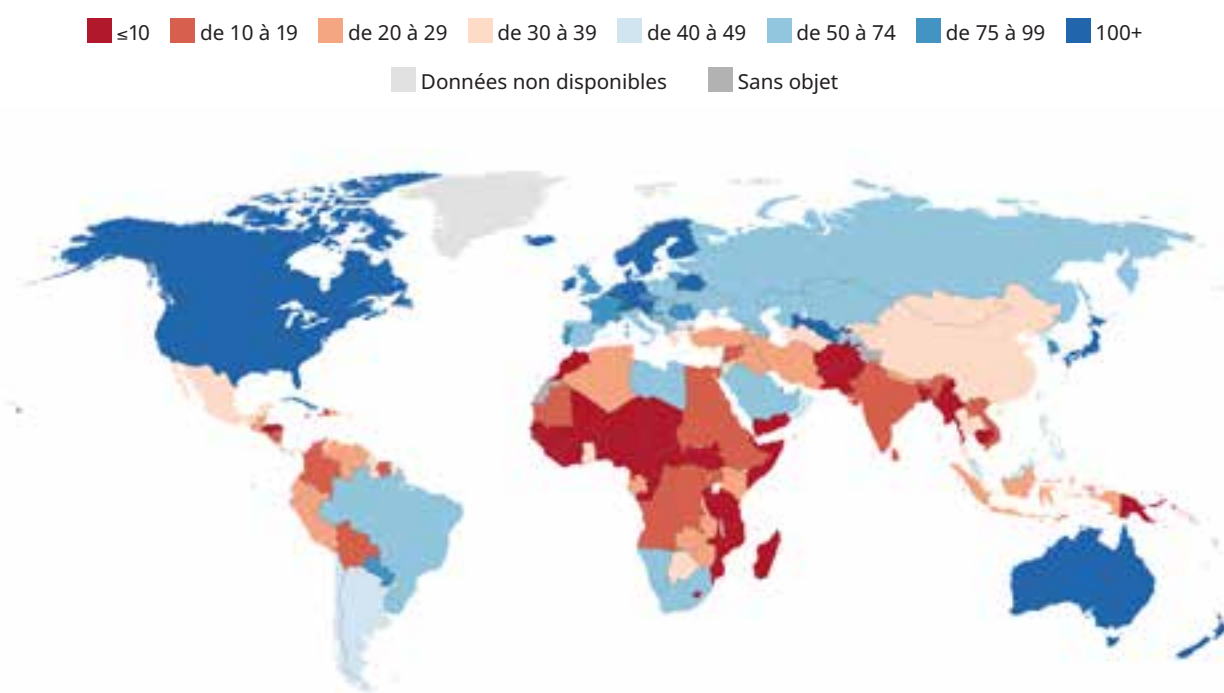
→ Emplois

Le stock mondial de personnel infirmier était de 29,8 millions en 2023 en augmentation par rapport au chiffre du précédent rapport (27,9 millions en 2018) ; cependant, la répartition et la densité au niveau mondial en 2023 sont très inégales et masquent une pénurie de 5,8 millions d'infirmiers(ères).

Environ 78 % des infirmiers(ères) se trouvent dans des pays qui ne représentent que 49 % de la population mondiale ; les pays à revenu élevé, qui ne représentent que 17 % de la population mondiale, regroupent 46 % du personnel infirmier. La densité mondiale de personnel infirmier (37,1 infirmiers(ères) pour 10 000 habitants) est aussi inégale en fonction des Régions de l'OMS et de la catégorie de revenu à laquelle appartiennent les pays. La densité d'infirmiers(ères) dans la Région OMS de l'Europe est cinq fois plus élevée que dans les Régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale et dix fois plus élevée dans les pays à revenu élevé que dans les pays à revenu faible. Ces chiffres révèlent qu'une grande partie de la population mondiale a beaucoup moins accès au personnel infirmier pour des services tels que les soins maternels et infantiles, la gestion des maladies chroniques et la réponse aux menaces et aux urgences de santé publique.

Au niveau mondial, les soins infirmiers se professionnalisent de plus en plus et les infirmiers(ères) travaillent principalement dans le secteur public. En 2023, 80 % du personnel infirmier était constitué de « cadres infirmiers », assurant une multitude de services de santé et jouissant d'un niveau d'autonomie considérable. Environ 17 % du personnel infirmier relevait du « personnel infirmier de niveau intermédiaire », catégorie dotée de moins d'autonomie sur le lieu de travail ; il n'a pas été possible de classer les 3 % du personnel infirmier restant dans l'une ou l'autre des deux catégories susmentionnées. Environ 70 % des infirmiers(ères) travaillaient dans des établissements du secteur public, par opposition aux établissements privés à but non lucratif ou privés à but lucratif. Si la professionnalisation peut améliorer la qualité des soins, elle doit s'accompagner d'une différenciation des rôles, des champs de pratique, et d'une rémunération appropriée sur le lieu de travail, afin de ne pas provoquer le départ du personnel infirmier vers des pays qui offrent de meilleures opportunités professionnelles.

Figure 1 Densité de personnel infirmier pour 10 000 habitants en 2023



Note : Dernières données disponibles pour la période 2018-2023.

Source : CNPS, 2024.

Le personnel infirmier dans le monde est composé à 85 % de femmes et est relativement jeune, mais l'âge varie selon la région et la catégorie de revenu. Au niveau mondial, 33 % des infirmiers(ères) ont moins de 35 ans, contre 19 % âgé(e)s de 55 ans ou plus (c'est-à-dire que pour 100 infirmiers(ères) proches de la retraite dans le monde, il y en a 174 qui débutent leur carrière). Toutefois, dans 20 pays (la plupart à revenu élevé et de la Région européenne), le personnel infirmier qui devrait partir à la retraite dans 10 ans est plus nombreux que celui en début de carrière. Des différences régionales marquées peuvent indiquer une situation dans laquelle les régions ayant le plus besoin d'infirmiers(ères) expérimenté(e)s auront une main-d'œuvre essentiellement novice, tandis que les régions disposant de meilleures ressources seront confrontées à des départs massifs à la retraite. Ces tendances pourraient également entraîner une migration internationale incontrôlée et avoir un impact sur la qualité des soins et la capacité de mentorat.

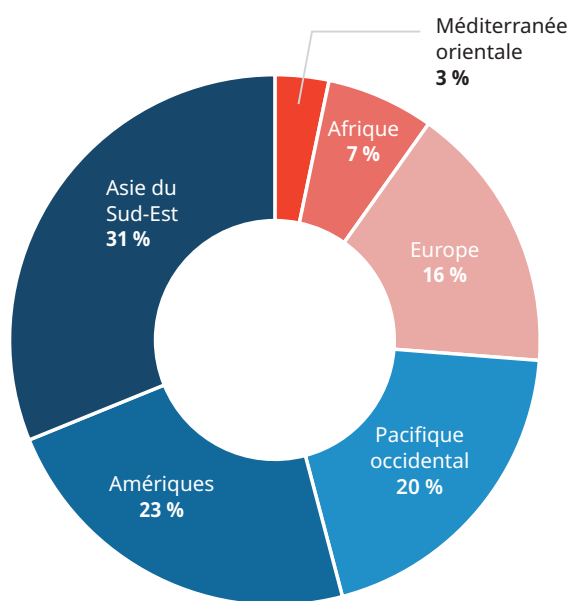
La répartition des infirmiers(ères) né(e)s à l'étranger indique une tendance à la mobilité et la migration internationale. En 2023, environ un(e) infirmier(ère) sur sept en exercice était né(e) dans un autre pays. Les pays à revenu élevé dépendent beaucoup plus des infirmiers(ères) né(e)s à l'étranger (23 %) que les pays des autres catégories de revenu (8 % dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure ; 1 % dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure ; 3 % dans les pays à revenu faible). Le recours croissant à du personnel infirmier né à l'étranger dans les pays à revenu élevé représente un transfert des investissements en matière d'éducation des pays à revenu faible vers les pays à revenu élevé. Cela compromet le développement des systèmes de santé dans les pays sources tout en compensant involontairement une planification de la main-d'œuvre insuffisante et des investissements inadéquats dans les capacités éducatives des pays de destination.

Alors que le nombre d'infirmiers(ères) dans le monde devrait passer à 36 millions d'ici à 2030, l'inégalité résultant de cette augmentation et la répartition de la pénurie mondiale de personnel vont s'accroître davantage. Même si la densité mondiale devrait passer de 37,1 pour 10 000 habitants

en 2023 à 42,5 pour 10 000 habitants en 2030, en raison d'une forte croissance démographique, les Régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale ne connaîtront qu'une croissance minime, voire nulle, de leur densité de personnel infirmier entre 2023 et 2030. La pénurie mondiale continuera de diminuer, passant de 5,8 millions en 2023 à 4,1 millions en 2030. Toutefois, la concentration de la pénurie d'infirmiers(ères) dans les Régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale (près de 70 % du total mondial d'ici à 2030) compromettra la capacité de prestation de services et ralentira les progrès vers la CSU.

Figure 2

Répartition de l'augmentation prévue du stock de personnel infirmier de 2023 à 2030 par Région de l'OMS



Source : CNPS, 2024.

Formation

L'amélioration des données sur les infirmiers(ères) diplômé(e)s donne une image mitigée des progrès réalisés dans l'augmentation de la production nationale de personnel infirmier. Le ratio de nouveaux infirmiers et infirmières diplômé(e)s par rapport au « stock » d'infirmiers(ères) en 2023 reflète le rythme et le volume de la production nationale de personnel infirmier. Les pays à revenu faible ont un ratio de diplômés par rapport au stock qui se situe dans la fourchette recommandée par l'OMS (8 à 12 %) et qui est plus élevé que celui des pays à revenu élevé (8,3 contre 5,3 diplômés pour 100 infirmiers(ères) en activité). Cependant, cette tendance s'inverse pour le ratio infirmiers(ères) diplômé(e)s par rapport à la population : il est le plus élevé dans les pays à revenu élevé et diminue progressivement dans les autres catégories de revenu. Ce ratio est nettement plus faible dans les Régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale que dans les autres Régions, ce qui perpétue les inégalités et les carences dans l'accès aux soins.

Au niveau mondial, la durée des programmes d'enseignement en soins infirmiers était de 3 ans à 53 %, de 4 ans à 31 % et de 2 ans à 9 %. Alors que les pays proposent diverses filières de formation pour l'obtention d'une licence, les pays aux ressources limitées peuvent avoir du mal à mettre en œuvre efficacement les programmes les plus exigeants. Dans certains cas, les diplômés des programmes de licence peuvent ne pas trouver dans les établissements de santé des rôles, des responsabilités et des rémunérations suffisamment adaptées pour justifier un investissement personnel plus long. La tendance à des licences sans différenciation des rôles professionnels crée un décalage entre l'investissement en termes d'études et les possibilités d'emploi, ce qui risque d'alimenter l'insatisfaction et la migration.

Les goulets d'étranglement qui entravent l'expansion de l'enseignement en soins infirmiers sont notamment les insuffisances des sites de compétences cliniques, la disponibilité de personnel enseignant et les exigences des environnements d'apprentissage numérique. La mise à niveau, le recrutement et le maintien en poste des enseignants en soins infirmiers n'ont pas suivi la demande croissante en environnements éducatifs et les attentes plus élevées en matière de charge de travail. La pénurie d'enseignants et l'inadéquation des sites cliniques créent un véritable problème, qui non seulement limite la capacité actuelle à produire de nouveaux diplômés, mais compromet potentiellement la qualité de l'enseignement, ce qui peut affecter la qualité des soins futurs et la capacité des diplômés à exercer leur profession de manière indépendante. L'utilisation des technologies numériques et de l'intelligence artificielle (IA) dans la formation en soins infirmiers a augmenté, mais des défis se posent en matière d'équité, de compétences, de préparation du corps enseignant et d'opportunités dans le domaine de l'apprentissage clinique.

Les mécanismes d'assurance qualité concernant l'éducation en soins infirmiers sont largement en place, mais les informations sur l'étendue de leur mise en œuvre sont rares. La plupart des pays répondants ont fait état de normes pour les qualifications des enseignants (90 %), les mécanismes nationaux d'accréditation (88 %) et d'une coopération entre les secteurs de l'éducation, de la réglementation et de l'emploi en ce qui concerne les normes d'accréditation (77 %). Toutefois, ces dispositions ne peuvent avoir un impact sur la qualité de l'éducation en soins infirmiers que si elles bénéficient d'un soutien, de ressources et d'une mise en œuvre adéquats. Un plus petit nombre de pays a fait état de normes d'accréditation englobant la formation interprofessionnelle (62 %) ou les déterminants sociaux de la santé (45 %), malgré la pertinence de ces aspects pour une pratique infirmière efficace au sein d'équipes interdisciplinaires et axées sur les soins de santé primaires.

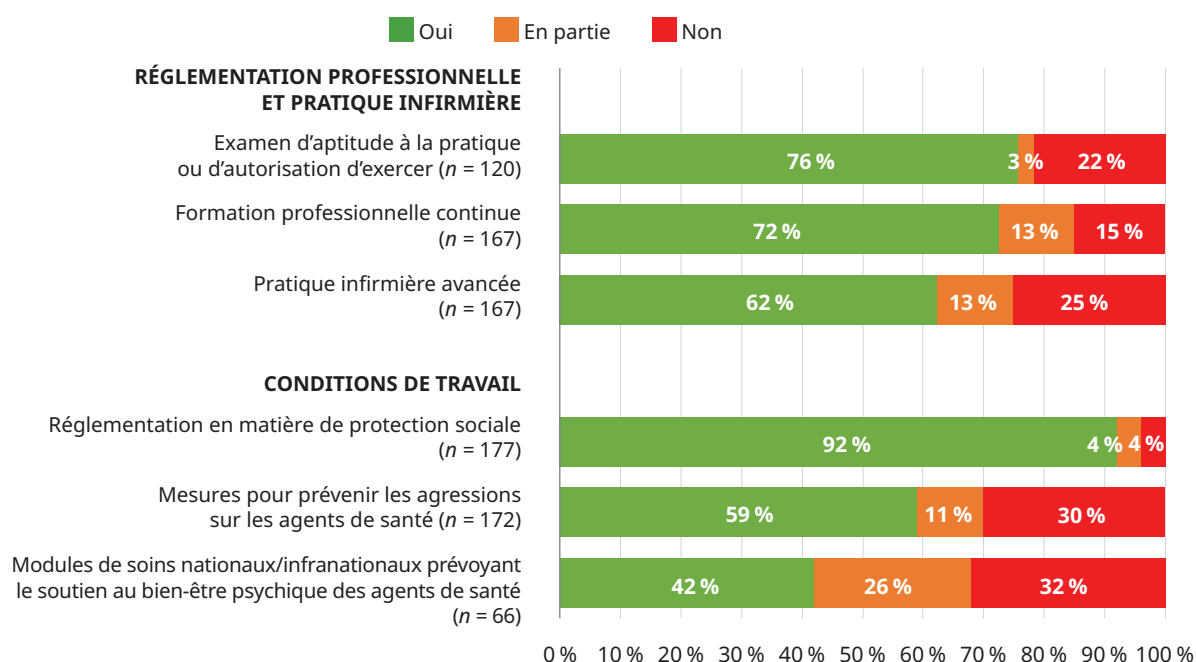
→ Pratique infirmière

La plupart des pays répondants (92 %) disposent d'un organisme de réglementation pour les soins infirmiers, d'une évaluation des compétences initiales (76 %), d'une formation professionnelle continue (72 %) et d'une fonction d'infirmier(ère) de pratique avancée (62 %). Bon nombre des indicateurs relatifs aux compétences initiales et à l'actualisation des compétences varient selon les Régions de l'OMS et les données publiées indiquent une grande hétérogénéité au niveau mondial en ce qui concerne l'éducation et la réglementation concernant la pratique infirmière avancée. L'incohérence des normes entre les pays peut compliquer la reconnaissance mutuelle des qualifications du personnel infirmier et limiter les possibilités de mobilité internationale, tout en risquant de compromettre la sécurité des patients. Malgré des données probantes de plus en plus nombreuses sur les avantages des infirmiers(ères) de pratique avancée et des soins dispensés par le personnel infirmier, la restriction du champ de pratique des infirmiers(ères) est une occasion manquée d'améliorer l'accès, la qualité et l'efficacité des services de santé.

La plupart des pays disposent d'une législation visant à soutenir et protéger le personnel infirmier sur le lieu de travail, mais trop peu ont des dispositions portant sur le bien-être mental.

La plupart des pays répondants ont signalé des lois sur le salaire minimum (94 %), des mesures de protection sociale (92 %) et la sécurité du personnel (78 %). Un plus petit nombre de pays répondants ont indiqué une réglementation sur le nombre d'heures et les conditions de travail (55 %) et des dispositions relatives au bien-être mental (42 %). Le degré d'application de ces dispositions de soutien et de protection reste en grande partie inconnu ; des investissements et une mise en œuvre adéquats sont nécessaires pour les rendre opérationnels afin que les membres du personnel infirmier soient plus en sécurité, plus motivés et plus enclins à demeurer à leur poste. Le manque de soutien en matière de santé mentale menace la pérennité des effectifs, en particulier après l'impact multidimensionnel de la COVID-19 sur les personnels de santé et d'aide à la personne.

Figure 3 Pourcentage de pays répondants ayant signalé l'existence d'aspects liés à la prestation de services (réglementation professionnelle, pratique infirmière et conditions de travail)

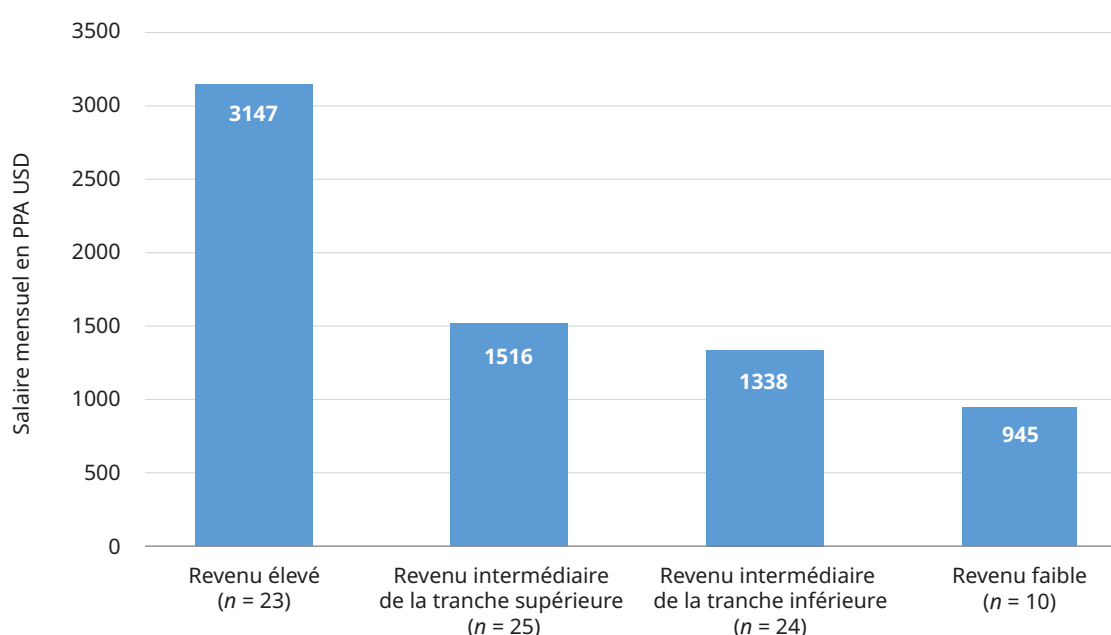


Note : Dernières données disponibles pour la période 2018-2023.

Source : CNPS, 2024.

Au niveau mondial, le salaire médian des infirmiers(ères) en début de carrière en 2023 était de 774 dollars des États-Unis (USD) par mois dans 82 pays, avec des différences significatives par région de l'OMS et par catégorie de revenu des pays. Les salaires médians dans les pays à revenu élevé étaient deux fois plus élevés que ceux dans les pays à revenu intermédiaire supérieur, et trois fois plus élevés que ceux dans les pays à revenu faible. Les salaires ajustés des parités de pouvoir d'achat (PPA) indiquent que les Régions de l'Europe et de la Méditerranée orientale ont les salaires médians en début de carrière les plus élevés et les Régions OMS de l'Afrique et de l'Asie du Sud-Est les salaires les plus bas. Une analyse des données ventilées de 31 pays a mis en évidence un écart de rémunération de 7 % entre les hommes et les femmes. Les différences de salaires ajustés des PPA, associées à un écart de rémunération de 7 % entre les hommes et les femmes, créent de puissantes incitations économiques à la migration tout en perpétuant l'inégalité entre les hommes et les femmes dans la profession.

Figure 4 Salaire médian mensuel en début de carrière en PPA USD, par catégorie de revenu de la Banque mondiale



Notes : L'analyse porte sur les données de la dernière année déclarée au cours de la période 2018-2023 de 82 pays sur les salaires mensuels moyens des infirmiers(ères) en début de carrière. La PPA est la parité de pouvoir d'achat en dollars des États-Unis constants de 2021, calculée sur la base de l'estimation au niveau des pays du dollar des États-Unis et des PPA du Programme de comparaison internationale et de la Base de données des indicateurs du développement dans le monde de la Banque mondiale.

→ Leadership

La plupart des pays répondants (82 %) ont déclaré disposer d'un responsable-chef des services infirmiers (ou un poste équivalent), mais leurs rôles dans la gestion du personnel infirmier ainsi que dans les politiques et la planification de la santé ne sont pas clairs. En l'absence d'attributions et de ressources claires, les responsables-chefs ne peuvent pas véritablement influencer sur la planification ou les politiques concernant les effectifs, ce qui exclut les questions relatives aux soins infirmiers des décisions importantes sur les systèmes de santé. Cette lacune en matière de gouvernance a des répercussions sur tout, de la planification de la formation aux conditions de travail et, en fin de compte, sur la qualité des soins aux patients. En outre, les infirmiers(ères) font face à des problèmes d'accès aux possibilités de développement du leadership. Si 66 % des pays répondants ont indiqué l'existence de programmes de développement du leadership infirmier, ces programmes n'ont été signalés que dans 25 % des pays à revenu faible.

Priorités politiques

Les 12 priorités politiques des *Orientations stratégiques mondiales de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025* restent toutes extrêmement pertinentes pour la période 2026-2030 ; cependant, chacune d'entre elles prévoit des « domaines de priorité » sur lesquels se concentrer au cours des dernières années de l'ère des ODD. En outre, cinq priorités politiques émergentes ont été identifiées : la pratique infirmière avancée, l'égalité des sexes, les technologies numériques pour la santé, le climat, et le personnel infirmier dans les situations de guerre et de conflit.

→ Emplois

Réaliser une planification et des prévisions portant sur les personnels infirmiers et obstétricaux selon la perspective du marché du travail de la santé. La planification dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire doit se focaliser sur l'augmentation du nombre d'infirmiers(ères) diplômé(e)s, leur intégration dans le système de santé, l'amélioration des conditions de travail afin de prévenir la migration importante du personnel, et la prise en compte de l'augmentation de la population et de la croissance des marchés de l'emploi. Les pays à revenu élevé et les pays européens doivent veiller à ce que les inscriptions pour l'enseignement préalable soient plus nombreuses et à ce que les infirmiers(ères) restent en poste pour compenser les pertes dues aux départs à la retraite et réduire la dépendance à l'égard du recrutement international.

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. La priorité est d'accélérer la croissance de la demande d'emplois d'infirmiers(ères), en particulier dans les Régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale. Cela nécessitera de mobiliser des investissements nationaux pérennes et, en cas de ressources nationales insuffisantes pour élargir de manière adéquate la marge de manœuvre budgétaire et économique, des investissements extérieurs en matière de personnels de santé, alignés sur les priorités et les mécanismes nationaux.

Attirer, recruter et retenir les personnels infirmiers là où ils sont le plus nécessaires. Les pays doivent élaborer des politiques de recrutement et de maintien en poste fondées sur des données probantes, qui soient regroupées, adaptées au contexte local et qui s'attaquent aux diverses causes profondes des inégalités. La mise en place d'une « filière rurale » a permis d'accroître le retour des infirmiers(ères) diplômé(e)s dans leurs communautés rurales d'origine.

Renforcer la mise en œuvre du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé (le Code). Les priorités urgentes sont de renforcer l'adhésion au Code, notamment aux dispositions figurant dans la *Liste OMS d'appui et de sauvegarde pour les personnels de santé, 2023*, d'augmenter les investissements dans les personnels de santé de ces pays, et de conclure des accords bilatéraux qui se traduisent par des avantages réciproques et équitables pour les pays sources.

→ Formation

Aligner les niveaux de formation en soins infirmiers sur des rôles optimisés au sein des systèmes de santé et d'enseignement. Alors que de plus en plus de pays privilégient les diplômes de licence, la planification et la coordination entre les établissements d'enseignement, les organismes de réglementation et les établissements de santé sont essentielles pour définir les rôles et les responsabilités des infirmiers(ères) titulaires d'une licence par rapport à d'autres types de personnel infirmier et d'agents de santé. La recherche portant sur l'impact de cette tendance doit être élargie pour inclure les établissements de soins primaires et les pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure.

Optimiser la production nationale de personnels infirmiers pour répondre à la demande du système de santé voire la surpasser. De nombreux pays, en particulier en Afrique et en Méditerranée orientale, doivent augmenter le nombre d'infirmiers(ères) diplômé(e)s pour faire face à la croissance démographique et à l'augmentation de la demande sur les marchés du travail. De nombreux pays devront régler les problèmes de goulets d'étranglement qui entravent l'admission ou l'inscription des étudiants (le manque d'enseignants en soins infirmiers et de sites de formation clinique, les limites des infrastructures et des moyens de formation, par exemple).

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. Une plus grande coordination entre les organismes d'accréditation, les établissements d'enseignement et les employeurs est nécessaire afin d'aligner les acquis d'apprentissage sur les compétences requises dans les structures de services de santé. L'expansion de l'« apprentissage mixte » nécessite davantage d'investissements dans les infrastructures et les ressources pour garantir une éducation numérique équitable et pertinente, les normes en matière d'éducation devant prévoir des compétences numériques pour une pratique infirmière en adéquation avec notre époque.

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. Les axes prioritaires pour renforcer les capacités des professeurs sont une orientation et un mentorat structurés, des conditions de travail favorables, une rémunération et une promotion professionnelle appropriées, ainsi que des possibilités d'acquérir des compétences numériques qui facilitent l'apprentissage des étudiants, le développement professionnel et les soins aux patients.

→ Pratique infirmière

Examiner et renforcer les systèmes de réglementation de la profession et soutenir le renforcement des capacités des autorités de réglementation, le cas échéant. Les priorités sont de garantir des champs de pratique actualisés et différenciés pour les différents types et niveaux de personnel infirmier, et de veiller à ce que le contenu de la formation professionnelle continue soit adapté aux compétences requises pour satisfaire les besoins de santé de plus en plus complexes de la population. La réglementation doit être optimisée pour contribuer à une répartition et un maintien en poste plus équitables du personnel infirmier et permettre des assouplissements et des adaptations en cas d'urgence.

Adapter les politiques portant sur le lieu de travail pour garantir la sécurité et le bien-être du personnel infirmier. Les conditions de travail doivent être améliorées afin de garantir un environnement de travail décent qui attire, soutient et retient le personnel infirmier. Il s'agit notamment d'améliorer les grilles de salaire des infirmiers(ères), de garantir un salaire égal pour un travail égal, une dotation en personnel avisée, et des protections dans le domaine de l'organisation collective et des droits juridiques. Il est urgent de protéger la sécurité et le bien-être du personnel infirmier.

→ Leadership

Établir et renforcer les postes de haute responsabilité pour la gouvernance et la gestion des personnels infirmiers, et contribuer à l'élaboration des politiques en matière de santé. Les pays sont encouragés à s'assurer que les rôles et les responsabilités des responsables-chefs des services infirmiers au niveau gouvernemental correspondent à un niveau d'ancienneté adéquat et à des liens avec les politiques et la gestion des personnels de santé au sens large. Les responsables-chefs des services infirmiers doivent participer à la notification et à l'utilisation des données sur le personnel infirmier, aux processus et mécanismes d'élaboration des politiques nationales, ainsi qu'aux forums régionaux et mondiaux.

Investir dans le développement des compétences de leadership chez les personnels infirmiers. Les programmes de développement du leadership infirmier doivent être étendus, en particulier dans les pays à revenu faible, afin de fournir des programmes contextualisés pour l'acquisition de compétences nécessaires dans divers contextes. La mobilisation de ressources sera nécessaire pour surmonter des obstacles tels que le financement, le manque d'infirmiers(ères) de haut niveau pour l'élaboration des politiques ou le manque d'exposition au leadership dans les programmes d'enseignement et de formation.

→ Priorités politiques émergentes

Promouvoir davantage les rôles de pratique infirmière avancée afin d'améliorer l'accès à des services de santé de qualité. L'introduction et l'intégration d'infirmiers(ères) de pratique avancée doivent répondre à un besoin identifié, être acceptées par les ministères de la santé et résulter d'une collaboration entre les ministères de la santé, les établissements d'enseignement, les organismes de réglementation, les associations et les employeurs. Des définitions normalisées pour la catégorie professionnelle correspondant aux infirmiers(ères) de pratique avancée sont nécessaires pour un comptage précis, un suivi au niveau mondial et l'élaboration de politiques.

Lutter contre les préjugés liés au sexe, notamment en proposant des salaires équitables et concurrentiels.

Les pays devront s'attaquer aux facteurs responsables de la féminisation du personnel infirmier, tels que les normes culturelles et sociétales et l'accès à l'éducation, et encourager une participation équitable des hommes et des femmes à la vie professionnelle dans tous les contextes. Les pays devront recueillir des données ventilées par sexe et procéder à des analyses sexospécifiques intersectionnelles du marché du travail dans le secteur de la santé. Les salaires offerts au personnel infirmier doivent être justes et équitables, tenir compte de la pénibilité des rôles et des tâches, et être octroyés en respectant le principe « à travail égal, salaire égal ».

Exploiter le potentiel des outils et des technologies numériques pour répondre aux besoins de la population et des systèmes de santé.

Les infirmiers(ères) doivent être préparé(e)s et pleinement soutenu(e)s pour utiliser de manière compétente les technologies numériques dans tous les domaines de l'exercice de leur profession, de la formation à la pratique infirmière, en passant par la recherche et la gestion. L'adoption de l'IA, son utilisation et son importance dans l'apprentissage et la pratique des personnels de santé nécessiteront des investissements importants pour renforcer les capacités des personnels de santé, ce qui suscite des inquiétudes en matière d'équité et d'inclusion.

Donner aux infirmiers(ères) les moyens de contribuer au Programme d'action pour le climat par l'éducation, le plaidoyer, des pratiques prenant en compte les questions de climat, et le leadership.

Il conviendra d'intégrer les acquis d'apprentissage portant sur les effets des changements climatiques sur la santé dans les programmes d'enseignement fondés sur les compétences et dans l'étude interdisciplinaire. Les rôles en matière d'éducation communautaire et de défense des politiques devront être élargis, en particulier pour les populations vulnérables ou à risque. Les infirmiers(ères) dans les établissements de santé, de par leurs fonctions, peuvent promouvoir les mesures liées au climat et à la durabilité sur leur lieu de travail. Les responsables-chefs des services infirmiers ont un rôle stratégique à jouer pour faciliter la contribution du personnel infirmier au Programme d'action pour le climat.

Fournir un soutien adapté pour la formation, l'emploi et les conditions de travail des personnels infirmiers dans les zones fragiles, touchés par des conflits et vulnérables.

La sécurité physique doit être une priorité, tout comme le soutien psychosocial. Des interventions sont nécessaires pour encourager un enseignement à distance, souple et innovant, afin de permettre la poursuite des études en soins infirmiers pendant et après un conflit. La formation en cours d'emploi du personnel infirmier peut s'avérer nécessaire pour recentrer les compétences sur les soins d'urgence et de traumatologie ; la reconnaissance des acquis de la formation et la rémunération doivent être maintenues. Les programmes postconflit peuvent offrir des possibilités de réadaptation professionnelle, de reconversion si nécessaire, et de retour aux fonctions occupées avant le conflit.



À gauche : Un infirmier dispense des soins dans l'unité de soins intensifs néonataux de l'hôpital Al-Makassed, à Jérusalem. © OMS
Au centre à gauche : Une infirmière, tout sourire, tablette et marteau à réflexes dans les mains dans un couloir d'hôpital. © OMS
Au centre à droite : Des étudiantes en soins infirmiers en uniforme assistent à un cours. © Yeshey-Wangmo, Nursing in Focus
À droite : Une infirmière à l'hôpital Faiz Mohammad Kateb, Afghanistan. © OMS/Zakarya Safari

CONCLUSION

Dans tous les domaines d'analyse abordés dans le présent rapport, un thème récurrent est celui de la persistance et de l'aggravation des inégalités. Dans le domaine des soins infirmiers, la présence d'une forme d'inégalité est évidente dans la répartition du personnel infirmier, sa densité, la capacité d'enseignement, les salaires et les conditions de travail, ainsi que dans les pénuries de personnel existantes et prévues à l'avenir. Cette tendance à l'inégalité se manifeste au sein des Régions et d'une Région à l'autre, au sein des pays et d'un pays à l'autre, et en fonction de la catégorie de revenu des pays. Ces inégalités ont des répercussions sur les soins aux patients et les résultats en santé, le fonctionnement des systèmes de santé, l'équité et l'accès en matière de santé, la CSU, et le développement économique et social. Pour espérer atteindre les cibles des ODD, il est urgent de s'attaquer à ces inégalités.

Les conclusions figurant dans *La situation des soins infirmiers dans le monde 2025* fournissent aux décideurs, planificateurs, employeurs, enseignants, organismes de réglementation et gestionnaires des services de santé des données, des analyses et de possibles mesures qui pourront être utiles dans le contexte de leur pays. La mobilisation des investissements nationaux et étrangers à long terme conseillés dans le secteur des soins infirmiers peut contribuer au renforcement de la formation et de l'emploi du personnel infirmier nécessaire pour pallier les pénuries, endiguer le sous-emploi et le non-emploi des infirmiers(ères), améliorer les conditions de travail et permettre de faire face à la migration du personnel.

Investir dans la formation, l'emploi, la pratique infirmière et le leadership dans le secteur des soins infirmiers stimulera la croissance économique en créant des emplois décents et une plus grande participation économique des femmes dans la population active. Cette évolution peut accélérer les progrès vers l'équité en santé, l'égalité des sexes et la CSU par le biais d'une approche axée sur les soins de santé primaires et contribuer à atteindre les objectifs du programme de développement durable au sens large.

Environ 78 % des infirmiers(ères) exercent dans des pays qui ne représentent que 49 % de la population mondiale ; les pays à revenu élevé, qui ne représentent que 17 % de la population, concentrent 46 % des effectifs.



À gauche : Abdel Ghan est infirmier au centre de santé de soins primaires de Shamarekh à Azaz (République arabe syrienne). © OMS/Giles Clarke
Au centre : Naomiridou Dine, infirmière, devant un établissement de santé au Niger. © OMS/Myraim Volonarivo
À droite : Une infirmière à Hay River (Canada) s'entretient avec une patiente dans un établissement de santé communautaire. © OMS/Christine McNab



Auscultation d'une patiente à l'hôpital Faiz Mohammad Kateb, Afghanistan. © OMS/Zakarya Safari

Introduction

- 1. Les personnels infirmiers et les soins infirmiers ont conservé une position de premier plan au sein de l'OMS depuis sa création en 1948.** Les délégations de l'Irlande et des États-Unis d'Amérique ont été les premières à proposer que « l'importance fondamentale des soins infirmiers dans l'amélioration des services de santé » soit reconnue et que le Directeur général « tienne pleinement compte de l'importance de la fonction de la profession dans l'établissement du Secrétariat et des comités » (1). Les organes directeurs de l'OMS ont immédiatement accordé la priorité absolue à la profession, demandant la création de postes et l'allocation de ressources pour faire collaborer avec les pays, se penchant sur la pénurie de personnel, l'existence de nombreux différents modèles pour assurer un approvisionnement adéquat, et la nécessité de normes en matière de formation, de recrutement et d'emploi (2).
- 2. Cette deuxième édition de *La situation du personnel infirmier dans le monde s'inscrit dans le droit fil de l'engagement très large de l'OMS en faveur du personnel infirmier au niveau mondial.*** Le paysage mondial dans le contexte du développement, de l'économie et de la santé a radicalement changé depuis la création de l'OMS, mais la nécessité d'une gestion et d'investissements multinationaux dans les systèmes de santé, les personnels de santé et d'aide à la personne, et la valeur avérée des infirmiers(ères) et des soins infirmiers demeure une constante : un investissement dont il est prouvé qu'il entraîne des avantages multiples dans le cadre des ODD.
- 3. L'environnement mondial est de plus en plus marqué par des crises et des conflits concomitants, l'incertitude économique, l'accélération des changements climatiques et l'aggravation des inégalités sociales.** Des conflits et situations d'urgence prolongés se produisent dans un contexte de tensions géopolitiques croissantes. La stagnation et la régression de l'économie mondiale pèsent sur les budgets d'aide au développement et limitent les dépenses du secteur social de manière plus générale (3, 4). Les effets des changements climatiques et de la dégradation de l'environnement sont plus perceptibles chez les populations vulnérables et les touchent de manière disproportionnée. Les changements démographiques se caractérisent de plus en plus par un vieillissement de la population et de faibles taux de natalité dans de nombreux pays, ainsi que par une augmentation constante de l'urbanisation dans le monde. Si les progrès technologiques offrent des possibilités significatives en matière d'accès à l'information, de prise de décisions et de productivité, les avantages s'accompagnent d'un risque potentiel d'accroissement des écarts d'accès, d'aggravation des inégalités, de désinformation et de chômage (5).

4. **Ces tendances mondiales ont des effets négatifs sur les déterminants de la santé et de fait sur la santé et le bien-être des populations.** En 2023, l'OMS a estimé que le monde n'était pas en mesure d'atteindre la plupart des cibles des ODD liées à la santé. Le manque de mesures prises pour agir sur les déterminants de la santé (tels que les inégalités liées au sexe et au genre, les possibilités d'éducation, la pauvreté et la protection sociale) a contribué à l'absence de progrès, de même que l'inaction pour s'attaquer aux maladies transmissibles et à l'incidence croissante des MNT, telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et le diabète (5). Les maladies à tendance épidémique et les épidémies sensibles au climat ont un impact sur les communautés du monde entier, les petits États insulaires en développement (PEID) étant touchés de manière disproportionnée.
5. **L'insécurité sanitaire mondiale, les dépenses de santé limitées et les menaces croissantes qui pèsent sur la santé et le bien-être mettent à rude épreuve les systèmes de santé.** Les progrès pour instaurer la CSU, qui reflètent la capacité du système de santé à fournir les services nécessaires à tous les citoyens, ont stagné ou ont reculé : en 2021, plus de la moitié de la population mondiale n'avait pas accès aux services de santé essentiels, et une personne sur quatre s'est retrouvée en difficultés financières à la suite de soins dont elle avait besoin (6).
6. **L'accès aux services essentiels est directement lié à la disponibilité de personnels de santé.** À l'échelle mondiale, on observe également un ralentissement des progrès pour combler le déficit en personnels de santé et d'aide à la personne d'ici à 2030. En raison d'une croissance plus lente que prévu de la densité d'agents de santé, en particulier dans les pays qui connaissent encore une croissance démographique rapide, la pénurie mondiale d'agents de santé prévue à l'horizon 2030 a dû être revue à la hausse, passant de 10 millions en 2022 à 11 millions. La pénurie se concentre de plus en plus dans les Régions de l'OMS de l'Afrique et de la Méditerranée orientale (7). Par conséquent, la CSU restera hors de portée si la pénurie de personnels et l'inégalité d'accès aux professionnels de santé persistent.
7. **L'année 2025 est un moment clé pour réaliser des progrès au niveau mondial dans le domaine de la santé et du bien-être.** Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 s'achève dans cinq ans. L'OMS, qui est chargée de jouer un rôle de premier plan dans la réalisation des cibles ODD liées à la santé, a élaboré le quatorzième programme général de travail, 2025-2028 (quatorzième PGT), axé sur des systèmes de santé solides, durables et résilients pour garantir la stabilité et la croissance à long terme (5). L'Assemblée mondiale de la Santé, les États Membres et les partenaires ont adopté et approuvé le quatorzième PGT en tant que stratégie à utiliser pour guider l'action collective. Au cœur de cette stratégie se trouve l'engagement de réorienter les systèmes de santé vers les soins de santé primaires afin d'améliorer l'équité, l'inclusion, le rapport coût/efficacité et l'efficacité dans toutes les communautés.
8. **Le personnel infirmier est le corps de métier le plus largement représenté parmi les personnels de santé et d'aide à la personne et possède un large éventail de compétences applicables dans presque tous les contextes de pratique infirmière.** Très diversifié dans ses fonctions, il évolue dans l'ensemble du continuum des services de santé – de la promotion de la santé aux soins palliatifs – et peut être le seul à fournir des services de santé dans certains lieux, en particulier dans les zones rurales, reculées et défavorisées. À bien des égards, les infirmiers(ères) peuvent contribuer à améliorer l'équité, l'inclusion, la rentabilité, et l'efficacité des systèmes de santé (8). Cependant, plusieurs

difficultés peuvent les empêcher d'exercer pleinement leurs fonctions sur leur lieu de travail et entraver les progrès vers nos priorités communes en matière de santé.

9. ***La situation du personnel infirmier dans le monde 2025 rassemble les données les plus complètes et les plus récentes sur le personnel infirmier dans le monde afin d'éclairer les initiatives nationales, régionales et mondiales.***

Les dernières données disponibles sur la formation, l'emploi, la pratique infirmière,

la réglementation, les conditions de travail et le leadership infirmier y sont présentées. Cette édition 2025 comprend de nouveaux indicateurs, des données plus approfondies et de nombreux exemples, ainsi que des pistes stratégiques concrètes pour tirer parti des compétences des infirmiers(ères) dans le cadre de personnels de santé et d'aide à la personne intégrés. Des données consolidées pour chaque Région de l'OMS sont présentées à l'annexe 1. Les profils de pays sont disponibles en ligne et peuvent être téléchargés.



Mayumi Kawaguchi, infirmière en chef dans une clinique d'urgence du Croissant-Rouge du Bangladesh/Croix-Rouge japonaise. © OMS/Kate Marshall



Une infirmière réconforte un nouveau-né dans un établissement de santé. © OMS/Faizza Tanggol

Priorités de santé et exigences concernant les personnels à l'ère des ODD

10. Ce chapitre présente les priorités de santé ciblées pour les dernières années de l'ère des ODD dans le contexte des tendances mondiales et des exigences des systèmes de santé, en soulignant l'engagement renouvelé de l'Organisation des Nations Unies (ONU) en faveur de la CSU, notamment dans le quatorzième PGT, 2025-2028.

2.1 Priorités de santé ciblées pour les années restantes de l'ère des ODD

11. Dans un contexte mondial de plus en plus complexe, qui a des conséquences sur la santé et les systèmes de santé, l'ONU a renforcé son engagement en faveur de la CSU dans une déclaration politique faite en 2023 (9) ; et l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté le quatorzième PGT pour prendre la direction des efforts concertés de la communauté mondiale pour parvenir à cet objectif. L'objectif global du quatorzième PGT est de promouvoir, garantir et protéger la santé et le bien-être pour toutes et tous, partout (voir Encadré 2.1).

Encadré 2.1

Éléments essentiels du quatorzième programme général de travail, 2025-2028, de l'OMS

Promouvoir la santé :

- a) faire face aux changements climatiques, une menace croissante pour la santé au XXI^e siècle ; et
- b) agir sur les déterminants de la santé et les causes profondes des problèmes de santé dans les principales politiques à l'échelle de tous les secteurs.

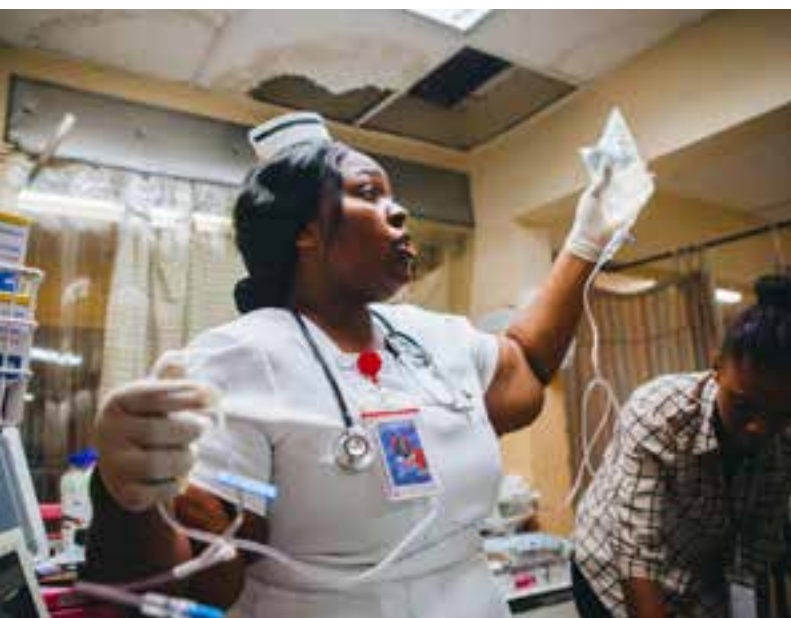
Garantir la santé :

- a) faire progresser l'approche fondée sur les soins de santé primaires et les capacités essentielles des systèmes de santé pour la couverture sanitaire universelle ; et
- b) améliorer la couverture des services de santé et la protection financière pour lutter contre les inégalités, notamment les inégalités de genre.

Protéger la santé :

- a) prévenir les risques pour la santé, toutes causes confondues, les atténuer et s'y préparer ; et
- b) détecter rapidement toutes les urgences sanitaires et y apporter une réponse efficace et durable.

12. Atteindre ces priorités ciblées en matière de santé et de bien-être dans un délai très court tout en respectant les principes du programme de développement durable peut se faire de la manière la plus efficace par le développement du capital humain. Le capital humain correspond à l'ensemble des connaissances, compétences et conditions de santé que les individus accumulent tout au long de leur vie et qui leur permet de réaliser pleinement leur potentiel en devenant des membres productifs de la société (10). Les investissements publics dans le capital humain, en particulier dans la formation, l'emploi et la santé, peuvent accélérer les progrès dans de nombreux ODD (1, 2, 3, 4, 5, 8, 10) et avoir des retombées positives en termes de productivité, de revenus et d'épargne, de réduction de la pauvreté et de croissance économique durable (11). Au contraire, le sous-investissement dans les systèmes de santé, d'éducation et de protection sociale est associé à des moyens insuffisants et à des capacités institutionnelles limitées, qui contribuent souvent aux inégalités d'accès à des services de santé essentiels de qualité et se traduisent par de moins bons résultats en matière de santé (5).



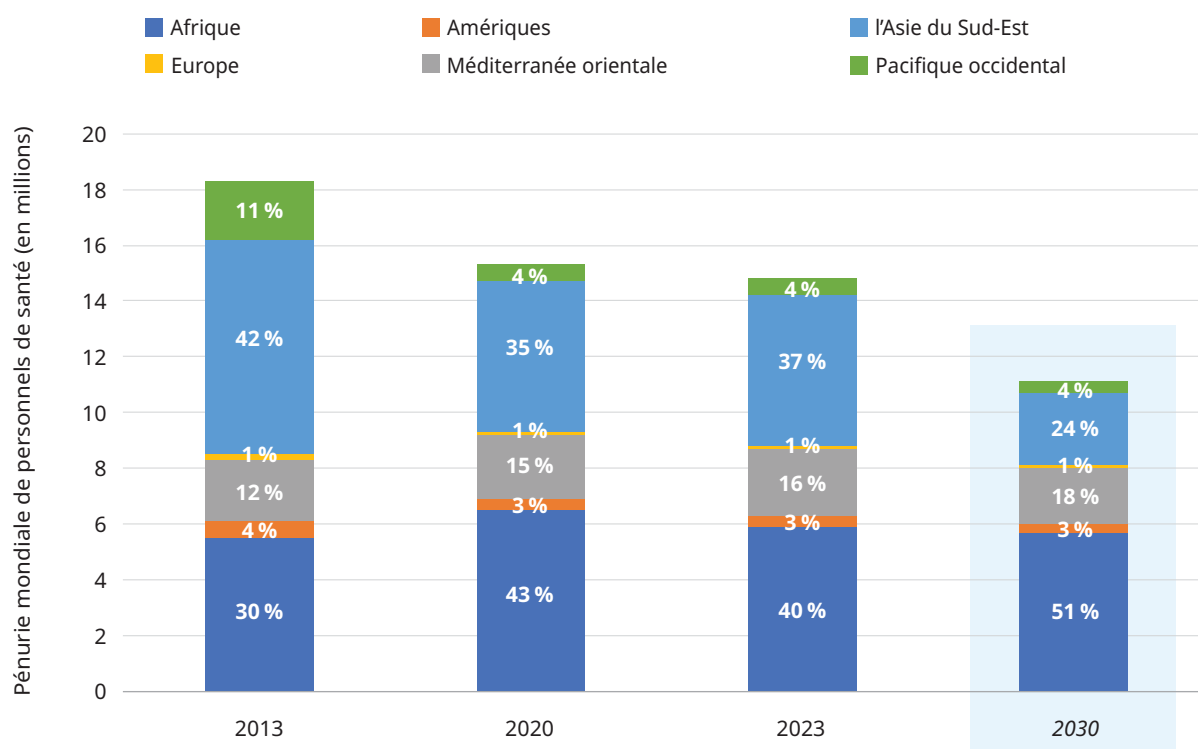
Une infirmière en Haïti prépare une perfusion tout en coordonnant les soins d'urgence en salle. © Jayme Gershen/OMS

2.2 Contexte mondial et défis pour les personnels de santé et d'aide à la personne

13. Au début du Programme de développement durable, la taille et la répartition du personnel de santé mondial ont été précisées afin de garantir une main-d'œuvre capable d'atteindre les ODD liés à la santé, notamment l'objectif 3 de développement durable, axé sur la CSU. En 2016, la pénurie mondiale de personnel de santé à l'horizon 2030 était estimée à environ 18 millions de personnes (12). Toutefois, la pénurie était inégalement répartie, se concentrant principalement dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et de l'Afrique, puis dans celles de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental. Bien que le nombre d'agents de santé ait augmenté de façon constante au fil des ans et que la pénurie ait diminué régulièrement, le rythme de cette baisse s'est ralenti depuis la pandémie de COVID-19.
14. L'estimation précédente (2022) de l'OMS d'une pénurie de 10 millions de personnes d'ici à 2030 a été revue à la hausse et a été portée à 11 millions (7). La répartition inéquitable de la pénurie ne cesse de s'accroître. Alors que les proportions de pénurie ont constamment diminué (comme dans la Région de l'Asie du Sud-Est) ou sont restées faibles (entre 1 % et 4 %) dans d'autres Régions, elles sont en train d'augmenter dans les Régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale, de sorte que d'ici à 2030, elles pourraient représenter 69 % de la pénurie mondiale de personnels de santé (voir Figure 2.1). Les inégalités persistent dans toutes les Régions et dans chacun des pays qui les constituent.

Figure 2.1

Répartition de la pénurie mondiale de personnels de santé par Région de l'OMS (2013-2023 et projection pour 2030)



Note : Les pourcentages représentent la part relative de la pénurie mondiale de personnels de santé.

15. De nombreux facteurs contribuent aux pénuries et à l'inégalité d'accès. Les pénuries peuvent être dues à une production insuffisante des institutions d'éducation sanitaire, qui se traduit par un vivier d'agents disponibles trop faible, ou à un enseignement et une formation qui ne correspondent pas aux compétences et aux capacités requises dans le secteur de la santé. Dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure, le principal défi est le manque de capacité économique et de marge de manœuvre budgétaire pour absorber les agents de santé sur le marché du travail : en d'autres termes, il y a trop peu d'emplois rémunérés dans le système de santé pour le nombre de diplômés qualifiés. Un contexte de travail peu attractif, c'est-à-dire des emplois peu rémunérés ou des conditions ou lieux de travail peu favorables par rapport à d'autres secteurs, peut expliquer à la fois le peu d'intérêt

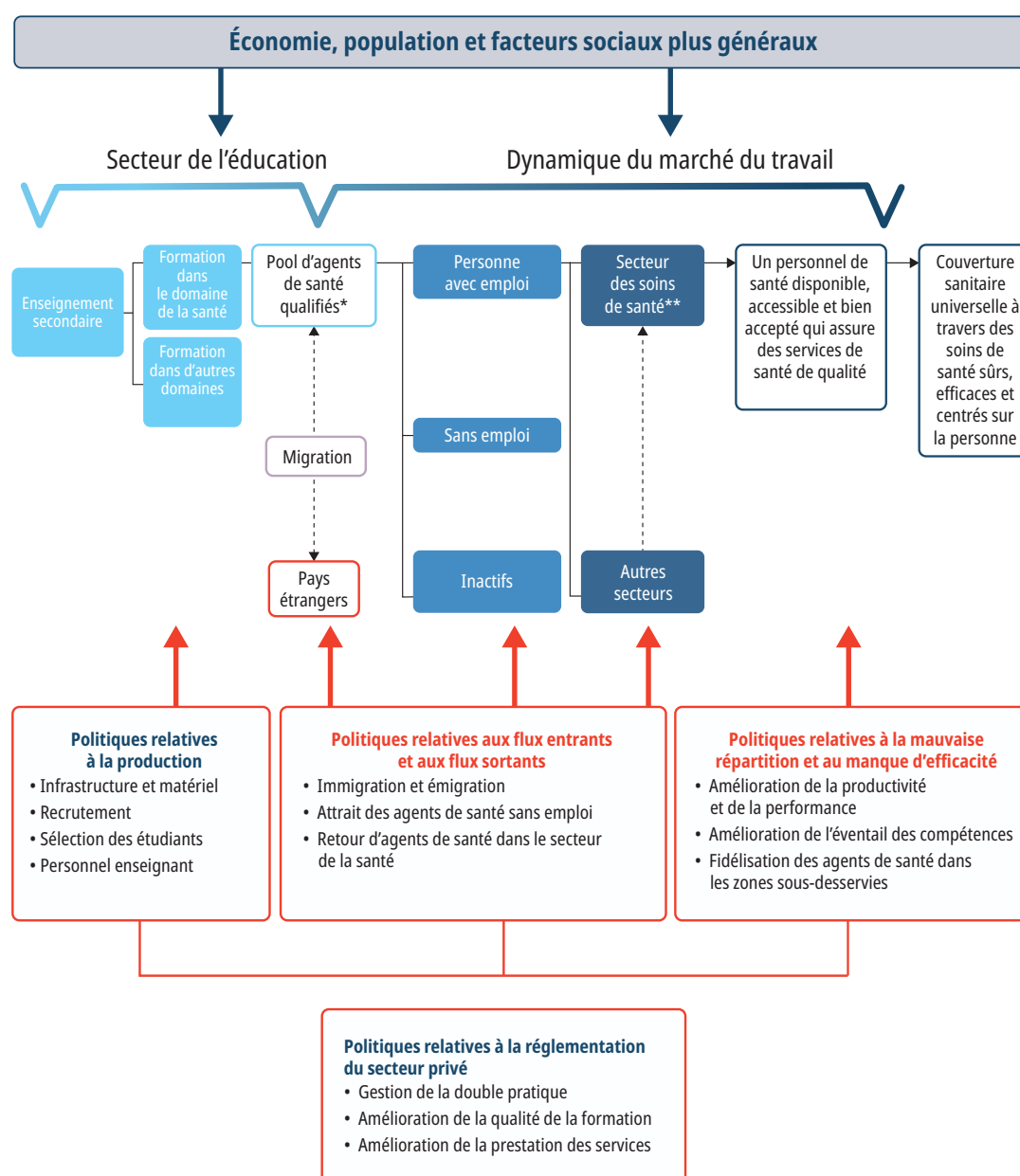
pour une carrière dans le secteur de la santé et les difficultés en matière de recrutement, d'emploi et de conservation du vivier de diplômés qualifiés (13). En revanche, les pays à revenu élevé ont tendance à offrir une rémunération plus élevée, une protection sociale et de meilleures conditions de travail. Ces facteurs, ainsi que des aspects tels que les infrastructures, l'éducation et les perspectives de carrière, ont une incidence sur l'offre en agents santé ; de plus, ces facteurs de départ des infirmiers(ères) de leur pays et d'attraction vers d'autres pays peuvent avoir un impact sur le maintien en poste, la mobilité internationale et la migration des agents santé, et pousser de nombreux nouveaux diplômés à travailler dans d'autres pays ou d'autres secteurs. Pris dans leur ensemble, ces facteurs peuvent réduire le « vivier » de personnes disponibles et qualifiées dans un système

de santé donné en mesure d'exercer dans leurs communautés.

16. C'est en ayant recours au concept de marché du travail dans le secteur de la santé que l'on peut le mieux comprendre un grand nombre des causes profondes des inégalités en matière de disponibilité d'agents de santé compétents. Un marché

du travail de la santé est un système dynamique et complexe qui va de la production d'agents de santé par le biais du système éducatif jusqu'au vivier actif de personnels de santé qualifié et équipé pour fournir des services de santé de qualité là où ils sont nécessaires (voir Figure 2.2). L'analyse de l'ensemble du marché du travail de la santé permet de comprendre

Figure 2.2 Cadre du marché du travail de la santé



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

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

Source : Adapté de Sousa A., Scheffler R. M., Nyoni J., Boerma T. *A comprehensive health labour market framework for universal health coverage*. Bull World Health Organ. 2013;91:892-4.

de manière globale les facteurs clés qui influencent l'offre et la demande d'agents de santé et d'identifier les « défaillances » du marché et d'autres facteurs qui entraînent des pénuries de personnel (les problèmes de mauvaise répartition, de chômage, d'absentéisme, d'inégalités entre les sexes, et les impacts des conflits et des perturbations sociales, par exemple), permettant des réponses politiques et des stratégies d'investissement plus adaptées.

2.3 Approches convenues au niveau mondial pour relever les défis relatifs aux personnels de santé

17. En 2010, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé (ci-après, le « Code ») (14). Reconnaisant le rôle crucial des personnels de santé dans la réalisation des objectifs mondiaux en matière de santé et notant que les migrations internationales d'agents de santé peuvent réduire fortement les effectifs dans les pays à faibles ressources où il y a déjà des pénuries de personnels de santé, le Code oriente la coopération internationale dans la gestion éthique des migrations de personnels de santé et met en évidence les mesures à prendre et les domaines d'investissement à privilégier dans les systèmes de santé des pays à revenu faible connaissant des pénuries de personnels de santé (15).
18. En 2016, la *Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030* de l'OMS (la « Stratégie mondiale ») a été adoptée dans la résolution WHA69.19 (16). La Stratégie mondiale précise les domaines dans lesquels il faut investir pour disposer de personnels de santé et d'aide à la personne suffisants pour atteindre les ODD liés à la santé, à savoir la formation, l'emploi, la capacité institutionnelle et les ressources



Infirmières de santé communautaire dans une clinique du diabète à Suva (Fidji).
© OMS/Toma Vierus

humaines pour les systèmes d'information sanitaire (13).

19. L'adoption de la Stratégie mondiale prévoyait la mise en œuvre progressive d'un système normalisé à l'échelle mondiale permettant aux pays de surveiller leurs effectifs et de communiquer des données sur leurs personnels de santé et d'aide à la personne par le biais des comptes nationaux des personnels de santé (CNPS). Ce système est devenu le mécanisme qui donne la possibilité aux États Membres de partager leurs données nationales sur les personnels de santé, permettant ainsi de planifier et d'élaborer des politiques fondées sur des données probantes au niveau national et contribuant au suivi mondial des progrès réalisés dans l'instauration de la CSU. Il a également permis de définir des normes pour le suivi et la notification des indicateurs sur les personnels de santé et d'aide à la personne, qui permettent des comparaisons internationales. En février 2025, 189 États Membres utilisaient la plateforme CNPS pour partager avec l'OMS des données sur

les effectifs de santé, considérées comme bien de santé publique mondiale.

20. La Commission de haut niveau sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique de l'ONU s'est réunie en 2016 pour promouvoir la mise en œuvre de la Stratégie mondiale dans les secteurs de l'éducation, de l'emploi et de l'économie. Son rapport et ses recommandations (17), qui ont mis en lumière les multiples bénéfices découlant des investissements dans les personnels de santé, préconisaient d'accélérer les investissements dans l'éducation et l'emploi des personnels de santé afin d'accroître la prospérité économique, l'emploi des jeunes et la participation des femmes au marché du travail. Étant donné que le

personnel infirmier est majoritairement composé de femmes, les investissements dans la formation des infirmières, l'emploi et les conditions de travail peuvent faire progresser non seulement l'ODD 3 (amélioration de la santé et du bien-être), mais aussi les ODD 4 (éducation), 5 (genre) et 8 (travail décent et croissance économique).

21. L'Assemblée mondiale de la Santé a adopté le plan d'action « S'engager pour la santé » ainsi que son fonds d'affectation spéciale pluripartenaire en 2017 (18) puis l'a renouvelé en 2021 (19). Le plan d'action « S'engager pour la santé » est un partenariat entre l'Organisation internationale du travail (OIT), l'Organisation de coopération et de développement



Une infirmière au chevet d'une patiente dans un centre de soins de santé primaires dans le village de Mutanpal, district de Bastar, État de Chhattisgarh (Inde).
© OMS/Atul Loke/Panos Pictures

économiques (OCDE) et l'OMS, mis en place dans le cadre d'une collaboration interinstitutionnelle autour du programme mondial d'action et d'investissement en faveur des personnels de santé (20). Il s'appuie sur la coopération et la coordination intersectorielles entre les secteurs des finances, du travail, de l'éducation, de la santé, des affaires sociales et des affaires étrangères, mais aussi les organisations d'employeurs et de travailleurs du secteur de la santé, les associations professionnelles et d'autres parties prenantes clés, notamment la société civile, sur des questions politiques prioritaires (21).

22. En 2022, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution faisant référence au *Pacte mondial pour les personnels de santé et d'aide à la personne* (19) pour protéger les personnels de santé et d'aide à la personne et sauvegarder leurs droits, promouvoir et garantir un travail décent dans un cadre de pratique sûr et porteur (22). À la suite de la pandémie de COVID-19, l'OMS et les organisations partenaires se sont mises d'accord sur une « feuille de route » sur la capacité des personnels nationaux pour la mise en œuvre des fonctions essentielles de santé publique, notamment la préparation et la riposte aux situations d'urgence (23), en aidant tous les pays à harmoniser les politiques, la planification et les investissements en matière de personnels

de santé et à intégrer la santé publique dans ces éléments.

23. En 2023, à mi-parcours de la mise en œuvre de la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030, il a été possible d'avoir le recul nécessaire pour tirer les leçons de la pandémie de COVID-19. Le Cinquième Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé a accueilli des ministres de la santé et des délégués de plus de 160 pays pour discuter des moyens de surmonter les défaillances en matière d'éducation et d'emploi dans le secteur de la santé et de l'aide à la personne et de générer des investissements en faveur des personnels de santé (24). Parmi les domaines d'intervention fixés figurait l'objectif d'augmenter de 8 % à 12 % par an la capacité de production nationale des pays confrontés à de graves pénuries de personnels de santé, afin de multiplier par deux le nombre de leurs personnels de santé au cours des 10 prochaines années (25). Ces efforts devraient compléter les investissements réalisés dans les systèmes de santé afin de garantir l'absorption des agents de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, en particulier dans les Régions OMS de l'Afrique et de la Méditerranée orientale et dans les petits États insulaires en développement (26).



Une infirmière du secrétariat à la Santé de Chihuahua explique l'importance de la vaccination à des jeunes filles Raramuri, État de Chihuahua (Mexique).
© OMS/Felix Marquez

Contexte politique mondial relatif au personnel infirmier

24. Ce chapitre examine comment la première décennie des ODD a permis de reconnaître, dans les discussions politiques mondiales, le rôle essentiel des infirmiers(ères), en soulignant la nécessité de maximiser leur impact pour atteindre les objectifs communs en matière de santé.
25. Au cours de la première décennie du Programme de développement durable à l'horizon 2030, le discours politique mondial a reconnu explicitement la contribution des infirmiers(ères) et des sages-femmes à l'agenda commun. En 2019, l'Assemblée mondiale de la Santé a décidé de désigner 2020 comme Année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier (27). Profitant de l'attention et de la dynamique mondiales (28), l'OMS a élaboré le premier rapport, *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020 : investir dans la formation, l'emploi et le leadership* (29), qui décrivait la formation, l'emploi, la migration, la réglementation, le leadership et les conditions de travail du personnel infirmier au niveau mondial et proposait des options politiques fondées sur des données probantes pour éliminer les obstacles qui entravent la contribution des infirmiers(ères) aux ODD et à la CSU. L'année suivante, le rapport *L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2021* a été publié (30), décrivant en détail le statut des sages-femmes, les défis auxquelles elles faisaient face et les considérations liées à la profession en termes de politiques.
26. Dans le sillage des rapports sur le personnel infirmier et la pratique de sage-femme, la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé a demandé à l'OMS d'élaborer la prochaine version des *Orientations stratégiques mondiales de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux* (31). L'avant-projet qui en a résulté, *Orientations stratégiques mondiales de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025*, présentait 12 priorités politiques fondées sur des données probantes, pertinentes dans tous les contextes nationaux et également applicables aux soins infirmiers et à la pratique de sage-femme, couvrant les domaines de la formation, de l'emploi, du leadership et de la pratique infirmière (voir Figure 3.1). L'avant-projet a été adopté par la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé – c'était la première fois que l'Assemblée mondiale de la Santé adoptait des orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux – et était accompagné d'une résolution qui invitait les États Membres et les partenaires à mettre en œuvre les 12 priorités politiques et le cadre de suivi et de responsabilité (32, 33).

Figure 3.1

Priorités politiques des *Orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025*



Source : *Orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025*. OMS, 2021.

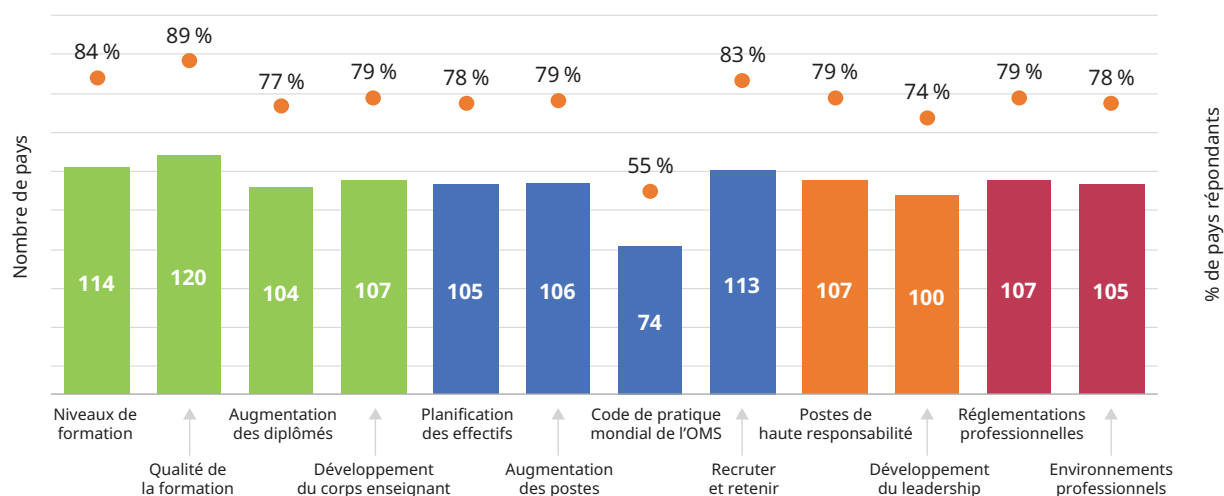
27. La mise en œuvre des *Orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025* a été forte pour l'ensemble des 12 priorités politiques (voir Figure 3.2). Parmi les exemples communiqués à l'OMS dans le cadre des activités de suivi et signalés au cent cinquante-sixième Conseil exécutif, il convient de citer les changements en matière de politiques d'enseignement des soins infirmiers opérés au Kazakhstan pour augmenter le nombre de diplômés disponibles à plusieurs niveaux du système de santé ; l'Inde qui s'est engagée à ouvrir 157 nouvelles écoles de soins infirmiers d'ici à la mi-2025 pour augmenter le nombre de postes de 15 700 par an (34) ; six pays de la Région africaine qui utilisent des analyses du marché du travail de la santé pour guider les décisions d'embauche d'infirmiers(ères) et de sages-femmes ; la Thaïlande qui a créé des postes à responsabilités et augmenté la rémunération du personnel infirmier et obstétrical dans des domaines prioritaires, tels que les soins intensifs (35) ; les responsables des soins infirmiers des PEID (du Pacifique occidental et des Caraïbes) qui se sont réunis pour un sommet

virtuel sur la migration internationale des infirmiers(ères) (36) ; et l'organisme de réglementation des soins infirmiers en Jordanie qui a augmenté le nombre d'activités accréditées pour la formation professionnelle continue (de 11 en 2021 à 750 en 2024) et a mis en place une base de données nationale sur ce domaine pour suivre et évaluer les progrès réalisés (37).

3.1 Objectifs et méthodes

28. Si les données probantes sur la mise en œuvre des *Orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025* donnent des indications utiles sur les mesures en matière de politiques et de gouvernance prises par les pays en ce qui concerne leurs effectifs d'infirmiers(ères) et de sages-femmes, il est nécessaire de dresser un tableau plus complet de la situation du personnel infirmier dans le monde afin de guider la planification au niveau des pays pour répondre aux besoins actuels et futurs et d'orienter correctement le dialogue et la prise de décisions dans toutes les instances concernées.

Figure 3.2 États Membres déclarant une activité dans le cadre de chaque priorité politique des *Orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025*, par nombre de pays ($n = 135$) et pourcentage de pays répondants



29. En conséquence, les objectifs de *La situation des soins infirmiers dans le monde 2025* sont les suivants :

- Comprendre la situation du personnel infirmier à la suite de la pandémie de COVID-19 à la lumière de données et d'éléments de preuve validés.
- Se projeter dans l'avenir et planifier les effectifs infirmiers pour atteindre les cibles de 2030 et au-delà, et contribuer au programme mondial sur les situations d'urgence, les soins de santé primaires et la résilience des systèmes de santé face aux futures situations d'urgence.
- Faciliter la gouvernance et la prise de décisions en matière de santé au niveau mondial afin de soutenir les actions stratégiques des États Membres relatives au personnel infirmier.

30. La principale méthode utilisée pour élaborer *La situation du personnel infirmier dans le monde 2025* a consisté à utiliser les déclarations de statistiques officielles au niveau des pays par le biais du processus CNPS et de sa plateforme. Le processus de déclaration CNPS repose sur des classifications et des définitions normalisées au niveau mondial pour les groupes professionnels tels que définis par la Classification internationale type des professions 2008 (CITP-08)¹ et sur un processus annuel de déclaration et de validation faisant appel à des points focaux désignés dans chaque pays (38). Ces points focaux CNPS sont, dans la plupart des cas, de hauts fonctionnaires du ministère de la santé – généralement des directeurs du département ou de l'unité des personnels de santé – ou des agences gouvernementales spécialisées chargées de collecter des informations et des statistiques liées à la santé. Ils partagent les données relatives aux personnels de santé et d'aide à la personne pour le compte de leur CNPS chaque année. Pour *La situation du personnel infirmier dans le monde 2025*,

la période de déclaration s'étendait de février 2024 à novembre 2024 ; les pays ont été invités à communiquer les données de 2023 ou de la dernière année disponible et ont pu également mettre à jour et compléter les données des années antérieures. Une description détaillée du processus CNPS figure à l'annexe 3.

31. Pour les infirmiers(ères), il existe deux classifications professionnelles normalisées au niveau mondial : cadres infirmiers (code CITP 2221) et personnel infirmier de niveau intermédiaire (code CITP 3221). La distinction faite entre ces deux catégories de personnes reflète le type de soins et de services fournis. Les cadres infirmiers « fournissent des services de traitement, de soutien et de soins aux personnes qui ont besoin de soins infirmiers en raison des effets du vieillissement, d'un traumatisme, d'une maladie ou d'une autre déficience physique ou mentale, ou de risques potentiels pour la santé. Ils assument la responsabilité de la planification et de la gestion des soins aux patients, y compris la supervision d'autres agents de santé, et travaillent de manière autonome ou en équipe avec des médecins et d'autres personnes à l'application pratique de mesures préventives et curatives » (39). Le personnel infirmier de niveau intermédiaire « dispense des soins infirmiers et personnels de base aux personnes qui en ont besoin en raison des effets du vieillissement, d'une maladie, d'un traumatisme ou d'une autre déficience physique ou mentale. Il travaille généralement sous la supervision du personnel médical et infirmier et des autres professionnels de santé qu'il assiste dans l'administration des soins de santé et des traitements et l'application des recommandations établies par les premiers » (39). Les pays ont été invités à classer leur personnel infirmier selon ces deux définitions ; s'ils ne l'ont pas fait, le personnel infirmier a été classé dans la catégorie « personnel infirmier non défini ». Les catégories professionnelles regroupant les sages-femmes, les aides-soignant(e)s et d'autres agents de santé auxiliaires font

¹ La version actuelle de la CITP utilisée est la CITP-08, publiée en 2008.

l'objet de classifications distinctes dans la CITP-08 et n'ont pas été incluses dans les déclarations prises en compte pour *La situation du personnel infirmier dans le monde 2025*.

32. *La situation du personnel infirmier dans le monde 2025* comprend des données provenant d'un plus grand nombre de pays et portant sur un plus grand nombre d'indicateurs. Le présent rapport se base sur des indicateurs actualisés et révisés dans le cadre d'un processus de consensus mondial (40). Parmi les nouveaux sujets abordés figurent l'emploi dans le secteur public par rapport au secteur privé, les salaires des infirmiers(ères) et des données plus complètes sur les diplômés en soins infirmiers et les infirmiers(ères) de pratique avancée. Des statistiques sur le « stock » de personnel infirmier ont été présentées par tous les pays, dont 83 % couvrent la période 2021-2023, ce qui permet une évaluation systématique après la pandémie de COVID-19. Au total, 34 indicateurs CNPS ont été déclarés par plus de 100 pays et 36 par plus de 70 pays, contre respectivement 18 et 22 dans le rapport 2020.

Après vérification de la qualité des données, 34 indicateurs (28 CNPS et six indicateurs spécifiquement conçus pour les rapports sur *la Situation du personnel infirmier dans le monde*) ont été suffisamment renseignés pour être inclus dans le rapport. Malgré les améliorations constantes apportées chaque année à la disponibilité des données, certains indicateurs restent difficiles à déclarer par les pays à un niveau suffisant pour être inclus dans les présentes analyses. Il s'agit notamment des indicateurs portant sur les départs du personnel infirmier, les taux de vacance, les lieux d'emploi des infirmiers(ères) et la densité de personnel infirmier au niveau infranational (voir l'annexe 4 pour plus de détails sur les niveaux de déclaration). Toutefois, au fur et à mesure que les pays mettront en œuvre le processus CNPS conformément aux priorités nationales et efforts plus larges de renforcement des systèmes d'information sanitaire, la disponibilité et la notification concernant ces indicateurs continueront à s'améliorer.



Une infirmière prodigue des soins à une patiente dans un service hospitalier en République démocratique populaire lao. © OMS/Yoshi Shimizu



Shueb Hassan, infirmier, ausculte un enfant somalien déplacé dans une salle réservée aux patients atteints de diarrhée à l'hôpital de Banadir, à Mogadiscio. © OMS

Rôles du personnel infirmier et sa contribution aux ODD liés à la santé, notamment à la CSU

33. Ce chapitre traite du rôle essentiel que jouent les infirmiers(ères) dans l'atteinte des cibles des ODD liés à la santé, du fait de leur place en première ligne au sein des systèmes de santé pour améliorer la santé dans les communautés. Leurs rôles multiples – prestation directe de services, sensibilisation des communautés, défense des politiques et collaboration intersectorielle – contribuent à la réalisation de progrès en promouvant la santé, en prévenant les maladies, en fournissant des soins et en faisant face aux crises de santé publique (41, 42).

4.1 Promotion de la santé

34. Dans les communautés vulnérables et marginalisées, notamment les zones rurales isolées et les PEID, le personnel infirmier joue souvent le rôle de principaux prestataires de services de santé en promouvant la résilience climatique par la télémédecine et les soins préventifs dans des dispensaires dirigés par des infirmiers(ères) (43, 44). Il lutte également contre les obstacles systémiques, tels que l'inégalité entre les sexes, par le biais d'actions de sensibilisation, d'éducation et d'initiatives communautaires (45).

35. Les déterminants sociaux de la santé sont « les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent » (46, 47). Le personnel infirmier agit sur ces déterminants en dispensant des soins et en contribuant aux politiques qui tiennent compte des contextes sociaux et environnementaux afin de garantir des améliorations rapides de la santé des populations (26, 33, 46). Ces efforts nécessitent une collaboration entre les secteurs, le partage des meilleures pratiques et l'engagement continu des parties prenantes, des patients, des familles et des professionnels (47). À titre d'exemple, les infirmiers(ères) sensibilisent souvent les patients, les familles et les communautés aux risques liés au climat, tels que les vagues de chaleur, les moussons et les maladies à transmission vectorielle, en promouvant des mesures de résilience telles que l'hydratation, le refroidissement des abris et la prévention des infections (48–50) (voir Encadré 4.1).

36. Grâce à l'engagement communautaire, le personnel infirmier comble les lacunes qui existent entre prestataires de soins, travailleurs sociaux, patients, soignants et communautés en instaurant la confiance et en faisant entendre la voix de la communauté dans la planification et la

prestation des soins de santé. Le personnel infirmier collabore souvent avec les systèmes de santé et les membres de la communauté pour trouver des solutions qui répondent aux besoins locaux et à l'évolution des liens sociaux qui façonnent l'identité, les valeurs et les croyances – au-delà des frontières géographiques (51, 52).

4.2 Soins tout au long du parcours de vie

37. En tant que catégorie professionnelle la plus importante, le personnel infirmier joue un rôle central dans la prestation de services

de santé à tous les niveaux, dans tous les domaines de la santé et aussi bien dans les systèmes axés sur les établissements et les maladies que dans les services intégrés et axés sur les personnes qui défendent les principes d'équité en santé, d'égalité entre les sexes et de droit à la santé pour tous (29). Le personnel infirmier est essentiel à la réorientation des systèmes de santé vers une approche de soins de santé primaires pour les personnes, les familles et les communautés, notamment celles qui vivent dans la pauvreté, les migrants, les populations déplacées et les personnes handicapées, en garantissant des soins inclusifs, équitables et accessibles. Par

Encadré 4.1 Changements climatiques et soins infirmiers

Les infirmiers(ères) jouent un rôle crucial dans la lutte contre les effets des changements climatiques sur la santé par l'éducation, la sensibilisation et l'encouragement à des pratiques sanitaires durables (53). En tant qu'agents de santé en première ligne dans la prestation de services, ils informent les patients et les communautés sur les risques sanitaires liés au climat, notamment la pollution de l'air, la chaleur extrême et les maladies à transmission vectorielle, tout en promouvant des mesures de protection telles que la préparation et la réponse aux situations d'urgence, les stratégies d'hydratation et la prévention des infections (48–50, 54). Leurs liens étroits avec les communautés en font de puissants défenseurs de la justice sociale, luttant contre les effets catastrophiques des changements climatiques (55, 56), comme la prévalence accrue des maladies respiratoires et cardiovasculaires dues à la pollution de l'air, ou les maladies à transmission vectorielle dues à l'évolution des modèles météorologiques (57).

Au-delà du travail de sensibilisation des patients, le personnel infirmier conduit des initiatives visant à réduire l'empreinte carbone des établissements de santé en encourageant le recyclage, en réduisant la consommation d'énergie, en mettant en œuvre des pratiques d'approvisionnement durables et en plaidant en faveur de la télémédecine (43, 55). Ces efforts contribuent à atténuer l'impact environnemental du secteur de la santé et d'aider à la personne tout en garantissant une résilience face aux dérèglements climatiques tels que les phénomènes météorologiques extrêmes, les incendies incontrôlés et les inondations. Cependant, les infirmiers(ères) n'échappent pas aux risques sanitaires liés aux changements climatiques, notamment l'exposition à des températures extrêmes, la mauvaise qualité de l'air et les conséquences psychologiques des interventions dans des situations d'urgence dues au climat (58). Le soutien à la santé mentale du personnel infirmier confronté au stress, à l'épuisement professionnel et aux traumatismes est essentiel pour préserver le bien-être et l'efficacité des effectifs (59, 60).

Malgré leur rôle essentiel, beaucoup d'infirmiers(ères) déplorent une formation inadéquate sur les questions de santé liées au climat (61). Une étude mondiale a révélé que, parmi les agents de santé interrogés, 41 % ont déclaré que le manque de connaissances était un obstacle aux initiatives de lutte contre les changements climatiques, 22 % ont mentionné le soutien limité des pairs et 31 % ont estimé que les agents de santé n'auraient que peu d'impact, ce qui souligne le besoin urgent d'améliorer la formation et le perfectionnement des compétences (62). Ainsi, le renforcement des programmes d'études en soins infirmiers et l'élargissement des programmes de formation continue prépareront mieux le personnel infirmier à relever les défis climatiques dans le cadre de leur pratique (63–66).

En intégrant des soins liés aux effets du climat, les infirmiers(ères) contribuent à la résilience en santé au niveau mondial et à la réalisation des ODD (53). Leur expertise en matière de soins directs aux patients et de pérennité des systèmes de santé plus généralement les place au cœur de la promotion d'une réponse aux changements climatiques centrée sur la santé, qui donne la priorité à la prévention, à l'adaptation et à l'équité (48, 50, 61, 67–69).

leur rôle dans la promotion, la prévention, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs, les infirmiers(ères) assurent la prestation cohérente de services de santé de qualité et doivent être préparé(e)s à travailler dans des contextes culturels divers, en respectant les traditions et les croyances locales, tout en continuant à promouvoir les objectifs de santé mondiaux (70).

38. La prestation de soins de qualité à tous les niveaux du système de santé pour mettre en place des systèmes de santé équitables, centrés sur les personnes et résilients, orientés vers les soins de santé primaires, repose en grande partie sur le travail du personnel infirmier (71–73) (voir Encadré 4.2). Sur le lieu de soins, les infirmiers(ères) veillent à ce que les services soient sûrs, efficaces et adaptés aux divers besoins des populations, tout en dirigeant souvent des équipes multidisciplinaires afin de fournir des soins complets, intégrés et coordonnés qui améliorent les résultats en matière de santé et la résilience du système (74). Les systèmes

de santé reposant de plus en plus sur une combinaison de professionnels et de non-professionnels, le personnel infirmier joue un rôle central dans la coordination, l'adaptation, la supervision et la communication des soins entre spécialistes, assistants et soignants informels (33, 72, 73, 75).

39. En tant que soignants, défenseurs, superviseurs, éducateurs et leaders, les infirmiers(ères) sont indispensables à la sécurité des patients. Leur expertise en matière de gestion des risques et de soins fondés sur des données probantes garantit la sécurité de la prestation des services (81, 82). Pour preuve, 67 % des pays déclarent intégrer des principes de sécurité des patients dans la formation du personnel infirmier, en soutenant des fonctions essentielles telles que l'administration des médicaments et la lutte contre les infections. Malgré des difficultés telles que le manque de personnel, le personnel infirmier suit scrupuleusement les mesures de prévention et de contrôle des

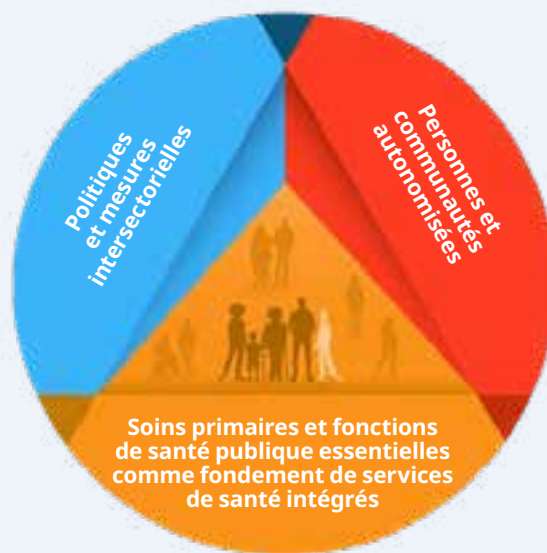
Encadré 4.2

Le personnel infirmier dans les soins de santé primaires

Le personnel infirmier est au cœur des soins de santé primaires, fournissant des services équitables, d'un bon rapport coût/efficacité et centrés sur les personnes, tout en renforçant les capacités des systèmes de santé (33, 76). Fondée sur des données probantes et soutenue par des politiques mondiales, l'approche reposant sur les soins de santé primaires reste essentielle pour atteindre la CSU et les ODD (77, 78). La Déclaration d'Astana distingue trois piliers interdépendants pour les soins de santé primaires :

- des services de santé intégrés tout au long du parcours de vie ;
- une action multisectorielle sur les déterminants de la santé ; et
- l'autonomisation des individus et des communautés dans la gestion de leur santé.

Le personnel infirmier joue un rôle essentiel dans la promotion de ces piliers et dans la mise en œuvre des soins de santé primaires (33, 78, 79). Fort de sa riche expérience dans la prestation de soins au sein des communautés et des foyers, il est à l'avant-garde de ce combat. Grâce à leur haut niveau de formation et à l'élargissement de leur champ de pratique, les infirmiers(ères) de pratique avancée apparaissent comme une solution prometteuse pour répondre au défi croissant que représente la pénurie de médecins généralistes (80).



- infections, telles que l'hygiène des mains et les techniques d'asepsie, tout en instaurant un climat de confiance grâce à l'éducation des patients. Il est essentiel d'investir dans les capacités et le leadership infirmier pour assurer la sécurité des patients à l'échelle mondiale et garantir des soins respectueux et protecteurs.
40. Le personnel infirmier joue un rôle clé dans la gestion des maladies transmissibles telles que la tuberculose, le paludisme, le VIH, l'hépatite, les infections sexuellement transmissibles, et aussi les infections respiratoires et gastro-intestinales, entre autres (83, 84). Leur contribution aux efforts de prévention au sein des communautés, à la gestion des soins aux patients et à l'administration des traitements, comme les soins et le suivi différenciés pour le VIH, permet d'améliorer l'accès aux services de santé dont les populations ont besoin (29, 83, 85).
 41. Dans la lutte contre la résistance aux antimicrobiens, le personnel infirmier joue un rôle essentiel en veillant à l'utilisation avisée des antibiotiques, en surveillant les progrès des patients et en sensibilisant les communautés aux meilleures pratiques. Il peut également avoir à superviser la consommation d'antimicrobiens et s'occuper de la gestion de ce type de médicament, en favorisant la prise de conscience quant à leur utilisation optimale (86, 87).
 42. La prévention et la gestion des MNT reposent sur le rôle primordial que joue le personnel infirmier (88) dans le domaine de la santé. Ainsi, les dispensaires tenus par des infirmiers(ères) entraînent une augmentation des taux de dépistage, la prise en compte des principaux facteurs de risque, une meilleure adhésion aux médicaments prescrits et un élargissement de l'accès aux soins (74, 89, 90) (voir Encadré 4.3). Le renforcement du soutien

Encadré 4.3 **Dispensaires tenus par du personnel infirmier**

Les dispensaires tenus par du personnel infirmier se sont révélés efficaces pour dispenser des soins primaires centrés sur le patient, réduire les admissions à l'hôpital et les visites aux urgences, la durée des séjours à l'hôpital, la gravité des symptômes, et améliorer la satisfaction du patient, son régime alimentaire et son activité, tout en diminuant son anxiété et son état de dépression et en améliorant l'autoprise en charge des maladies chroniques (91–100). De plus, les interventions coordonnées par des infirmiers(ères) et menées auprès de personnes âgées fragiles sortant de l'hôpital ont été associées à une réduction des réadmissions à un mois et trois mois (101).

Pour faire progresser l'intégration des dispensaires tenus par du personnel infirmier dans les soins primaires, il convient d'adopter une approche globale à plusieurs niveaux, avec des politiques portant sur le personnel ciblées au niveau national, infranational et communautaire (102). Des difficultés telles que les contraintes politiques, le soutien des dirigeants, les incohérences des services et le manque de soutien de la communauté peuvent entraver l'adhésion à grande échelle (92). Le renforcement des analyses des coûts et des mesures des résultats peut fournir des éléments de preuves plus solides, tandis que la collaboration interprofessionnelle peut intégrer les modèles dirigés par le personnel infirmier dans les cadres existants qui soutiendront leur pérennité et leur évolutivité (91, 92, 102, 103).

Aux Philippines, les infirmiers(ères) de santé publique jouent un rôle essentiel dans la mise en œuvre de la loi sur les soins de santé universels, qui vise à fournir à tous les Philippins un accès équitable à des services de santé de qualité avec une protection contre les risques financiers (104). Le Ministère de la santé a parrainé le cours de formation sur le développement du leadership infirmier de santé publique afin d'améliorer les compétences dans des domaines essentiels au renforcement des systèmes de santé (105). Dans ce cours, les infirmiers(ères) sont formé(e)s à la santé publique et sont invité(e)s à assumer le rôle de leaders, de gestionnaires, de porte-parole et de prestataires de soins pour répondre aux besoins de santé des individus et des groupes de population au sein de la communauté. Ce cours illustre la contribution d'un personnel de santé publique doté de compétences avancées, capable d'être polyvalent et de participer à toutes les composantes du système de santé, et également de remplir son rôle dans la mise en œuvre de la CSU par le biais des soins de santé primaires (106).

réglementaire aux interventions menées par le personnel infirmier est également essentiel pour une prise en charge efficace, rentable et durable des MNT (90).

43. En tant que principaux prestataires de services de contraception et de santé reproductive dans le monde, les infirmiers(ères) sont confronté(e)s dans certains pays à des restrictions concernant les tâches relevant normalement de leur domaine de compétence. Une enquête menée en 2023 sur la santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, de l'enfant et de l'adolescent dans 115 États Membres a révélé que 79 % d'entre eux autorisent le personnel infirmier à administrer de manière indépendante des contraceptifs injectables, 52 % autorisent la pose et le retrait d'implants contraceptifs, et 47 % autorisent la pose et le retrait de dispositifs intra-utérins (107). Ces chiffres soulignent le rôle important,

mais méconnu, du personnel infirmier dans la prestation de soins contraceptifs complets.

44. À toutes les étapes de la vie – des premiers jours à l'enfance, de l'adolescence à la vieillesse – le personnel infirmier fournit des services essentiels tant dans les établissements de santé que dans les communautés. Il joue un rôle central à tous les niveaux du système de santé dans la prise en charge des nouveau-nés fragiles et malades, en assurant leur survie et leur bien-être. Les infirmiers(ères) sont souvent les premiers(ères) à identifier et à réagir aux signes de maltraitance physique, mentale et psychologique envers les enfants dans les hôpitaux, les écoles, les centres de santé communautaires et les foyers. Ces cas sont souvent détectés lors des examens de routine effectués sur des enfants pris en charge pour des problèmes sans rapport avec la maltraitance (108–110) (voir Encadré 4.4).

Encadré 4.4 Programme de services infirmiers pour la santé à l'école au Népal

Le Ministère de la santé et de la population a approuvé le programme de services infirmiers pour la santé à l'école en 2019 afin de garantir la présence de personnel de santé dans les écoles et de fournir des services de santé essentiels. Le programme vise à promouvoir un mode de vie sain chez les adolescents en accordant aux écoles éligibles le statut d'« écoles au service de la promotion de la santé » et en mettant en œuvre des initiatives nationales dans des domaines de santé telles que la nutrition, la vaccination et l'éducation à la santé sexuelle et reproductive. Le programme encourage un environnement scolaire sûr et stimulant, en mettant l'accent sur l'éducation à la santé pour favoriser un changement de comportement, la promotion de la santé mentale, et accroître les connaissances dans les premiers secours, la protection contre les accidents, les traumatismes et la consommation de substances psychoactives. Il vise également à réduire les taux d'absentéisme et d'abandon scolaire. Des examens de santé réguliers et une orientation rapide vers des établissements de santé permettent de traiter les problèmes de santé. Le programme a ainsi permis la bonne mise en œuvre de programmes de vermifugation, la supplémentation en fer et en acide folique pour les adolescentes, et une meilleure couverture vaccinale (COVID-19 ; rougeole, oreillons et rubéole – ROR ; typhoïde). L'éducation à la santé a permis de sensibiliser à la prévention des maladies et aux modes de vie sains, contribuant ainsi à rendre les communautés plus sûres. L'absentéisme scolaire a diminué et les initiatives de santé mentale par le biais d'un accompagnement et l'apprentissage socioémotionnel ont été encouragées. En outre, les écoles ont élaboré des plans de préparation aux catastrophes, avec la mise en place d'exercices réguliers. Le programme joue un rôle essentiel dans l'amélioration de la santé des adolescents et dans la réalisation des objectifs du Népal en matière de CSU (111–115).

Encadré 4.5 Rôle du personnel infirmier dans les fonctions de santé publique essentielles

Les fonctions de santé publique essentielles englobent une gamme complète d'activités nécessaires pour atteindre et maintenir les objectifs de santé mondiale tels que la CSU et la sécurité sanitaire mondiale. Ces fonctions comprennent également la préparation et la riposte en cas de situation d'urgence, la promotion de la santé, la prévention des maladies, la surveillance et le suivi, ainsi que l'élaboration de politiques (116, 117). Ces fonctions sont assurées par des services et des systèmes intégrés dans divers secteurs de la santé et autres secteurs connexes, notamment la santé animale et environnementale, l'eau et l'assainissement, les chaînes d'approvisionnement alimentaire, la sécurité routière et l'aménagement urbain.

Le personnel de santé publique comprend toutes les personnes qui contribuent à la prestation d'au moins une des fonctions de santé publique essentielles dans le cadre de services et de systèmes intégrés au sein des secteurs de la santé et des secteurs connexes. Ce personnel est constitué d'un groupe hétérogène constitué de diverses catégories professionnelles qui peuvent être conceptuellement regroupées en trois groupes qui se chevauchent : le personnel de santé publique de base, le personnel de santé et d'aide à la personne, le personnel d'autres professions liées à la santé (23, 118).

Travaillant au sein des communautés auxquelles ils appartiennent, les infirmiers(ères) jouent un rôle actif en contribuant à la mise en œuvre des fonctions de santé publique essentielles. Ils/elles jouent un rôle central dans la préparation et la riposte en cas de situation d'urgence, en dirigeant les équipes d'intervention, en fournissant des soins critiques pendant les crises et en informant les communautés sur la préparation aux catastrophes (23). Le personnel infirmier participe aussi activement à la promotion de la santé et à la prévention des maladies en menant des campagnes d'éducation communautaire et de vaccination, en préconisant des modes de vie sains et en effectuant des dépistages pour prévenir les flambées de maladie. Le personnel infirmier est bien placé pour identifier et traiter les risques sanitaires au sein des communautés, notamment dans le cadre de la surveillance et du suivi de la santé publique, en collectant et en analysant les données sanitaires, ce qui est essentiel pour la détection précoce des menaces potentielles pour la santé des communautés (29, 116, 119).

En outre, les personnels infirmiers peuvent influencer sur l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé publique grâce à leur compréhension des besoins des communautés en matière de santé. Il peut plaider en faveur de politiques qui renforcent l'équité en santé et améliorent l'accès aux soins, en veillant à ce que les initiatives de santé publique soient à la fois efficaces et inclusives (23, 120). En outre, le personnel infirmier peut mener des actions de renforcement des capacités en encadrant d'autres membres de l'équipe de santé publique et en organisant des programmes de formation pour maintenir les compétences et la bonne préparation aux défis sanitaires présents et à venir (120). Les infirmiers(ères) peuvent également jouer un rôle essentiel dans l'identification et le soutien des groupes de population vulnérables, tels que les personnes âgées, les personnes souffrant de problèmes de santé multiples et les communautés marginalisées.

Les planificateurs et les décideurs nationaux devraient permettre au personnel infirmier d'exercer ses fonctions de santé publique en veillant à ce qu'il soit doté des compétences requises pour accomplir ses tâches au sein d'équipes pluridisciplinaires grâce à des programmes de formation axés sur les compétences dans le cadre du continuum d'apprentissage tout au long de la vie (formation initiale, formation continue et spécialisation) (119). En outre, la promotion de partenariats de collaboration entre infirmiers(ères) et autres professions faisant partie du personnel de santé publique améliore la mise en œuvre des fonctions de santé publique essentielles, garantissant une approche intégrée et globale de la santé publique qui conduit à des communautés plus saines.

4.3 Fonctions de santé publique essentielles, notamment la préparation et la riposte en cas de situation d'urgence

45. Les infirmiers(ères) jouent un rôle crucial dans le renforcement des systèmes de santé, des capacités communautaires et de la pérennité des services de santé essentiels dans les situations d'urgence. Leur participation dans des collaborations interdisciplinaires et intersectorielles renforce l'efficacité de la préparation et de la riposte en cas de situation d'urgence, en veillant à ce que les communautés soient mieux équipées pour gérer les risques sanitaires pendant les crises (voir Encadré 4.5).
46. Le personnel infirmier s'est révélé indispensable dans la gestion des services de santé essentiels lors d'urgences sanitaires mondiales telles que la pandémie de COVID-19 et les flambées de maladie à virus Zika et Ebola (33, 116, 117). L'enquête mondiale 2023 de l'OMS a révélé que près d'un quart des services de santé essentiels ont été perturbés par la pandémie de COVID-19 dans divers domaines, notamment les soins primaires, les soins d'urgence et les soins intensifs, la réadaptation, les soins palliatifs et les soins de proximité (121). Les infirmiers(ères) contribuent au maintien de ces services essentiels et leur leadership en matière de gestion des catastrophes et de planification des interventions garantit une adaptation rapide des services afin d'éviter des perturbations persistantes et de minimiser l'impact sur l'état de santé des patients et la qualité des services de santé essentiels (121–126).
47. Les situations d'urgence sanitaire aiguës touchent chaque année des millions de personnes dans le monde, et les risques continuent d'augmenter en raison des changements climatiques (127). La détection rapide de ces menaces et la diffusion d'informations sont essentielles dans le cadre d'une réponse multisectorielle visant

à atténuer les conséquences sanitaires, sociales, politiques et économiques de ces crises (122, 124, 128). L'atténuation des risques en cas de situation d'urgence est cruciale pour réduire l'impact des catastrophes, le personnel infirmier jouant un rôle central dans la protection des populations à risque grâce aux soins aux patients, à l'éducation communautaire, aux systèmes d'alerte précoce, à la planification des catastrophes et à la promotion de la résilience des systèmes de santé (122–124, 127, 129). Pour soutenir ces fonctions, des compétences de base en soins infirmiers en cas de catastrophe ont été définies, établissant les normes minimales requises pour les infirmiers(ères) déployé(e)s dans le cadre d'une équipe établie pour répondre à ces situations (130).



Un infirmier désinfecte un centre de traitement du choléra dans la zone de Gofa, au sud-ouest de l'Éthiopie. © OMS/Mulugeta Ayene



Une infirmière prépare une injection dans un hôpital des îles du Pacifique. © OMS/Mesake 'Isileli Taukolo

→ Emplois

AXE STRATÉGIQUE

Augmenter la disponibilité du personnel infirmier en créant durablement des emplois dans le secteur des soins infirmiers, en recrutant et en retenant efficacement les effectifs, et en gérant de manière éthique la mobilité et la migration internationales

PRINCIPALES CONCLUSIONS

- En 2023, le nombre total d'infirmiers(ères) était de 29,8 millions. Parmi eux, 80 % étaient des cadres infirmiers, 17 % du personnel infirmier de niveau de la tranche intermédiaire et 3 % n'avaient été déclarés dans aucune de ces deux catégories.
- Le personnel infirmier représente environ 57 % des cinq professions de santé (médecins, personnel infirmier, sages-femmes, dentistes et pharmaciens).
- La répartition du personnel infirmier au niveau mondial est très inégale. Les pays à revenu élevé, qui représentent 17 % de la population mondiale, concentrent près de la moitié (46 %) des infirmiers(ères) recensé(e)s dans le monde.
- La densité de personnel infirmier varie considérablement d'une région à l'autre et en fonction de la catégorie de revenu des pays. Les pays à revenu faible comptent 9,3 infirmiers(ères) pour 10 000 habitants, et les pays à revenu élevé 100,4 pour 10 000 habitants, soit 10 fois plus.
- Les 35 PEID ont une densité moyenne d'infirmiers(ères) plus faible (29,6 pour 10 000 habitants) que les autres pays (37,1 pour 10 000 habitants).
- Les données recueillies dans 130 pays entre 2018 et 2023 révèlent que le personnel infirmier est relativement jeune, 33 % ayant moins de 35 ans et 19 % âgé de 55 ans ou plus et proche de la retraite.
- Les données de 150 pays montrent que 85 % du personnel infirmier dans le monde sont des femmes, un pourcentage compris dans une fourchette allant de 91 % dans le Pacifique occidental à 66 % en Afrique, 15 pays faisant état d'un plus grand nombre d'hommes que de femmes.
- Dans les 80 pays ayant fourni des données, environ 15 % des infirmiers(ères) soit un sur sept, sont né(e)s à l'étranger.
- Les pays à revenu élevé qui ont communiqué des données ont la plus forte proportion d'infirmiers(ères) né(e)s à l'étranger (23 %), tandis que les pays à revenu intermédiaire inférieure (1 %), à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (8 %) et les pays à revenu (3 %) enregistraient une proportion nettement plus faible, une tendance cohérente avec les données de 2020.
- Au niveau mondial, 70 % du personnel infirmier en moyenne travaille dans le secteur public, 18 % dans des établissements privés à but lucratif et 11 % dans des établissements privés à but non lucratif.
- Le nombre d'infirmiers(ères) dans le monde devrait atteindre 36 millions d'ici à 2030, soit un taux de croissance annuel moyen de 2,7 %.
- La pénurie mondiale d'infirmiers(ères) en 2023 était de 5,8 millions et devrait tomber à 4,1 millions d'ici à 2030. Il convient de préciser que 69 % de la pénurie en 2030 concernera les Régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale.

48. Cette section sur l'emploi du personnel infirmier décrit les types d'infirmiers(ères), leur répartition géographique, les profils d'âge et de sexe. Elle évalue également la répartition du personnel infirmier dans les différents types d'établissements, présente des projections sur le nombre et la densité de personnel infirmier jusqu'en 2030, identifie les pénuries en 2023 et évalue la production nécessaire pour combler les déficits en personnel d'ici à 2030. La section examine également la dynamique complexe de la mobilité et de la migration du personnel infirmier au niveau international, en présentant des données sur les infirmiers(ères) né(e)s à l'étranger et formé(e)s à l'étranger, et en évaluant les répercussions des mouvements du personnel infirmier sur la pérennité du personnel de santé au niveau mondial.
49. Les 194 États Membres de l'OMS ont tous communiqué des données sur les effectifs de personnel infirmier, dont 88 % des États Membres des données pour les années 2020 à 2023 (voir annexe 4). En tenant compte de la croissance prévue dans les pays qui ont communiqué des données pour les années précédentes, le nombre d'infirmiers(ères) dans le monde est estimé à 29,8 millions en 2023 (Tableau 5.1). Toutefois, ce chiffre global masque de profondes variations au sein des Régions et entre chacune d'elles (voir section 5.1.3).
50. L'estimation de 29,8 millions d'infirmiers(ères) en 2023 est en augmentation par rapport au chiffre de 27,9 millions donné par l'OMS en 2018 dans la première édition de *La situation du personnel infirmier dans le monde*, publiée en 2020. Cette augmentation résulte à la fois de l'amélioration de la qualité des données et des notifications, notamment dans les pays et les Régions qui ont mis à jour ou ajusté les données des séries chronologiques pour tenir compte du secteur privé (131), et d'une augmentation réelle des effectifs.

Tableau 5.1 Répartition du stock mondial d'infirmiers(ères) (en millions) en 2013, 2018 et 2023 calculée à partir de différentes sources

SOURCE	<i>Global strategy on human resources for health: workforce 2023</i>	<i>Situation du personnel infirmier dans le monde 2020</i>	<i>Situation du personnel infirmier dans le monde 2025</i>
ANNÉE DE NOTIFICATION	2013 (personnel infirmier/ sages-femmes)	2018 (personnel infirmier)	2023 (personnel infirmier)
Afrique	1,0	0,9	1,7
Amériques	4,7	8,4	7,5
Asie du Sud-Est	2,9	3,3	3,6
Europe	6,2	7,3	7,2
Méditerranée orientale	1,3	1,1	1,3
Pacifique occidental	4,6	6,9	8,5
Niveau mondial	20,7	27,9	29,8

Notes : Ce tableau présente les effectifs de personnel infirmier à partir de diverses sources de données depuis la parution du document *Global strategy on human resources for health: workforce 2023* en 2016. Les données présentées pour les années 2013 et 2018 n'ont pas été ajustées rétrospectivement, elles sont présentées telles qu'elles figurent dans les sources originales, à savoir les documents *Global strategy on human resources for health: workforce 2023*, *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020* et *La situation du personnel infirmier dans le monde 2025*.

Sources : *Global strategy on human resources for health: workforce 2023* ; *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020* ; portail de données CNPS pour *La situation du personnel infirmier dans le monde 2025*.

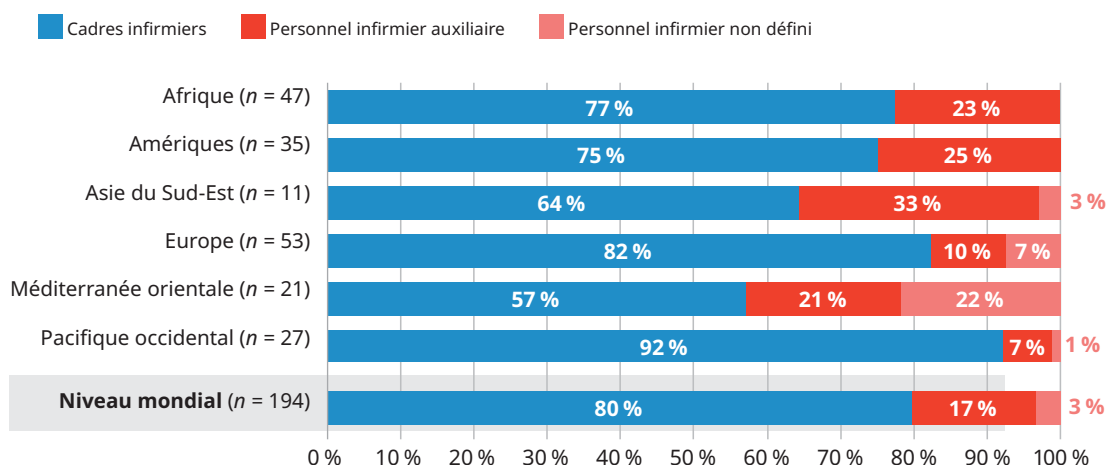
5.1 Stock et densité de personnel infirmier

5.1.1 Répartition par type de personnel infirmier – cadres infirmiers et personnel infirmier de niveau intermédiaire

51. Sur les 29,8 millions d'infirmiers(ères) recensées dans les données et estimations les plus récentes, 16,8 millions (56 %) étaient des cadres infirmiers (code CIP 2221) et 4,7 millions (16 %) du personnel infirmier de niveau intermédiaire (code CIP 3221), tandis que 8,3 millions (28 %) ne relevaient d'aucune de ces catégories et ont donc été considérés comme « personnel infirmier non défini » dans le cadre de la présente analyse. La proportion de personnel infirmier non défini (28 %) est plus élevée que celle indiquée dans *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020* (9 %), ce qui reflète probablement les difficultés potentielles à harmoniser les données nationales avec la classification CIP-08 ou un engagement moindre avec les parties prenantes du secteur infirmier pour réaliser une cartographie de la profession en suivant la CIP-08. Cette proportion de personnel infirmier non défini était particulièrement élevée dans la Région du Pacifique occidental (63 %).

52. Les informations supplémentaires collectées et les notifications antérieures permettent de reclasser le personnel infirmier déclaré comme personnel infirmier non défini, en utilisant la répartition du personnel infirmier notifiée antérieurement, ou en utilisant les informations sur la durée de la formation, où une durée de formation de trois ans ou plus correspond généralement à celle des cadres infirmiers. Grâce à ces informations supplémentaires, il a été possible de définir la catégorie du personnel infirmier dans 35 pays sur les 46 qui avaient déclaré du personnel infirmier non défini. La majorité du personnel infirmier était des cadres infirmiers (80 %), avec 182 pays déclarants, et une proportion plus faible (17 %) était du personnel infirmier auxiliaire, avec 98 pays déclarants. Seulement 3 % du personnel infirmier n'a pas pu être clairement classé (dans 11 pays), en particulier dans la Région de la Méditerranée orientale (22 %). La publication *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020* indiquait que 69 % du personnel infirmier était des cadres infirmiers et 22 % du personnel infirmier auxiliaire. La répartition des proportions relatives du personnel infirmier reclassé varie selon les Régions de l'OMS (voir Figure 5.1).

Figure 5.1 Proportion de personnel infirmier dans chaque catégorie professionnelle, par région de l'OMS



Notes : L'analyse est basée sur les dernières données disponibles sur la période 2018-2023 pour le stock de personnel infirmier, ou le nombre d'infirmiers(ères). Le personnel infirmier est classé en trois catégories : cadres infirmiers, personnel infirmier auxiliaire et personnel infirmier non défini. Le personnel infirmier non défini a été reclassé dans l'une ou l'autre des deux premières catégories, dans la mesure du possible, sur la base de la répartition précédemment connue ou d'informations sur la durée de formation.

Source : CNPS, 2024.

5.1.2 Répartition du personnel infirmier par rapport aux autres catégories professionnelles de la santé

53. L'analyse de la part du personnel infirmier (c'est-à-dire cadres infirmiers, personnel infirmier auxiliaire et personnel infirmier non défini) par rapport aux cinq professions de santé (médecins, personnel infirmier et obstétrical, dentistes et pharmaciens) utilisées comme indicateur de référence pour la cible 3.c.1 des ODD indique que les infirmiers(ères) constituent environ 57 % de ces professions de santé, avec une fourchette allant de 44 % dans la Région de la Méditerranée orientale à 68 % dans la Région africaine (voir Tableau 5.2). Ce chiffre est légèrement inférieur à celui fourni dans la publication *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020*, à savoir 59 %.

5.1.3 Répartition géographique du personnel infirmier dans le monde

54. La répartition du personnel infirmier dans le monde et la densité pour 10 000 habitants correspondante varient considérablement selon les Régions de l'OMS et la catégorie de revenu de la Banque mondiale à laquelle appartiennent les pays (voir Tableau 5.3).

Nombre d'infirmiers(ères)

55. La Région qui, selon les estimations, compte le plus grand nombre d'infirmiers(ères) est la Région du Pacifique occidental (8,5 millions d'infirmiers(ères)) ; en revanche, les Régions les moins dotées sont la Région de la Méditerranée orientale (1,3 million d'infirmiers(ères)) et la Région africaine (1,7 million d'infirmiers(ères)). La majorité (78 %) des infirmiers(ères) travaille dans trois Régions OMS (Amériques, Europe

Tableau 5.2 Infirmiers(ères) en pourcentage des catégories professionnelles de la santé de la cible 3.c.1 des ODD (médecins, personnel infirmier, sages-femmes, dentistes et pharmaciens) par Région de l'OMS et par catégorie de revenu de la Banque mondiale

RÉGION OMS	Nombre de pays déclarants/total	Pourcentage moyen de personnel infirmier
Afrique	47/47	68 %
Amériques	35/35	63 %
Asie du Sud-Est	11/11	50 %
Europe	53/53	58 %
Méditerranée orientale	21/21	44 %
Pacifique occidental	27/27	55 %
CATÉGORIE DE REVENU DE LA BANQUE MONDIALE		
Revenu élevé	64/64	64 %
Revenu intermédiaire de la tranche supérieure	54/54	52 %
Revenu intermédiaire de la tranche inférieure	50/50	52 %
Revenu faible	26/26	58 %
Niveau mondial	194/194	57 %

Note : L'indicateur 3.c.1 est l'indicateur utilisé pour évaluer les progrès accomplis dans la réalisation de la cible 3.c des ODD. L'analyse est basée sur les dernières données disponibles pour la période 2018-2023.
Source : CNPS , 2024.

Tableau 5.3 **Nombre d’infirmiers(ères) dans le monde et densité pour 10 000 habitants en 2023, par Région de l’OMS et par catégorie de revenu de la Banque mondiale**

RÉGION OMS	Nombre de pays déclarants/total	Nombre de personnel infirmier [en million (%)]	Densité pour 10 000 habitants [global (min-max)]
Afrique	47/47	1,7 (5,8 %)	14,1 (1,2–63,7)
Amériques	35/35	7,5 (25,1 %)	72,2 (7,1–133,8)
Asie du Sud-Est	11/11	3,6 (12,2 %)	17,4 (2,0–50,2)
Europe	53/53	7,2 (24,2 %)	76,9 (28,0–202,6)
Méditerranée orientale	21/21	1,3 (4,2 %)	15,5 (1,2–83,7)
Pacifique occidental	27/27	8,5 (28,5 %)	44,0 (5,1–127,1)
CATÉGORIE DE REVENU DE LA BANQUE MONDIALE			
Revenu élevé	64/64	13,8 (46,3 %)	100,4 (26,5–202,6)
Revenu intermédiaire de la tranche supérieure	54/54	10,3 (34,6 %)	36,0 (13,6–103,2)
Revenu intermédiaire de la tranche inférieure	50/50	5,0 (16,9 %)	16,3 (1,2–106,8)
Revenu élevé	26/26	0,7 (2,3 %)	9,3 (1,2–40,7)
Niveau mondial	194/194	29,8 (100 %)	37,1 (1,2–202,6)

Note : Dernières données disponibles pour la période 2018-2023.

Source : CNPS , 2024.

et Pacifique occidental), qui représentent ensemble 49 % de la population mondiale. Les pays à revenu élevé, qui représentent 17 % de la population mondiale, concentrent près de la moitié du personnel infirmier (46 %). Cette inégalité dans la répartition mondiale n’a pratiquement pas changé depuis l’établissement du rapport de 2020. À l’époque, les Régions des Amériques, de l’Europe et du Pacifique occidental représentaient 51 % de la population et employaient 81 % du personnel infirmier.

5.1.4 Densité d’infirmiers(ères)

56. La Région OMS de l’Europe présente la densité la plus élevée (76,9 infirmiers(ères) pour 10 000 habitants) ; en revanche, les Régions de l’Afrique, d’Asie du Sud-

Est et de la Méditerranée orientale se caractérisent par de faibles densités de personnel infirmier (inférieures de plus de 35 % à la densité mondiale médiane observée il y a 10 ans, en 2013). Alors que les pays à revenu faible comptent 9,3 infirmiers(ères) pour 10 000 habitants, les pays à revenu élevé en comptent 100,4 pour 10 000 habitants, soit 10 fois plus. Cette forte différence a également été observée dans le rapport de 2020, avec une différence de densité presque 10 fois supérieure entre la Région des Amériques (83,4 pour 10 000 habitants) et la Région africaine (8,7 pour 10 000 habitants) et une différence plus de 10 fois supérieure entre les pays à revenu élevé (107,7 pour 10 000 habitants) et les pays à revenu faible (9,1 pour 10 000 habitants) à l’époque.

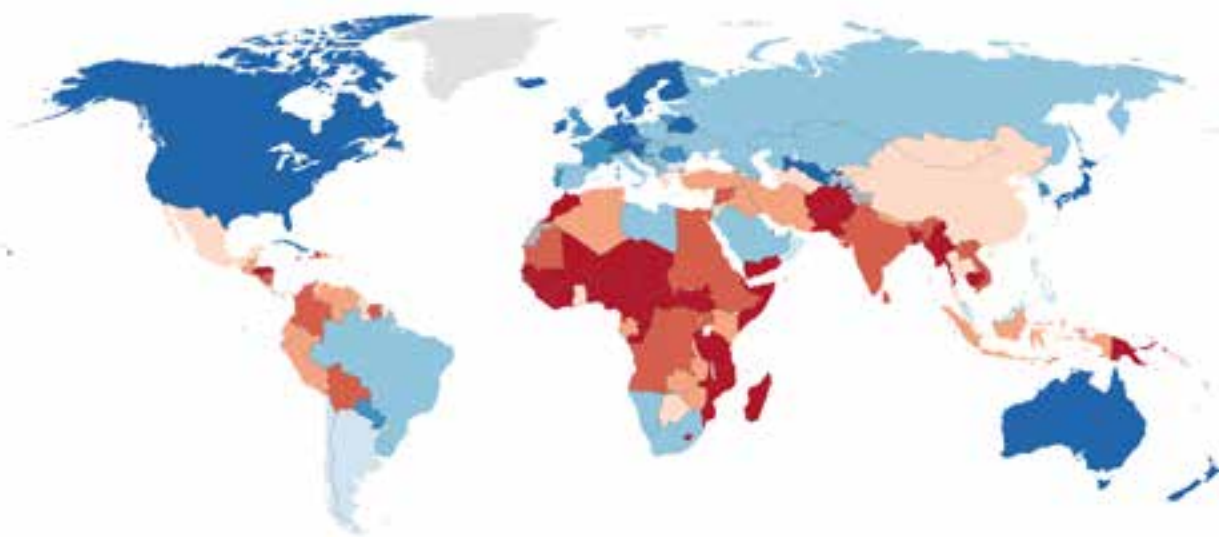
57. La densité d'infirmiers(ères) pour 10 000 habitants varie considérablement au sein des Régions et entre chacune d'elles (voir Figure 5.2) : les pays où la densité est la plus faible se concentrent dans les Régions de l'Afrique, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale, ainsi que dans certains pays d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud.
58. La densité de personnel infirmier dans les 45 États Membres classés par le Comité des politiques de développement des Nations Unies comme pays les moins avancés (PMA) en décembre 2023 est de 8,1 infirmiers(ères) pour 10 000 habitants (voir Tableau 5.4). Les données de 2018 incluses dans la publication *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020* indiquaient un ratio de 6,4 infirmiers(ères) pour 10 000 habitants,

ce qui, à l'époque, était encore cinq fois plus faible que la moyenne indiquée pour les pays non classés comme les moins avancés (42 pour 10 000 habitants). En outre, la plupart des PMA sont considérés comme vulnérables selon l'indice des États fragiles.²

59. Par ailleurs, la densité moyenne du personnel infirmier dans les 35 PEID est de 29,6 infirmiers(ères) pour 10 000 habitants, ce qui est inférieur à la densité des autres pays (37,1 infirmiers(ères) pour 10 000 habitants) (voir Encadré 5.1). Enfin, pour les 55 pays figurant sur la *Liste OMS d'appui et de sauvegarde pour les personnels de santé, 2023*, la densité moyenne des infirmiers(ères) est de 8,8 pour 10 000 habitants, soit cinq fois moindre que celle des autres pays (44,6 pour 10 000 habitants) (voir Encadré 5.2).

Figure 5.2 Densité de personnel infirmier pour 10 000 habitants en 2023

■ ≤10 ■ de 10 à 19 ■ de 20 à 29 ■ de 30 à 39 ■ de 40 à 49 ■ de 50 à 74 ■ de 75 à 99 ■ 100+
 ■ Données non disponibles ■ Sans objet



Note : Dernières données disponibles pour la période 2018-2023.

Source : CNPS, 2024.

² Pays avec un indice de fragilité supérieur à 80.

Tableau 5.4 Nombre et densité de personnel infirmier en 2023 par catégorie de pays (niveau de développement, petits États insulaires en développement, Liste OMS d'appui et de sauvegarde pour les personnels de santé, 2023)

NIVEAU DE DÉVELOPPEMENT	Pays déclarants	Nombre (million)	Densité pour 10 000 habitants [moyenne (min-max)]
Pays les moins avancés	45/45	0,9	8,1 (1,2–39,4)
Autres pays	149/149	28,9	42,0 (5,1–202,6)
PETITS ÉTATS INSULAIRES EN DÉVELOPPEMENT			
Petits États insulaires en développement	35/35	0,2	29,6 (5,1–76,0)
Autres pays	159/159	29,6	37,1 (1,2–202,6)
LISTE OMS D'APPUI ET DE SAUVEGARDE POUR LES PERSONNELS DE SANTÉ, 2023			
Pays sur la liste	55/55	1,5	8,8 (1,2–39,4)
Autres pays	139/139	28,3	44,6 (2,0–202,6)

Note : Dernières données disponibles pour la période 2018-2023.

Source : CNPS , 2024.

Encadré 5.1 Petits États insulaires en développement

Le rapport 2023 sur les objectifs de développement durable montre que les PEID sont confrontés à des difficultés plus importantes que le reste du monde en matière de réalisation des ODD (132). Les PEID sont au nombre de 39, soit un cinquième des membres de l'OMS, et représentent 70 millions de personnes dans le monde (133). Les populations vivant dans les PEID sont touchées de manière disproportionnée par la crise climatique, les chocs économiques externes, les catastrophes naturelles et d'autres phénomènes liés au développement. La plupart des PEID sont des pays à revenu intermédiaire et ont accompli des progrès dans le domaine des objectifs sociaux, économiques et environnementaux du développement durable ; cependant, ces progrès ont été inégaux et ralentis par des crises mondiales successives, notamment la pandémie mondiale de COVID-19 (11).

En raison de la taille de la population, il n'y a pas d'économies d'échelle à exploiter pour la formation du personnel de santé, les autorisations d'exercer et d'autres fonctions réglementaires. Il peut être difficile d'attirer et de retenir le personnel de santé dans les régions éloignées. Les infirmiers(ères) sont souvent les seules professionnel(le)s de santé dans les régions éloignées, telles que les « îles périphériques », ce qui peut se traduire par de longues journées de travail et un temps limité pour la vie personnelle ou la formation professionnelle (134, 135). Le risque de déqualification lié à l'isolement professionnel est également présent. De plus, les chiffres globaux relatifs au nombre de professionnels de santé par rapport à la densité de population peuvent ne pas être applicables dans les régions où la population est très dispersée.

Les priorités politiques pour les PEID sont la garantie de niveaux soutenus d'investissement national dans la formation, l'emploi, la pratique avancée, le perfectionnement des compétences et le leadership infirmier. Il est impératif d'optimiser l'ensemble des pratiques afin de fournir des services essentiels, sur la base d'une approche axée sur les soins de santé primaires. D'autres aspects de la pratique peuvent inclure la télémedecine et le recours à des infirmiers(ères) de pratique avancée et à des systèmes d'orientation. Le recrutement et le maintien en poste du personnel infirmier peuvent être améliorés en garantissant des conditions de travail décentes, des revenus et des emplois sûrs, des possibilités d'avancement professionnel, et en mettant en place des mesures incitatives. Les pays peuvent également envisager des approches visant à renforcer les capacités, les compétences et l'autonomie des infirmiers(ères) en partenariat avec d'autres pays, ce qui est particulièrement pertinent dans les PIED : des mécanismes tels que la mise en commun ou la coordination des fonctions d'éducation et de réglementation avec d'autres PEID ou des pays voisins plus grands se sont également avérés efficaces.

Encadré 5.2 Liste OMS d'appui et de sauvegarde pour les personnels de santé, 2023

Conformément aux principes directeurs du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, la *Liste OMS d'appui et de sauvegarde pour les personnels de santé* recense les pays qui connaissent une pénurie relative de médecins, de personnel infirmier et obstétrical et pour lesquels la couverture des services de santé essentiels est faible (136). Ces pays ont besoin d'investissements pour le renforcement des compétences des personnels de santé et le renforcement des systèmes de santé, ainsi que de mesures de sauvegarde qui découragent le recrutement international actif de personnels de santé.

Les pays à revenu élevé sont encouragés à collaborer avec les gouvernements des pays figurant sur la Liste afin de veiller à ce que les effectifs de santé soient suffisants pour parvenir à la CSU, les gouvernements des pays de destination devant fournir le co-investissement et le soutien nécessaires (137). Les accords entre pays en matière de mobilité des personnels de santé ne sont pas interdits pour les pays figurant dans la Liste, dans certaines circonstances, sous réserve que ces accords :

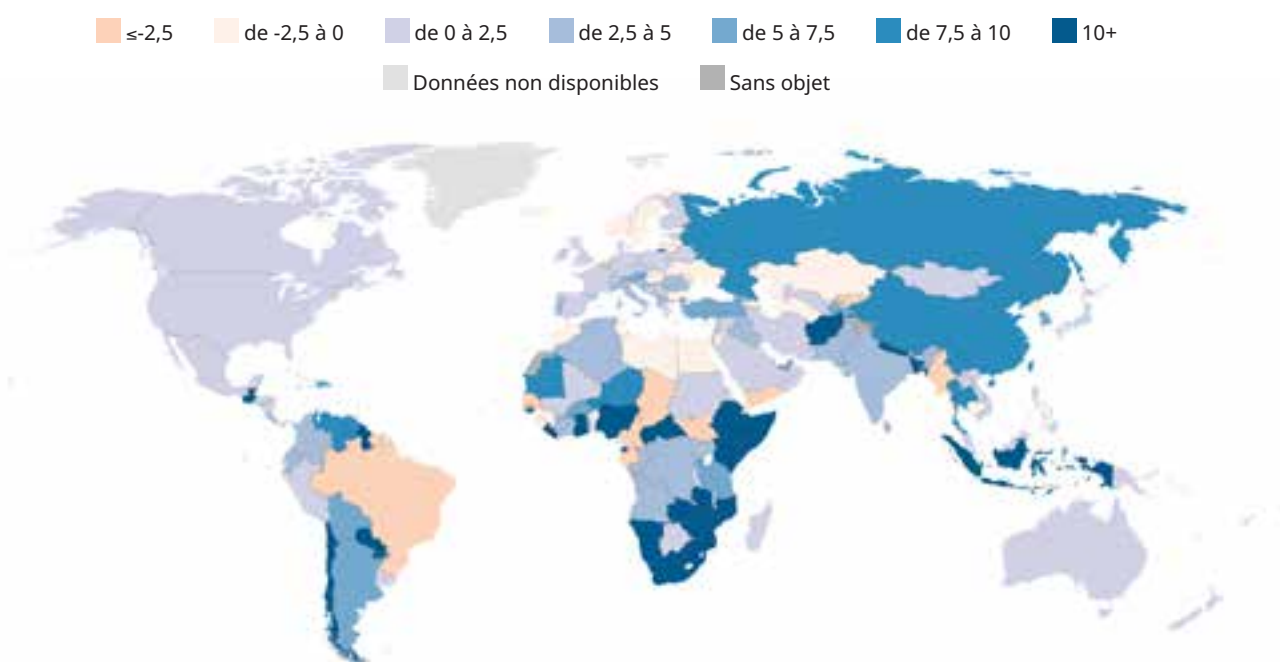
- s'appuient sur une analyse du marché du travail dans le secteur de la santé et prévoient des dispositions pour garantir une offre adaptée dans les pays ;
- impliquent explicitement les parties prenantes du secteur de la santé, y compris les ministères de la santé, dans les échanges et négociations en vue d'un accord ;
- indiquent les bénéfices pour le système de santé des pays d'origine, qui doivent être adaptés et proportionnels aux bénéfices pour les pays de destination ; et
- soient transmis au Secrétariat de l'OMS par le biais des processus de signalement relatifs aux comptes nationaux des personnels de santé et au Code.

La *Liste OMS d'appui et de sauvegarde pour les personnels de santé 2023* comprend 55 pays, dont 37 se trouvent dans la Région africaine. Ces recommandations peuvent être étendues à d'autres pays, le cas échéant.

60. La densité de personnel infirmier observée en 2023 a augmenté par rapport aux années précédentes de notification, 2013 par exemple (année utilisée pour les estimations du stock et de la pénurie de personnel de santé dans la *Global strategy on human resources for health: workforce 2030 2030* (voir Figure 5.3).
61. Dans de nombreux pays, la densité de personnel infirmier a considérablement évolué entre 2013 et 2023. Les données suggèrent que certains pays (en bleu foncé) ont connu une augmentation annuelle de 10 % ou plus, tandis que d'autres pays n'ont connu aucun changement ou ont même enregistré une baisse

(pays en rose). Les baisses sont souvent observées dans les pays en proie à des conflits chroniques ou à des troubles internes (voir Encadré 5.3). À l'inverse, de nombreux pays, en particulier dans la Région OMS de l'Afrique, ont enregistré des augmentations grâce à des efforts de renforcement des effectifs de santé efficaces (138). Enfin, les augmentations ou les baisses importantes pourraient être dues à des changements dans les données saisies, les pays continuant à améliorer la qualité et l'exhaustivité de leurs données en incluant les données de l'année précédente et/ou en modifiant leurs méthodes de classification et de comptage du personnel infirmier (138).

Figure 5.3 Variation annuelle en pourcentage de la densité de personnel infirmier entre 2013 et 2023



Encadré 5.3 Personnel infirmier dans des zones touchées par des conflits

Les conflits persistants ont eu un impact dévastateur sur les Régions touchées et ont été la cause de difficultés importantes en matière d'enseignement des soins infirmiers, d'emploi et de prestation de services aux populations très vulnérables. De nombreux établissements d'enseignement ont été contraints de fermer en raison de la violence et de l'instabilité, ce qui a entraîné l'interruption des programmes et un retard dans l'obtention des diplômes (139). Le déplacement des membres du corps enseignant et des infirmiers(ères) expérimenté(e)s a encore limité la disponibilité d'instructeurs qualifiés pour les programmes de formation en soins infirmiers (140). Les dommages causés aux bâtiments, aux infrastructures et aux équipements ont également restreint la formation théorique et pratique, entravant l'acquisition des compétences requises (141).

Les déplacements massifs de populations ont laissé de nombreux(ses) infirmiers(ères) sans emploi et les dommages causés aux établissements de santé ont réduit le nombre de postes disponibles (142). Certain(e)s infirmiers(ères) peuvent être contraint(e)s d'aller dans des pays voisins ou plus lointains, à la recherche de sécurité et de meilleures opportunités d'emploi en raison de la détérioration des conditions dans leur région (140). La prestation des services de soins infirmiers peut changer et passer des soins préventifs, communautaires et de routine à des soins d'urgence et de traumatologie (136). Dans les zones de conflit, le personnel infirmier est souvent amené à trier et à soigner les victimes de violences, y compris les victimes de catastrophes, sans avoir reçu de formation préalable en traumatologie (139, 144).

Le personnel infirmier qui intervient dans les zones de conflit est exposé à des risques considérables, comme les bombardements, les attaques contre les établissements de santé et les menaces directes à leur sécurité (145). Les infirmières sont davantage exposées aux violences sexuelles et aux enlèvements (146), car leurs déplacements vers et depuis les établissements de santé augmentent leur exposition au danger (147). La plupart des établissements manquent de fournitures médicales, de médicaments et d'équipements de protection individuelle (148). Le stress lié à un travail exigeant dans ces environnements a un impact psychologique important, cause d'épuisement professionnel et de problèmes de santé mentale (149).

Si les chefs de file et les partenaires dans le domaine des soins infirmiers peuvent contribuer à identifier et à relever les défis de santé publique (150, 151), la sécurité du personnel infirmier et de la population dans son ensemble n'est possible qu'à condition que les violences et les conflits prennent fin (152, 153). Garantir la sécurité physique et le bien-être mental des professionnels de la santé et d'aide à la personne, notamment du personnel infirmier, reste crucial, car c'est grâce à eux que la prestation de services essentiels et vitaux peut se poursuivre dans ces conditions extrêmement difficiles (141, 147, 149).

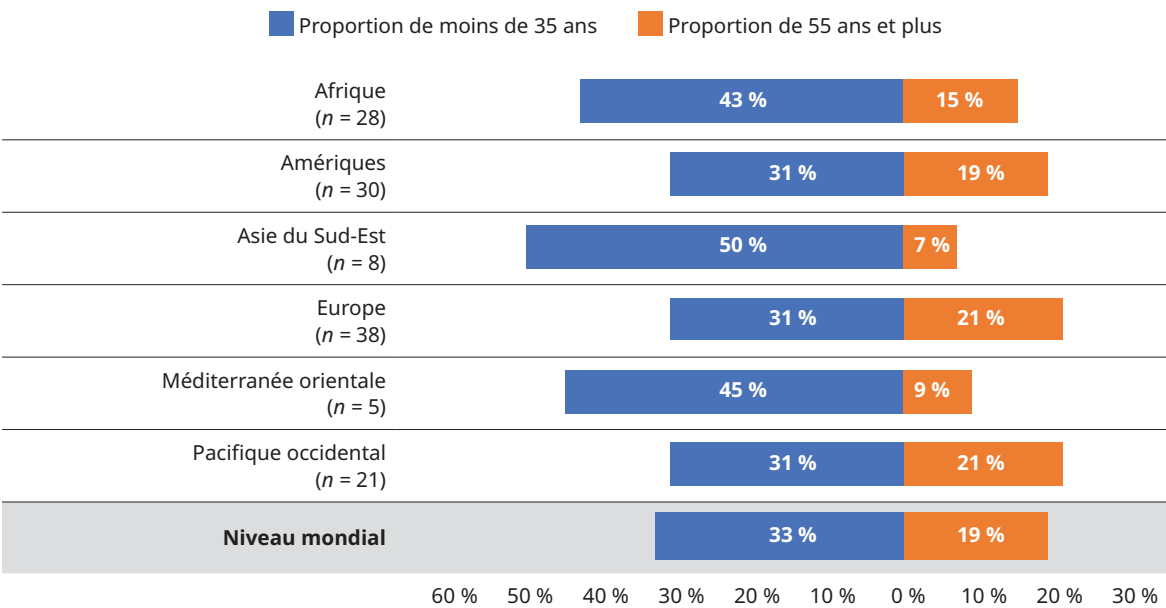
5.2 Données démographiques sur le personnel infirmier

5.2.1 Répartition par âge

62. Les données disponibles sur la répartition du personnel infirmier par tranche d'âge dans 130 États Membres de l'OMS pour la période 2018-2023 révèlent, dans l'ensemble, un effectif relativement jeune : 33 % des infirmiers(ères) ont moins de 35 ans, et 19 % ont 55 ans ou plus (les personnes de cette tranche d'âge devant prendre leur retraite au cours de la prochaine décennie). Ces chiffres ne diffèrent que légèrement de ceux présentés dans le précédent rapport sur *La situation du personnel infirmier dans le monde*, qui indiquait 37 % pour les personnes de 35 ans ou moins et 17 % pour les personnes de 55 ans et plus. On observe toutefois de grandes disparités régionales concernant le vieillissement du personnel infirmier (voir Figure 5.4).

63. Étant donné que 19 % des infirmiers(ères) sont âgé(e)s de 55 ans et plus, environ 3,1 millions d'infirmiers(ères) seront nécessaires pour les remplacer entre 2023 et 2030. Ce nombre est uniquement destiné à combler le vide créé par le départ du personnel infirmier du marché du travail et ne tient pas compte du nombre supplémentaire de personnes requises pour maintenir la densité (en raison de la croissance démographique) ou pour répondre aux besoins croissants en matière de santé et au manque dû aux pénuries ou à l'attrition du personnel. Le personnel expérimenté peut jouer un rôle important grâce à la diffusion et au transfert de connaissances (avant le départ à la retraite), ce qui peut améliorer les compétences professionnelles des nouveaux arrivants (154).

Figure 5.4 Pourcentage de personnel infirmier âgé de moins de 35 ans et de 55 ans et plus, par Région de l'OMS



Notes : Dernières données disponibles pour la période 2018-2023. Les données ont été communiquées pour moins de la moitié de la population dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale.

Source : CNPS , 2024.

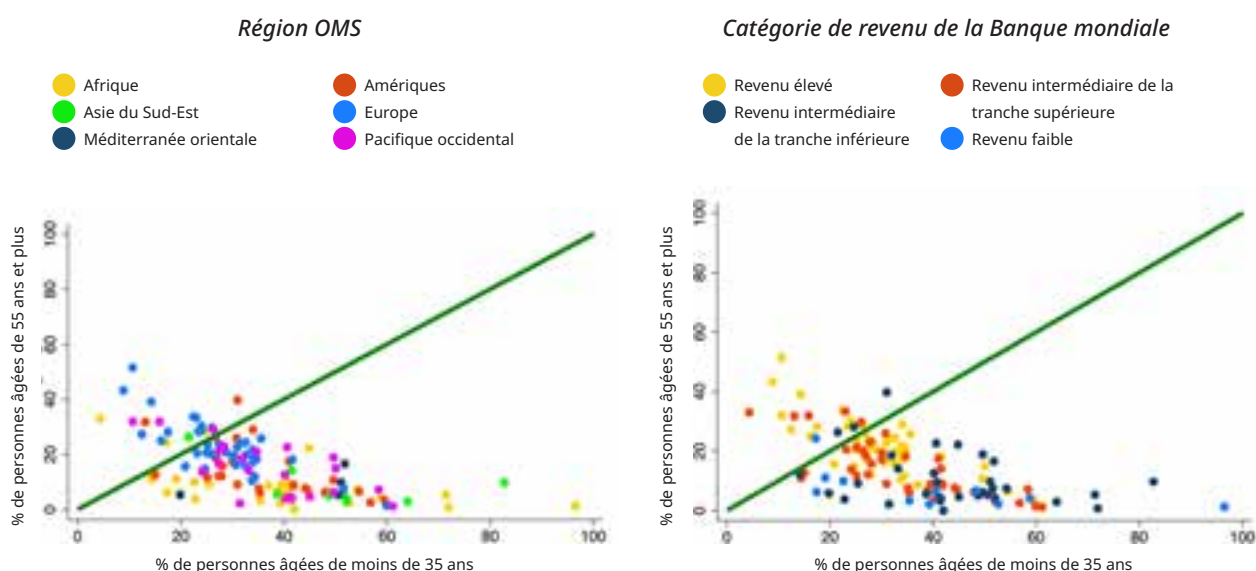
64. Les proportions relatives d'infirmiers(ères) jeunes et proches de la retraite sont indiquées par Région et par catégorie de revenu des pays (voir Figure 5.5). Les points représentent les États Membres de l'OMS et la ligne verte indique des proportions égales d'infirmiers(ères) proches de la retraite et d'infirmiers(ères) jeunes. Les pays situés au-dessus de la ligne ont une proportion plus élevée de personnel infirmier proche de la retraite que de personnel infirmier entrant sur le marché du travail. Une vingtaine de pays, pour la plupart des pays à revenu élevé et appartenant à la Région européenne, risquent de ne pas pouvoir maintenir leur stock à un niveau constant en raison de l'âge de leur personnel. Cela représente une augmentation par rapport aux données de 2018 contenues dans le document *La situation du personnel infirmier*

dans le monde 2020 qui indiquait des effectifs vieillissants dans 18 pays. Les pays de la Région européenne ont pris note de cette tendance et ont décidé d'augmenter leurs investissements, leurs innovations et leurs partenariats afin d'éviter de nouvelles pénuries de personnels de santé et d'aide à la personne à l'avenir (155).

5.2.2 Répartition par sexe

65. En 2024, une amélioration mesurable a été constatée dans la communication de données ventilées sur le personnel infirmier. Les données provenant de 150 États Membres sur la répartition du personnel infirmier par sexe montrent que 85 % du personnel infirmier dans le monde était composé de femmes, avec des proportions allant de 91 % dans la Région du Pacifique occidental à 66 %

Figure 5.5 Proportions relatives de personnel infirmier âgé de plus de 55 ans et de moins de 35 ans, par Région de l'OMS et par catégorie de revenu de la Banque



Notes : L'analyse porte sur les données relatives à la dernière année déclarée au cours de la période 2018-2023 provenant de 106 pays sur la répartition du personnel infirmier par tranche d'âge. Chaque point représente un pays. La ligne verte indique le point où le nombre de membres du personnel infirmier proches de la retraite (âgé de 55 ans et plus) est égal à celui du personnel infirmier jeune (âgé de moins de 35 ans).

Source : CNPS, 2024.

- dans la Région africaine (voir Tableau 5.5). Cela représente une légère baisse par rapport au précédent rapport, qui indiquait un personnel infirmier composé de femmes à 89 %. Les Régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale comptent la plus forte proportion d'hommes (respectivement 34 % et 27 %), soit une proportion supérieure de 20 % aux Régions des Amériques et du Pacifique occidental (respectivement 13 % et 9 %).
66. Bien que la profession soit généralement exercée par des femmes, 15 des 150 pays ayant fourni des données ont signalé un nombre plus élevé d'infirmiers que d'infirmières. Dix de ces pays se trouvent dans la Région de l'Afrique et tous, sauf un, sont classés comme pays à revenu faible. La faible représentation des femmes dans le secteur de la santé et de l'aide à la personne est souvent associée à leur présence globalement plus faible sur le marché du travail (156, 157).

5.2.3 Personnel infirmier né à l'étranger et formé à l'étranger

67. Dans les 80 pays qui ont communiqué des données sur la répartition du personnel infirmier en fonction du lieu de naissance, environ un(e) infirmier(ère) sur sept, soit environ 15 %, est né(e) à l'étranger (voir Tableau 5.6). Les données de 2018 incluses dans la publication *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020* indiquaient qu'un(e) infirmier(ère) sur huit était né(e) à l'étranger ou avait été formé(e) à l'étranger – en agrégeant les données sur ces deux indicateurs (né(e) à l'étranger et formé(e) à l'étranger). Ainsi, les deux indicateurs des rapports 2020 et 2025 ne sont pas directement comparables. Le nombre faible de pays ayant communiqué des données sur cet indicateur limite également les conclusions qui peuvent en être tirées. Cependant, dans toutes les Régions, le personnel infirmier constitue

Tableau 5.5 Proportion de personnel infirmier de sexe féminin et de sexe masculin par Région OMS

RÉGION OMS	Nombre de pays déclarants/total	Proportion de personnel infirmier de sexe féminin	Proportion de personnel infirmier de sexe masculin
Afrique	34/47	66 %	34 %
Amériques	31/35	87 %	13 %
Asie du Sud-Est	10/11	84 %	16 %
Europe	39/53	85 %	15 %
Méditerranée orientale	13/21	73 %	27 %
Pacifique occidental ^a	23/27	91 %	9 %
Niveau mondial	150/194	85 %	15 %

Notes : L'analyse porte sur les données relatives à la dernière année déclarée au cours de la période 2018-2023 provenant de 150 pays concernant la répartition du personnel infirmier par sexe.

^a Données communiquées pour moins de la moitié de la population.

Source : CNPS, 2024.

Tableau 5.6 Proportion de personnel infirmier né à l'étranger, par Région de l'OMS et par catégorie de revenu de la Banque mondiale

RÉGION OMS	Nombre de pays déclarants/total	Proportion de personnel infirmier né à l'étranger
Afrique ^a	16/47	3 %
Amériques	21/35	6 %
Asie du Sud-Est ^a	5/11	8 %
Europe ^a	23/53	14 %
Méditerranée orientale ^a	7/21	61 %
Pacifique occidental ^a	8/27	26 %
CATÉGORIE DE REVENU DE LA BANQUE MONDIALE		
Revenu élevé ^a	41/64	23 %
Revenu intermédiaire de la tranche supérieure ^a	23/54	8 %
Revenu intermédiaire de la tranche inférieure ^a	12/50	1 %
Revenu faible ^a	4/26	3 %
Niveau mondial	80/194	15 %

Notes : L'analyse porte sur les données relatives à la dernière année déclarée au cours de la période 2018-2023 provenant de 80 pays concernant la répartition du personnel infirmier par lieu de naissance. Les données correspondent à la proportion du nombre de personnel infirmier né à l'étranger par rapport à l'ensemble du personnel infirmier.

^a Données communiquées pour moins de la moitié de la population.

Source : CNPS, 2024.



Une équipe d'infirmières coordonnent les soins aux patients en Thaïlande. © OMS/Christine McNab

systématiquement la plus grande population d'agents de santé mobiles (158) (voir Encadré 5.4).

68. La dépendance à l'égard du personnel infirmier né à l'étranger varie légèrement dans les pays déclarants des Régions de l'Afrique et des Amériques (respectivement 3 % et 6 %) et plus fortement dans les Régions du Pacifique occidental (26 %) et de la Méditerranée orientale (61 %). Cependant, le nombre limité de pays ayant communiqué sur cet indicateur pourrait rendre les données agrégées moins représentatives pour une région donnée. Par exemple, bien que la Région de la Méditerranée orientale compte une

forte proportion d'infirmiers(ères) né(e)s à l'étranger, ce chiffre ne tient pas compte des données actualisées des pays les plus peuplés de la Région et exclut les données d'un certain nombre de pays qui ne dépendent que peu ou pas de cette catégorie. Les pays à revenu élevé déclarants comptaient la plus grande proportion de personnel infirmier né à l'étranger (23 %), tandis que les pays déclarants appartenant aux autres catégories de revenu comptaient des proportions plus faibles : 1 % pour les pays à revenu intermédiaire inférieure, 8 % pour les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et 3 % pour les pays à revenu faible. Cette tendance est conforme aux données de 2018 présentées dans

Encadré 5.4 **Parcours, moteurs et défis liés à la mobilité internationale du personnel infirmier**

La mobilité internationale peut s'effectuer de différentes manières, notamment par le biais de candidatures individuelles directes, d'accords entre pays, d'agences de recrutement, de programmes d'enseignement, et de politiques pertinentes en matière d'immigration et de commerce. L'introduction de mesures réglementaires flexibles, la reconnaissance mutuelle des diplômes, l'harmonisation des normes de formation ou d'autres exigences réglementaires facilitent également la mobilité.

Une attention particulière a été accordée aux moteurs de la mobilité et de la migration internationales, c'est-à-dire les facteurs qui obligent les infirmiers(ères) à quitter leur pays (facteurs de départ) ou qui les poussent à aller dans d'autres pays (facteurs d'attraction). Bien que la situation de chaque infirmier(ère) soit différente, les motivations couramment citées dans les recherches sur le personnel infirmier des pays d'origine sont : la perspective de meilleures conditions économiques, une rémunération plus élevée, de meilleures conditions de travail, des possibilités d'avancement éducatif et professionnel, et des membres de la famille dans les pays de destination qui facilitent l'installation (159–178). D'autres sources indiquent que la langue et la proximité géographique influencent fortement les schémas migratoires du personnel infirmier (179).

Les infirmiers(ères) qui émigrent peuvent répondre à des besoins cruciaux en main-d'œuvre dans les pays de destination (180). Cependant, ils/elles peuvent ne pas obtenir la reconnaissance professionnelle nécessaire pour exercer leur métier dans un pays de la tranche destination et être amené(e)s à occuper un emploi de soignant(e), poste inférieur à leur niveau d'études, de formation et à leur champ de pratique habituel (181–185). Bien que cela puisse être une voie d'entrée plus facile (sauf pour les cadres infirmiers) et contribuer à améliorer les compétences linguistiques requises ou faciliter le passage de l'examen national, ces emplois de soignant(e)s représentent une perte de capacité potentielle en matière de main-d'œuvre en santé, également pour le pays de destination, et peuvent entraîner une détérioration progressive de certaines compétences spécifiques des personnes concernées. Il ne s'agit pas seulement d'une question de « déqualification », mais, pour les femmes, cela représente aussi une perte partielle des avantages de l'autonomisation économique obtenus grâce à leur poste d'infirmière. Il n'existe actuellement aucune donnée disponible sur le nombre d'infirmiers(ères) qui utilisent ce moyen (exercer en tant que soignant) pour émigrer vers les pays de destination ni sur le nombre de ceux ou celles qui finissent par réintégrer la profession d'infirmier(ère).

le précédent rapport sur la situation du personnel infirmier dans le monde, selon lesquelles les pays à revenu élevé comptaient 15,2 % de personnel infirmier né à l'étranger, et les pays des autres catégories de revenu en comptaient moins de 1 % chacun. Si les migrations internationales impliquent souvent un déplacement d'un pays à revenu faible vers un pays à revenu plus élevé (suivant les gradients salariaux – voir la section 7.3 sur les salaires), les schémas migratoires ne sont pas toujours explicites (voir Encadré 5.5).

69. Dans l'ensemble, environ un(e) infirmier(ère) sur neuf a été formé(e) à l'étranger (11 %) dans les 87 pays qui ont communiqué des



Formation aux premiers secours suivie par des ambulancières en Afghanistan. © OMS

Encadré 5.5 Migration internationale circulaire

La migration circulaire désigne les déplacements répétés et de courte durée d'agents de santé dans plusieurs pays, à l'issue desquels ils retournent dans leur pays d'origine. Cette approche a été proposée comme une stratégie efficace pour atténuer les effets négatifs de la migration sur les systèmes de santé des pays d'origine. Parallèlement, les agents de santé de la diaspora sont des professionnels de santé qui ont quitté leur pays d'origine pour travailler à l'étranger, mais qui maintiennent des liens étroits avec leur pays d'origine et continuent de contribuer à leur système de santé malgré leur éloignement. Les contributions positives des agents de santé de la diaspora peuvent être mises à profit pour soutenir les systèmes de santé de leur pays d'origine. Cependant, ni la migration circulaire ni la contribution de la diaspora ne sont susceptibles, à elles seules, de relever pleinement les défis posés par une migration excessive et non planifiée sur les systèmes de santé des pays d'origine à revenu faible ou à revenu intermédiaire de la tranche inférieure.

Une revue exploratoire a révélé que la migration circulaire chez les agents de santé de la diaspora est limitée et se produit principalement entre des pays géographiquement proches et de même langue (186). Afin de renforcer l'impact de la migration circulaire, les politiques devraient se concentrer sur le renforcement des relations entre les pouvoirs publics et les agents de santé, l'harmonisation de la formation et la reconnaissance mutuelle des qualifications entre les pays d'origine et de destination, ainsi que sur la sécurité des déplacements. Pour les pays qui ne sont pas géographiquement proches, la migration circulaire pourrait être encouragée par des mesures incitatives telles que la réduction des frais de déplacement, la flexibilité de la réglementation en matière d'autorisation d'exercer et d'aptitude à la pratique, des incitations économiques et des mesures de sécurité renforcées.

De nombreux agents de santé membres de la diaspora qui ne pratiquent pas la migration circulaire continuent de soutenir les systèmes de santé de leur pays d'origine. Leur engagement continu est plus probable quand les obstacles transactionnels sont peu importants et quand les gouvernements des pays d'origine s'attaquent systématiquement aux causes profondes de l'émigration des agents de santé tout en améliorant les conditions de vie locales. Cette approche consistant à mettre en place des mesures favorables tant à la migration circulaire qu'à la contribution de la diaspora peut contribuer à atténuer les effets négatifs de la migration des agents de santé et à soutenir la réalisation des objectifs sanitaires nationaux et mondiaux (14, 186, 187).



Une infirmière au travail dans un établissement de santé en Mongolie, contribuant ainsi à garantir des services de santé essentiels à la population. © OMS/Yoshi Shimizu

données sur la répartition du personnel infirmier par lieu de formation (voir Tableau 5.7). Une forte proportion de personnel infirmier formé à l'étranger est constatée dans les pays déclarants des Régions du Pacifique occidental (22 %) et de l'Asie du Sud-Est (19 %), tandis que les pays déclarants des Régions de l'Afrique et des Amériques ont une faible proportion de personnel infirmier formé à l'étranger (6 % chacun). La comparaison de la proportion de personnel infirmier formé à l'étranger par catégorie de revenu révèle une forte proportion de personnel infirmier formé à l'étranger (16 %, soit environ un(e) infirmier(ère) sur 6) dans les pays à revenu élevé ayant communiqué des données. En revanche, cette proportion n'est que de

Tableau 5.7 Proportion de personnel infirmier formé à l'étranger, par Région de l'OMS et par catégorie de revenu de la Banque mondiale

RÉGION OMS	Nombre de pays déclarants/total	Proportion de personnel infirmier formé à l'étranger
Afrique	19/47	6 %
Amériques	21/35	6 %
Asie du Sud-Est	5/11	19 %
Europe ^a	25/53	10 %
Méditerranée orientale ^a	4/21	14 %
Pacifique occidental ^a	13/27	22 %
CATÉGORIE DE REVENU DE LA BANQUE MONDIALE		
Revenu élevé	40/64	16 %
Revenu intermédiaire de la tranche supérieure ^a	20/54	6 %
Revenu intermédiaire de la tranche inférieure	21/50	8 %
Revenu faible ^a	6/26	1 %
Niveau mondial	87/194	11 %

Notes : L'analyse porte sur les données relatives à la dernière année déclarée au cours de la période 2018-2023 provenant de 87 pays concernant la répartition du personnel infirmier par lieu de formation. Les données correspondent au nombre d'infirmiers(ères) formé(e)s à l'étranger par rapport au nombre total d'infirmiers(ères).

^a Données communiquées pour moins de la moitié de la population.

Source : CNPS, 2024.

1 % dans les pays à revenu faible ayant communiqué des données. La prévalence plus élevée de personnel infirmier formé à l'étranger dans les pays déclarants des Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental peut s'expliquer par les limites de leur capacité de formation en soins infirmiers. Parallèlement, la prévalence plus élevée dans les pays à revenu élevé déclarants peut être due au fait qu'il s'agit de personnes ayant émigré dans ces pays et donc nées à l'étranger.

5.2.4 Répartition du personnel infirmier par type d'établissements (public/privé)

70. Au sein des pays, une autre source potentielle d'inégalité peut être observée

par la disponibilité du personnel infirmier en fonction du type d'établissements de santé (public ou privé). Cette section examine quelle proportion du personnel infirmier travaille dans des établissements publics, des établissements privés à but lucratif ou des établissements privés à but non lucratif (voir Tableau 5.8). Au niveau mondial, en moyenne 70 % du personnel infirmier travaille dans le secteur public, 18 % dans des établissements privés à but lucratif et 11 % dans des établissements privés à but non lucratif. Cette tendance reste globalement la même lorsqu'on analyse les données par Région et par catégorie de revenu des pays.

Tableau 5.8 Répartition du personnel infirmier par type d'établissements (public/privé), par région de l'OMS et par catégorie de revenu de la Banque mondiale

PAR RÉGION OMS	Nombre de pays déclarants/total	Proportion de personnel infirmier		
		Établissements publics	Établissements privés à but lucratif	Établissements privés à but non lucratif
Afrique	19/47	76 %	13 %	11 %
Amériques	21/35	58 %	17 %	25 %
Asie du Sud-Est ^a	5/11	68 %	28 %	4 %
Europe ^a	25/53	73 %	19 %	8 %
Méditerranée orientale	4/21	70 %	28 %	2 %
Pacifique occidental ^a	13/27	61 %	35 %	4 %
PAR CATÉGORIE DE REVENU DE LA BANQUE MONDIALE				
Revenu élevé ^a	40/64	66 %	21 %	13 %
Revenu intermédiaire de la tranche supérieure ^a	20/54	70 %	20 %	10 %
Revenu intermédiaire de la tranche inférieure ^a	21/50	66 %	25 %	10 %
Revenu faible	6/26	78 %	11 %	11 %
Total	87/194	70 %	18 %	11 %

Notes : L'analyse porte sur les données relatives à la dernière année déclarée au cours de la période 2018-2023 provenant de 87 pays concernant la répartition du personnel infirmier par type d'établissements (public/privé). Les pourcentages peuvent ne pas totaliser exactement 100 % en raison des arrondis.

^a Données communiquées pour moins de la moitié de la population

Source : CNPS , 2024.

5.3 Projection concernant le personnel infirmier jusqu'en 2030 et pénuries de personnel

5.3.1 Projection relative au stock et à la densité de personnel infirmier jusqu'en 2030

71. Pour évaluer la dynamique du stock de personnel infirmier déclaré dans diverses publications depuis 2013 et les projections jusqu'en 2030, les données les plus récentes (2023) ont été comparées à celles de la publication *Global strategy on human resources for health: workforce, 2030* (données 2013) et à celles de la publication intitulée *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020* (données 2018). Les projections jusqu'en 2030 ont été établies à partir d'un modèle simple enregistrant le stock et les flux de personnel publié en 2022 (188) (voir annexe 3 pour plus de détails).

72. Le stock mondial de personnel infirmier était de 20,7 millions en 2013 (en comptant les sages-femmes) ; de 27,9 millions dans les données publiées en 2018 (dans *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020*) ; et de 29,8 millions en 2023 (dans *La situation du personnel infirmier dans le monde 2025*). Il devrait encore augmenter pour atteindre 36 millions d'ici à 2030, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 2,7 % (voir Tableau 5.9). L'augmentation des effectifs d'ici à 2030 est particulièrement importante dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, principalement en raison de la taille des populations en Inde et en Chine. Cette estimation pour 2030 est pratiquement la même que celle qui avait été effectuée dans *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020* (35,9 millions).

Tableau 5.9 Estimation du stock de personnel infirmier (en millions) pour les années 2013, 2020 et 2023, et projection pour 2030 à partir de diverses données publiées

SOURCE	<i>Global strategy on human resources for health: workforce 2030</i>	<i>Situation du personnel infirmier dans le monde 2020</i>	<i>Situation du personnel infirmier dans le monde 2025</i>	
	2013 personnel infirmier/ sages-femmes	2018 personnel infirmier	2023 personnel infirmier	2030 personnel infirmier (projection)
Afrique	1,0	0,9	1,7	2,1
Amériques	4,7	8,4	7,5	8,9
Région de l'Asie du Sud-Est	2,9	3,3	3,6	5,5
Europe	6,2	7,3	7,2	8,2
Méditerranée orientale	1,3	1,1	1,3	1,5
Pacifique occidental	4,6	6,9	8,5	9,7
Niveau mondial	20,7	27,9	29,8	35,9

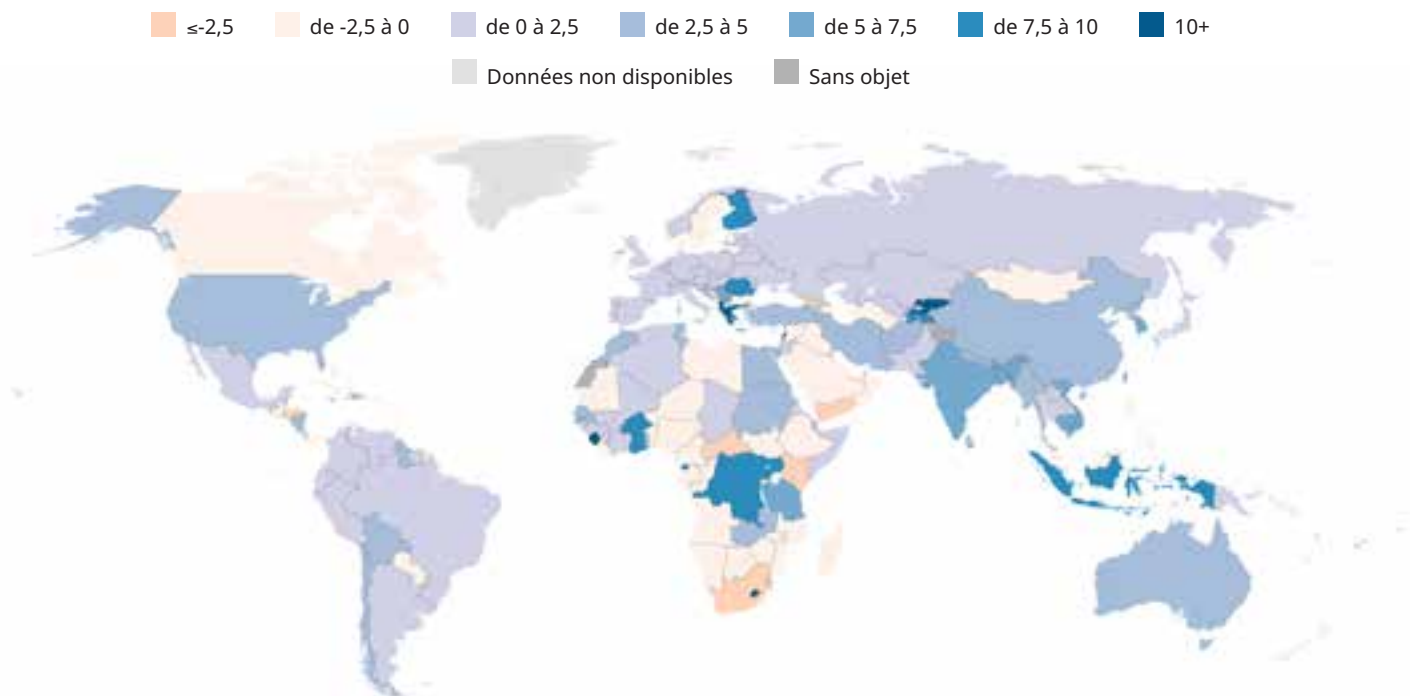
Notes : Ce tableau présente le stock de personnel infirmier à partir de diverses sources de données depuis la parution du document *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*. Les données présentées pour les années 2013 et 2018 n'ont pas été ajustées rétrospectivement : elles sont indiquées telles qu'elles figurent dans les sources originales publiées dans *Global strategy on human resources for health: workforce 2030* et *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020*.

Sources : *Global strategy on human resources for health: workforce 2030* ; *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020* ; Portail de données CNPS pour *La situation du personnel infirmier dans le monde 2025*.

73. Pour tenir compte de la taille de la population et des tendances démographiques, l'évolution de la densité de personnel infirmier entre 2023 et 2030 a été estimée (voir Figure 5.6). Si une forte augmentation a été observée dans la plupart des pays entre 2013 et 2023, certains pays en rose clair sur la carte, en particulier dans les Régions OMS de l'Afrique et de la Méditerranée orientale, pourraient enregistrer une baisse de leur densité d'ici à 2030. Dans certains de ces pays, la situation démographique (des taux de fécondité et de croissance démographique élevés, par exemple) ou les troubles internes et les conflits persistants, associés à l'insuffisance des capacités du secteur de l'éducation et du secteur de la santé, pourraient être

des facteurs importants contribuant à la baisse de la densité de personnel. Il est préoccupant de constater que bon nombre des pays qui devraient connaître une baisse de la densité de leur personnel infirmier figurent sur la *Liste OMS d'appui et de sauvegarde pour les personnels de santé, 2023*, ce qui indique que les défis auxquels ces pays sont confrontés en matière de personnel de santé devraient persister dans les années à venir. Dans toutes les Régions, des projections indiquent que certains pays parviendront à augmenter la densité de leur personnel infirmier de plus de 2,5 % par an, ce qui pourrait s'expliquer par les investissements dans la production de personnel infirmier et par les efforts déployés en matière d'emploi ou de maintien du personnel dans certains pays.

Figure 5.6 Variation annuelle en pourcentage de la densité de personnel infirmier entre 2023 et 2030 (projection)



Source : CNPS, 2024.

5.3.2 Pénurie de personnel infirmier

74. L'estimation de la pénurie de personnel infirmier a été définie, pour les pays à faible densité de personnel infirmier, comme le nombre d'infirmiers(ères) nécessaires pour atteindre la densité médiane de personnel infirmier (27,5 infirmiers(ères) pour 10 000 habitants), observée en 2013 dans 194 États Membres de l'OMS. En utilisant ce seuil de densité, la pénurie a été estimée à 6,2 millions en 2020, passant à 5,8 millions en 2023 et continuant de baisser jusqu'à atteindre 4,1 millions d'ici à 2030 (voir Tableau 5.10). En raison de l'amélioration des données, notamment rétrospectivement, ces pénuries actualisées ne sont pas directement comparables à l'estimation de 5,9 millions pour 2018 figurant dans *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020*. L'estimation révisée de la pénurie pour 2018, basée sur les données de 2023, serait de 6,2 millions. Si cette analyse montre une baisse de la pénurie de personnel infirmier au niveau mondial, les progrès sont inégalement répartis entre les Régions OMS et au sein de celles-ci. Au niveau régional, les Amériques et le Pacifique

occidental ne devraient pas connaître de diminution de leur pénurie. Les Régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale ne connaîtront qu'une légère baisse et représenteront près de 70 % de la pénurie mondiale de personnel infirmier d'ici à 2030, soit une augmentation par rapport aux estimations basées sur les données de 2020, qui indiquaient que ces deux Régions représentaient 58 % de la pénurie mondiale. Selon les projections réalisées, la résorption de leur pénurie d'ici à 2030 nécessiterait de multiplier par deux environ leurs effectifs.

75. Le niveau d'inégalité dans ce domaine est similaire à celui documenté dans le rapport *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020*, qui prévoyait que d'ici à 2030, 89 % de la pénurie se concentrerait dans les pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure. Pour combler la pénurie mondiale de personnel infirmier d'ici à 2030, il a été estimé que les pays en situation de pénurie devront non seulement augmenter leur production nationale de personnel infirmier, mais aussi augmenter leur taux d'absorption, de 8 % par an en moyenne.

Tableau 5.10 Pénurie de personnel infirmier estimée (en millions) pour 2020 et 2023, et projection pour 2030

RÉGION OMS	Pénurie de personnel infirmier (en millions)		Projection
	2020	2023	2030
Afrique	2,4	1,9	1,8
Amériques	0,2	0,2	0,2
Asie du Sud-Est	2,1	2,2	0,8
Europe ^a	–	–	–
Méditerranée orientale	1,2	1,2	1,0
Pacifique occidental	0,2	0,2	0,2
Niveau mondial	6,2	5,8	4,1

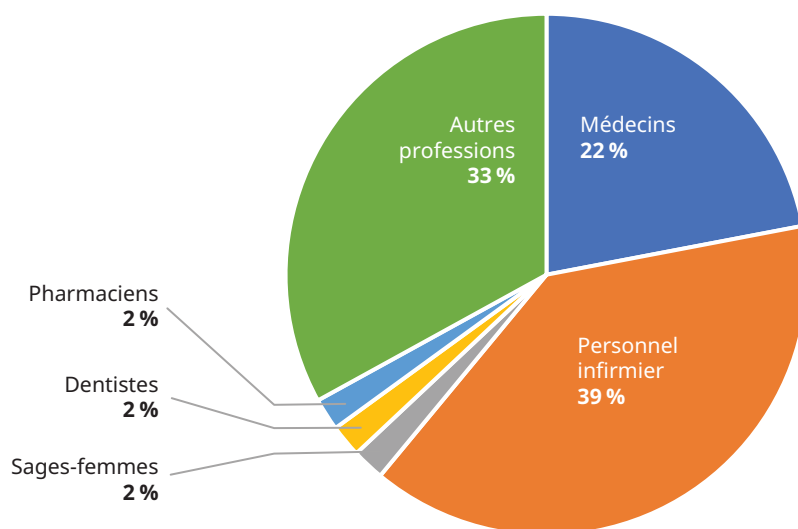
Note : ^a Sans objet – les pays dont la densité est supérieure à la densité de référence sont exclus de cette estimation.

76. Comme pour les méthodes utilisées dans *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020*, les pénuries ont été estimées en tenant compte de la valeur de référence utilisée dans *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*. Cela signifie que les pays situés au-dessus de la valeur de référence ne sont pas inclus dans cette estimation, sans pour autant suggérer que ces pays ne connaissent pas de pénurie de personnel infirmier, par exemple, au regard des cibles nationales en matière de prestation de services et de la configuration de leur système de santé. Tous les pays sont encouragés à réaliser leurs propres estimations des pénuries, en appliquant des méthodologies qui tiennent compte de facteurs tels que le vieillissement de la population et de la main-d'œuvre, l'évolution des schémas épidémiologiques, l'optimisation des rôles des professionnels des agents de santé dans la prestation de services et d'autres caractéristiques du marché du travail.
77. Tout progrès pour combler la pénurie de personnel infirmier aura une incidence sur le déficit en personnel de santé qui, selon les projections, devrait dépasser

les 11 millions d'ici à 2030, le personnel infirmier représentant 39 % de la pénurie mondiale en 2023 (voir Figure 5.7).

78. L'estimation actuelle de la pénurie a été calculée en tenant compte d'un taux d'absorption stable de 70 % des nouveaux diplômés sur le marché du travail dans le secteur de la santé. Il est plausible que les instabilités économiques et les incertitudes liées à l'aide internationale au développement nuisent à la capacité d'absorption des diplômés, en particulier dans les pays à revenu faible. Pour prendre en compte cet élément, un scénario alternatif a été élaboré en envisageant une capacité d'absorption variable, allant de 70 % dans les pays à revenu élevé à 40 % dans les pays à revenu faible. Dans ce cas-là, la pénurie estimée d'ici à 2030 serait de 4,8 millions d'infirmiers(ères) (contre 4,1 millions dans le premier cas de figure), soit une diminution de 27 % par rapport à 2023 (contre une diminution de 29 % dans le premier cas de figure). Dans le second scénario, la Région de l'Asie du Sud-Est serait la plus touchée, avec une pénurie de 1,2 million d'infirmiers(ères) d'ici à 2030.

Figure 5.7 Répartition de la pénurie mondiale de personnels de santé en 2023 par professions



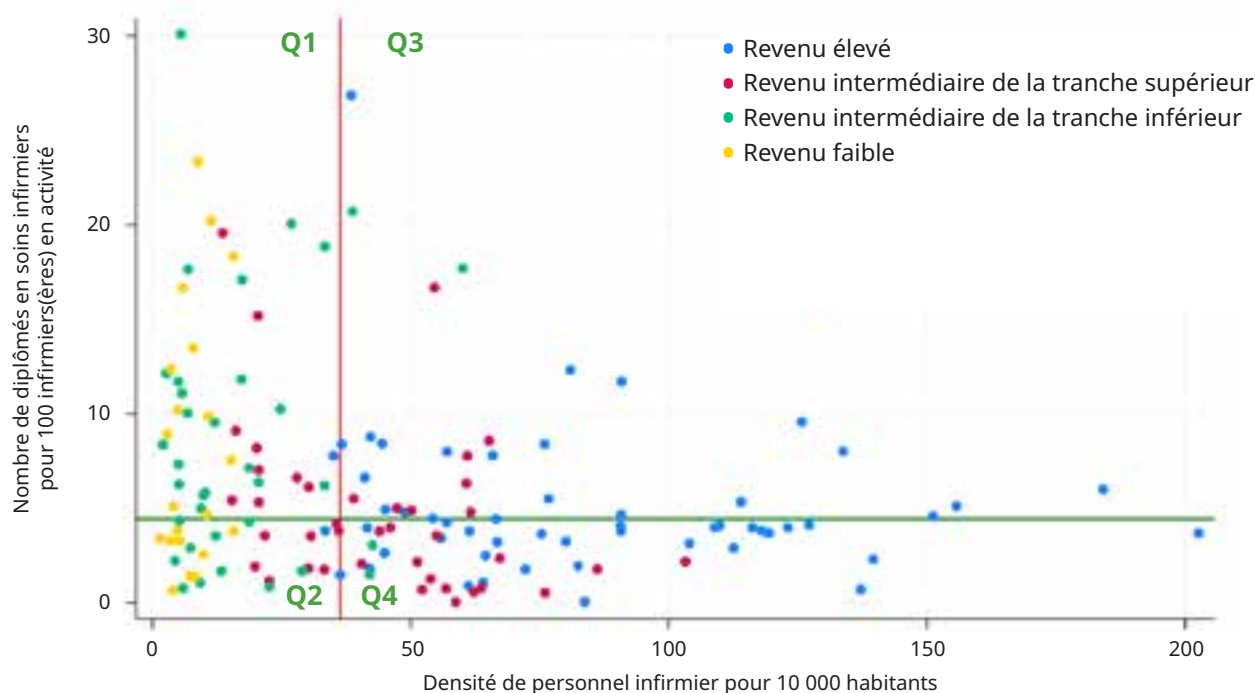
Source : CNPS, 2024.

79. D'autres approches permettent de faire des estimations ou des projections concernant les pénuries de personnel infirmier (189). Certaines d'entre elles fixent des objectifs plus ambitieux en matière de santé et d'aide à la personne, avec des hypothèses différentes concernant l'éducation et l'attrition du personnel. L'OMS reconnaît la diversité des approches, ainsi que leurs forces et leurs faiblesses, mais s'en tient à son approche globale du développement des effectifs de santé pour l'ère des ODD dans le présent rapport (190).

5.3.3 Production requise pour faire face à la pénurie de personnel infirmier à l'horizon 2030

80. L'analyse de la répartition, de la densité et des pénuries de personnel infirmier a révélé d'importantes disparités entre les Régions et au sein de celles-ci. Plusieurs facteurs liés au marché du travail influent conjointement sur les défis auxquels est confronté le secteur des soins infirmiers, et parmi les pays où la densité est plus faible, chacun doit faire face à des problèmes spécifiques. Un facteur commun, qui sera examiné plus en détail ci-après, est la capacité d'un pays à former et à employer du personnel infirmier (voir Figure 5.8).

Figure 5.8 Graphique en points représentant la densité de personnel infirmier et le ratio de diplômés par rapport au stock par pays et par catégorie de revenu de la Banque mondiale en 2023



Notes : L'analyse porte sur les données relatives à la dernière année de la période 2018-2023 provenant des pays qui ont communiqué des informations sur le stock de personnel infirmier et le nombre de diplômés en soins infirmiers. Chaque point représente un pays. La ligne verte représente le ratio médian du nombre de diplômés par rapport au stock dans tous les pays, et la ligne rouge la densité médiane de personnel infirmier. Q1, Q2, Q3 et Q4 représentent les quatre quadrants utilisés pour caractériser la situation des différents pays.

Source : CNPS, 2024.

81. La présente analyse montre que parmi les pays à faible densité de personnel infirmier, une bonne partie d'entre eux ont un ratio de diplômés par rapport au stock supérieur à la médiane (quadrant Q1) et qu'un groupe de pays a un ratio supérieur à 10 diplômés pour 100 infirmiers(ères) en activité. En conséquence, si les pays à faible densité et à faible ratio de diplômés par rapport au stock (quadrant Q2) doivent renforcer leur capacité de production de personnel, une grande partie des pays disposent déjà d'une capacité de production suffisante pour renouveler leur personnel infirmier et augmenter leur stock si celui-ci est absorbé par le marché du travail. Pour ces pays, d'autres mesures sont nécessaires, telles que la garantie d'un emploi pour les nouveaux diplômés ou le traitement d'autres dysfonctionnements du marché du travail dans le secteur de la santé, par exemple une migration non gérée excessive.
82. Parallèlement, dans les pays où la densité de personnel infirmier est plus élevée, l'analyse fait apparaître des situations contrastées. Si certains pays affichent à la fois une densité élevée et une forte capacité de production (quadrant Q3) et devraient être en mesure de garantir un emploi aux diplômés, d'autres pays ont une faible capacité de production (quadrant Q4) et, compte tenu du vieillissement de leur personnel infirmier, devront davantage compter sur la migration du personnel infirmier. Pour ces pays, afin d'éviter de dépendre du personnel formé à l'étranger, les efforts devront se concentrer sur le développement des structures de formation et la promotion de l'enseignement des soins infirmiers (191) (voir Encadré 5.6 pour des exemples de planification du personnel de santé correspondant aux différentes difficultés et opportunités liées à l'éducation et l'emploi du personnel infirmier).

Encadré 5.6 Exemples de planification en matière de personnel infirmier

L'OMS a aidé 49 pays à travers le monde à effectuer des analyses du marché du travail dans le secteur de la santé (7) pour orienter les politiques nationales et les plans d'investissement relatifs au personnel de santé, y compris le personnel infirmier (192–195). L'expérience du Ghana illustre bien l'importance de la prise en compte du marché du travail dans la planification du personnel de santé. Afin d'augmenter la densité des infirmiers(ères), le gouvernement a investi dans la formation en soins infirmiers et augmenté le nombre de diplômés issus des écoles publiques et privées (196). Les emplois dans le secteur public n'ayant pas augmenté en conséquence, les diplômés n'ont pas pu être absorbés par le système de santé et sont restés sans emploi pendant plusieurs années (197). Des évaluations ultérieures de la densité et de la répartition du personnel dans les établissements de santé ont permis de quantifier les lacunes et ont abouti à une augmentation du budget consacré à l'emploi. Elles ont également mis en évidence la nécessité de mener une analyse du marché du travail dans le secteur de la santé afin d'élaborer des politiques fondées sur des données probantes afin de corriger les carences du marché du travail dans le secteur de la santé (198).

Au Lesotho, une analyse du marché du travail dans le secteur de la santé réalisée avant l'élaboration de la stratégie nationale relative au personnel de santé a révélé que la pénurie de personnel infirmier avait été sous-estimée ; des mesures urgentes visant à accroître les investissements dans l'éducation, le recrutement, la répartition équitable et le maintien en poste du personnel ont été recommandées (199).

Une analyse du marché du travail dans le secteur de la santé au Tadjikistan a permis de constater que, bien que les infirmiers(ères) dirigent près des deux tiers des dispensaires de soins de santé primaires, il était nécessaire d'élargir leur champ de pratique afin de mieux répondre aux besoins de la population, en particulier dans les zones rurales (200). Les suggestions en matière de politiques qui en ont résulté étaient axées sur l'amélioration de la formation en soins infirmiers, le renforcement des compétences du personnel infirmier, la consolidation du cadre de réglementation de la profession et l'augmentation de la rémunération du personnel infirmier (200).



Des étudiants en soins infirmiers de la République démocratique du Congo devant leur centre de formation, prêts à commencer leur journée.
© OMS/Hugh Kinsella Cunningham

→ Éducation

AXE STRATÉGIQUE

Les infirmiers(ères) diplômé(e)s égalent ou dépassent les exigences du système de santé et possèdent les connaissances, les compétences et les attitudes requises pour répondre aux priorités nationales en matière de santé

PRINCIPALES CONCLUSIONS

- Le ratio global de personnel infirmier diplômé pour 100 infirmiers(ères) en activité est de 6,4 au niveau mondial, avec des variations importantes selon les Régions et la catégorie de revenu des pays, avec le ratio le plus élevé dans la Région de l'Asie du Sud-Est (8.1).
- Le ratio global de personnel infirmier diplômé par rapport à la population est de 25,3 pour 100 000 habitants au niveau mondial, la Région européenne affichant le ratio le plus élevé (42,7 pour 100 000 habitants).
- Sur la base des informations communiquées par 43 pays sur la répartition par sexe des diplômés en soins infirmiers, il apparaît que 82 % d'entre eux sont des femmes.
- Parmi les États Membres qui ont répondu aux questions sur la réglementation et les normes en matière d'éducation en soins infirmiers, 90 % ont mis en place des politiques portant sur les qualifications du personnel enseignant, 88 % ont recours à des mécanismes d'accréditation pour les établissements d'enseignement et de formation, et 77 % ont mis en place une coopération entre ces établissements et les organismes de réglementation.
- 100 % des pays répondants de la Région de l'Asie du Sud-Est ont déclaré l'existence de normes applicables au personnel enseignant (contre 68 % dans la Région des Amériques), tandis que les mécanismes d'accréditation étaient les plus courants dans les pays répondants de la Région européenne (96 %) et les moins courants dans la Région africaine (78 %), avec un écart notable entre les pays à revenu élevé (97 %) et ceux à revenu faible (58 %).
- 62 % des pays répondants ont déclaré disposer de normes pour la formation interprofessionnelle, tandis que 45 % ont déclaré disposer de mesures intégrant les déterminants sociaux de la santé et la responsabilisation sociale dans les mécanismes d'accréditation des programmes d'enseignement et 57 % dans ceux des programmes de formation en soins infirmiers.
- La coopération entre les autorités chargées de la réglementation et de l'éducation du personnel de santé était notifiée comme existante dans moins de deux tiers des pays répondants dans les Régions de l'Afrique et des Amériques, et dans seulement 56 % des pays à revenu faible (contre 89 % dans les pays à revenu élevé).
- 140 pays ont communiqué la durée de leurs programmes d'enseignement des soins infirmiers avant l'emploi, avec une majorité d'entre eux (53 %) indiquant des programmes de 3 ans et 31 % des programmes de 4 ans.
- Au niveau mondial, 9 % des pays ont indiqué une durée moyenne de l'éducation en soins infirmiers de 2 ans et 8 % de 5 ans, les Régions du Pacifique occidental et de l'Afrique enregistrant les plus forts pourcentages pour des programmes de 3 ans (respectivement 65 % et 62 %).

83. Cette section décrit certains aspects de la « filière de l'enseignement » des soins infirmiers, la répartition par sexe des diplômés, la situation de la réglementation en matière d'enseignement, et la durée de la formation initiale en soins infirmiers. Des sujets très pertinents pour les soins infirmiers, qui ne sont pas bien couverts par les indicateurs mondiaux, tels que la formation des infirmiers(ères) au niveau de la licence, l'utilisation des technologies numériques pour la santé dans l'enseignement, les défis posés par les environnements d'apprentissage clinique et les investissements nécessaires dans le personnel enseignant, sont décrits dans l'encadré de ce chapitre.
84. Le système d'enseignement de la santé représente le côté « offre » du marché du travail dans le secteur de la santé et sa production doit être directement liée, en termes quantitatifs et qualitatifs, aux emplois et aux facteurs d'emploi abordés dans le chapitre 5. Dans le cadre de l'enseignement des soins infirmiers, il est primordial de veiller à ce que les étudiants acquièrent les aptitudes et les compétences dont ils auront besoin dans le cadre de la prestation de services de santé et à ce qu'il y ait suffisamment de diplômés pour répondre à la demande du système de santé, afin d'éviter les pénuries et les carences dans la prestation de services. Le nombre de diplômés peut ne pas correspondre aux divers besoins et priorités en matière de santé d'une population donnée en raison d'une capacité et d'une infrastructure inadéquates dans les établissements d'enseignement, ou en raison d'une inadéquation de leurs compétences de base ou de restrictions dans leur champ de pratique. Quelle qu'en soit la raison, une pénurie de diplômés peut avoir un impact négatif sur la couverture effective du personnel de santé et d'aide à la personne et entraver les progrès vers la CSU. Des investissements sont nécessaires pour renforcer les capacités institutionnelles, notamment le nombre d'enseignants en soins infirmiers, et les mécanismes permettant de garantir un enseignement de qualité (41, 201).

6.1 Dynamique d'entrée et de sortie des étudiants en soins infirmiers

85. Le suivi de la filière de l'enseignement est essentiel pour une planification efficace des effectifs et pour évaluer les investissements supplémentaires dans l'enseignement et la formation nécessaires pour répondre aux besoins du système de santé.
86. Le ratio moyen global de diplômés en soins infirmiers par rapport au stock est de 6,4 diplômés en soins infirmiers pour 100 infirmières en activité, avec des variations importantes selon les Régions et la catégorie de revenu des pays (voir Tableau 6.1). Ce ratio est légèrement supérieur au ratio de 6,2 figurant dans *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020*. Le ratio de diplômés par rapport au stock est le plus élevé dans la Région de l'Asie du Sud-Est (8,1 diplômés en soins infirmiers pour 100 infirmiers(ères) en activité) et le plus faible dans la Région des Amériques (5,1 diplômés en soins infirmiers pour 100 infirmiers(ères) en activité).
87. La comparaison par catégorie de revenu révèle que le nombre moyen de diplômés en soins infirmiers pour 100 infirmiers(ères) en activité est le plus élevé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure (respectivement 8,3 et 8,7) et le plus faible dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et à revenu élevé (respectivement 5,3 et 4,8). Même si ces pays ont une population relativement plus jeune et un ratio plus élevé en raison du dénominateur inférieur représentant un stock insuffisant de personnel infirmier, ce résultat pourrait également indiquer que certains pays à revenu faible font des efforts significatifs pour augmenter leur capacité de production de personnel infirmier. Cependant, des investissements appropriés sont nécessaires dans les emplois pour éviter le chômage qui peut alimenter l'émigration. D'autre part, les pays à revenu élevé doivent concentrer leurs investissements sur l'augmentation de la production nationale de personnel infirmier afin de moins dépendre des infirmiers(ères)

Tableau 6.1

Production de diplômés en soins infirmiers, par Région de l'OMS et par catégorie de revenu de la Banque mondiale

PAR RÉGION OMS	Nombre de pays déclarants/total	Nombre moyen de diplômés en soins infirmiers pour 100 infirmiers(ères) en activité (min-max)	Nombre moyen de diplômés en soins infirmiers pour 100 000 habitants
Afrique	40/47	7,6 (0,8–30,1)	9,5
Amériques	25/35	5,1 (<1–9,1)	22,7
Asie du Sud-Est	9/11	8,1 (3,5–15,1)	14,4
Europe	50/53	5,6 (<1–26,9)	42,7
Méditerranée orientale	14/21	5,6 (<1–17,1)	9,0
Pacifique occidental ^a	13/27	7,5 (1,5–20,1)	37,5
PAR CATÉGORIE DE REVENU DE LA BANQUE MONDIALE			
Revenu élevé	55/64	5,3 (<1–26,9)	43,7
Revenu intermédiaire de la tranche supérieure ^a	40/54	4,8 (<1–19,6)	17,8
Revenu intermédiaire de la tranche inférieure	35/50	8,7 (<1–30,1)	16,0
Revenu faible	21/26	8,3 (<1–23,3)	7,2
Total	151/194	6,4 (<1–30,1)	25,3

Notes : Dernières données disponibles pour la période 2018-2023.

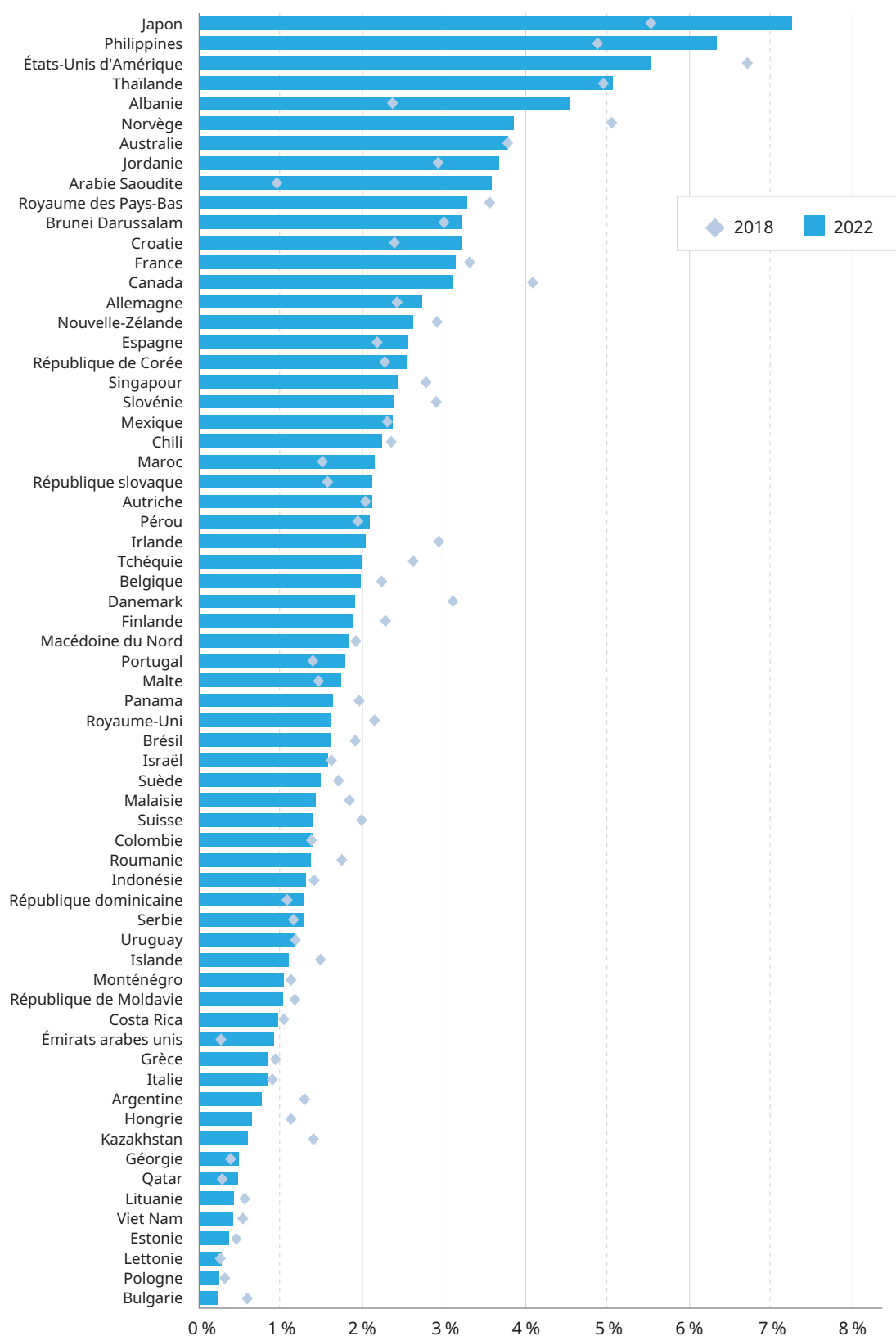
^a Données communiquées pour moins de la moitié de la population.

Source : CNPS 2024

- né(e)s à l'étranger et provenant de pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure.
88. Dans les analyses réalisées pour le Cinquième Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé, il a été estimé qu'une augmentation de 8 % à 12 % du nombre de diplômés du secteur de la santé était nécessaire dans les pays confrontés à de graves pénuries ou à un taux de rotation du personnel très élevé en raison de la composition de la population pour multiplier par deux le nombre d'agents de santé en 10 ans (25). Dans le secteur des soins infirmiers, 8,3 diplômés pour 100 personnes en activité est approximativement ce qui est requis pour multiplier par deux le nombre d'infirmiers(ères) en 10 ans, en l'absence de migration et d'attrition du personnel, et en supposant que les diplômés soient embauchés juste après l'obtention de leur diplôme. Malgré leurs taux d'attrition du personnel plus élevés pour des raisons de départ à la retraite, ce ratio ne s'applique pas de manière générale aux pays à revenu élevé.
89. Le ratio global de diplômés en soins infirmiers par rapport à la population est de 25,3 diplômés pour 100 000 habitants dans le monde (voir Tableau 6.1), soit un chiffre supérieur à celui de 2018 rapporté dans *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020*, qui était de 22,6 pour 100 000 habitants. La Région européenne affichait le ratio le plus élevé (42,7 diplômés en soins infirmiers pour 100 000 habitants). Le classement des pays selon la catégorie de revenu de la Banque mondiale montre une relation positive entre la catégorie de revenu et le nombre de diplômés en soins infirmiers pour 100 000 habitants.
90. Une étude qui s'est penchée sur l'intérêt des élèves de 15 ans pour la profession d'infirmier(ères) a révélé que cet intérêt avait diminué dans au moins la moitié des pays de l'OCDE entre 2018 et 2022, les baisses les plus importantes étant observées au Canada, au Danemark, en aux États-Unis d'Amérique, Irlande, en Norvège et au Royaume-Uni (202). Une baisse de l'intérêt pour la profession a également été observée dans les pays non membres de l'OCDE (voir Figure 6.1).

Figure 6.1

Pourcentage d'élèves du secondaire déclarant avoir l'intention de s'inscrire dans une école de soins infirmiers, d'après les enquêtes PISA 2018 et 2022 (n = 61 pays)



Note : Les pays figurant dans ce tableau sont ceux qui ont communiqué des données pour PISA 2018 et PISA 2022.

Source : OCDE, Base de données PISA 2018 et 2022.

91. Les données de 43 pays seulement qui ont communiqué la répartition des diplômés en soins infirmiers par sexe indiquent que 82 % des diplômés en soins infirmiers sont des femmes (voir Tableau 6.2). La répartition est plus déséquilibrée dans la Région du Pacifique occidental (10 diplômées pour un diplômé) et plus équilibrée dans les Régions de la Méditerranée orientale et de l'Afrique (deux diplômées pour un diplômé).

6.2 Réglementation et normes relatives à l'enseignement des soins infirmiers

92. Les mécanismes d'accréditation et les normes de qualité visant les programmes d'éducation et de formation du personnel de santé contribuent à garantir la possession des compétences nécessaires pour répondre aux besoins de la population en matière de santé.



Des étudiants en soins infirmiers au Viet Nam tiennent les dossiers des patients dans le cadre de la documentation de routine et de la coordination des soins. © OMS/Yoshi Shimizu

Tableau 6.2 Proportions de diplômés en soins infirmiers de sexe masculin et de sexe féminin, par Région OMS

RÉGION OMS	Nombre de pays déclarants/total	Proportion de diplômés de sexe féminin	Proportion de diplômés de sexe masculin
Afrique ^a	5/47	67,1 %	32,9 %
Amériques ^a	13/35	87,0 %	12,9 %
Asie du Sud-Est ^a	5/11	82,9 %	17,1 %
Europe ^a	10/53	85,5 %	14,5 %
Méditerranée orientale ^a	6/21	68,9 %	31,1 %
Pacifique occidental ^a	4/27	90,3 %	8,7 %
Total	43/194	81,6 %	18,3 %

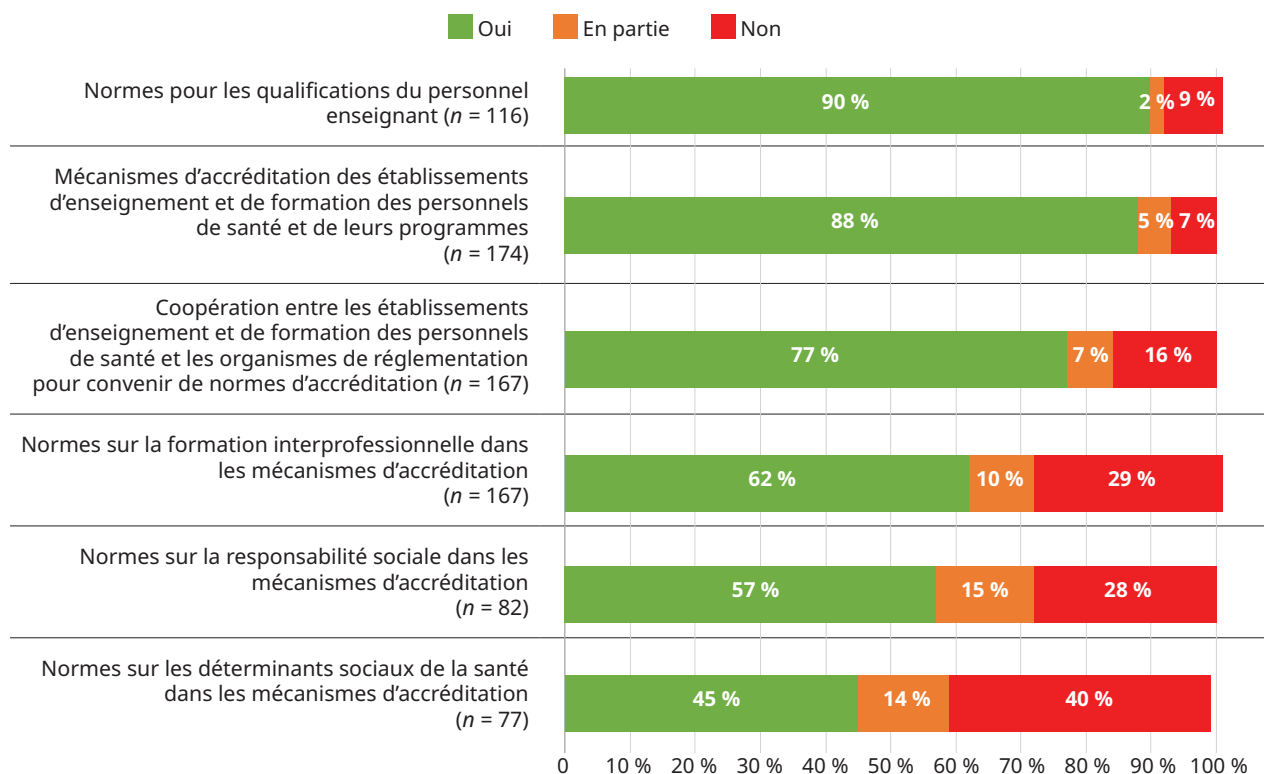
Notes : L'analyse porte sur les données de la dernière année déclarée au cours de la période 2018-2023 émanant de 43 pays sur la répartition des diplômés en soins infirmiers par sexe.
^a Données communiquées pour moins de la moitié de la population.
Source : CNPS , 2024.



Des étudiants en soins infirmiers au Japon participent à un exercice de simulation clinique sur mannequin. © OMS/Yoshi Shimizu

La figure 6.2 et le tableau 6.3 présentent le statut des différentes réglementations et normes de l'éducation en soins infirmiers, selon les données fournies par les États Membres. En matière d'enseignement en soins infirmiers, la plupart des pays déclarants ont signalé l'existence de politiques portant sur les aspects suivants : normes relatives aux qualifications des enseignants (90 %), mécanismes d'accréditation des établissements d'enseignement et de formation du personnel de santé et de leurs programmes (88 %), coopération entre les établissements d'enseignement et de formation et les organismes de réglementation pour convenir de normes d'accréditation (77 %). Par rapport à *La situation des soins infirmiers dans le monde en 2020*, cela représente

Figure 6.2 Pourcentage de pays ayant déclaré l'existence d'une réglementation et de normes relatives à l'enseignement des soins infirmiers



Note : Dernières données disponibles pour la période 2018-2023.

Source : CNPS, 2024.

Tableau 6.3

Pourcentage de pays répondants ayant déclaré l'existence de diverses réglementations sur l'enseignement et la formation du personnel infirmier, par Région de l'OMS et par catégorie de revenu de la Banque mondiale

	Mécanismes nationaux et/ou infra-nationaux d'accréditation des établissements d'enseignement et de formation des personnels de santé et de leurs programmes	Normes nationales et/ou infranationales sur la responsabilité sociale dans les mécanismes d'accréditation	Normes nationales et/ou infranationales sur les déterminants sociaux de la santé dans les mécanismes d'accréditation	Normes nationales et/ou infranationales sur la formation interprofessionnelle dans les mécanismes d'accréditation	Coopération entre les établissements d'enseignement et de formation des personnels de santé et les organismes de réglementation pour convenir de normes d'accréditation	Normes pour les qualifications du personnel enseignant
PAR RÉGION OMS						
Afrique	78 % (32/41)	60 % (12/20)	47 % (9/19)	70 % (28/40)	64 % (14/22)	90 % (20/22)
Amériques	91 % (31/34)	47 % (7/13)	23 % (3/13)	44 % (15/34)	63 % (10/16)	68 % (13/19)
Asie du Sud-Est	90 % (9/10)	40 % (4/10)	60 % (6/10)	40 % (4/10)	80 % (8/10)	100 % (9/9)
Europe	96 % (51/53)	50 % (18/27)	56 % (15/27)	65 % (34/52)	90 % (27/30)	90 % (36/40)
Méditerranée orientale	75 % (12/16)	67 % (4/6)	0 % (0/6)	57 % (8/14)	83 % (5/6)	92 % (12/13)
Pacifique occidentale	90 % (18/20)	67 % (2/3)	100 % (2/2)	53 % (9/17)	100 % (2/2)	88 % (14/16)
PAR CATÉGORIE DE REVENU DE LA BANQUE MONDIALE						
Revenu élevé	97 % (58/60)	64 % (21/33)	52 % (16/31)	66 % (38/58)	89 % (31/35)	94 % (50/53)
Revenu intermédiaire de la tranche supérieure	89 % (42/47)	47 % (8/17)	25 % (4/16)	51 % (23/45)	67 % (12/18)	76 % (19/25)
Revenu intermédiaire de la tranche inférieure	91 % (39/43)	63 % (15/24)	55 % (12/22)	66 % (27/41)	75 % (18/24)	93 % (26/28)
Revenu faible	58 % (14/24)	38 % (3/8)	38 % (3/8)	65 % (15/23)	56 % (5/9)	90 % (9/10)
Niveau mondial	88 % (153/174)	57 % (47/82)	45 % (35/77)	62 % (103/167)	77 % (66/86)	90 % (104/116)

Notes : Dernières données disponibles pour la période 2018-2023. Pour certains indicateurs, les résultats communiqués par les pays répondants peuvent ne pas être représentatifs de l'ensemble des pays de la région, c'est pourquoi ces valeurs doivent être interprétées avec prudence.

Source : CNPS, 2024.

une augmentation (77 % dans le rapport 2020) pour les normes relatives aux qualifications des enseignants et presque

aucun changement (89 % dans le rapport 2020) pour les mesures d'accréditation (voir Encadré 6.1 et Tableau 6.3).

Encadré 6.1 Difficultés et opportunités pour soutenir et maintenir en poste le personnel enseignant

Des pénuries d'enseignants en soins infirmiers sont signalées dans le monde entier, limitant l'admission d'étudiants ou la qualité de l'enseignement et contribuant ainsi à la pénurie de personnel infirmier et à des défis plus vastes (203–208). L'American Association of Colleges of Nursing a constaté que 65 766 candidats qualifiés ont été écartés des programmes de formation en soins infirmiers au niveau universitaire et à celui du diplôme de fin d'études secondaires aux États-Unis d'Amérique en 2023 en raison d'un manque d'enseignants et de ressources (209).

Le Canada, les États-Unis d'Amérique et le Royaume-Uni ont quantifié leurs pénuries d'enseignants en soins infirmiers, notamment en prenant en compte les données sur l'âge qui contribuent au problème. Un tiers des enseignants employés en 2015 aux États-Unis d'Amérique devaient prendre leur retraite d'ici à 2025 (210) ; au Canada, 52,8 % des enseignants avaient plus de 50 ans et 19,9 % plus de 60 ans (211) ; au Royaume-Uni, plus d'un tiers (37,6 %) du personnel enseignant universitaire était âgé de 51 ans à 60 ans (212). Les données indiquent des difficultés communes de recrutement des enseignants en raison du manque de salaires attractifs et de mentors qualifiés (211–214). Plusieurs stratégies ont été mises en œuvre aux États-Unis d'Amérique pour inciter le personnel infirmier à obtenir des diplômes universitaires et à assumer des fonctions d'enseignant, notamment l'octroi de prêts à faible taux d'intérêt pour s'inscrire à des programmes universitaires et l'annulation des prêts pour ceux qui travaillent comme enseignants (ressources pour la santé et administration des services), des subventions publiques pour aider les écoles en soins infirmiers à augmenter leur nombre d'étudiants et d'enseignants, des subventions pour l'amélioration des programmes et la modernisation des infrastructures (projet de loi 3770 du Congrès), des bourses gouvernementales (Department of Veterans Affairs) pour l'obtention du diplôme de fin d'études secondaires et de diplômes universitaires en soins infirmiers (215, 216). La plupart de ces mécanismes de financement sont assortis d'une obligation de service de 1 an à 3 ans. Des initiatives similaires visant à remédier à la pénurie de personnel infirmier au niveau des États ont également été couronnées de succès (217).

Les attentes à l'égard des professeurs d'enseignement supérieur vont au-delà de l'enseignement aux étudiants et touchent la recherche et la publication de travaux, la direction et la gestion de l'établissement, ainsi que la conception et la mise en œuvre de programmes, souvent incluant la santé numérique et les technologies en ligne (218–219). Les préoccupations courantes des enseignants sont : un leadership sans véritable soutien, des environnements de travail stressants (214), une faible rémunération, une charge de travail irréaliste, un manque de reconnaissance et des problèmes personnels/familiaux (222). La satisfaction au travail, l'engagement envers l'organisation et la culture de soutien sur le lieu de travail ont une influence positive sur l'épanouissement professionnel et la carrière des enseignants, ainsi que sur leur intention de rester dans l'établissement (219, 223). En revanche, un déséquilibre entre vie professionnelle et vie privée a une incidence négative sur la satisfaction professionnelle et la carrière des enseignants et augmente leur intention de quitter leur emploi (221, 223–225).

Une orientation et un mentorat officialisés et structurés sont nécessaires pour faciliter le passage des enseignants en soins infirmiers débutants vers le milieu universitaire et le rôle qu'on attend d'eux (221, 226–228). Les programmes relatifs à l'enseignement supérieur et le personnel enseignant auront besoin d'un soutien technique et financier pour intégrer les technologies numériques de la santé à tous les niveaux de la formation en soins infirmiers afin de garantir la possession par les infirmiers(ères) des compétences requises pour les soins aux patients et la santé de la population, soutien apporté notamment par les dossiers médicaux électroniques, la télésanté, les systèmes d'aide à la décision, les applications mobiles, la robotique et les outils d'intelligence artificielle, entre autres (229–233). Le recours à des programmes d'enseignement supérieur et à des professeurs en informatique et en ingénierie pourraient être nécessaire, ou à des modes d'apprentissage interprofessionnel

93. Le pourcentage de pays répondants qui ont signalé l'existence de « normes pour la formation interprofessionnelle » (62 %) était légèrement inférieur à celui indiqué dans *La situation mondiale des soins infirmiers en 2020* (73 %). Le pourcentage de pays répondants faisant état de mesures portant sur l'inclusion des « déterminants sociaux de la santé » et de la « responsabilité sociale » dans les mécanismes d'accréditation des programmes d'enseignement et de formation en soins infirmiers était le plus faible, avec 57 % pour l'un et 45 % pour l'autre. Il convient d'être prudent dans l'interprétation des résultats concernant la réglementation et les normes en matière d'enseignement, car les évaluations auto-déclarées de l'existence de ces mesures et politiques ne correspondent pas à leur mise en œuvre effective (voir Encadré 6.2).
94. Les données sur l'existence de mécanismes de réglementation et d'accréditation des programmes d'enseignement et de formation en soins infirmiers, ventilées par Région et par catégorie de revenu, ont été résumées (voir Tableau 6.3). L'existence de normes pour le personnel enseignant a été signalée par 100 % des pays répondants de la Région de l'Asie du Sud-Est et seulement 68 % des pays de la Région des Amériques, mais aucun schéma ne s'est dégagé en fonction de la catégorie de revenu des pays. L'existence déclarée de mécanismes d'accréditation était la plus élevée pour les pays répondants de la Région européenne (96 %) et la plus faible pour ceux de la Région africaine (78 %), avec, à l'inverse, une grande différence selon la catégorie de revenu des pays : 97 % des pays répondants à revenu élevé, contre seulement 58 % des pays répondants à revenu faible.

Encadré 6.2 Formation interprofessionnelle

La formation interprofessionnelle permet aux professionnels de santé d'acquérir les compétences nécessaires pour intégrer leur expertise dans un cadre rassembleur et collaboratif au sein d'équipes multidisciplinaires. Malgré l'importance de ce domaine, les efforts se heurtent souvent à des difficultés, notamment en ce qui concerne la coordination des calendriers entre les disciplines, ce qui peut compliquer la mise en œuvre (237, 238). La formation professionnelle par simulation s'est avérée très prometteuse, améliorant de manière significative la culture du travail en équipe et favorisant les attitudes positives chez les étudiants, ce qui souligne son efficacité en tant qu'outil d'enseignement (239). En République islamique d'Iran, cette approche utilisée pour les étudiants en anesthésiologie a non seulement amélioré les attitudes à l'égard du travail d'équipe interprofessionnel, mais a également renforcé la collaboration entre les professionnels de santé (239). La formation interprofessionnelle a eu un impact positif sur les résultats de santé dans les soins du diabète, la culture des services d'urgence, la satisfaction des patients, la collaboration en salle d'opération, la réduction des taux d'erreurs cliniques et l'amélioration de la gestion des soins dans le domaine de la violence domestique et de la santé mentale (240). Toutefois, cette approche nécessite des investissements financiers et des ressources technologiques considérables, ce qui peut limiter son adoption à grande échelle (237).

Les attitudes culturelles et les compétences interpersonnelles au niveau individuel, ainsi que la dynamique plus large de la concurrence entre les professions, sapent souvent la cohésion de l'équipe, ce qui représente des obstacles importants à la collaboration interprofessionnelle (241, 242). Dans les zones rurales d'Australie, ces obstacles, combinés aux défis organisationnels, limitent l'efficacité de la formation interprofessionnelle et des soins interprofessionnels, soulignant la nécessité d'améliorer la collaboration dans l'ensemble du système de santé (241). En outre, les enseignants et les étudiants peuvent développer des préjugés culturels et professionnels sur leurs rôles ou sur les personnes qui leur font face, ce qui complique encore la mise en œuvre de la formation interprofessionnelle dans les programmes de formation (237).

Cela indique qu'il est particulièrement nécessaire de promouvoir les mécanismes visant à garantir la qualité et la pertinence de l'enseignement et de la formation en soins infirmiers dans ces pays. Des normes relatives à la formation interprofessionnelle ont été signalées dans moins de deux tiers des pays répondants dans les Régions de l'Afrique et des Amériques, dans 75 % des pays à revenu faible répondants et dans

89 % des pays à revenu élevé. Il s'agit là d'une occasion manquée d'instruire et de former le personnel infirmier de manière à le préparer aux soins interprofessionnels en équipe. Bien que l'existence de normes spécifiques à la santé numérique n'ait pas été étudiée, on note une augmentation de l'utilisation des outils numériques dans la formation en soins infirmiers (voir Encadré 6.3).

Encadré 6.3 Technologies numériques de la santé dans l'enseignement des soins infirmiers

La pandémie de COVID-19 a accéléré la transition vers l'apprentissage assisté par la technologie (243). Des technologies, allant de systèmes de gestion de l'apprentissage aux plateformes de réseaux sociaux, continuent d'être utilisées à tous les niveaux de la formation en soins infirmiers (244–246). Les programmes d'enseignement à distance en ligne, combinés à des possibilités appropriées de formation clinique, peuvent accroître la diversité des étudiants dans les programmes de soins infirmiers (247, 248) et offrir aux étudiants potentiels des zones rurales un meilleur accès à la formation en soins infirmiers (249, 250).

Même si l'apprentissage en ligne a été apprécié par les étudiants et les enseignants pendant la pandémie, par la suite l'enseignement des soins infirmiers s'est orienté vers des approches mixtes utilisant des approches basées aussi bien sur l'enseignement en présentiel que sur la technologie en raison des limites des approches d'apprentissage uniquement en ligne, des préférences des étudiants et des enseignants, des ressources nécessaires pour l'enseignement en ligne et des obstacles auxquels certaines personnes sont confrontées pour accéder aux formes numériques d'enseignement (251–254). Les obstacles aux formes numériques d'enseignement des soins infirmiers sont un accès limité à Internet, un manque d'équipement informatique et de soutien technique, des technologies mal conçues, l'absence ou l'inclusion limitée de programmes de santé numérique, et des niveaux variables de culture numérique chez les étudiant(e)s et les enseignants (229, 255–259). Le faible niveau de culture numérique de certain(e)s étudiants en soins infirmiers entrave leur apprentissage et leur développement professionnel (260, 261). Pendant la pandémie de COVID-19, lorsque l'apprentissage se faisait entièrement en ligne, certain(e)s étudiant(e)s ont dû engager des frais (accès à Internet et achat d'appareils numériques) pour y accéder et y participer (262, 263).

Le mentorat en présentiel des étudiant(e)s en soins infirmiers vivant dans des zones éloignées ou rurales peut être renforcé par des technologies mobiles et numériques qui permettent aux étudiants d'accéder à des ressources éducatives électroniques en milieu clinique (264–267). La simulation virtuelle par la téléconférence, les applications de réalité virtuelle et d'autres technologies ainsi que les cadres pédagogiques associés qui incluent des scénarios de patients standardisés et des techniques de débriefing sont de plus en plus utilisés pour enseigner aux étudiants de premier cycle les aptitudes et compétences cliniques de base dans des contextes didactiques, en particulier lorsque les espaces d'enseignement physiques, l'équipement de simulation de haute-fidélité et d'autres ressources sont limités, ou lorsque l'accès aux environnements cliniques ou réels est restreint ou géographiquement inaccessible, comme dans certains domaines des soins primaires (229, 268–272). Ces approches peuvent également être utiles pour la formation diplômante ou continue du personnel infirmier, en particulier pour ceux qui font de la pratique avancée et assument des fonctions de direction (273).

Les récentes innovations en matière d'outils d'IA générative ont conduit certains professeurs à mettre en place des chatbots utilisant l'IA qui aident les étudiants en soins infirmiers à acquérir des compétences cliniques (274, 275), et à proposer des contenus avancés pour les étudiants de deuxième cycle et les infirmiers en exercice (276).

6.3 Durée de la formation initiale en soins infirmiers

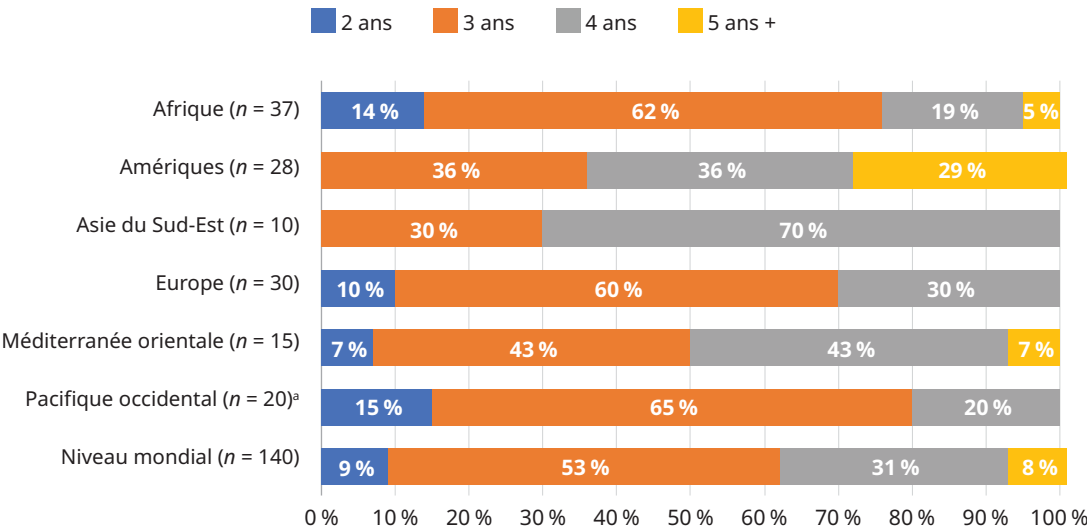
95. Au total, 140 pays ont fourni des données sur la durée de leurs programmes de formation initiale en soins infirmiers (voir Figure 6.3). La majorité (53 %) des pays ont indiqué une durée de formation de 3 ans et un tiers (31 %) une durée de 4 ans, soit un total cumulé de 84 % des pays à avoir indiqué des programmes de 3 ou 4 ans. Les résultats de 2023 sur la durée de la formation en soins infirmiers ne peuvent pas être directement comparés à ceux figurant dans *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020*, car les données de 2023 ont été recueillies séparément pour les deux catégories de personnel infirmier (cadres infirmiers et personnel infirmier auxiliaire). Or, dans le rapport de 2020, les données n'ont été communiquées que pour les cadres infirmiers et ne portent que sur moins de 100 pays. Les durées de 3 ans et 4 ans indiquées dans les données de 2023 correspondent probablement à un diplôme universitaire ou à un programme de licence permettant d'accéder à la

profession. Les données probantes sur les avantages d'un diplôme de niveau licence dans de nombreux contextes – et sur les inconvénients dans d'autres – continuent de s'étoffer (voir Encadré 6.4).



Des étudiants de l'école en soins infirmiers de l'UWI, campus de Mona en Jamaïque, en visite sur le terrain. © S. Chisholm Ford

Figure 6.3 Durée de la formation du personnel infirmier (en années) dans les pays, par Région OMS



Notes : L'analyse porte sur les données de la dernière année déclarée au cours de la période 2018-2023 par 139 pays sur la durée des programmes d'enseignement et de formation en soins infirmiers (en années). Le terme personnel infirmier désigne les cadres infirmiers, le personnel infirmier auxiliaire et le personnel infirmier non défini.
^a Données communiquées pour moins de la moitié de la population.
Source : CNPS , 2024.

Encadré 6.4 Formation en soins infirmiers de niveau licence

Le fait de disposer simultanément de plusieurs niveaux de formation en soins infirmiers est courant dans tous les pays, quelle que soit leur catégorie de revenu. On estime généralement que le baccalauréat en sciences infirmières confère un niveau plus élevé de réflexion critique, de jugement clinique et de leadership, ce qui peut avoir divers effets positifs pour le patient, l'établissement de santé et le personnel infirmier, notamment une amélioration de la mesure des réadmissions et de la mortalité (29, 277). Toutefois, les études disponibles continuent de porter sur les pays à revenu élevé et principalement sur les établissements hospitaliers, ce qui limite la généralisation à d'autres établissements et à d'autres contextes nationaux.

Des enquêtes nationales ont montré que les étudiants de licence en sciences infirmières étaient satisfaits de leur programme, mettant en avant des « connaissances plus approfondies et plus concrètes » et des compétences accrues en matière de réflexion critique, de pratique fondée sur des données probantes et de soins holistiques (278–280). Toutefois, les données recueillies dans certains pays qui proposent une licence en sciences infirmières indiquent une confusion de la part des employeurs, du public et d'autres professionnels de santé quant à la différenciation des tâches entre les personnes ayant suivi une formation sanctionnée par un certificat ou un diplôme et les personnes titulaires d'une licence en sciences infirmières (281–283). Cette confusion peut conduire à des attributions de tâches non différenciées, à une sous-utilisation des compétences des infirmiers(ères) titulaires d'une licence en sciences infirmières et à l'absence de différence de salaire ou de perspectives d'avancement, ce qui favorise le sentiment d'insatisfaction et, en fin de compte, l'abandon de la profession (220, 282–284). Cela peut être lié au statut social du personnel infirmier considéré comme inférieur et à la perception du rôle des infirmiers(ères) par le public, même ceux ou celles qui ont une licence (220, 282, 283, 285).

La mise en place d'un programme de licence en soins infirmiers exige beaucoup de ressources (219, 283, 286) en raison des conditions imposées à l'environnement éducatif et au corps enseignant, et de la nécessité de stages cliniques appropriés. Les préoccupations concernant les enseignants portent sur la préparation et la formation à des méthodes d'enseignement novatrices, le manque d'appareils et d'installations pédagogiques et le soutien au corps enseignant dans l'organisation des cours et le système d'enseignement (219). L'absence d'un nombre suffisant d'enseignants limite les admissions et nuit à la qualité de l'enseignement, ce qui oblige souvent à recruter des enseignants en soins infirmiers étrangers et à renoncer aux possibilités d'études supérieures pour les enseignants du pays (283, 285, 287). Les publications disponibles préconisent d'une part, pour les compétences de niveau licence, l'établissement d'un programme d'études national normalisé aligné sur les besoins de santé de la population, et d'autre part, pour l'accréditation des programmes, une coordination entre les programmes de soins infirmiers et les employeurs du secteur de la santé, les institutions de santé publiques et multilatérales, les organismes de réglementation et les autres partenaires concernés. Ces processus incitent également les employeurs du secteur de la santé à définir les rôles et appliquer des salaires qui varient en fonction des compétences des membres du personnel infirmier, ce qui est nécessaire pour accroître la « demande » en titulaires d'une licence en sciences infirmières.

96. Au niveau mondial, 9 % des pays ont déclaré des programmes de 2 ans et 8 % des programmes de 5 ans. C'est dans les Régions du Pacifique occidental et de l'Afrique que l'on trouve le plus grand nombre de pays indiquant des programmes d'une durée de 3 ans (respectivement 65 % et 62 %). La Région de l'Asie du Sud-Est compte le plus grand nombre de pays ayant fait état de programmes de 4 ans (70 %), suivie par la Région de la Méditerranée orientale (43 %). Plus d'un quart (29 %) des pays de la Région des Amériques ont

indiqué un programme d'enseignement de 5 ans, ce qui correspondrait à des programmes de niveau master. C'est dans la Région du Pacifique occidental que l'on trouve le pourcentage le plus élevé de pays (15 %) formant le personnel infirmier dans le cadre de programmes de 2 ans, suivi par 14 % des pays de la Région africaine. Les nouvelles technologies utilisées dans l'enseignement des soins infirmiers, telles que l'IA, présentent des avantages potentiels, mais aussi des raisons qui incitent à la prudence (voir Encadré 6.5).

Encadré 6.5 L'intelligence artificielle dans l'enseignement des soins infirmiers

Pour améliorer l'apprentissage, aider les étudiants à acquérir des compétences en communication (y compris en rédaction), faciliter la réflexion critique et renforcer la culture numérique des enseignants et des étudiants, des ressources éducatives interactives et évolutives peuvent être créées à l'aide de techniques et d'outils utilisant l'IA (230, 288, 289). L'IA peut être intégrée aux technologies éducatives et administratives et aux pédagogies numériques afin d'améliorer la diffusion des contenus, de suivre et d'encourager la participation des étudiants dans la formation didactique et clinique, et d'offrir aux étudiants des services d'assistance sur mesure, des expériences d'apprentissage personnalisées et des retours d'information. Des mesures appropriées visant à réduire le risque que les étudiants utilisent des outils d'IA pour rédiger leurs travaux garantiront l'intégrité de la formation du personnel infirmier (290, 291).

Les enseignants ont recours à des outils utilisant l'IA générative pour créer des ressources pédagogiques numériques (texte, audio, images, vidéo, animation) pour le programme d'études en soins infirmiers afin de faciliter l'apprentissage des étudiants (292). Cependant, les enseignants ont besoin de formation, d'équipements et de ressources (didactiques et cliniques) pour introduire les outils d'IA dans la pratique pédagogique. L'IA peut également contribuer à l'évaluation des étudiants, mais elle doit être associée à d'autres évaluations (examens cliniques objectifs et structurés, travaux de groupe, présentations, travaux de réflexion) afin d'évaluer l'apprentissage de manière globale. Les patients peuvent utiliser des outils d'IA pour leur santé, ce qui nécessite des connaissances et des compétences en IA de la part du personnel infirmier (291). Les référentiels de compétences en IA pour l'éducation de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (293) et le cadre éthique pour l'IA dans le domaine de la santé de l'OMS (294) peuvent faciliter l'application de l'IA dans l'enseignement et la pratique infirmière. La fracture numérique pourrait exacerber l'inégalité d'accès aux outils d'IA et réduire ainsi les possibilités pour les enseignants et les étudiants de tirer parti de l'IA à des fins d'apprentissage (295).

Exemples

- Les enseignants ont créé un chatbot pour aider les étudiants en soins infirmiers à acquérir des connaissances et des compétences en matière d'administration de vaccins aux femmes enceintes, améliorant de la sorte l'apprentissage ainsi que la participation et l'efficacité individuelle (274).
- Un agent conversationnel virtuel destiné aux étudiants en soins infirmiers a favorisé la prise de décisions cliniques et la sécurité des patients. Les étudiants ont trouvé le contenu du chatbot informatif et utile dans les environnements cliniques, mais ont suggéré des améliorations dans sa conception et sa fonction (275).
- Un algorithme d'apprentissage profond a aidé à former le personnel infirmier à l'utilisation de l'échocardiogramme. Cette approche pourrait accélérer le diagnostic des maladies par le biais de l'échographie, ce qui pourrait être utile dans les environnements à faibles ressources (296).
- Des études de cas de patients ont été générées à l'aide de ChatGPT qui était connecté à un mannequin, permettant des conversations avec les étudiants en soins infirmiers, rendant le scénario simulé plus interactif et utile pour un meilleur apprentissage (297).

Atouts, faiblesses, potentialités et dangers de l'IA

- **Atouts** : L'IA peut traiter rapidement de grandes quantités de données (c'est-à-dire du texte, des images, du son et de la vidéo), ce qui permet aux outils utilisant l'IA de répondre aux enseignants et aux étudiants de manière relativement précise par le biais de données écrites et audiovisuelles. L'IA peut ajuster ses réponses dans la durée, ce qui permet d'offrir des expériences d'apprentissage plus personnalisées en temps réel (298).
- **Faiblesses** : La dépendance de l'IA vis-à-vis de données qui, si elles sont de mauvaise qualité, peuvent fausser des résultats. L'IA peut également fabriquer des résultats (connus sous le nom d'« hallucinations »), ce qui oblige les professeurs et les étudiants à rester critiques (295).
- **Potentialités** : La création de ressources éducatives interactives et évolutives pour améliorer l'apprentissage, aider les étudiants à acquérir des compétences en matière de communication (y compris de rédaction), stimuler la pensée critique et accroître la culture numérique des enseignants et des étudiants (288).
- **Dangers** : Préoccupations liées au droit d'auteur, au consentement, à la protection de la vie privée et au plagiat ; absence de responsabilité concernant les résultats de l'IA et la prise de décisions des enseignants et des étudiants ; perte de créativité, de sensibilité et d'expertise pour les utilisateurs en cas d'utilisation excessive de l'IA ; automatisation de l'enseignement et de l'évaluation, susceptible de remplacer les enseignants et les gestionnaires de l'enseignement ou la direction ; et inégalité dans l'accès et l'utilisation de l'IA dans l'enseignement en soins infirmiers (299).



Un étudiant en soins infirmiers laotien prend la tension d'un patient lors d'une séance de formation clinique. © OMS/Yoshi Shimizu

→ Pratique infirmière

AXE STRATÉGIQUE

Les infirmiers(ères) exercent leur profession en mettant pleinement à profit leurs qualifications et leur formation dans des environnements de travail sûrs et favorables.

PRINCIPALES CONCLUSIONS

- Au niveau mondial, 92 % des pays répondants ont déclaré disposer d'un organisme de réglementation professionnelle pour les soins infirmiers, toutes les Régions affichant des pourcentages élevés.
- Les examens visant à garantir les compétences initiales ou « l'aptitude à la pratique » des infirmiers(ères) sont utilisés dans 76 % des pays répondants.
- Au niveau mondial, 62 % des pays répondants ont déclaré avoir du personnel infirmier de pratique avancée. Par catégorie de revenu, les pays à revenu faible ont déclaré le pourcentage le plus élevé de personnel infirmier de pratique avancée (74 %), ce qui pourrait indiquer une stratégie visant à optimiser les professionnels en soins infirmiers plus qualifiés lorsque la disponibilité des médecins est limitée.
- La présence de personnel infirmier de pratique avancée est plus répandue dans les pays répondants où la densité de médecins est plus faible, ce qui laisse penser qu'il peut s'agir d'une stratégie visant à résoudre les problèmes d'accès dans ces régions.
- Au niveau mondial, 55 % des pays répondants ont déclaré disposer de lois ou de politiques réglementant le nombre d'heures et les conditions de travail.
- 94 % des pays répondants ont déclaré disposer de lois ou de politiques garantissant un salaire minimum, sans différence notable selon la Région ou la catégorie de revenu des pays.
- 59 % des pays répondants ont déclaré avoir pris des mesures pour prévenir les agressions contre les agents de santé. Le pourcentage est le plus élevé dans la Région de l'Asie du Sud-Est (90 %) et le plus faible dans la Région des Amériques (36 %).
- 42 % des pays répondants ont signalé l'existence d'ensembles de soins pour le bien-être mental, avec des variations régionales significatives, allant de 74 % dans la Région de la Méditerranée orientale à 31 % dans la Région des Amériques.
- Au niveau mondial, 78 % des pays répondants ont indiqué l'existence de mécanismes de promotion de la sécurité des agents de santé. Le pourcentage était de 83 % pour les pays à revenu élevé répondants et de 71 % pour les pays à revenu faible.
- 43 % des pays répondants ont indiqué disposer de mécanismes de rémunération en nature pour promouvoir le maintien en poste du personnel en milieu rural, le taux le plus élevé étant enregistré dans la Région du Pacifique occidental (67 %) et le moins élevé dans la Région de la Méditerranée orientale (25 %).
- Les pays à revenu élevé sont les seuls où les salaires à l'entrée dans la profession dépassent 2000 USD par mois. En revanche, les pays à revenu faible, les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure offrent généralement des salaires inférieurs à 1000 USD par mois, avec des variations peu importantes au sein de ces catégories. Cette différence persiste après ajustement pour les parités de pouvoir d'achat.

97. Ce chapitre se concentre sur deux domaines clés de la pratique infirmière, à savoir la réglementation professionnelle de la pratique infirmière et les conditions de travail du personnel infirmier. La partie consacrée au premier domaine examine l'existence d'organismes de réglementation dans le secteur des soins infirmiers, les mécanismes visant à garantir la compétence avant et pendant l'emploi des infirmiers(ères), et la pratique infirmière avancée. La seconde partie présente les lois et politiques en vigueur, selon les pays, pour assurer la protection et le soutien du personnel infirmier dans leur environnement de travail, avec une section spécifique consacrée aux salaires.

7.1 Réglementation relative à la pratique infirmière

98. La réglementation relative au personnel de santé, y compris le personnel infirmier, est essentielle pour protéger l'intérêt public par le biais de la sécurité des patients, mais elle peut également servir des priorités liées au système de santé plus large, notamment la formation des professionnels de santé, la répartition des agents de santé, la planification et la mobilisation de la main-d'œuvre, la gestion des coûts et le règlement des problèmes liés à la mobilité internationale du personnel de santé (300–302) (voir Encadré 7.1).

Encadré 7.1 Impacts potentiels des mesures de réglementation sur la mobilité et la disponibilité du personnel infirmier

La nécessité de recruter et de retenir les infirmiers(ères) pendant la pandémie de COVID-19 a provoqué un assouplissement des normes et de la réglementation en place en matière de soins infirmiers dans certains endroits (303). Même si ces assouplissements, souvent spécifiques, concernant les restrictions en matière d'immigration et de réglementation des soins infirmiers avaient un caractère temporaire et n'étaient pas censés faire partie d'un programme d'harmonisation plus large, l'évaluation de ces mécanismes est nécessaire si l'on veut qu'ils servent de base à de futures réformes de la réglementation ou à des initiatives d'harmonisation (304–306). D'autres événements majeurs, tels que l'abandon par certains pays d'un bloc économique caractérisé par une certaine convergence réglementaire, ont eu l'impact inverse sur le flux de personnel infirmier entre les juridictions qui reconnaissaient auparavant mutuellement leurs normes (307, 308).

Des accords de reconnaissance mutuelle et d'autres mesures visant à harmoniser les normes de réglementation des soins infirmiers entre les juridictions ont été mis en place dans la Région de l'Asie du Sud-Est dans le cadre de l'Association des nations de l'Asie du Sud-Est (ASEAN), dans l'Union européenne (UE) et l'Espace économique européen (EEE) dans le cadre du processus de Bologne, et dans les Caraïbes dans le cadre des initiatives de la Communauté des Caraïbes (CARICOM) (29). La littérature publiée depuis 2020 fait état de diverses tentatives faites par les pays pour ces efforts d'harmonisation par le biais de réformes de l'enseignement, d'une augmentation des investissements et d'un renforcement de la réglementation (284, 309–316).

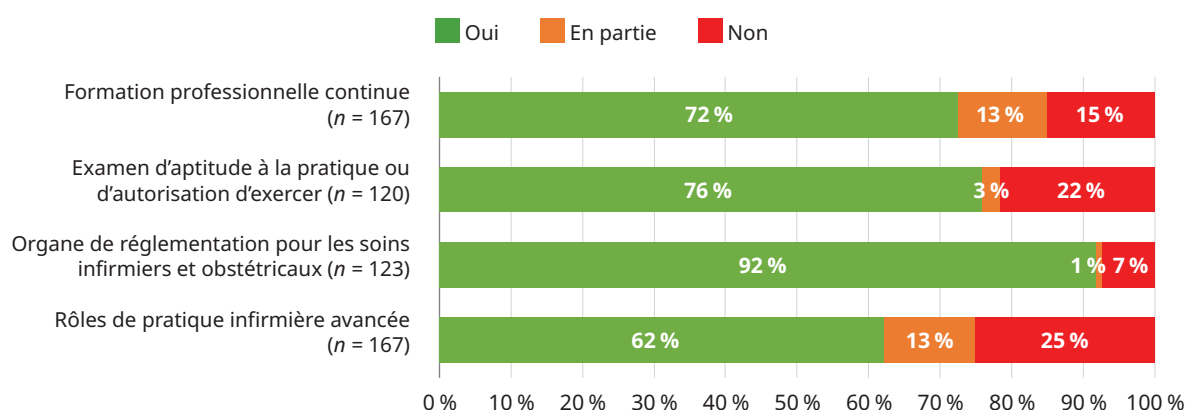
99. Les données sont présentées pour les pays ayant répondu sur les indicateurs concernant l'existence d'un organisme de réglementation des soins infirmiers officiel, l'existence d'un examen d'aptitude à la pratique ou d'autorisation d'exercer, et d'une formation professionnelle continue, qui est souvent exigée pour le maintien de l'agrément ou de l'autorisation d'exercer (voir Figure 7.1 et Tableaux 7.1 et 7.2). Un indicateur distinct portait sur la présence de personnel infirmier de pratique avancée.

100. Au niveau mondial, 92 % des pays répondants ont signalé l'existence d'un organisme de réglementation professionnelle pour les soins infirmiers. Toutes les Régions affichent des pourcentages élevés, allant de 100 % dans les pays répondants de la Région de l'Asie du Sud-Est à 85 % dans ceux de la Région

de la Méditerranée orientale. S'il existe des différences au niveau régional, il n'y a pas de tendance visible en fonction de la catégorie de revenu des pays : les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure présentant le pourcentage le plus bas (72 %) et les pays des trois autres catégories de revenu affichant 97 % ou 100 %.

101. Les examens visant à garantir les compétences initiales ou « l'aptitude à la pratique » des infirmiers(ères) avant qu'ils/elles ne reçoivent l'autorisation d'exercer sont utilisés dans 76 % des pays répondants au niveau mondial. C'est dans les Régions de l'Afrique et d'Asie du Sud-Est que ce pourcentage est le plus élevé (respectivement 86 % et 89 %) et dans la Région de la Méditerranée orientale qu'il est le plus faible (57 %).

Figure 7.1 Pourcentage de pays répondants déclarant l'existence d'aspects liés à la réglementation professionnelle et à la pratique infirmière



Note : Dernières données disponibles pour la période 2018-2023.

Source : CNPS, 2024.

Des éléments probants continuent de confirmer l'efficacité, l'efficacité, la qualité et la reconnaissance des soins dispensés par le personnel infirmier

Tableau 7.1

Pourcentage de pays répondants ayant signalé l'existence de réglementations sur les soins infirmiers et d'aspects liés à la pratique des soins infirmiers (% Oui), par Région de l'OMS

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Niveau mondial
Organe de réglementation des soins infirmiers et de la profession de sage-femme	95 % (21/22)	90 % (19/21)	100 % (9/9)	90 % (37/41)	85 % (11/13)	94 % (16/17)	92 % (113/123)
Examen d'aptitude à la pratique/ d'autorisation d'exercer	86 % (18/21)	68 % (13/19)	89 % (8/9)	74 % (29/39)	57 % (8/14)	83 % (15/18)	76 % (91/120)
Systèmes nationaux de formation professionnelle continue	69 % (27/39)	67 % (22/33)	70 % (7/10)	83 % (43/52)	83 % (10/12)	57 % (12/21)	72 % (121/167)
Pratique infirmière avancée	76 % (29/38)	64 % (21/33)	80 % (8/10)	51 % (27/53)	71 % (10/14)	47 % (9/19)	62 % (104/167)

Notes : Dernières données disponibles pour la période 2018-2023. Les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre de pays ayant répondu Oui par rapport au nombre total de pays ayant répondu pour cet indicateur. Pour certains indicateurs, les résultats communiqués par les pays répondants peuvent ne pas être représentatifs de l'ensemble des pays de la Région, c'est pourquoi ces valeurs doivent être interprétées avec prudence.

Source : CNPS , 2024.

Tableau 7.2

Pourcentage de pays répondants ayant signalé l'existence de réglementations sur les soins infirmiers et d'aspects liés à la pratique infirmière (% Oui), par catégorie de revenu de la Banque mondiale

	Élevé	Intermédiaire de la tranche supérieure	Intermédiaire de la tranche inférieure	Faible	Niveau mondial
Organe de réglementation des soins infirmiers et de la profession de sage-femme	98 % (53/54)	72 % (21/29)	97 % (29/30)	100 % (10/10)	92 % (113/123)
Examen d'aptitude à la pratique/ d'autorisation d'exercer	80 % (41/51)	62 % (18/29)	87 % (26/30)	60 % (6/10)	76 % (91/120)
Systèmes nationaux de formation professionnelle continue	82 % (49/60)	60 % (27/45)	73 % (29/40)	73 % (16/22)	72 % (121/167)
Pratique infirmière avancée	63 % (38/60)	52 % (24/46)	67 % (28/42)	74 % (14/19)	62 % (104/167)

Notes : Dernières données disponibles pour la période 2018-2023. Les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre de pays ayant répondu Oui par rapport au nombre total de pays ayant répondu pour cet indicateur. Pour certains indicateurs, les résultats communiqués par les pays répondants peuvent ne pas être représentatifs de l'ensemble des pays de la Région, c'est pourquoi ces valeurs doivent être interprétées avec prudence.

Source : CNPS , 2024.

102. Les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure sont ceux qui ont le plus recours aux examens d'autorisation d'exercer (87 %), c'est l'inverse pour les pays à revenu faible (60 %). Dans certains pays,

l'examen d'autorisation d'exercer constitue une première opportunité de mettre en place un identifiant unique pour chaque infirmier(ère) qui sera conservé tout au long de la durée de leur activité (voir Encadré 7.2).

Encadré 7.2 Système d'identifiant unique pour chaque infirmier(ère)

Un système d'identifiant unique pour les infirmiers(ères) peut être utile à la planification et à la gestion du personnel de santé en permettant de suivre les autorisations d'exercer, la spécialisation et le déploiement du personnel dans les différentes Régions. Il permet un suivi en temps réel du personnel disponible, aidant les autorités à réaffecter rapidement les ressources en cas d'urgence de santé publique et à combler les lacunes en matière de couverture (317).

Aux États-Unis d'Amérique, un identifiant (National Council of State Boards of Nursing Identifier) est créé lorsqu'un étudiant s'inscrit à l'examen national d'autorisation d'exercer. Il est stocké en tant que champ clé du système Nursys®, ce qui permet au public, aux employeurs et aux infirmiers(ères) de connaître en temps réel le statut de l'autorisation d'exercer dans toutes les juridictions sous la forme d'un rapport unique. Un système complémentaire établi sur la base du volontariat, appelé eNotify, fournit en temps utile des rappels sur les exigences de renouvellement de l'autorisation d'exercer ou sur les changements de statut, garantissant ainsi des informations actualisées sur le personnel (318, 319).

En Inde, le système d'enregistrement et de suivi du personnel infirmier a été mis au point par le Conseil indien du personnel infirmier à des fins similaires. Ce système est lié aux informations Aadhaar sur les infirmiers(ères) (similaires à un numéro d'assurance sociale), ce qui permet d'éviter d'avoir plusieurs fois les mêmes noms. Le système tient à jour un registre du personnel infirmier indien qualifié travaillant dans le pays et à l'étranger (320).

Ces types de systèmes peuvent également contribuer à la prévision des effectifs en permettant un suivi longitudinal des trajectoires de carrière des infirmiers(ères), notamment leur passage du statut d'étudiant(e)s à celui de praticien(ne)s, leur spécialisation et les lieux d'exercice (321). Ces informations peuvent renseigner sur les besoins en formation continue, la planification des capacités et aider à faire face aux pénuries de personnel de manière proactive. L'intégration de l'identifiant unique dans les dossiers électroniques des patients fournit des données sur le rétablissement des patients et le respect des soins optimaux (317). Un identifiant unique utilisé au niveau mondial pourrait potentiellement améliorer la capacité à évaluer l'efficacité des initiatives de perfectionnement des compétences du personnel et l'impact des stratégies ciblées concernant son recrutement et son maintien en poste (82).

103. Exiger la preuve d'une formation professionnelle continue ou d'un enseignement continu est un mécanisme réglementaire utilisé par 72 % des pays répondants. La Région de la Méditerranée orientale, qui compte le moins de pays utilisant un examen d'autorisation d'exercer pour évaluer les compétences initiales, affiche le pourcentage le plus élevé de pays (83 %, avec la Région européenne) utilisant la formation professionnelle continue pour garantir le maintien des compétences. Il n'y a pas de tendance manifeste en prenant en compte la catégorie de revenu des pays : les pays à revenu élevé affichent le pourcentage le plus élevé (82 %) et les pays à revenu intermédiaire de la tranche

supérieure le pourcentage le plus faible (60 %). Bien que la majorité des pays de l'ensemble des Régions disposent de systèmes de formation professionnelle continue, ces données n'indiquent pas le contenu, ni s'il est accrédité ou bien garanti pour sa pertinence par rapport au contexte du pays ou aux compétences permanentes requises du personnel infirmier dans un contexte de services de santé donné. Dans l'idéal, la formation professionnelle continue soutiendra les compétences de base essentielles, notamment pour les fonctions élargies dans les structures de prestation de soins de santé au service de populations vivant plus longtemps et souffrant de

Encadré 7.3 Modèles d'apprentissage numérique pour améliorer et renouveler les compétences du personnel infirmier

Les responsables de la planification des systèmes de santé sont confrontés à une pression croissante pour améliorer et renouveler les compétences du personnel infirmier afin de répondre aux besoins de plus en plus complexes en matière de prise en charge de la santé de la population dans le monde entier. De nouveaux modèles d'apprentissage numérique – centrés sur le microapprentissage, les microtitres de compétences, les badges numériques et les macrocertifications – gagnent du terrain en tant que moyens souples et accessibles pour le développement professionnel. Ces modèles pourraient bouleverser les offres de formation continue existantes et remodeler la manière dont le personnel infirmier acquiert et confirme ses compétences, en particulier dans les pays aux ressources limitées où les modèles traditionnels de formation continue sont moins accessibles.

Accès à un enseignement avancé en soins infirmiers à l'ère du numérique

L'apprentissage en cours d'emploi dans le but de dispenser des soins plus spécialisés peut être complété par des programmes de microtitres de compétences – à la fois des programmes de microapprentissage et de macrocertification (une macrocertification est similaire à une qualification, mais obtenue grâce à de multiples microcertifications dans le cadre de thèmes plus larges) (322). Les infirmiers(ères) peuvent obtenir des microtitres de compétences – de petites certifications cumulables – validant des connaissances, des aptitudes et des compétences spécifiques. Ces microdiplômes peuvent être obtenus plus rapidement et de manière ciblée pour répondre à des besoins précis. Ils peuvent également préparer à des macrocertifications plus larges dans des domaines d'étude plus généraux tels que les soins de réadaptation. Les microdiplômes numériques peuvent permettre aux infirmiers(ères) de mettre en valeur leur apprentissage en cours d'emploi (323). Les infirmiers qui dispensent des soins avancés, mais n'ont pas de qualifications bénéficieront grandement des parcours d'apprentissage formels proposés par les programmes de microtitres de compétences et de la reconnaissance des acquis de l'apprentissage qu'offrent les badges numériques et les microdiplômes.

Les badges numériques affichent les connaissances, les aptitudes ou les compétences et sont essentiels à cet écosystème. Ils peuvent constituer un moyen immédiat et reconnaissable pour les infirmiers(ères) de faire valoir leur expertise et leurs compétences auprès des employeurs, des pairs et des organismes de réglementation. Les informations des badges numériques peuvent également être partagées sur les réseaux sociaux, les réseaux professionnels et les curriculums vitae numériques, ce qui favorise la mobilité professionnelle et permet aux employeurs d'identifier rapidement les candidats adéquats.

Avantages des microdiplômes numériques pour la pratique avancée

Les microtitres de compétences numériques peuvent avoir un effet positif sur les pratiques en soins infirmiers dans le monde en améliorant la mobilité transfrontalière et en comblant les lacunes dans les compétences des agents de santé de manière à répondre aux attentes définies dans les normes de formation et les cadres de réglementation (324). Le microapprentissage, les microtitres et macrotitres de compétences ainsi que les badges numériques ne sont pas seulement des outils de perfectionnement, mais peuvent également contribuer au renouvellement des compétences du personnel infirmier en fonction de l'évolution de la demande en matière de santé. En outre, l'évaluation d'acquis d'apprentissage conduisant à l'obtention d'un badge ou d'un microdiplôme liée à la justification de connaissances, d'aptitudes et/ou de compétences pouvant être acquises dans le cadre d'un apprentissage formel, informel et non formel permet aux infirmiers(ères) d'être reconnu(e)s pour des compétences acquises dans le cadre d'un apprentissage en cours d'emploi (325).

Un avenir avec des microdiplômes numériques accessibles et disponibles partout

L'apprentissage débouchant sur des microtitres de compétences et des badges numériques jouera un rôle crucial dans la préparation du personnel infirmier aux futurs systèmes de santé (326). Les modèles de prestation de soins de santé évoluant vers des soins fondés sur leur valeur et la prise en charge de la santé de la population, les infirmiers(ères) pourraient avoir besoin d'acquérir des compétences en matière d'analyse de données, de télésanté et de suivi des patients à distance, par exemple. Les plates-formes de microapprentissage peuvent fournir une formation rapide dans ces domaines, tandis que les microdiplômes et les macrocertifications numériques peuvent apporter la preuve de l'expertise des infirmiers(ères).

Les microtitres de compétences, le microapprentissage, les macrocertifications et les badges numériques offrent au personnel infirmier des moyens de formation qui viennent compléter les modèles d'enseignement traditionnels. Au fur et à mesure de l'évolution des systèmes de santé, les titres de compétences numériques contribueront à garantir que les qualifications du personnel infirmier sont suffisantes pour relever les défis de plus en plus complexes de la prise en charge de la santé de la population.

maladies complexes et chroniques (voir Encadré 7.3).

104. Des éléments de preuve solides continuent de démontrer l'efficacité, l'efficacité, la qualité et la reconnaissance des soins dispensés par le personnel infirmier (327). Au niveau mondial, la tendance est à l'élargissement des rôles des infirmiers(ères), notamment dans les modèles qui visent à optimiser la contribution de ce personnel dans la pratique avancée et les soins spécialisés (88). Des tendances similaires peuvent être observées dans le domaine des dispensaires gérés par du personnel infirmier et dans la pratique infirmière avancée (328–330). À mesure que les pays affectent des infirmiers(ères) à des rôles de soins avancés et spécialisés, qui exigent davantage de capacités techniques, scientifiques et de pratique indépendante, la certification de la spécialité peut être utilisée pour normaliser les exigences relatives à ces rôles, notamment l'évaluation des compétences initiales et en cours d'emploi. Bien qu'elle soit courante aux États-Unis d'Amérique et qu'elle se développe dans quelques autres pays anglophones à revenu élevé, les preuves de l'impact de la certification des soins infirmiers spécialisés font défaut et indiquent que les évaluations au niveau du système de santé devront déterminer si la certification des soins infirmiers spécialisés est susceptible de contribuer aux objectifs de prise en charge holistique des personnes atteints de multimorbidité (331).

105. Les infirmiers(ères) de pratique avancée ont suivi une formation avancée, généralement de niveau maîtrise, et leur champ de pratique est plus large que celui des infirmiers(ères) diplômé(e)s. Ils/Elles sont souvent habilité(e)s à poser un diagnostic, prescrire des médicaments, ordonner des tests de diagnostic, orienter les patients, faire admettre un malade dans un hôpital ou dans d'autres services

et l'autoriser à en sortir (332). Les titres professionnels les plus souvent attribués sont ceux d'infirmiers(ères) de pratique avancée, d'infirmiers(ères) praticien(ne)s et d'infirmiers(ères) clinicien(ne)s spécialisé(e)s (333, 334) (voir Encadré 7.4).

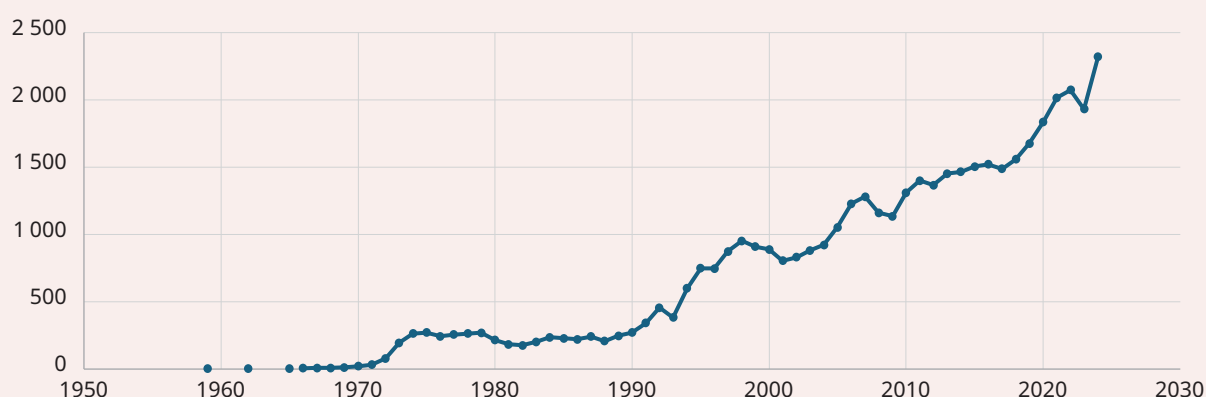


Flavia Naudi a dans les mains la tablette utilisée pour enregistrer numériquement les données de santé au centre de santé des chemins de fer à Kisumu, au Kenya. © OMS/Genna Print

Encadré 7.4 Pratique infirmière avancée

Un nombre croissant d'éléments de preuve solides confirme les conséquences positives de la pratique infirmière avancée dans la qualité des soins, les résultats en matière de santé et de satisfaction des patients, le renforcement des modèles de pratique collaborative et la prestation de services spécialisés dans divers contextes, auprès de diverses populations de patients et à différents niveaux d'urgence (329, 335–338). L'intérêt des chercheurs pour le personnel infirmier de pratique avancée s'est rapidement accru depuis les années 1990, malgré la prédominance, dans la littérature, de données probantes provenant de pays à revenu élevé anglophones et se référant à leur propre expérience (voir Figure 7.2.a). Bien qu'une grande partie de la recherche fondée sur les résultats ait été concentrée dans les pays où les infirmiers(ères) de pratique avancée travaillent depuis le plus longtemps, des données probantes supplémentaires suggèrent que ce type de personnel contribue de manière significative à l'amélioration de l'accès aux soins, en particulier dans les zones mal desservies, où il dispense des soins primaires, parce qu'il comble les lacunes existantes en matière de prestation de services de santé, de continuité, de qualité des soins et de reconnaissance de leur rôle par les patients (339–346).

Figure 7.2.a Articles publiés sur la pratique avancée par année de publication



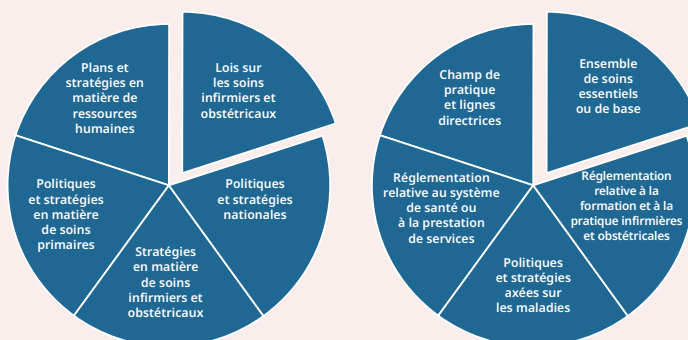
Source : Recherche sur Scopus effectuée le 9 mars 2025 "(TITLE-ABS-KEY(("Advanced Practice Nurs*" OR "APRN" OR "Certified nurse Midwife" OR "Nurse Practitioner" OR "Clinical Nurse Specialists" OR "Certified Registered Nurse Anesthetists"))". Années sur lesquelles portait la recherche : 1950–2024 ; Résultats : 45 471 articles.

Les pays peuvent avoir différentes raisons de mettre en place des postes d'infirmiers(ères) de pratique avancée. Une étude a montré que les pays à revenu faible et ceux à revenu intermédiaire de la tranche inférieure utilisent ce moyen pour soigner les populations mal desservies, alors que de nombreux pays à revenu élevé y ont recours pour faire face à la pénurie de médecins ou de soins spécialisés (347). Les directives du Conseil international des infirmières proposent des exigences en matière de législation, d'enseignement, de réglementation (titre, qualifications, champ de pratique) et des normes de pratique (332). Cependant, il existe une grande hétérogénéité dans ces domaines à travers le monde (334, 343, 348) et différents degrés de promotion des rôles de pratique infirmière avancée, depuis les pays qui ne reconnaissent pas officiellement ce type de pratique jusqu'aux juridictions dotées de rôles de pratique avancée établis (334, 349).

Les aspects clés du développement et de la mise en place des postes d'infirmiers(ères) de pratique avancée sont le soutien sans équivoque des pouvoirs publics au recours à ces praticiens pour répondre aux besoins de santé et l'établissement de ce niveau de pratique dans la législation ou la réglementation. Diverses voies législatives et politiques peuvent faciliter l'établissement de personnel infirmier de pratique avancée, notamment les politiques et stratégies nationales de santé, les politiques de soins primaires, les plans de ressources humaines pour la santé et la législation sur les soins infirmiers et obstétricaux (voir Figure 7.2.b) (350–354). Ces politiques permettent non seulement d'introduire la fonction de pratique infirmière avancée dans le but d'atteindre les priorités du système de santé, mais constituent également une base pour la reconnaissance et le développement de ces postes, en veillant à ce que ce personnel soit armé pour répondre aux besoins complexes en matière de santé.

Après l'établissement de la fonction de pratique infirmière avancée dans la législation et les politiques, un cadre de réglementation solide est essentiel pour normaliser les pratiques et garantir la qualité des soins (352, 355–359). De nombreux pays dotés de rôles de pratique infirmière avancée ont encore besoin d'améliorer la réglementation qui normalise la pratique, en particulier en termes de définition du champ de pratique et de maintien des compétences (102, 360). D'autres éléments essentiels sont les programmes d'enseignement normalisés, les cadres de compétences adaptables au contexte local, l'évaluation de l'impact de ces postes et les données probantes à ce sujet. Les juridictions qui ont des rôles de pratique infirmière avancée bien définis, une réglementation en place et un champ de pratique clair sont en mesure d'intégrer efficacement ces emplois dans leurs systèmes de santé et de démontrer la capacité de ce personnel à améliorer la santé, la prestation des soins et les résultats sanitaires (330, 361).

Figure 7.2.b Environnement législatif et politique qui contribue au développement des postes d'infirmiers(ères) de pratique avancée



Tout comme il existe divers moyens législatifs et politiques permettant de faire une place à la pratique infirmière avancée, il existe une variété de leviers réglementaires qui peuvent être utilisés pour promouvoir et renforcer cette pratique, notamment une loi générale sur la santé publique, une législation spécifique aux soins infirmiers ou des modèles de certification professionnelle (352, 353, 358, 362) (voir Figure 7.2.c). La défense de politiques et de réglementations favorables qui donnent accès au personnel infirmier de pratique avancée à l'ensemble du champ de pratique, ainsi que les initiatives visant à sensibiliser le public et à lui faire comprendre le rôle de ce personnel, augmenteront l'acceptation et le recours à ces personnes (363). Les mesures visant à promouvoir les infirmier(ères) de pratique avancée dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et dans les pays à revenu faible recommandent d'abord de s'assurer de ressources en personnel de santé suffisantes et d'un besoin avéré de ces postes, et ensuite de l'existence d'un soutien de la part des principales parties prenantes en matière d'enseignement, de politiques et de réglementation, et aussi de l'adoption d'une approche systématique, participative et fondée sur des données probantes (363–366).

Figure 7.2.c Leviers réglementaires pouvant être utilisés pour promouvoir le développement de la pratique infirmière avancée



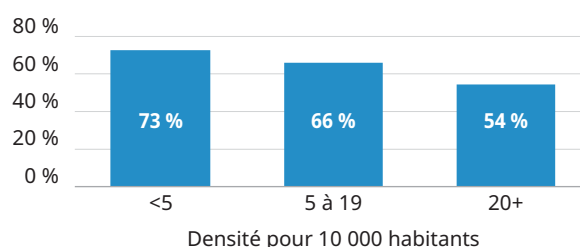
La pratique infirmière avancée représente une stratégie efficace pour répondre aux défis mondiaux en matière de santé et pour parvenir à la CSU. Bien que des progrès significatifs aient été accomplis dans de nombreux pays, la conception et la mise en œuvre de cette stratégie varient encore d'un pays à l'autre. La voie à suivre passe par des activités de collaboration visant à renforcer la base de données probantes, à lever les obstacles et à créer des environnements politiques favorables. En tirant parti des compétences et de l'expertise du personnel infirmier de pratique avancée, les systèmes de santé peuvent accroître l'accès à des soins de qualité, améliorer les résultats sanitaires et renforcer la résilience et la réactivité des personnels de santé (367, 368).

106. Au niveau mondial, 62 % des pays répondants ont signalé l'existence de personnel infirmier de pratique avancée, ce qui représente une augmentation par rapport aux 53 % indiqués dans *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020*. Par ailleurs, 13 % des pays répondants ont indiqué que les postes d'infirmiers(ères) de pratique avancée étaient « en partie » établis. Les Régions de l'Asie du Sud-Est et de l'Afrique, avec respectivement 80 % et 76 %, affichent les pourcentages les plus élevés de pays déclarant ces postes. La Région du Pacifique occidental affiche le pourcentage le plus faible (47 %), ce qui laisse entrevoir un potentiel de développement de ces postes pour améliorer la prestation des services de santé (voir Encadré 7.5).

107. Les pays à revenu faible ont le pourcentage le plus élevé de pays déclarant l'existence de personnel infirmier de pratique avancée (74 %), ce qui peut indiquer une stratégie visant à maximiser l'utilisation de professionnels en soins infirmiers plus qualifiés dans des contextes où la

disponibilité des médecins est limitée. Tout comme l'indiquent les conclusions de *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020*, le nombre d'infirmiers(ères) de pratique avancée est plus important dans les pays où la densité de médecins est plus faible, ce qui pourrait indiquer une stratégie visant à résoudre les problèmes d'accès dans ces Régions (voir Figure 7.3).

Figure 7.3 Pourcentage de pays répondants disposant d'un rôle de pratique infirmière avancée par niveau de densité de médecins pour 10 000 habitants



Note : Dernières données disponibles pour la période 2018-2023.
Source : CNPS, 2024.

Encadré 7.5 Prise en charge efficace des maladies non transmissibles (MNT) par le personnel infirmier aux Tonga

Les Tonga ont réagi aux conséquences négatives des MNT sur la santé publique en adoptant des changements en profondeur au niveau des politiques, des systèmes et de la prestation de services. L'un des éléments clés de la stratégie a été la création d'un diplôme avancé pour la prévention, la détection et la prise en charge des MNT, avec 20 infirmiers(ères) spécialisé(e)s dans les MNT diplômé(e)s en 2014 (369-371).

Un programme de sensibilisation aux MNT, fortement axé sur le diabète, l'hypertension et les cardiopathies rhumatismales, a été mis en place, avec des équipes multidisciplinaires pour le dépistage, la prestation de soins et une orientation. Une évaluation réalisée en 2015 (372) s'est penchée sur la prestation de services et a révélé que les patients atteints de MNT étaient beaucoup plus nombreux à être dépistés, pris en charge et soutenus. En outre, les communautés ont fait part de leurs avis positifs sur la facilité d'accès aux soins et sur le fait d'être pris en charge par du personnel infirmier. Pour que le programme soit un succès, les infirmiers(ères) spécialisé(e)s dans les MNT devaient exercer pleinement leur rôle, notamment en s'occupant des personnes handicapées, ce qui nécessitait des mesures spécifiques. Parmi les difficultés rencontrées, il convient de citer l'inégalité des ressources. Pour tirer parti de cette expérience positive, les Tonga ont élaboré un plan d'action sur les MNT pour la période 2023-2025 (370), qui comprend un plan de formation du prochain groupe de personnel infirmier spécialisé dans les MNT afin d'optimiser les résultats sanitaires des populations et qui nécessitera des investissements pérennes dans une formation de qualité en soins infirmiers.



Une infirmière visite au domicile d'un patient aux Tonga pour un contrôle de la tension artérielle dans le cadre des services de sensibilisation aux MNT.
© Stanford Mafuahingano

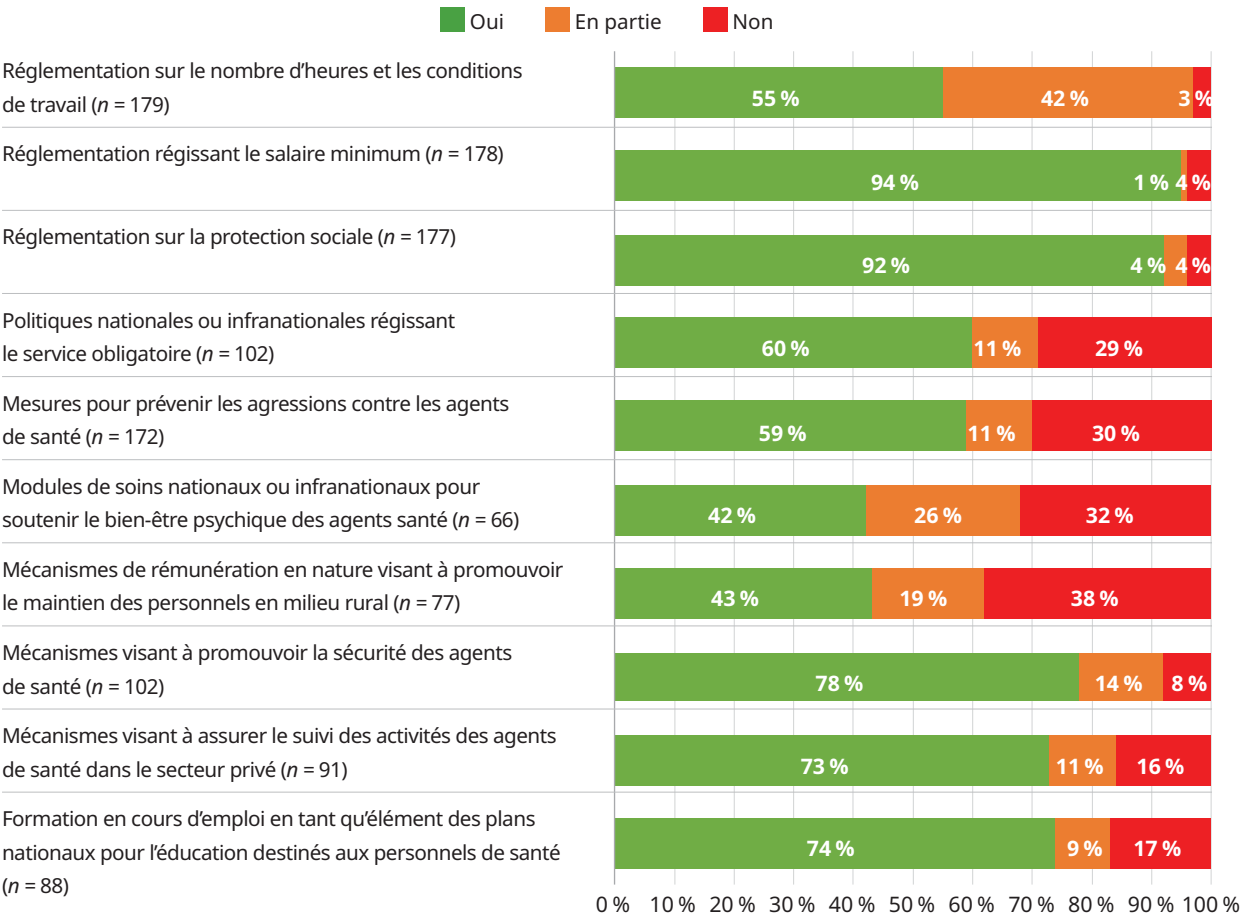
7.2 Conditions de travail

108. L'ONU et l'OIT promeuvent depuis longtemps le programme pour un travail décent, en s'efforçant de créer des lieux de travail sûrs, inclusifs et respectueux des droits des personnes dans chaque pays, en plaidant pour des opportunités qui garantissent des salaires équitables, des conditions de travail sûres, une protection sociale et le droit de constituer des organisations pour les travailleurs du monde entier. Cette section porte sur l'existence de lois ou de politiques nationales ou infranationales relatives à divers aspects des conditions de travail, les possibilités de réponse pour les pays répondants étant Oui, En partie ou Non, sachant que l'auto-

déclaration de l'existence de ces mesures n'implique pas nécessairement qu'elles ont été mises en œuvre (voir Figure 7.4 et Tableaux 7.3 et 7.4). Le taux de réponse pour tous les indicateurs figure à l'annexe 4.

109. L'existence déclarée de lois et de politiques nationales ou infranationales sur les conditions de travail varie considérablement en fonction du thème de la loi ou de la politique, certaines étant largement appliquées et d'autres seulement dans une minorité de pays (voir Figure 7.4). L'existence de lois ou de politiques visant à protéger les personnels de santé contre une durée de travail excessive ou des conditions dangereuses a été signalée par 55 % des pays répondants.

Figure 7.4 Pourcentage de pays répondants ayant signalé l'existence de lois ou de politiques sur divers aspects des conditions de travail des personnels de santé



Notes : Dernières données disponibles pour la période 2018-2023. Les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre de pays ayant communiqué sur cet indicateur.
Source : CNPS , 2024.

Les pays répondants de la Région de l'Asie du Sud-Est affichent le pourcentage le plus élevé concernant l'existence de ces mesures de protection (70 %), tandis que les pays de la Région du Pacifique occidental affichent le pourcentage le plus faible (21 %). Les pays à revenu élevé sont les plus nombreux (63 %) à avoir déclaré des dispositions concernant le nombre d'heures et les conditions de

travail et les pays à revenu faible les moins nombreux (48 %). D'autres sources ont décrit une tendance similaire, à savoir qu'une durée de travail excessive, à savoir plus de 48 heures par semaine, était plus fréquemment signalée par le personnel infirmier ou obstétrical des pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure, dont beaucoup se trouvent dans la Région africaine (373).

Tableau 7.3

Pourcentage de pays répondants ayant signalé l'existence de lois et de politiques sur les conditions de travail (% Oui), par Région de l'OMS

	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Niveau mondial
Réglementation sur le nombre d'heures et les conditions de travail	65 % (28/43)	50 % (17/34)	70 % (7/10)	68 % (36/53)	40 % (6/15)	21 % (5/24)	55 % (99/179)
Réglementation régissant le salaire minimum	95 % (40/42)	94 % (32/34)	90 % (9/10)	94 % (50/53)	94 % (15/16)	96 % (22/23)	94 % (168/178)
Réglementation sur la protection sociale	86 % (36/42)	91 % (31/34)	100 % (10/10)	98 % (51/52)	93 % (14/15)	88 % (21/24)	92 % (163/177)
Politiques nationales ou infranationales régissant le service obligatoire	54 % (15/28)	52 % (11/21)	88 % (7/8)	64 % (21/33)	50 % (3/6)	67 % (4/6)	60 % (61/102)
Mesures pour prévenir les agressions contre les agents de santé	67 % (28/42)	36 % (12/33)	90 % (9/10)	58 % (31/53)	75 % (9/12)	55 % (12/22)	59 % (101/172)
Modules de soins nationaux ou infranationaux pour soutenir le bien-être psychique des agents santé	54 % (7/13)	31 % (4/13)	67 % (2/3)	33 % (10/30)	75 % (3/4)	67 % (2/3)	42 % (28/66)
Mécanismes de rémunération en nature visant à promouvoir le maintien des personnels en milieu rural	42 % (11/26)	36 % (5/14)	50 % (1/2)	46 % (13/28)	25 % (1/4)	67 % (2/3)	43 % (33/77)
Mécanismes visant à promouvoir la sécurité des agents de santé	79 % (23/29)	68 % (13/19)	75 % (6/8)	86 % (31/36)	60 % (3/5)	80 % (4/5)	78 % (80/102)
Mécanismes visant à assurer le suivi des activités des agents de santé dans le secteur privé	64 % (16/25)	75 % (12/16)	71 % (5/7)	79 % (27/34)	60 % (3/5)	75 % (3/4)	73 % (66/91)
Formation en cours d'emploi en tant qu'élément des plans nationaux pour l'éducation destinés aux personnels de santé	68 % (15/22)	57 % (8/14)	70 % (7/10)	84 % (27/32)	88 % (7/8)	50 % (1/2)	74 % (65/88)

Notes : Dernières données disponibles pour la période 2018-2023. Les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre de pays ayant répondu Oui par rapport au nombre total de pays ayant répondu pour cet indicateur. Pour certains indicateurs, les résultats communiqués par les pays répondants peuvent ne pas être représentatifs de l'ensemble des pays de la Région, c'est pourquoi ces valeurs doivent être interprétées avec prudence.

Source : CNPS, 2024.

Tableau 7.4

Pourcentage de pays répondants ayant signalé l'existence de lois et politiques liées aux conditions de travail (% Oui), par catégorie de revenu de la Banque mondiale

	Élevé	Intermédiaire de la tranche supérieure	Intermédiaire de la tranche inférieure	Faible	Niveau mondial
Réglementation sur le nombre d'heures et les conditions de travail	63 % (39/62)	51 % (25/49)	53 % (24/45)	48 % (11/23)	55 % (99/179)
Réglementation régissant le salaire minimum	93 % (57/61)	94 % (46/49)	98 % (44/45)	91 % (21/23)	94 % (168/178)
Réglementation sur la protection sociale	98 % (61/62)	92 % (45/49)	91 % (40/44)	77 % (17/22)	92 % (163/177)
Politiques nationales ou infranationales régissant le service obligatoire	49 % (17/35)	66 % (19/29)	70 % (19/27)	55 % (6/11)	60 % (61/102)
Mesures pour prévenir les agressions contre les agents de santé	67 % (39/58)	50 % (25/50)	52 % (22/42)	68 % (15/22)	59 % (101/172)
Modules de soins nationaux ou infranationaux pour soutenir le bien-être psychique des agents santé	39 % (12/31)	44 % (8/18)	46 % (6/13)	50 % (2/4)	42 % (28/66)
Mécanismes de rémunération en nature visant à promouvoir le maintien des personnels en milieu rural	39 % (12/31)	59 % (10/17)	44 % (8/18)	27 % (3/11)	43 % (33/77)
Mécanismes visant à promouvoir la sécurité des agents de santé	83 % (35/42)	77 % (17/22)	75 % (18/24)	71 % (10/14)	78 % (80/102)
Mécanismes visant à assurer le suivi des activités des agents de santé dans le secteur privé	79 % (30/38)	74 % (14/19)	68 % (15/22)	58 % (7/12)	73 % (66/91)
Formation en cours d'emploi en tant qu'élément des plans nationaux pour l'éducation destinés aux personnels de santé	77 % (27/35)	61 % (11/18)	88 % (22/25)	50 % (5/10)	74 % (65/88)

Notes : Dernières données disponibles pour la période 2018-2023. Les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre de pays ayant répondu Oui par rapport au nombre total de pays ayant répondu pour cet indicateur. Pour certains indicateurs, les résultats communiqués par les pays répondants peuvent ne pas être représentatifs de l'ensemble des pays de la Région, c'est pourquoi ces valeurs doivent être interprétées avec prudence.

Source : CNPS, 2024.

Ces pourcentages suggèrent que, même si certaines Régions font des efforts, des programmes de bien-être psychique plus complets et plus généralisés sont nécessaires.

Pendant la pandémie de COVID-19, le pacte mondial pour les personnels de santé et d'aide à la personne a été élaboré pour aider les pays à rendre les environnements de travail sûrs pour les agents santé (voir Encadré 7.6).

110. L'existence de lois ou de politiques nationales ou infranationales visant à garantir un salaire minimum a été signalée par 94 % des pays répondants au niveau mondial, sans différence perceptible en tenant compte de la catégorie de revenu des pays. Ce pourcentage est supérieur à celui indiqué dans *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020*, qui indiquait un pourcentage de 89 %. Si le pourcentage pour la présence de mesures de protection sociale est également élevé au niveau mondial (92 %) et conforme au rapport précédent (91 %), il y a une différence notable entre le pourcentage dans la Région de l'Asie du Sud-Est (100 %) et celui dans la

Région européenne (51 %). En fonction de la catégorie de revenu des pays, 77 % des pays à revenu faible répondants ont signalé des lois sur la protection sociale dans l'environnement de travail. Pour les pays des autres catégories de revenu, le pourcentage se situe entre 94 % et 98 %.

111. Des politiques sur le service obligatoire pour le personnel de santé et d'aide à la personne étaient en place dans 60 % des pays répondants. Ces politiques étaient plus souvent signalées dans la Région de l'Asie du Sud-Est (88 %) que dans la Région des Amériques (52 %). Les pays à revenu faible ont déclaré le pourcentage le plus élevé (70 %) et les pays à revenu élevé un pourcentage plus faible (49 %) que les pays d'autres catégories de revenu, ce qui indique une différence dans le degré de recours au service obligatoire en tant qu'instrument politique.

Encadré 7.6 Le pacte mondial pour les personnels de santé et d'aide à la personne

La pandémie de COVID-19 a mis en lumière des questions importantes liées à la protection des agents de santé (374). Bien que la plupart des problèmes, sinon tous, ne soient pas nouveaux, le leadership et la volonté politiques ont abouti à une résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé en 2021 (WHA74.14, 2022) (375) demandant à l'OMS d'établir le pacte mondial pour les personnels de santé et d'aide à la personne (376), qui a été reconnu par les États Membres dans une résolution ultérieure (WHA75.17, 2023) (19).

Les dirigeants politiques de haut niveau ont reconnu la nécessité d'investir dans des environnements de travail sûrs, inclusifs, dotés de ressources et axés sur les droits, qui tiennent compte des droits humains et du travail des agents de santé, honorent leur devoir de diligence envers ces agents et créent un environnement propice pour attirer, soutenir et retenir les êtres humains qui sont au cœur de la prestation de soins de santé.

Le pacte consolide les lois, traités, résolutions et normes internationales afin de guider les pays et les employeurs dans l'élaboration de recommandations et de mesures politiques dans quatre domaines, à savoir :

- la prévention des préjudices (protection contre les risques professionnels, offre de services de santé et de santé psychique, protection contre la violence et le harcèlement et protection contre les agressions dans les situations de fragilité, de conflit et de violence) ;
- l'inclusion (égalité de traitement et non-discrimination) ;
- la fourniture de ressources (rémunération juste et équitable, protection sociale, environnements de travail favorables) ; et
- la protection des droits (liberté d'association et négociation collective, protection des lanceurs d'alerte sans crainte de représailles).

Le pacte recommande de créer des mécanismes en matière de gouvernance et de politiques pour des environnements de travail sûrs, sains, respectueux des droits et favorables aux personnels de santé et d'aide à la personne. Un laboratoire en ligne sur les politiques relatives à ces personnels (<https://www.hcwpolicylab.org>) héberge ces ressources. L'adoption, la défense et la promotion effectives des principes du pacte devront être au centre de l'agenda politique sur les soins infirmiers.

112. Des mesures visant à prévenir les agressions contre les agents de santé ont été signalées dans 59 % des pays répondant, ce qui représente une augmentation par rapport aux 37 % indiqués dans *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020*. C'est dans la Région de l'Asie du Sud-Est que cette proportion est la plus élevée (90 %) et dans la Région des Amériques qu'elle est la plus faible (36 %) (voir Encadré 7.7).

113. L'existence de modules de soins pour le bien-être psychique n'a été signalée que par 42 % des pays répondants, avec de grandes différences : 74 % dans les pays répondants de la Région de la Méditerranée orientale et 31 % dans ceux de la Région des Amériques. Ces pourcentages suggèrent que, même si certaines Régions font des efforts, des programmes de bien-être psychique plus complets et plus généralisés sont nécessaires.



Des étudiants en soins infirmiers participent à un exercice de simulation clinique dans un centre de formation des Caraïbes. © Jon Reyes

Encadré 7.7 Attaques contre les services de santé et impact sur le personnel infirmier

Les attaques contre les services de santé peuvent priver les personnes des soins dont ils ont besoin de toute urgence, réduisant ainsi l'accès et sapant les systèmes de santé et les objectifs de santé publique à long terme. Les agressions, la violence et les conflits provoquent également le déplacement involontaire du personnel infirmier, y compris au-delà des frontières nationales (377-380). Ce personnel qui tente de travailler dans leur nouveau cadre peut être confronté à de longs délais d'attente et à des informations limitées concernant les permis de travail dans leur pays de destination (381).

Les données du système de surveillance des attaques visant les services de santé de l'OMS indiquent qu'entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 mars 2025, plus de 8300 cas d'attaques ont été signalés dans 22 pays et territoires, faisant plus de 3000 morts et plus de 6000 blessés parmi les agents santé et les patients (382). Des orientations mondiales sur la manière de se protéger des attaques contre les services de santé, de les prévenir et d'en atténuer les conséquences ont été publiées (383).

Les mesures qui peuvent aider les infirmiers(ères) et les autres personnels de santé dans les contextes postconflit et réduire l'attrition des personnels sont les possibilités offertes d'évolution professionnelle, l'incorporation d'incitations financières, l'établissement d'une certaine souplesse et l'identification du personnel ayant des liens étroits avec la communauté concernée (381, 384). Les infirmiers(ères) réfugié(e)s peuvent fournir des soins particulièrement appropriés et empathiques aux populations réfugiées et améliorer les soins dans des situations complexes (380). Les chercheurs ont appelé à la mise en place de politiques et d'initiatives supplémentaires afin de fournir des solutions de réintégration pérennes aux personnels de santé rapatriés (385).

En tenant compte de la catégorie de revenu des pays, la moitié des pays à revenu faible répondants a signalé

l'existence d'ensembles de soins pour le bien-être psychique, contre 39 % pour les pays à revenu élevé (voir Encadré 7.8).

Encadré 7.8 Importance de la protection de la santé mentale et du bien-être des personnels de santé et d'aide à la personne

Le personnel infirmier représente environ 44 % des personnels de santé impliquée dans la prestation de soins de santé mentale (386) travaillant dans les hôpitaux, les centres de soins d'urgence, les dispensaires de soins primaires, les centres de santé communautaires, les établissements de soins de longue durée, les écoles et les foyers. Cette présence diversifiée leur permet d'identifier, de traiter, de soigner et de soutenir efficacement les personnes souffrant de problèmes de santé mentale (387) et d'accroître la capacité globale du personnel à offrir des services de santé mentale. Le renforcement des compétences en soins infirmiers par le biais d'une formation initiale, d'une formation en cours d'emploi et de programmes de troisième cycle axés sur les soins portant sur la santé mentale, les troubles neurologiques et l'addiction à des substances psychoactives améliorera les services de santé mentale dans le cadre de soins primaires et contribuera à l'instauration de la CSU (388).

En réponse aux décisions internationales qui soulignent les obligations des gouvernements et des employeurs de protéger le personnel, le rapport *Notre devoir de diligence* (389) recommande 10 mesures d'action publique dans trois domaines : 1) la mise en œuvre de politiques et de plans intersectoriels fondés sur des données factuelles ; 2) l'investissement dans les soins et le soutien en santé mentale ; et 3) le renforcement des ressources humaines dans le domaine de la santé et de l'aide à la personne. Les *Lignes directrices sur les soins infirmiers en santé mentale 2024* fournissent un cadre unificateur, informant et soutenant les parties prenantes – grand public, pouvoirs publics, professionnels de santé, décideurs politiques et enseignants – à comprendre et mettre en œuvre des bonnes pratiques en matière de soins infirmiers en santé mentale. Les lignes directrices préconisent pour l'élaboration de politiques solides, de plans stratégiques ainsi que de cadres d'enseignement qui permettent de prodiguer des soins cohérents et de qualité, et pour une recherche innovante dans le domaine des soins infirmiers en santé mentale dans le monde entier (388, 389).

114. Des mesures visant à promouvoir la sécurité des personnels de santé ont été signalées par 78 % des pays répondants, ce qui indique une reconnaissance générale de l'importance de garantir un environnement de travail sûr aux personnels de santé. La présence de ces mécanismes varie de 60 % dans les pays

de la Région de la Méditerranée orientale répondants à 89 % dans ceux de la Région de l'Asie du Sud-Est. En tenant compte de la catégorie de revenu des pays, la différence est légèrement moins marquée : les pays à revenu élevé affichant le pourcentage le plus élevé (83 %) et les pays à revenu faible un pourcentage de 71 % (voir Encadré 7.9).

Encadré 7.9 Santé et sécurité au travail

Même si les employeurs respectent dans une large mesure les normes de santé et de sécurité au travail, le personnel infirmier est toujours confronté à la violence sur le lieu de travail, à des contrôles techniques et administratifs inadéquats, à un accès limité aux équipements de protection individuelle, à l'exposition au sang et aux liquides corporels, et aux blessures par perforants, ce qui souligne la nécessité d'accroître la formation, les ressources et les ratios de personnel pour prévenir des milliers de décès chaque année et économiser des millions en coûts de santé, et cela au bénéfice des patients, des personnels de santé et des systèmes de manière globale (390–394). Les risques psychosociaux, notamment le stress et l'épuisement professionnel, exacerbent davantage les risques professionnels, entraînant une diminution de la sécurité des patients, une baisse de la qualité des soins, une chute de la productivité et du maintien en poste du personnel infirmier, ainsi qu'une faible satisfaction des patients (395). En outre, le vieillissement du personnel infirmier intensifie ces risques, car les infirmiers(ères) plus âgé(e)s souffrent plus souvent d'affections musculosquelettiques, ce qui se traduit par une réduction du nombre d'heures travaillées (264, 396).

Encadré 7.9 (suite)

Les orientations mondiales soulignent les éléments clés des programmes de santé et de sécurité au travail à tous les niveaux, notamment des priorités urgentes pour étendre la distribution d'équipements de protection individuelle, améliorer les contrôles, éliminer les pratiques dangereuses, promouvoir les stratégies d'autonomisation psychologique, et accroître les effectifs par l'enseignement, les ratios obligatoires et le renforcement des cadres réglementaires (391, 392, 395, 397–400). Il est essentiel d'intensifier la recherche dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure pour identifier les disparités et adapter les interventions à des contextes socioéconomiques spécifiques (393, 394). Des investissements dans la formation à la sécurité, des programmes de vaccination, la distribution équitable des ressources ainsi que dans des stratégies de dotation en personnel infirmier solides permettront de gérer les risques émergents et ceux déjà connus, garantissant ainsi un personnel infirmier pérenne et résilient (393, 394, 400–402).

115. Les lois et politiques visant à assurer le suivi des agents de santé en activité dans le secteur privé ont été signalées par 73 % des pays répondants. C'est dans la Région européenne que ce pourcentage est le plus élevé (79 %), suivie de près par les Régions des Amériques et du Pacifique occidental (75 % chacune), ce qui laisse supposer que ces régions accordent une plus grande attention au suivi des personnels de santé du secteur privé. En tenant compte des catégories de revenu des pays, la situation est autre : les pays à revenu faible affichent le pourcentage le plus faible (58 %) de mécanismes de suivi du secteur privé et les pays à revenu élevé le pourcentage le plus élevé (79 %).

116. Des mécanismes de rémunération en nature visant à promouvoir le maintien des personnels en milieu rural n'ont été signalés que par 43 % des pays répondants. Ce pourcentage est plus élevé dans les pays de la Région du Pacifique occidental (67 %) que dans ceux de la Région des Amériques (36 %). En tenant compte de la catégorie de revenu des pays, c'est dans les pays à revenu faible qu'ils ont été le moins signalés (25 %), contre 36 % à 46 % pour les pays des autres catégories de revenu (voir Encadré 7.10).

Encadré 7.10 Améliorer le maintien en poste du personnel de santé dans les zones rurales et isolées : programme indonésien de discrimination positive pour l'enseignement supérieur (ADik) en Papouasie

L'Indonésie est confrontée à une importante pénurie de personnel de santé dans les zones rurales et reculées, de nombreux professionnels formés émigrant vers les centres urbains pour y trouver de meilleures opportunités. Pour répondre à cette situation, le Gouvernement indonésien a lancé le programme de bourses de discrimination positive ADik pour la Papouasie (ADik), destiné aux étudiants des régions éloignées, frontalières et insulaires, leur offrant la possibilité de poursuivre des études dans le domaine de la santé dans 48 universités publiques et 22 écoles polytechniques à travers l'Indonésie. Le programme visait à augmenter la probabilité que les diplômés issus de ces milieux ruraux retournent dans leurs communautés pour y pratiquer, en améliorant la qualité de l'enseignement et encourageant un sentiment de responsabilité envers leurs villages d'origine (403). En fournissant un soutien financier et un accès à un éventail de disciplines de santé, le programme a réussi à faire passer le nombre d'infirmiers(ères) restant dans les zones rurales de 40 970 (2016) à 69 427 (2018), contribuant ainsi à combler le fossé entre les zones urbaines et les zones rurales (404). Le programme ADik a donné des résultats positifs, car les étudiants étaient plus susceptibles de retourner dans les zones rurales après l'obtention de leur diplôme, ce qui a entraîné une répartition plus équitable des personnels de santé et une amélioration de la prestation de soins (404). Cette initiative a démontré que des politiques en matière d'éducation ciblées peuvent contribuer à lutter contre les pénuries de personnels de santé dans les régions mal desservies (405, 406).

7.3 Salaires et traitements

117. Comme pour toutes les professions, les salaires des infirmiers(ères) en début de carrière peuvent varier d'un pays à l'autre, voire au sein d'un même pays. Les éléments qui interviennent dans le processus de fixation des salaires au niveau national sont notamment le degré de coordination et d'implication du gouvernement (par exemple, dans l'ensemble du secteur de la santé, au niveau national ou infranational, ou au niveau des collectivités locales), les politiques sociales et d'emploi d'un pays, les conditions prévalant sur le marché du travail dans le secteur de la santé, le type d'établissement (public ou privé), le coût de la vie dans une région donnée, le pouvoir de négociation collective des syndicats et des associations professionnelles, voire des associations d'employeurs dans certains pays, et les pressions fiscales (407–409). D'autres facteurs peuvent entrer en ligne de compte, notamment le niveau d'études, l'expérience et le temps de travail ou les

modalités des contrats. Les infirmiers(ères) exerçant en libéral peuvent avoir un accès différent à l'emploi, au travail et aux mesures de protection sociale, comme les lois et les politiques sur le nombre d'heures de travail, le salaire minimum, la sécurité et la santé au travail.

118. Au niveau mondial, le salaire médian des infirmiers(ères) en début de carrière était de 774 USD par mois, avec des différences significatives selon la Région de l'OMS et la catégorie de revenu des pays (voir Tableau 7.5). Les pays de la Région de l'Asie du Sud-Est offraient un salaire moyen de 500 USD par mois (somme la plus faible), contre 2508 USD par mois pour les pays de la Région européenne (somme la plus élevée). La comparaison des salaires moyens en début de carrière en fonction de la catégorie de revenu a confirmé cette tendance, avec des salaires moyens en début de carrière plus élevés dans les pays à revenu élevé (2302 USD par mois) que dans les pays à revenu faible (360 USD par mois).

Tableau 7.5 Salaires mensuels médians (minima et maxima) du personnel infirmier en début de carrière en USD et en dollars PPA, par Région de l'OMS et par catégorie de revenu de la Banque mondiale

	Nombre de pays répondants/ total	Salaire ou traitement en début de carrière [médian (min–max)] (USD)	Salaire ou traitement en début de carrière [médian (min–max)] (dollars PPP) ^b
PAR RÉGION OMS			
Afrique ^a	22/47	480 (150–1384)	1320 (377–3146)
Amériques	23/35	1100 (255–5961)	1827 (442–8920)
Asie du Sud-Est	7/11	500 (275–953)	1472 (936–2851)
Europe ^a	10/53	2508 (450–5835)	3376 (1060–5368)
Méditerranée orientale ^a	7/21	800 (500–2860)	2629 (1051–5928)
Pacifique occidental ^a	13/27	775 (250–3852)	1641 (527–8413)
PAR CATÉGORIE DE REVENU DE LA BANQUE MONDIALE			
Revenu élevé ^a	23/64	2302 (915–5961)	3147 (1333–8920)
Revenu intermédiaire de la tranche supérieure ^a	25/54	705 (250–1800)	1516 (527–3482)
Revenu intermédiaire de la tranche supérieure	24/50	539 (231–2077)	1338 (442–8413)
Revenu faible ^a	10/26	360 (150–2556)	945 (377–5928)
Total (n = 81)	82/194	774 (150–5961)	1656 (377–8920)

Notes : L'analyse porte sur les données de la dernière année déclarée au cours de la période 2018-2023 de 82 pays sur les salaires et traitements mensuels moyens du personnel infirmier en début de carrière.

^a Données communiquées pour moins de la moitié de la population.

^b Parité de pouvoir d'achat en dollars internationaux constants de 2021, calculée sur la base de l'estimation faite par les pays sur le dollar américain et le dollar PPA du Programme de comparaison internationale, Base de données des indicateurs du développement dans le monde, Banque mondiale.

Source : CNPS , 2024.

La répartition des salaires, ventilée par catégorie de revenu de la Banque mondiale, montre que les pays à revenu élevé sont les seuls où les salaires en début de carrière sont supérieurs à 2000 USD par mois. En revanche, les pays à revenu faible, les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure offrent généralement des salaires inférieurs à 1000 USD par mois, avec des variations beaucoup moins importantes au sein de ces catégories. Cette différence met en évidence les difficultés financières auxquelles peut être confronté le personnel infirmier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure, où les salaires sont non seulement plus bas, mais aussi plus uniformes.

119. L'analyse effectuée pour le présent rapport suggère que les femmes peuvent être moins bien payées que les hommes, même à poste égal, les compétences des femmes sur le marché du travail dans le secteur de la santé et des soins étant souvent sous-évaluées (156) (voir Encadré 7.11).

120. Les salaires mensuels peuvent être exprimés non seulement en USD, en termes de pouvoir d'achat (dollar PPA) afin de tenir compte de la capacité d'achat de biens dans chaque pays. Les salaires ajustés en fonction de la PPA reflètent les disparités entre les Régions de l'OMS et à l'intérieur de celles-ci,

ainsi qu'entre les catégories de revenu de la Banque mondiale. Les Régions de l'Europe et de la Méditerranée orientale présentaient les salaires médians PPA les plus élevés et des fourchettes très similaires pour les salaires les plus bas et les plus élevés, tandis que les Régions de l'Afrique et de l'Asie du Sud-Est affichaient des salaires médians PPA en début de carrière les plus bas. Au sein des Régions, les écarts entre les salaires de début de carrière les plus bas et les plus élevés sont importants, en particulier dans les Régions des Amériques et du Pacifique occidental.

121. En tenant compte de la catégorie de revenu des pays, les salaires médians corrigés des PPA dans les pays à revenu élevé étaient deux fois plus élevés que ceux des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, et trois fois plus élevés que ceux des pays à revenu faible. En termes économiques, cela signifie que les revenus du personnel infirmier des pays à revenu élevé permettent, en moyenne, d'acheter trois fois plus de biens et de services que les revenus du personnel infirmier des pays à revenu faible. Des facteurs tels que des salaires plus élevés, un coût de la vie moins élevé, et d'autres comme les conditions de travail, peuvent être des éléments déterminants dans la décision du personnel infirmier d'émigrer d'un pays à revenu faible vers un pays à revenu élevé (408, 410).

Encadré 7.11 Écarts de rémunération entre hommes et femmes dans le domaine des soins infirmiers

Au niveau mondial, l'écart de rémunération entre les femmes et les hommes dans le secteur de la santé et de l'aide à la personne est de 24 points de pourcentage. Dans ce secteur, les femmes sont surreprésentées dans les catégories professionnelles les moins bien rémunérées, tandis que les hommes sont davantage représentés dans les catégories professionnelles les plus élevées. La ségrégation professionnelle dans le secteur ainsi que d'autres facteurs entraînent des écarts de rémunération entre les hommes et les femmes plus importants que ceux observés dans d'autres secteurs (156).

L'examen des écarts de rémunération entre les hommes et les femmes dans le secteur des soins infirmiers sur la base d'un échantillon de 31 pays dont les données étaient suffisamment ventilées pour permettre une telle analyse (voir annexe 3) révèle un écart de rémunération horaire brut moyen d'environ 7 % (à titre de référence, l'écart de rémunération horaire brut entre les hommes et les femmes dans l'ensemble du secteur de la santé et de l'aide à la personne pour ce sous-ensemble de 31 pays est de 18 %). Par conséquent, bien que les femmes constituent toujours la majeure partie du personnel infirmier, les hommes continuent d'être payés plus que les femmes, aussi bien de l'heure que par mois.



Fabiana Zepeda Maribel Arias, Cheffe des programmes de soins infirmiers à l'Institut mexicain de sécurité sociale, devant son lieu de travail, donnant l'exemple en matière de leadership et de résilience. © OMS/Blink Media - Lisette Poole

→ Leadership

AXE STRATÉGIQUE

Accroître la proportion et l'autorité des infirmiers(ères) occupant des postes de haut niveau dans le domaine de la santé et de l'enseignement supérieur, et former en permanence la prochaine génération de chefs et cheffes de file en soins infirmiers et obstétricaux.

PRINCIPALES CONCLUSIONS

- 82 % des pays répondants ont signalé la présence de responsables-chefs des services infirmiers au niveau gouvernemental, contre 71 % dans *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020*.
- Les pays répondants des Région du Pacifique occidental ont signalé le pourcentage le plus élevé de responsables-chefs des services infirmiers au niveau gouvernemental (93 %), tandis que les pays de la Régions de l'Afrique et des Amériques affichent un taux de 86 %. Il n'y avait pas de tendance notable en tenant compte de la catégorie de revenu des pays.
- Les responsables-chefs des services infirmiers au niveau gouvernemental jouent un rôle essentiel en veillant à ce que le personnel infirmier de leur pays contribue à gérer et à atténuer les effets des changements climatiques sur la santé.
- Environ deux tiers des pays répondants ont signalé l'existence de programmes de développement du leadership infirmier, les pourcentages les plus élevés étant observés dans les Régions de l'Europe (78 %) et de la Méditerranée orientale (76 %) et les plus faibles dans la Région africaine (43 %).
- Il existe une différence notable en fonction de la catégorie de revenu des pays : 80 % des pays à revenu élevé répondants ont déclaré avoir des programmes de développement du leadership infirmier, contre seulement 25 % des pays à revenu faible.
- Tout comme il a été indiqué dans *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020*, les pays ayant mis en place des programmes de développement du leadership infirmier ont obtenu un score légèrement plus élevé pour la réglementation relative à l'enseignement et à la prestation de services.
- Dans les 27 pays répondants, la proportion moyenne de femmes occupant des postes de direction au sein du ministère de la santé était de 55 %.

122. Ce chapitre indique la proportion de pays qui déclarent un responsable-chef au niveau gouvernemental, ou un poste équivalent, et la proportion de pays qui déclarent des programmes de développement du leadership infirmier ; une nouvelle mesure précise la représentation des femmes dans les postes de direction des personnels de santé, telle que déclarée par un plus petit nombre de pays.
123. Un leadership et une gestion efficaces dans le domaine des soins infirmiers contribuent à l'élaboration de politiques de santé solides et à la planification stratégique des effectifs afin d'améliorer la prestation des services de santé et les résultats en matière de santé de la

population. Les chefs de file dans les services infirmiers ont de multiples rôles et évoluent dans de multiples contextes (pouvoirs publics, établissements d'enseignement supérieur, organismes de réglementation, employeurs) où ils peuvent définir les politiques et la gestion du personnel infirmier. Le présent rapport se concentre en particulier sur le rôle des responsables-chefs des services infirmiers au niveau gouvernemental. Même si leurs rôles et responsabilités peuvent varier d'un pays à l'autre (46, 411, 412), leurs fonctions essentielles consistent à comprendre la politique, la stratégie, la gestion et la pratique du personnel infirmier, ainsi qu'à contribuer à la politique de santé et à la prise de décisions (voir Encadré 8.1).



Sana Gul, représentante de Nursing Now Challenge, s'exprime lors d'une session de la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé à Genève, en 2023. © OMS

Encadré 8.1 Typologies des responsables-chefs des services infirmiers au niveau gouvernemental de la Région européenne

En 2022, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a entrepris de mieux comprendre les rôles et responsabilités des responsables-chefs des services infirmiers et obstétricaux au niveau gouvernemental et des chefs de file des soins infirmiers et obstétricaux pour évaluer leur influence sur les politiques. L'objectif de l'étude était d'aider les États Membres à progresser dans la nomination ou le renforcement des responsables-chefs des soins infirmiers et obstétricaux dans leur pays et de déterminer les facteurs permettant aux responsables-chefs des services infirmiers et obstétricaux au niveau gouvernemental et aux chefs de file des soins infirmiers et obstétricaux de travailler plus efficacement pour améliorer les résultats en matière de santé (413).

Après avoir interrogé 35 responsables-chefs des services infirmiers de la Région, cinq « typologies » décrivent le mieux le modèle de ce poste et sa place par rapport au ministère de la santé. Chaque modèle est brièvement décrit ci-dessous.

Modèle du point focal : Dans ce modèle, le responsable-chef des services infirmiers au niveau gouvernemental est extérieur au gouvernement et reconnu comme un responsable au sein du milieu universitaire, des associations ou syndicats professionnels d'infirmiers(ères) et de sages-femmes, ou dans la gestion clinique. Le point focal est généralement désigné par le ministère de la santé pour participer aux réunions et forums sur les soins infirmiers et obstétricaux au nom du gouvernement. Il fournit des rapports sur les réunions et des conseils au gouvernement sur les questions relatives aux soins infirmiers et obstétricaux, mais il n'est pas responsable de la planification et des décisions politiques.

Modèle axé sur la dispersion : Dans ce cas, des infirmiers(ères) et des sages-femmes sont employé(e)s par le ministère de la santé dans divers départements et divisions ; il n'y a pas de responsable en matière de politiques ou de gestion des soins infirmiers et/ou obstétricaux. Les infirmiers(ères) ou les sages-femmes qui occupent ces postes sont rarement responsables de leur propre département et restent à l'écart du processus décisionnel central.

Modèle axé sur les programmes : La personne en poste est généralement un(e) infirmier(ère) ou une sage-femme de haut niveau chargé(e) par le ministère de la santé de gérer un programme spécifique (par exemple, la sécurité des patients, les services de santé ou l'enseignement supérieur). Cette personne peut également être amenée à intervenir dans plusieurs secteurs, mais le responsable-chef des services infirmiers au niveau gouvernemental n'est pas chargé de la gestion du personnel infirmier et obstétrical, de l'élaboration des politiques ou de la planification.

Modèle consultatif : Dans ce cas, le poste de responsable-chef des services infirmiers au niveau gouvernemental correspond généralement à un poste au sein du gouvernement et il s'agit d'un(e) infirmier(ère) ou d'une sage-femme en chef qui offre des services de conseil aux décideurs politiques de haut niveau (souvent des chefs de services médicaux). Dans ce modèle, la personne en poste participe à la prise de décisions au niveau national et peut coordonner des activités relatives aux soins infirmiers et obstétricaux, par exemple un groupe de travail sur les soins infirmiers. Toutefois, elle n'est pas compétente en matière de gestion des personnels infirmiers et/ou obstétricaux.

Modèle exécutif : Dans ce cas, un(e) infirmier(ère) et/ou une sage-femme employé(e) par le ministère de la santé sont responsables du département des soins infirmiers ou obstétricaux. La personne en poste définit la politique de santé en gérant les questions liées aux soins infirmiers, y compris le renforcement de la profession, et est responsable de la gestion des budgets et de la qualité du personnel infirmier et/ou obstétrical ; elle peut également fixer des normes pour la formation et l'exercice de la profession.

L'étude a conclu que pour travailler efficacement, les responsables-chefs des services infirmiers au niveau gouvernemental doivent disposer de ce qui suit :

- un mandat leur permettant d'exercer un éventail complet de fonctions ;
- un accès à une prise de décisions et à une planification éclairées ;
- un soutien et des ressources nécessaires à l'exercice de leurs fonctions ;
- des rôles permettant d'impliquer d'autres chefs de file et parties prenantes de haut niveau du secteur des soins infirmiers ; et
- des compétences individuelles, une formation et des opportunités en matière de leadership.

8.1 Responsables-chefs des services infirmiers au niveau gouvernemental

124. L'existence de postes de responsable-chef des services infirmiers au niveau gouvernemental et de programmes de développement du leadership est signalée par Région de l'OMS et par catégorie de revenu des pays (voir Tableau 8.1). Au niveau mondial, la présence de responsables-chefs

des services infirmiers au niveau gouvernemental a été indiquée par 82 % des pays répondants, ce qui représente une augmentation par rapport au pourcentage de 71 % figurant dans *La situation des soins infirmiers dans le monde en 2020*. C'est la Région du Pacifique occidental qui affiche le pourcentage le plus élevé de pays ayant déclaré disposer de ce poste (93 %), suivie de la Région africaine et de la Région des Amériques (86 % dans les deux cas).

Tableau 8.1 Pourcentage de pays répondants ayant signalé l'existence d'un poste de responsable-chef des services infirmiers au niveau gouvernemental et d'un programme de développement du leadership infirmier, par Région de l'OMS et par catégorie de revenu de la Banque mondiale

PAR RÉGION OMS	Poste de responsable-chef des services infirmiers	Programme de développement du leadership infirmier
Afrique	86 % (19/22)	43 % (9/21)
Amériques	86 % (18/21)	71 % (15/21)
Asie du Sud-Est	78 % (7/9)	67 % (6/9)
Europe	75 % (30/40)	78 % (31/40)
Méditerranée orientale	75 % (9/12)	76 % (9/12)
Pacifique occidental	93 % (15/16)	56 % (9/16)
PAR CATÉGORIE DE LA BANQUE MONDIALE		
Revenu élevé	81 % (43/53)	80 % (43/54)
Revenu intermédiaire de la tranche supérieure	76 % (22/29)	57 % (16/28)
Revenu intermédiaire de la tranche inférieure	89 % (25/28)	62 % (18/29)
Revenu faible	80 % (8/10)	25 % (2/8)
Niveau mondial	82 % (98/120)	66 % (79/119)

Notes : Dernières données disponibles pour la période 2018-2023. Les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre de pays ayant répondu Oui par rapport au nombre total de pays ayant répondu pour cet indicateur. Pour certains indicateurs, les résultats communiqués par les pays répondants peuvent ne pas être représentatifs de l'ensemble des pays de la région, c'est pourquoi ces valeurs doivent être interprétées avec prudence.
Source : CNPS , 2024.

125. Les responsables-chefs des services infirmiers au niveau gouvernemental peuvent jouer un rôle de premier plan dans la manière dont les pays prennent des mesures pour réorienter les systèmes de santé vers les soins de santé primaires. Nombreux sont ceux qui considèrent que ces infirmiers(ères) de haut niveau et d'autres chefs de file en soins infirmiers peuvent contribuer à gérer l'évolution du paysage sanitaire mondial et à promouvoir les objectifs liés à la sécurité sanitaire dans le monde (41, 414, 415) (voir Encadré 8.2).

Encadré 8.2 Leadership des responsables-chefs des services infirmiers au niveau gouvernemental dans les programmes relatifs aux effets des changements climatiques sur la santé

Les responsables-chefs des services infirmiers au niveau gouvernemental ont un rôle essentiel à jouer pour s'assurer de la contribution du personnel infirmier de leur pays à la gestion et à l'atténuation des effets des changements climatiques sur la santé de la population (416). Ils sont bien placés pour établir des partenariats stratégiques, par exemple avec des organismes de santé publique et de protection de l'environnement, afin de connaître les plans d'adaptation au climat au niveau local, les stratégies de préparation aux catastrophes et les messages de santé publique (417), et pour veiller à ce que le personnel infirmier soit déployé de manière à favoriser les priorités sanitaires communes liées au climat et à répondre aux besoins de santé des communautés touchées par les changements climatiques (50).

Les responsables-chefs des services infirmiers sont assez influents pour demander et soutenir les politiques nationales visant à intégrer la résilience climatique dans les systèmes de santé. Ils pourraient notamment recommander que les systèmes de santé soient préparés aux perturbations induites par les changements climatiques et que le personnel infirmier soit formé aux protocoles requis pour gérer ces perturbations de manière efficace (46). Les responsables-chefs peuvent encourager les employeurs à proposer des formations spécialisées sur les défis sanitaires induits par un changement de climat et créer des opportunités de formation professionnelle continue destinée au personnel infirmier pour leur permettre de perfectionner leurs connaissances et leurs compétences sur les questions de santé liées au climat.

La collaboration entre le responsable-chef des services infirmiers au niveau gouvernemental et les établissements d'enseignement supérieur peut contribuer à renforcer les connaissances en matière de santé liée au climat des étudiants en soins infirmiers, de façon à ce que les diplômés comprennent l'impact des changements climatiques sur la santé et le bien-être (418). La mise à jour des programmes d'études basés sur les compétences peut contribuer à faire en sorte que l'éducation sur les changements climatiques devienne une composante essentielle des programmes d'enseignement et de formation en soins infirmiers (419). Les responsables-chefs peuvent encourager et axer le financement de la recherche portant sur les rôles et les interventions du personnel infirmier en rapport avec les changements climatiques.

Les responsables-chefs des services infirmiers peuvent donner l'exemple dans le leadership en matière d'action climatique en encourageant leurs homologues à jouer un rôle actif dans la sensibilisation aux changements climatiques et dans l'élaboration de politiques de santé qui prennent en compte leurs opinions (66). Ils peuvent également élaborer ou axer les programmes de développement du leadership infirmier sur les questions climatiques, afin que le personnel infirmier en début de carrière ait les compétences de leadership nécessaires pour expliquer et promouvoir le rôle important que jouent les infirmiers(ères) dans la réponse aux problèmes de santé posés par les changements climatiques et dans l'atténuation des effets à long terme sur la santé de la population (417).

8.2 Développement du leadership infirmier

126. Deux tiers des pays répondants ont signalé l'existence de programmes de développement du leadership infirmier (voir Tableau 8.1). C'est dans les Régions de l'Europe et de la Méditerranée orientale que ce pourcentage est le plus élevé (respectivement 78 % et 76 %), et dans les Régions de l'Afrique et du Pacifique occidental qu'il est le plus faible (respectivement 43 % et 56 %), bien que ces deux Régions aient déclaré avoir un pourcentage élevé de pays

dotés d'un responsable-chef des services infirmiers au niveau gouvernemental. Si le pourcentage au niveau mondial de 66 % de pays répondants signalant un programme de développement du leadership infirmier représente une augmentation par rapport aux 53 % indiqués dans *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020*, on observe une grande différence en fonction de la catégorie de revenu des pays. En effet, 80 % des pays à revenu élevé ont signalé l'existence de tels programmes, contre seulement 25 % des pays à revenu faible (voir Encadré 8.3).

Encadré 8.3 Développement du leadership à l'hôpital national de soins tertiaires (hôpital national Guido Valadares), Timor-Leste

Une analyse fonctionnelle réalisée en 2014 (420) a révélé que les infirmiers(ères) occupant des postes d'encadrement intermédiaire à l'hôpital national de soins tertiaires du Ministère de la santé du Timor-Leste (hôpital national Guido Valadares) avaient une faible capacité de gestion, avec peu d'expérience ou de formation formelles ; dans le même temps, l'hôpital était confronté à une situation critique, avec des problèmes en matière d'hygiène et de lutte anti-infectieuse. Ces défis ont mis en évidence le besoin urgent de changement structurel et de développement du leadership au sein de l'institution.

Pour faire face à cette situation difficile, un programme de formation au leadership soutenu par des partenaires de santé a été élaboré et mis en œuvre à l'hôpital. Le programme a été spécialement conçu pour les chefs de file des soins infirmiers et la direction de l'hôpital et comprenait des séances de travaux pratiques qui ont permis aux participants d'appliquer les concepts de leadership en temps réel. Les participants ont également bénéficié d'un soutien continu par le biais d'un mentorat et de séances spécifiques sur le leadership et la gestion correspondant exactement à l'environnement du système de santé (421).

À la suite du programme, des infirmiers(ères) ont été promu(e)s et ont dirigé des équipes nouvellement formées, responsables de l'amélioration de la qualité et de la gestion du changement dans l'ensemble de l'hôpital. Selon elles, les facteurs qui les ont aidés à progresser sont la compréhension de leur style de leadership et des concepts de gestion du changement, l'amélioration de la qualité, l'identification des risques cliniques, les soins axés sur le patient et les stratégies de communication.

Le programme de développement du leadership leur a permis de jouer un rôle clé dans le cadre de la transformation du leadership de l'hôpital. Ces infirmiers(ères) dirigent désormais leurs équipes de manière efficace tout en encourageant une culture d'amélioration continue et de changement des comportements. Le programme de formation au leadership de l'hôpital national Guido Valadares, qui est désormais un programme annuel, s'est avéré être une initiative essentielle pour améliorer les compétences techniques et de gestion et pour favoriser l'émergence d'une nouvelle génération de chefs de file en soins infirmiers.

127. On pourrait s'attendre à ce que dans les pays où le leadership est renforcé par le biais d'un poste de responsable-chef des services infirmiers au niveau gouvernemental, des progrès plus rapides soient observés dans la réglementation

sur la formation et les conditions de travail du personnel infirmier. Or, aucune corrélation statistiquement significative n'a été trouvée pour indiquer que l'existence de ce poste améliorerait la réglementation en matière d'éducation et les mesures de protection sur le lieu de travail, pas plus

que l'existence de ce poste n'était associée à l'existence de personnel infirmier de pratique avancée. Tout comme cela avait été le cas dans *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020*, un score légèrement plus élevé en matière de

réglementation sur la formation et la prestation de services a été constaté dans les pays dotés de programmes de développement du leadership infirmier (voir Encadré 8.4).

Encadré 8.4 Donner la priorité au renforcement des compétences de leadership infirmier

Investir dans les compétences de leadership infirmier est essentiel pour améliorer l'efficacité et la résilience des systèmes de santé (422). Des investissements spécifiques dans le développement du leadership sont nécessaires pour doter les chefs de file des compétences nécessaires pour influencer la politique de santé, gérer efficacement les effectifs et favoriser les améliorations systémiques et la collaboration intersectorielle (422, 423). De nombreux modèles et approches pour le développement du leadership infirmier existent, qui devraient permettre aux infirmiers(ères) d'assumer des rôles centraux au sein des systèmes de santé, en leur donnant les moyens d'identifier et de répondre aux besoins spécifiques du secteur, d'élargir leur champ de pratique et de mettre en œuvre des changements stratégiques (287, 422–425). L'harmonisation des normes de formation au leadership dans les différentes Régions facilite la mobilité et la reconnaissance des chefs de file en soins infirmiers qualifiés (426).

Des investissements réels dans les compétences de leadership nécessitent des cadres d'éducation et de formation complets. Dans la Région africaine, les organismes de réglementation et les établissements d'enseignement jouent un rôle crucial dans l'élaboration de programmes qui intègrent une formation au leadership et à la gestion pour les infirmiers(ères) et les sages-femmes (427). L'établissement de compétences et de normes professionnelles normalisées garantit une préparation uniforme des chefs de file en soins infirmiers pour répondre aux exigences de leurs rôles (427). Le maintien d'un enseignement en soins infirmiers et d'un développement du leadership solides nécessite une collaboration entre les ministères de la santé, les associations professionnelles et les établissements d'enseignement supérieur, ainsi qu'un soutien organisationnel, un financement et une culture favorisant le mentorat et l'épanouissement professionnel (422). La collaboration est essentielle pour partager les meilleures pratiques et les ressources utiles au développement du leadership (426).

Investir dans le développement des compétences en leadership infirmier est une priorité stratégique qui contribue à l'objectif plus large de renforcement des systèmes de santé. En offrant une formation complète, un soutien organisationnel et en encourageant la collaboration régionale, les systèmes de santé peuvent maintenir en place un vivier de leaders compétents en soins infirmiers. Des chefs de file en soins infirmiers dotés de véritables pouvoirs sont essentiels à la mise en place de systèmes de santé résilients, réactifs et équitables, capables de relever les défis actuels et futurs en matière de santé.

128. Le discours mondial sur la santé a souligné l'importance de l'autonomisation des femmes sur le lieu de travail, après de longues luttes pour l'égalité des sexes dans tous les aspects du travail (428). En tant que force de travail largement féminisée, le leadership infirmier peut également être examiné sous l'angle de la proportion de femmes occupant des postes de direction dans le secteur de la santé. Des informations sur un indicateur mondial relatif à la proportion de femmes occupant des postes de direction au sein du ministère de la santé

ont été communiquées par 27 pays. Dans les 27 pays répondants, la moyenne était de 55 % de femmes occupant des postes de direction au sein du ministère de la santé. Il est à souligner que ce pourcentage varie de 6 % à 100 %. Bien que ces informations aient été communiquées par peu de pays, des pays de toutes les Régions étaient représentés. Les informations révélaient des différences : par exemple, dans les 10 pays de la Région africaine, la proportion était de 24 % et dans les sept pays de la Région européenne de 65 %.



Une infirmière en soins de santé primaires en Ukraine à la réception de son cabinet, prête à débiter ses consultations. © OMS

Orientations en matière de politiques à l'horizon 2030

129. Les données et les conclusions du présent rapport soulignent la pertinence constante des 12 priorités politiques des *Orientations stratégiques mondiales de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025*. Ce chapitre présente un « domaine de priorité » pour chaque priorité politique pour la période 2026-2030. En outre, cinq priorités politiques émergentes sont formulées dans les domaines de la pratique infirmière avancée, du genre, des technologies de santé numériques, du climat et de la santé, et de l'exercice de la profession dans des situations de fragilité, de conflit et de vulnérabilité.

130. Toutes les priorités politiques et les initiatives qui en découlent devront être soutenues par des investissements ciblés et une collaboration au niveau national entre les secteurs gouvernementaux, comme les finances, le travail et l'éducation, et par les parties prenantes, notamment les formateurs en soins infirmiers, les organismes de réglementation, les associations, les employeurs, les organisations non gouvernementales et les organisations de la société civile.

9.1 Priorités politiques et domaines de priorité des orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux

→ 9.1.1 Emplois

Réaliser une planification et des prévisions portant sur les personnels infirmiers et obstétricaux selon la perspective du marché du travail de la santé

131. De nombreux pays à revenu élevé et pays européens devront non seulement augmenter le nombre d'inscriptions à la formation initiale, mais aussi se concentrer sur le maintien en poste du personnel infirmier afin de compenser les pertes dues aux départs à la retraite et de réduire la dépendance à l'égard du recrutement international. De nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure devront accroître le vivier d'infirmiers(ères) diplômé(e)s, assurer leur intégration dans le système de santé et améliorer les conditions de travail afin de réduire l'émigration excessive et de tenir compte de la croissance démographique et de l'expansion des marchés du travail. L'impact des politiques et des investissements en matière d'emploi peut être évalué en termes d'augmentation du nombre de personnels de santé et d'aide à la personne, de renforcement des compétences et d'amélioration des conditions de travail (410).



Des infirmières des Tonga préparent du matériel et remplissent des documents lors d'une séance de formation clinique. © OMS/Mesake Tsileli Taukolo

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

132. Malgré la croissance mondiale enregistrée depuis 2013, la densité de personnel infirmier reste insuffisante dans de nombreux pays, ce qui entrave la progression vers la CSU. La priorité est d'accélérer l'augmentation de la demande en postes d'infirmiers(ères), en particulier dans les Régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale et dans les pays qui connaissent déjà ou devraient connaître une baisse de la densité de personnel, comme ceux qui sont touchés par des conflits et d'autres situations d'urgence complexes chroniques, ou ceux qui enregistrent une croissance rapide de leur population. Cela nécessitera de garantir des investissements nationaux pérennes et, lorsque les ressources nationales sont insuffisantes pour élargir de manière adéquate la marge de manœuvre fiscale et économique, des investissements externes dans le domaine du personnel de santé, alignés sur les priorités et les mécanismes nationaux, et conformes à l'Agenda de Lusaka. Les mécanismes régionaux existants et les possibilités de mobilisation sont la *Charte d'investissement dans les ressources humaines en santé en Afrique* et l'*Initiative phare régionale 2 : Investir dans des personnels de santé résilients*, toutes deux approuvées ou adoptées en 2024.

Attirer, recruter et retenir les personnels infirmiers là où ils sont le plus nécessaire

133. Le recrutement et le maintien en poste dans les zones rurales et mal desservies restent des problèmes importants ; la différence de densité au sein d'un pays peut aller du simple au décuple (188, 429). La mise en place d'une « filière rurale » a permis d'augmenter le nombre d'infirmiers(ères) revenant exercer dans ces zones. Les pays devront élaborer des politiques de recrutement et de maintien en poste fondées sur des données probantes, qui soient regroupées, adaptées au contexte local et qui s'attaquent aux diverses causes profondes des inégalités (430).



L'infirmière Akter en service dans l'aile réservée à la dengue à l'hôpital médical de Dhaka, au Bangladesh. © OMS/Fabeha Monir

Renforcer la mise en œuvre du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé (le Code)

134. La plus grande dépendance à l'égard du recrutement international du personnel infirmier dans les pays à revenu élevé, ainsi que la faible densité dans de nombreux pays figurant sur la *Liste OMS d'appui et de sauvegarde pour les personnels de santé, 2023*, et les baisses prévues de la densité dans ces pays jusqu'en 2030 suggèrent qu'il est nécessaire d'accélérer la mise en œuvre du Code. Les priorités urgentes sont de renforcer l'adhésion au Code, notamment aux dispositions figurant dans la *Liste OMS d'appui et de sauvegarde pour les personnels de santé, 2023*, d'augmenter les investissements dans les personnels de santé de ces pays, et de conclure des accords bilatéraux qui se traduisent par des avantages réciproques et équitables pour les pays sources. Pour les pays figurant sur la liste 2023, il est essentiel de suivre de près le marché du travail dans le secteur de la santé, ce qui doit s'accompagner de décisions spécifiques en matière de politiques et d'investissements afin d'accroître l'offre nationale de personnels de santé, de soutenir les mesures de maintien en poste, notamment l'amélioration des conditions de travail, et de décourager le recrutement international actif conformément aux dispositions du Code.

→ 9.1.2 Formation

Aligner les niveaux de formation en soins infirmiers sur des rôles optimisés au sein des systèmes de santé et d'enseignement

135. Alors que de plus en plus de pays privilégient les diplômes de licence, la planification et la coordination entre les établissements d'enseignement, les organismes de réglementation et les établissements de santé sont essentielles pour définir les rôles et les responsabilités des infirmiers(ères) titulaires d'une licence par rapport à d'autres types de personnel infirmier et d'agents de santé. La recherche sur l'impact du personnel infirmier détenteur d'une licence devra être élargie pour inclure les établissements de soins primaires et les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Les données, notamment les études longitudinales, sont encore limitées en ce qui concerne l'impact du personnel infirmier ayant participé aux programmes de licence en sciences infirmières (BSN) passerelles et accélérés.

Optimiser la production nationale de personnels infirmiers pour répondre à la demande du système de santé, voire la surpasser

136. De nombreux pays, en particulier dans les Régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale, doivent augmenter leur production de personnels infirmiers pour faire face à l'augmentation de la population, dont les besoins en matière de santé sont souvent non satisfaits et de plus en plus complexes, et accroître la demande sur le marché du travail. Les pays à revenu élevé devront accroître l'attrait des carrières et de l'enseignement en soins infirmiers afin d'augmenter les inscriptions pour répondre aux besoins de leur marché du travail dans le secteur de la santé. Les goulets d'étranglement qui entravent l'admission ou l'inscription des étudiants peuvent être dus au manque d'enseignants en soins infirmiers et de sites de formation clinique, ainsi qu'aux limites des infrastructures et des moyens de formation.



Une enseignante en soins infirmiers procède à l'examen d'un cas clinique avec des étudiants et des collègues dans un hôpital de Taïwan (Chine).
© Yun Chen, Nursing in Focus

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.

137. Les pays doivent veiller à ce qu'il y ait une coordination sur les normes d'accréditation entre les établissements de santé et les établissements d'enseignement afin d'aligner les acquis d'apprentissage sur les compétences dont les diplômés ont besoin pour entrer sur le marché du travail ; cela inclut la nécessité de développer les possibilités de sites de pratique clinique appropriés pour les étudiants. Les sites d'apprentissage clinique doivent également répondre à des normes de supervision et de développement des compétences. L'expansion de l'« apprentissage mixte » nécessite davantage d'investissements dans les infrastructures et les ressources pour garantir un enseignement numérique équitable et pertinent dans les environnements didactiques et cliniques ; les normes pour l'enseignement et la formation en soins infirmiers devront inclure les compétences numériques dont les infirmières ont besoin pour la pratique moderne (431, 432).

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

138. Le développement professionnel, le recrutement et le maintien en poste d'enseignants en soins infirmiers compétents n'ont pas suivi le rythme de la demande dans un contexte d'établissements d'enseignement toujours plus nombreux. Les approches fondées sur des données probantes pour renforcer les capacités des enseignants sont d'une part une orientation et un mentorat formalisés et structurés pour faciliter le passage dans le milieu de l'enseignement et d'autre part les attentes liées au rôle ; une rémunération appropriée et des incitations non financières ; des conditions de travail favorables ; et des possibilités d'évolution de carrière. Les enseignants devront se perfectionner pour concevoir et dispenser un enseignement et une formation qui permettent aux étudiants en soins infirmiers d'acquérir des compétences numériques qui faciliteront l'apprentissage, le développement professionnel et les soins aux patients. Les pays devront mettre ces compétences à disposition là où elles sont nécessaires.



Une infirmière réalise un bilan de santé maternelle sous le regard d'un groupe d'étudiants en soins infirmiers lors d'une session de formation clinique en Inde.
© Bijali Sinha, Nursing in Focus

→ 9.1.3 Pratique infirmière

Examiner et renforcer les systèmes de réglementation de la profession et soutenir le renforcement des capacités des autorités de réglementation, le cas échéant

139. Les pays doivent examiner et réviser la réglementation relative aux soins infirmiers afin de s'assurer que les infirmiers(ères) peuvent travailler en mettant pleinement à profit leurs qualifications, leur formation et leurs compétences. Ainsi, en veillant à ce que les champs de pratique soient actualisés et suffisamment différenciés pour les différents types et niveaux de personnel infirmier (infirmière généraliste par rapport à infirmière spécialisée ou de pratique avancée). Le contenu de la formation professionnelle continue doit contribuer à garantir les compétences nécessaires aux infirmiers(ères) qui assument des rôles élargis et répondre aux besoins de plus en plus complexes de la population en matière de santé, notamment en faisant une place à l'utilisation d'outils et de technologies numériques pour la santé. La réglementation doit être optimisée pour contribuer à une répartition et un maintien en poste plus équitables du personnel infirmier et permettre des assouplissements et des adaptations en cas d'urgence afin d'améliorer la disponibilité tout en préservant la sécurité publique.

Adapter les politiques sur le lieu de travail pour protéger et sauvegarder les droits du personnel infirmier

140. Il est urgent que les pouvoirs publics, les employeurs et la population réagissent de manière coordonnée pour protéger la santé mentale et le bien-être du personnel infirmier. Des ressources telles que le *pacte mondial pour les personnels de santé et d'aide à la personne*, le document *Notre devoir de diligence* (389) et le *Conseil international des infirmières* (433) fournissent des orientations relatives aux politiques et interventions au niveau des pays et des établissements. Une composante essentielle d'un environnement de travail décent est une rémunération équitable et concurrentielle. Les éléments susceptibles de renforcer les grilles salariales du personnel infirmier sont les mécanismes de progression salariale qui rémunèrent mieux le personnel ayant un niveau élevé de compétences, d'expérience ou de pratique avancée, les compléments de salaire qui ciblent les postes difficiles à pourvoir dans les zones où le coût de la vie est élevé et les assouplissements en matière de cotisations et de prestations de retraite pour encourager davantage les effectifs à rester ou à revenir sur le marché du travail (408). Certains pays devront éventuellement évaluer la manière dont leur système de rémunération favorise l'équité entre les hommes et les femmes (voir section 9.2).



Personnel infirmier prodiguant des soins à un nouveau-né dans l'unité de soins intensifs néonataux de l'hôpital Al-Makassed, Jérusalem. © OMS

→ 9.1.4 Leadership

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

141. Bien que les responsables-chefs des services infirmiers au niveau gouvernemental soient plus nombreux, les pays sont encouragés à s'assurer que leurs rôles et responsabilités correspondent à un niveau d'ancienneté adéquat et à des liens avec les politiques et la gestion relatives aux personnels de santé au sens large. Les responsables-chefs doivent bénéficier d'opportunités de développement professionnel et d'une formation en ressources humaines pour le leadership et la gestion dans le domaine de la santé, notamment dans la communication et l'utilisation des données, et participer aux processus et mécanismes politiques nationaux, ainsi qu'aux forums régionaux et mondiaux. Les chefs de file en soins infirmiers occupant d'autres postes dans le domaine des soins de santé et sociaux peuvent améliorer la prise de décisions en matière de politiques de santé en y apportant l'expérience qu'ils ont des soins infirmiers. Les pays sont encouragés à suivre et à rendre compte du sexe des chefs de file dans le secteur des soins de santé et sociaux.

Investir dans le développement des compétences de leadership chez le personnel infirmier

142. Les programmes de développement du leadership infirmier ont des répercussions positives démontrables et doivent être étendus, en particulier dans les pays à revenu faible. Les obstacles tels que le manque de financement, le nombre insuffisant de personnels infirmiers de direction ou le manque d'exposition au leadership dans les programmes d'enseignement et de formation (434) devront être surmontés grâce à la mobilisation de ressources et à des programmes contextualisés qui fournissent ou renforcent les compétences nécessaires au personnel infirmier de direction dans divers contextes. De nombreux programmes de développement du leadership s'attachent à offrir aux infirmiers(ères) en début de carrière des possibilités de participation à l'élaboration des politiques, de prise de décisions, d'accès à des réseaux professionnels et d'exposition à la recherche et à l'innovation, afin d'améliorer le maintien dans la profession et de faciliter l'avancement professionnel (435, 436).



Activité de sensibilisation à la diarrhée aqueuse aiguë dans une école de Khartoum (Soudan). © OMS

9.2 Priorités politiques émergentes pour 2026–2030

→ 9.2.1 Priorités politiques émergentes

Promouvoir davantage les postes d'infirmiers(ères) de pratique avancée afin d'améliorer l'accès à des services de santé de qualité

143. L'introduction et l'intégration d'infirmiers(ères) de pratique avancée doivent répondre à un besoin identifié pour ce poste, être acceptées par les ministères de la santé et être le fruit de la collaboration entre les ministères de la santé, les établissements d'enseignement, les organismes de réglementation, les associations et les employeurs. La bonne mise en œuvre de ces postes nécessite une réflexion et des adaptations spécifiques à la structure du système de santé, à l'infrastructure éducative et à la politique en matière de personnel de santé (29, 364, 437). Il existe une variété d'opportunités politiques et de leviers réglementaires pour améliorer la compréhension et la mise en œuvre de postes d'infirmiers(ères) de pratique avancée afin d'avoir un plus grand impact sur la santé de la population. La collaboration interprofessionnelle, l'investissement dans la formation et le développement professionnel, et un soutien politique constant sont également essentiels

au succès de la pratique infirmière avancée. Des définitions normalisées de la profession (par opposition aux cadres infirmiers) sont nécessaires pour un suivi global précis et l'élaboration de politiques.

Lutter contre les préjugés liés au sexe, notamment en proposant des salaires équitables et concurrentiels

144. Il est urgent de trouver des solutions collaboratives et multisectorielles pour garantir l'égalité des sexes dans le secteur de la santé et de l'aide à la personne. Des approches spécifiques au contexte sont nécessaires pour s'attaquer aux facteurs de féminisation des soins infirmiers, tels que les normes culturelles et sociétales en matière de genre et l'accès à l'éducation, et pour soutenir une participation équitable des hommes et des femmes à la population active. Des politiques tenant compte de la dimension de genre en matière d'éducation, de recrutement, de déploiement, de gestion, de maintien en poste et d'avancement de carrière contribuent à créer des environnements plus équitables et plus inclusifs pour le personnel infirmier en



Examen de la radiographie des poumons d'un patient dans un établissement de santé au Kazakhstan. © OMS

exercice et en passe de l'être. Tous les pays doivent recueillir des données ventilées par sexe et procéder à des analyses sexospécifiques intersectionnelles du marché du travail dans le secteur de la santé. Les salaires offerts au personnel infirmier doivent être justes et équitables, tenir compte de la pénibilité des rôles et des tâches, et être octroyés en respectant le principe « à travail égal, salaire égal ».

Exploiter le potentiel des outils et des technologies numériques pour répondre aux besoins de la population et des systèmes de santé

145. Les infirmiers(ères), que ce soit dans la pratique de leur profession, dans l'enseignement ou dans des fonctions de direction, devront savoir utiliser les outils de santé numériques et avoir les compétences nécessaires pour se servir des technologies pertinentes. Ces technologies peuvent contribuer à la prévention, au diagnostic et à la prise en charge des maladies, ainsi qu'au perfectionnement du personnel (438). Les infirmiers(ères) doivent être préparé(e)s et pleinement soutenu(e)s pour utiliser de manière compétente les technologies numériques dans tous les domaines de l'exercice de leur profession, de la formation à la pratique infirmière, en passant par la recherche et la gestion. L'adoption de l'IA, son utilisation et son importance dans l'apprentissage et la pratique des personnels de santé nécessiteront des investissements importants pour renforcer les capacités des personnels de santé, ce qui suscite des inquiétudes en matière d'équité et d'inclusion. L'infrastructure et les ressources, notamment la formation du personnel, les cadres juridiques et réglementaires, les mécanismes de confidentialité et de sécurité des données, les normes techniques mondiales et autres,

et l'accès à Internet, sont des préalables essentiels à l'utilisation optimale des technologies numériques et de l'IA pour améliorer la santé des patients (439).

Donner aux infirmiers(ères) les moyens de contribuer au Programme d'action pour le climat par l'éducation, le plaidoyer, des pratiques prenant en compte les questions de climat, et le leadership

146. Les partenaires académiques devront intégrer les acquis d'apprentissage portant sur les changements climatiques et ses effets sur la santé dans les programmes d'études en soins infirmiers fondés sur les compétences et promouvoir l'étude interdisciplinaire englobant la santé publique et la santé environnementale. Le rôle des infirmiers(ères) dans la défense des politiques de santé publique relatives aux changements climatiques doit être reconnu et soutenu. Le personnel infirmier des établissements de santé peut mener des actions de plaidoyer en faveur de mesures visant à réduire leur empreinte carbone, à réduire les déchets et à promouvoir l'efficacité énergétique sur leur lieu de travail. Les pouvoirs publics et les établissements de santé peuvent mettre davantage l'accent sur les questions de santé liées au climat par le biais de professionnels spécifiques, tels que les éducateurs en santé environnementale ou les défenseurs de la santé publique pour la résilience climatique. Les partenariats stratégiques des responsables-chefs des services infirmiers au niveau gouvernemental peuvent contribuer à ce que le personnel infirmier soit formé et déployé de manière à ce qu'il puisse promouvoir le Programme d'action pour le climat dans sa communauté.

Fournir un soutien adapté pour la formation, l'emploi et les conditions de travail des personnels infirmiers dans les zones fragiles, touchés par des conflits et vulnérables

147. Il est primordial de garantir la sécurité physique du personnel infirmier, notamment par des installations sécurisées, des transports sûrs vers et depuis le lieu de travail et une protection contre la violence directe. Un soutien psychosocial, un accompagnement et des services de santé mentale doivent être fournis. Pour soutenir les programmes d'enseignement et de formation, l'apprentissage à distance et mobile devra être développé ; les enseignants auront besoin de soutien pour élaborer, partager et enseigner les cursus en ligne. Les infirmiers(ères) en exercice devront bénéficier d'une

formation en cours d'emploi axée sur les compétences pratiques, telles que le tri des patients, les soins d'urgence et la prise en charge des traumatismes. Des méthodes flexibles de certification ou de validation des acquis devront être utilisées pour enregistrer et reconnaître les certifications. Les salaires et les indemnités des infirmiers(ères) dans les zones de conflit doivent être maintenus, notamment par le biais de mécanismes temporaires. Dans les situations postconflit, les programmes de réadaptation peuvent contribuer à la réintégration du personnel infirmier, à la reconnaissance de la contribution essentielle apportée, à la reconversion si nécessaire, et garantir une indemnisation et un soutien lors du retour aux fonctions antérieures.



Un infirmier de l'hôpital de Talbisah, en République arabe syrienne, tient une pancarte sur laquelle on peut lire « Je suis un infirmier pas une cible » pour attirer l'attention sur les risques auxquels sont confrontés les personnels de santé dans les zones de conflit. © OMS

**Toutes les priorités
politiques et les initiatives
qui en découlent
devront être soutenues**

par des investissements ciblés
et une collaboration au niveau
national entre les différents secteurs
gouvernementaux, comme les finances,
le travail et l'éducation, et par les parties
prenantes, notamment les formateurs
en soins infirmiers, les organismes
de réglementation, les associations,
les employeurs, les organisations
non gouvernementales et les
organisations de la société civile.



Une infirmière veille à l'hydratation d'un patient sous perfusion atteint du choléra dans un centre de traitement en Éthiopie pendant une épidémie.
© OMS/Mulugeta Ayene

Conclusion

148. Bien que le présent rapport révèle une tendance constante à l'augmentation du nombre d'infirmiers(ères) dans le monde, la hausse moyenne masque des inégalités croissantes et des pertes persistantes dans l'offre de personnel infirmier (dues à l'attrition du personnel, aux départs à la retraite et aux migrations internationales). Dans de nombreux pays, les progrès durement obtenus dans les taux d'obtention du diplôme ne se traduisent pas par une amélioration des densités de personnel infirmier en raison de la forte croissance démographique. Les populations vulnérables, comme les pays figurant sur la *Liste OMS d'appui et de sauvegarde du personnel de santé, 2023*, les pays les moins avancés, les pays en proie à des conflits et à l'instabilité, ceux qui ont des taux de fécondité élevés et une croissance démographique rapide, ainsi que les PEID, font toujours face à une baisse de la densité de personnel infirmier, ce qui menace la disponibilité des services de santé essentiels.
149. Il est clair qu'il convient de continuer à accroître le nombre d'infirmiers(ères) en augmentant les capacités d'enseignement et de formation, en multipliant les postes d'infirmiers(ères) dans le système de santé, en améliorant les conditions de travail et en renforçant le leadership et la gouvernance, ce qui contribuera au final à la réalisation des objectifs mondiaux en matière de santé. Une première étape cruciale consiste à réaliser une planification portant sur les personnels infirmiers en tenant compte du marché du travail dans le secteur de la santé afin d'identifier et de résoudre les problèmes liés à la filière de l'enseignement, aux écarts entre l'enseignement et l'emploi, aux lacunes en termes de marge de manœuvre économique et fiscale, au sous-emploi et au chômage, aux profils d'âge et de sexe, ainsi qu'aux facteurs ayant une incidence sur le maintien en poste du personnel et la migration internationale.
150. Il y a peu de chances de mettre un terme à la migration internationale, car des conditions de travail défavorables et des salaires relativement bas restent des facteurs d'incitation majeurs au départ du personnel infirmier. Le présent rapport a montré que de nombreux pays ne disposaient pas de mesures adéquates pour protéger les infirmiers(ères) et faire respecter leurs droits dans leur environnement de travail ; seuls 42 % d'entre eux disposaient de services de soutien à la santé mentale et au bien-être. Les salaires médians, même ajustés en fonction de la PPA, étaient trois fois plus élevés dans les pays à revenu élevé que dans les pays à revenu faible. L'analyse des données sur les salaires ventilées par sexe a révélé que, bien que la profession reste très féminisée, les hommes continuent de gagner plus que les femmes, aussi bien de l'heure que par mois.
151. Au niveau mondial, la profession d'infirmier(ère) s'est de plus en plus professionnalisée. L'augmentation du nombre de pays disposant d'infirmiers(ères) de pratique avancée est en corrélation avec le nombre croissant des données probantes confirmant l'efficacité des infirmiers(ères) de pratique avancée dans l'amélioration

de l'accès et de la qualité en termes de soins ; les conséquences positives sur les patients, les prestataires de soins de santé et les structures existantes ; et la fourniture de services de santé rentables dans divers contextes de santé, pour différentes populations de patients et quels que soient la gravité des problèmes de santé. La normalisation de la définition du personnel infirmier de pratique avancée en tant que catégorie professionnelle et la cohérence de la formation, de la pratique infirmière et de la réglementation peuvent aider à surmonter les obstacles qui entravent un rôle optimisé dans les établissements de santé et les communautés.

152. Plus de pays que jamais disposent d'un responsable-chef des services infirmiers au niveau gouvernemental, ce qui indique qu'il existe une excellente opportunité de tirer parti du leadership de ces personnes occupant un poste de direction. Il incombe désormais aux pays de veiller à ce que les postes de responsable-chef soient dotés des ressources, des compétences politiques et surtout de l'autorité et du pouvoir de décision nécessaires pour apporter une contribution positive à la politique de santé et à la planification portant sur le personnel infirmier. Les responsables-chefs sont bien placés pour jouer un rôle central dans la réorientation des systèmes de santé nationaux vers les soins de santé primaires. Les lacunes dans la formation au leadership infirmier dans certaines Régions et dans les pays à revenu faible devront être comblées afin de donner aux infirmiers(ères) une égalité des chances de réaliser leur plein potentiel.

153. Bien que le présent document présente davantage de données que le rapport précédent, des lacunes importantes subsistent dans des domaines clés, tels que la capacité en matière de formation (demandes, inscriptions), les types d'établissements dans lesquels exerce le personnel infirmier, la proportion d'infirmiers(ères) né(e)s à l'étranger et formé(e)s à l'étranger, et la répartition du personnel infirmier au niveau infranational. L'engagement des responsables-chefs et d'autres acteurs du secteur des soins infirmiers dans la collecte, la communication et l'utilisation des données peut contribuer à améliorer la disponibilité des données pour les prochains rapports.

154. Les données et les éléments de preuve contenus dans le présent rapport confirment la nécessité d'un dialogue en matière de politiques et de décisions fondées sur des données probantes pour poursuivre et accélérer la mise en œuvre des *Orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025*. Investir dans la formation, l'emploi et le maintien en poste du personnel infirmier stimulera la croissance économique en offrant aux infirmiers(ères) des emplois décents et en augmentant la participation des femmes à la vie active. Des investissements ciblant aussi bien les femmes que les hommes dans le domaine de la santé et de l'aide à la personne, associés à des politiques de nature à transformer les rapports femmes-hommes, peuvent contribuer à la mise en place d'économies plus équitables et plus inclusives.

Les pays sont invités à coordonner le dialogue politique intersectoriel et la prise de décisions fondée sur des données probantes quant à l'endroit où agir et à la manière d'investir dans les soins infirmiers afin d'optimiser pleinement la contribution de ce secteur à la prestation de services de santé et à l'amélioration de l'état de santé de la population.

155. Il est à présent urgent d'accélérer les initiatives dans les domaines prioritaires des *Orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025*, et de redoubler d'efforts dans les domaines prioritaires émergents que sont la pratique infirmière avancée, l'égalité des sexes, les effets des changements climatiques sur la santé, les technologies numériques pour la santé, et le personnel infirmier exerçant dans des situations de fragilité, de conflit et de vulnérabilité. Cela permettra de mettre toute la puissance des soins infirmiers au service des activités visant à réduire les iniquités dans l'accès aux services de santé, à renforcer la qualité et l'acceptabilité des soins, et à combler les retards dans la réalisation de la CSU grâce à une approche axée sur les soins de santé primaires. Sur la base des données et des conclusions du présent

rapport, les pays sont invités à coordonner le dialogue politique intersectoriel et la prise de décisions fondée sur des données probantes quant à l'endroit où agir et à la manière d'investir dans les soins infirmiers afin d'optimiser pleinement la contribution de ce secteur à la prestation de services de santé et à l'amélioration de l'état de santé de la population.

156. Les tendances à l'apparition d'iniquités dans plusieurs domaines mises en évidence par le présent rapport se retrouvent d'une Région à l'autre et dans chaque Région, d'un pays à l'autre et dans chaque pays, et quelle que soit la catégorie de revenu des pays. Si ces conclusions ne sont pas une surprise, elles ne doivent pas pour autant nous laisser indifférents. Pour atteindre les cibles des ODD, et en particulier la CSU, ces iniquités doivent être combattues au plus vite.

Une infirmière prépare une intraveineuse pour un enfant souffrant de malnutrition à l'hôpital de Wau (Soudan du Sud). © OMS



Références³

- 1 Les dix premières années de l'Organisation mondiale de la Santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1958 (<https://iris.who.int/handle/10665/38792>).
- 2 Nursing and midwifery in the history of the World Health Organization 1948-2017. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/259535>).
- 3 Reprise stable, mais lente, résilience sur fond de disparités. Washington, DC, Fonds monétaire international, 2024 (<https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2024/04/16/world-economic-outlook-april-2024>).
- 4 Aide sous pression, trois accélérations autour de l'aide publique au développement. Organisation des Nations Unies, 2024 (<https://unctad.org/fr/publication/aide-sous-pression-trois-accelerations-autour-de-laide-publique-au-developpement>).
- 5 Global Health Strategy and Fourteenth General Programme of Work 2025–2028. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://www.who.int/about/general-programme-of-work/fourteenth>).
- 6 Rapport mondial de suivi de la couverture sanitaire universelle 2023. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale et Banque internationale pour la reconstruction et le développement, 2023 (<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240080393>). Licence, CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 7 Personnels de santé et d'aide à la personne. Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030. EB156/15. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2024 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_15-fr.pdf).
- 8 International Nurses Day 2024 report. The economic power of care: our nurses our future. Geneva: International Council of Nurses; 2024 (https://www.icn.ch/sites/default/files/2024-05/ICN_IND2024_report_EN_A4_6.1_0.pdf).
- 9 Couverture sanitaire universelle, élargir notre ambition au regard de la santé et du bien-être dans le monde post-COVID. A/RES/78/4. New York, Organisation des Nations Unies, 2023 (<https://digitallibrary.un.org/record/4025279>).
- 10 À propos du Projet pour le capital humain [site Web]. Groupe de la Banque mondiale, 2025 (<https://www.banquemondiale.org/fr/publication/human-capital/brief/about-hcp>).
- 11 Background note for the interactive dialogue 5 charting the course toward resilient prosperity. 4th International Conference on Small Island Developing States; 2024 (<https://sdgs.un.org/sites/default/files/2024-05/ID%205%20clean.pdf>).
- 12 Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/250368>).
- 13 What do we know about young people's interest in health careers. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2025 (<https://doi.org/10.1787/002b3a39-en>).
- 14 Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé. Résolution WHA63.16. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (<https://iris.who.int/handle/10665/3180>). Licence, CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 15 Le Code de pratique mondial de l'OMS, un aperçu. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2024 (<https://www.who.int/fr/publications/m/item/who-global-code-of-practice--an-overview>). Licence, CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 16 Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030. Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Point 16.1 de l'ordre du Résolution jour. A69/B/CONF.4. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_BCONF4-fr.pdf).
- 17 Rapport final du groupe d'experts de la Commission de haut niveau sur l'emploi en santé et la croissance économique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/250132>).
- 18 Personnels de santé, s'engager pour la santé, plan d'action quinquennal pour l'emploi en santé et la croissance économique inclusive (2017-2021) : rapport du Directeur général. Document 74/12. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/357977>).
- 19 Ressources humaines pour la santé. Résolution WHA75.17. Genève, Suisse, Organisation mondiale de la Santé, 2022 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_R17-fr.pdf).
- 20 Promouvoir la santé et la croissance, investir dans le personnel de santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/250100>).
- 21 Working for health 2022-2030 action plan. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/365794>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 22 Global health and care worker compact. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240073852>).
- 23 Capacité des personnels nationaux pour la mise en œuvre des fonctions essentielles de santé publique, en mettant l'accent sur la préparation et la riposte aux situations d'urgence, feuille de route pour l'alignement des contributions de l'OMS et des partenaires. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/365755>). Licence, CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 24 L'OMS organise le Cinquième Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé [Site Web]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2023 (<https://www.who.int/fr/news/item/03-04-2023-who-convenes-the-fifth-global-forum-on-human-resources-for-health>).
- 25 Fifth global forum on human resources for health: key areas for action and the way forward. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://www.who.int/publications/m/item/5gf-outcomes>).
- 26 McPake B, Dayal P, Zimmermann J, Williams GA. How can countries respond to the health and care workforce crisis. Insights from international evidence. Int J Health Plan Manag. 2024;39:879-87 (<https://doi.org/10.1002/hpm.3766>).
- 27 2020, Année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier. Décision WHA72(19). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/328465>).
- 28 The International Year of the Nurse and the Midwife: taking stock of outcomes and commitments. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/375009>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 29 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 (<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240003279>).
- 30 L'état de la pratique de sage-femme dans le monde 2021. Genève, Fonds des Nations Unies pour la population, 2021 (<https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/21-038-UNFPA-SoWMY2021-FastFacts-FRv542.pdf>).
- 31 Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020.
- 32 Renforcement des soins infirmiers et obstétricaux, investissements dans l'éducation, l'emploi, le leadership et la prestation de services. WHA74.15. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_R15-fr.pdf).
- 33 Orientations stratégiques mondiales de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/351146>).
- 34 Cabinet approves establishment of 157 new nursing colleges. New Delhi: Cabinet Committee on Economic Affairs India; 2023 (<https://pib.gov.in/PressReleaseFramePage.aspx.PRID=1919985>).
- 35 Stratégies ou plans d'action mondiaux dont l'expiration est prévue dans un délai d'un an. Orientations stratégiques mondiales de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025. Cent cinquante-sixième session du Conseil exécutif, document EB156/34. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2024 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_34-fr.pdf).
- 36 Small Island Developing States human resources for health virtual interactions for nursing and midwifery leaders. Virtual conference. Pacific Leadership Program University of Technology Sydney; 2024 (<https://utsd8.prod.acquia-sites.com/sites/default/files/article/downloads/SIDS%20HRH%20Brief.pdf>).

³ Consultées le 30 avril 2025.

- 37 Jordanian nursing annual report 2024 [website]. Amman: Jordanian Nursing Council; 2024 (https://jnc.gov.jo/ebv4.0/root_storage/en/eb_list_page/english_annual_report_2024_final.pdf).
- 38 Comptes nationaux des personnels de santé, guide pour la mise en œuvre. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/275751>).
- 39 Classification internationale type des professions (CITP). Genève, Organisation internationale du Travail, 2023 (https://ilostat.ilo.org/fr/methods/%20concepts-and-definitions/classification-occupation/#elementor-toc_heading-anchor-13).
- 40 Manuel sur les comptes nationaux des personnels de santé, 2^e édition. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/375611>). Licence, CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 41 Le rapport de la Journée internationale des infirmières 2023 - Nos infirmières. Notre futur. En vedette, La nouvelle Charte pour le changement. Genève, Conseil international des infirmières, 2023 (https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-07/ICN_IND_2023_Report_FR.pdf).
- 42 Journée internationale des infirmières 2019, ressources et données probantes. La santé est pour tous - soins infirmiers, santé mondiale et couverture sanitaire universelle. Genève, Conseil international des infirmières, 2019 (https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_Guidance%20Pack%202019_FR.pdf).
- 43 Pichler PP, Jaccard IS, Weisz U, Weisz H. International comparison of health care carbon footprints. *Environ Res Lett*. 2019;14:064004 (<https://dx.doi.org/10.1088/1748-9326/ab19e1>).
- 44 Divakaran B, Lembeck S, Kerr R, Calmus H, Potter T. Nurses see "the big picture": addressing climate change as a social determinant of global health. *Creat Nurs*. 2016;22:243-8 (<https://doi.org/10.1891/1078-4535.22.4.243>).
- 45 Health promotion [website]. Geneva: World Health Organization; 2025 (https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1).
- 46 Langins M, Llop-Gironés A. The role of government chief nursing and midwifery officers in addressing the social determinants of health inequalities in the WHO European Region. *Int J Equity Health*. 2024;23:214 (<https://doi.org/10.1186/s12939-024-02175-7>).
- 47 Integrating the social determinants of health into health workforce education and training. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/373710>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 48 Sorensen C, Campbell H, Depoux A, Finkel M, Gilden R, Hadley K et al. Core competencies to prepare health professionals to respond to the climate crisis. *PLOS Clim*. 2023;2:e0000230 (<https://doi.org/10.1371/journal.pclm.0000230>).
- 49 Mashallahi A, Ardalan A, Nejati A, Ostadtaghizadeh A. Climate adaptive hospital: a systematic review of determinants and actions. *J Environ Health Sci Eng*. 2022;20:983-1013 (<https://doi.org/10.1007/s40201-022-00810-5>).
- 50 Romanello M, Napoli C di, Green C, Kennard H, Lampard P, Scamman D et al. The 2023 report of the Lancet Countdown on health and climate change: the imperative for a health-centred response in a world facing irreversible harms. *Lancet*. 2023;402:2346-94 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01859-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01859-7)).
- 51 Evaluation of the WHO community engagement research initiative. WHO Regional Office for the Western Pacific; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/368135>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 52 Relationality in community engagement: its role in humanizing health and achieving quality integrated health services. World Innovation Summit for Health; 2024 (https://wish.org.qa/research-reports/.node_id=7164).
- 53 Harris OO, Bialous SA, Muench U, Chapman S, Dawson-Rose C. Climate change, public health, health policy, and nurses training. *Am J Public Health*. 2022;112:S321-s7 (<https://doi.org/10.2105/ajph.2022.306826>).
- 54 Ludwig-Beymer P. The role of transcultural nurses in climate change. *J Transcult Nurs*. 2024;35:262 (<https://doi.org/10.1177/10436596241259020>).
- 55 Rempel H, Kalogirou MR, Dahlke S, Hunter KF. Understanding nurses' experience of climate change and then climate action in Western Canada. *J Adv Nurs*. 2024 (<https://doi.org/10.1111/jan.16094>).
- 56 Tyagi V, Saravanas GL, Dunsmore M, Power T, McCormack B. Planetary health and person-centred healthcare practice. *J Adv Nurs*. 2025;81:537-40 (<https://doi.org/10.1111/jan.16153>).
- 57 Goodwin MM, Shattell M. Why nurses should care about climate change. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2020;58:3-4 (<https://doi.org/10.3928/02793695-20200217-01>).
- 58 Kameg BN. Climate change and mental health: implications for nurses. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2020;58:25-30 (<https://doi.org/10.3928/02793695-20200624-05>).
- 59 Clemens V, von Hirschhausen E, Fegert JM. Report of the intergovernmental panel on climate change: implications for the mental health policy of children and adolescents in Europe-a scoping review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022;31:701-13 (<https://doi.org/10.1007/s00787-020-01615-3>).
- 60 Jagals P, Ebi K. Core competencies for health workers to deal with climate and environmental change. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18 (<https://doi.org/10.3390/ijerph18083849>).
- 61 Mani ZA, Naylor K, Goniewicz K. Essential competencies of nurses for climate change response in Saudi Arabia: a rapid literature review. *J Adv Nurs*. 2024 (<https://doi.org/10.1111/jan.16372>).
- 62 Kotcher J, Maibach E, Miller J, Campbell E, Alqodmani L, Maiero M et al. Views of health professionals on climate change and health: a multinational survey study. *Lancet Planet Health*. 2021;5:e316-e23 ([https://doi.org/10.1016/s2542-5196\(21\)00053-x](https://doi.org/10.1016/s2542-5196(21)00053-x)).
- 63 Redulla R. Climate change, sustainability, and health: what can nurses do. *Gastroenterol Nurs*. 2022;45:393-4 (<https://doi.org/10.1097/sga.0000000000000710>).
- 64 Cadet MJ. Integrating climate change concepts into advanced practice registered nurses curricula with the application of the national organization of nurse practitioner faculties competencies. *J Prof Nurs*. 2022;41:157-65 (<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2022.05.006>).
- 65 Boakye DS, Kwashie AA, Adjorlolo S, Korsah KA. Nursing education for sustainable development: a concept analysis. *Nurs Open*. 2024;11:e70058 (<https://doi.org/10.1002/nop2.70058>).
- 66 Gaudreau C, Guillaumie L, Jobin É, Diallo TA. Nurses and climate change: a narrative review of nursing associations' recommendations for integrating climate change mitigation strategies. *Can J Nurs Res*. 2024;56:193-203 (<https://doi.org/10.1177/08445621241229932>).
- 67 Kalogirou MR, Dahlke S, Davidson S, Yamamoto S. Nurses' perspectives on climate change, health and nursing practice. *J Clin Nurs*. 2020;29:4759-68 (<https://doi.org/10.1111/jocn.15519>).
- 68 McDermott-Levy R, Jackman-Murphy KP, Leffers JM, Jordan L. Integrating climate change into nursing curricula. *Nurse Educ*. 2019;44:43-7 (<https://doi.org/10.1097/nne.0000000000000525>).
- 69 Potter T. Planetary health: the next frontier in nursing education. *Creat Nurs*. 2019;25:201-7 (<https://doi.org/10.1891/1078-4535.25.3.201>).
- 70 Karam M, Chouinard M-C, Poitras M-E, Couturier Y, Vedel I, Grgurevic N et al. Nursing care coordination for patients with complex needs in primary healthcare: a scoping review. *Int J Integr Care*. 2021;1:16 (<https://doi.org/10.5334/ijic.5518>).
- 71 La qualité des services de santé, un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/324737>). Licence, CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 72 Cadre opérationnel pour les soins de santé primaires, de l'ambition à l'action. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/351687>). Licence, CC BY- NC-SA 3.0 IGO
- 73 Des services de qualité, un guide de planification. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345385/9789240031616-fre.pdf?sequence=1>). Licence, CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 74 Khatiri R, Endalamaw A, Erku D, Wolka E, Nigatu F, Zewdie A et al. Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2023;23:750 (<https://doi.org/10.1186/s12913-023-09718-8>).
- 75 Guide d'élaboration d'une politique et d'une stratégie nationales relatives à la qualité, approche pratique de formulation d'une politique et d'une stratégie pour l'amélioration de la qualité des soins. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/310942>). Licence, CC BY-NC-SA 3.0 IGO

- 76 Déclaration d'Astana. Conférence internationale sur les soins de santé primaires, 25 et 26 Octobre 2018. Astana (Kazakhstan), 2018. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-fr.pdf>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 77 A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization, United Nations Children's Fund; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/328065>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 78 Rajan D, Rouleau K, Winkelmann J, Jakab M, Kringos D, Khalid F. Implementing the primary health care approach: a primer. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376777>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 79 Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. Technical series on primary health care. Geneva: World Health Organization, United Nations Children's Fund; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/352205>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 80 Les soins infirmiers et les soins de santé primaires : Vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle [site Web]. Genève, Conseil international des infirmières, 2024 (<https://www.icn.ch/fr/ressources/publications-et-rapports/les-soins-infirmiers-et-les-soins-de-sante-primaires-vers-la>).
- 81 Sherwood G, Jones CB, Conklin JL, Dodd A. Quality and safety education for nurses: a bibliometric analysis. *J Nurs Scholarsh*. 2023;55:914-25 (<https://doi.org/10.1111/jnu.12876>).
- 82 The future of nursing 2020-2030: charting a path to achieve health equity. Washington, DC: National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; 2021 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573914/pdf/Bookshelf_NBK573914.pdf).
- 83 Guilamo-Ramos V, Thimm-Kaiser M, Benzekri A, Hidalgo A, Lanier Y, Tlou S et al. Nurses at the frontline of public health emergency preparedness and response: lessons learned from the HIV/AIDS pandemic and emerging infectious disease outbreaks. *Lancet Infect Dis*. 2021;21:e326-e33 ([https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(20\)30983-x](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(20)30983-x)).
- 84 Ebola West Africa, March 2014-2016 [website]. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/emergencies/situations/ebola-outbreak-2014-2016-West-Africa>).
- 85 Coe M, Kawakyu N, Gimbel S, Nyakuya B, Gabriel N, Leonard D et al. Nursing workforce optimization study: a multi-method evaluation and process improvement intervention for HIV service delivery in Tanzania and Zambia. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2023;34:146-57 (<https://doi.org/10.1097/jnc.0000000000000388>).
- 86 Camerini FG, Cunha TL, Fassarella CS, de Mendonça Henrique D, Fortunato JGS. Nursing strategies in antimicrobial stewardship in the hospital environment: a qualitative systematic review. *BMC Nursing*. 2024;23:147 (<https://doi.org/10.1186/s12912-024-01753-y>).
- 87 WHO competency framework for health workers' education and training on antimicrobial resistance. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/272766>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 88 Technical brief on strengthening the nursing and midwifery workforce to improve health outcomes: what is known about advancing roles for nurses: evidence and lessons for implementation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/373780>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 89 Kashyap N, Kavita K, Saini SK, Singh A. Task sharing for managing common noncommunicable disease in a nurse led noncommunicable diseases clinic in peri-urban community of Chandigarh. *Indian J Community Med*. 2022;47:596-9 (https://doi.org/10.4103/ijcm.ijcm_1048_21).
- 90 Toniolo J, Ngoungou EB, Preux PM, Beloni P. Role and knowledge of nurses in the management of non-communicable diseases in Africa: a scoping review. *PLoS One*. 2024;19:e0297165 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0297165>).
- 91 Anthony BF, Surgey A, Hiscock J, Williams NH, Charles JM. General medical services by non-medical health professionals: a systematic quantitative review of economic evaluations in primary care. *Br J Gen Pract*. 2019;69:e304-e13 (<https://doi.org/10.3399/bjgp19X702425>).
- 92 Terry D, Hills D, Bradley C, Govan L. Nurse-led clinics in primary health care: a scoping review of contemporary definitions, implementation enablers and barriers and their health impact. *J Clin Nurs*. 2024;33:1724-38 (<https://doi.org/10.1111/jocn.17003>).
- 93 Connolly C, Cotter P. Effectiveness of nurse-led clinics on healthcare delivery: an umbrella review. *J Clin Nurs*. 2023;32:1760-7 (<https://doi.org/10.1111/jocn.16186>).
- 94 Sun CA, Parslow C, Gray J, Koyfman I, Hladek MD, Han HR. Home-based primary care visits by nurse practitioners. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2022;34:802-12 (<https://doi.org/10.1097/jxn.0000000000000706>).
- 95 Huang Z, Liu T, Gao R, Chair SY. Effects of nurse-led self-care interventions on health outcomes among people with heart failure: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2024;33:1282-94 (<https://doi.org/10.1111/jocn.16947>).
- 96 Lizcano-Álvarez Á, Carretero-Julián L, Talavera-Saez A, Cristóbal-Zárate B, Cid-Expósito MG, Alameda-Cuesta A. Intensive nurse-led follow-up in primary care to improve self-management and compliance behaviour after myocardial infarction. *Nurs Open*. 2023;10:5211-24 (<https://doi.org/10.1002/nop2.1758>).
- 97 Molassiotis A, Liu XL, Kwok SW. Impact of advanced nursing practice through nurse-led clinics in the care of cancer patients: a scoping review. *Eur J Cancer Care*. 2021;30:e13358 (<https://doi.org/10.1111/ecc.13358>).
- 98 McMenamin A, Turi E, Schlak A, Poghosyan L. A systematic review of outcomes related to nurse practitioner-delivered primary care for multiple chronic conditions. *Med Care Res Rev*. 2023;80:563-81 (<https://doi.org/10.1177/10775587231186720>).
- 99 Lei YY, Ya SRT, Zheng YR, Cui XS. Effectiveness of nurse-led multidisciplinary interventions in primary health care: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Pract*. 2023;29:e13133 (<https://doi.org/10.1111/ijn.13133>).
- 100 Momin RP, Kobeissi MM, Casarez RL, Khawaja M. A nurse practitioner-led telehealth protocol to improve diabetes outcomes in primary care. *J Am Assoc Nurs Pract*. 2022;34:1167-73 (<https://doi.org/10.1097/jxn.0000000000000759>).
- 101 Parker KJ, McDonagh J, Ferguson C, Hickman LD. Clinical outcomes of nurse-coordinated interventions for frail older adults discharged from hospital: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2024;33:4184-206 (<https://doi.org/10.1111/jocn.17345>).
- 102 Adams S, Komene E, Wensley C, Davis J, Carryer J. Integrating nurse practitioners into primary healthcare to advance health equity through a social justice lens: an integrative review. *J Adv Nurs*. 2024;80:3899-914 (<https://doi.org/10.1111/jan.16093>).
- 103 Piwowarczyk E, MacPhee M, Howe J. Nurses' role in obesity management in adults in primary healthcare settings worldwide: a scoping review. *Healthcare*. 2024;12 (<https://doi.org/10.3390/healthcare12171700>).
- 104 Quality policy on the diagnosis and management of COVID-19 (in-patient) in adult as reference of the corporation. Philippines Health Insurance Corporation; 2022 (<https://www.philhealth.gov.ph/circulars/2022/circ2022-0028.pdf>).
- 105 Tomanan KJ, Fernandez MC, Posadas JJ, Abad PJ, Bonito S. Building capacities for universal health care in the Philippines: development and implementation of a leadership training program for public health nurses. *Philipp J Nurs*. 2022;92(2):3-17.
- 106 Posadas JJB, Abad PJB, Gayeta JR, Cacatian CJV, Reveche KDPB, Tomanan KJL. Leadership development program for public health nurses: an evaluation of workplace application. *Acta Medica Philippina*. 2015;58.
- 107 Sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health: report on the 2023 policy survey. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/379517>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 108 Caring for children who have experienced violence [website]. WHO Academy. Geneva: World Health Organization; 2025 (https://web-uat.lxp.academy.who.int/coursewares/course-v1:WHO+0013_CM_EN+2024.from=discovery&source=edX).
- 109 Intervenir en cas de maltraitance des enfants, manuel clinique destiné aux professionnels de santé. Genève, Suisse, Organisation mondiale de la Santé, 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/380674>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

- 110 WHO Guidelines for the health sector response to child maltreatment. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/m/item/who-guidelines-for-the-health-sector-response-to-child-maltreatment>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0
- 111 The Constitution of Nepal - Article 39: Rights of the Child. Kathmandu: Government of Nepal; 2015 (https://nic.gov.np/files/new_files/constitution-of-nepal.pdf).
- 112 National Health Policy. Kathmandu: Government of Nepal; 2019 (<https://publichealthupdate.com/national-health-policy-2019-nepal/>).
- 113 National adolescent development and health strategy (NADHS) 2075. Kathmandu: Government of Nepal; 2019 (<https://publichealthupdate.com/national-adolescent-development-and-health-strategy-2075/>).
- 114 National human resources for health strategy 2021-2030. Kathmandu: Government of Nepal; 2021 (<https://publichealthupdate.com/hrhstrategy2030nepal/>).
- 115 Nepal health sector strategy 2022-2023. Kathmandu: Government of Nepal; 2023 (<https://publichealthupdate.com/nepal-health-sector-strategic-plan-2023-2030/>).
- 116 Defining essential public health functions and services to strengthen national workforce capacity. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376579>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 117 21st century health challenges: can the essential public health functions make a difference. discussion paper. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/351510>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 118 Essential public health functions: a guide to map and measure national workforce capacity. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376578>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 119 Global competency and outcomes framework for the essential public health functions. National workforce capacity for essential public health functions collection. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376577>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 120 National workforce capacity for essential public health functions: operational handbook for country-led contextualization and implementation. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376576>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 121 Fourth round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: November 2022–January 2023: interim report, 1 May 2023. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/367352>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 122 Couig MP, Travers JL, Polivka B, Castner J, Veenema TG, Stokes L et al. At-risk populations and public health emergency preparedness in the United States: nursing leadership in communities. *Nurs Outlook*. 2021;69:699-703 (<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.06.005>).
- 123 Labrague LJ, Hammad K. Disaster preparedness among nurses in disaster-prone countries: a systematic review. *Australas Emerg Care*. 2024;27:88-96 (<https://doi.org/10.1016/j.auec.2023.09.002>).
- 124 Loke AY, Guo C, Molassiotis A. Development of disaster nursing education and training programs in the past 20 years (2000-2019): a systematic review. *Nurse Educ Today*. 2021;99:104809 (<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104809>).
- 125 Kleine-Bingham MB, Rangel G, Sarakbi D, Kelleher T, Mensah Abrampah NA, Neilson M et al. Country learning on maintaining quality essential health services during COVID-19 in Timor-Leste: a qualitative analysis. *BMJ Open*. 2023;13:e071879 (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-071879>).
- 126 Chegini Z, Arab-Zozani M, Kakemam E, Lotfi M, Nobakht A, Aziz Karkan H. Disaster preparedness and core competencies among emergency nurses: a cross-sectional study. *Nurs Open*. 2022;9:1294-302 (<https://doi.org/10.1002/nop2.1172>).
- 127 Health emergencies [website]. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://www.who.int/our-work/health-emergencies>).
- 128 Caviglia M, da Silva-Moniz JA, Venturini F, Jambai A, Vandy MJ, Wurie AR et al. Response to mass-casualty incidents and outbreaks: a prehospital disaster training package developed for the national emergency medical service in Sierra Leone. *Prehosp Disaster Med*. 2022;37:701-5 (<https://doi.org/10.1017/s1049023x22001029>).
- 129 Implementing health emergency and disaster risk management [website]. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://www.who.int/activities/implementing-health-emergency-and-disaster-risk-management>).
- 130 Le CII présente des Compétences de base pour les infirmières engagées dans les équipes médicales d'urgence [site Web]. Genève, Conseil international des infirmières, 2022 (<https://www.icn.ch/fr/actualites/le-cii-presente-des-competences-de-base-pour-les-infirmieres-engagees-dans-les-equipes>).
- 131 A decade review of the health workforce in the WHO African Region, 2013-2022: implications for aligning investments to accelerate progress towards universal health coverage. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376643>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 132 The Sustainable Development Goals report [website]. UN Department of Economic and Social Affairs; 2023 (<https://sdgs.un.org/documents/sustainable-development-goals-report-2023-53220>).
- 133 White paper on elevating the Small Island Developing States agenda within WHO. Geneva: World Health Organization; 2023.
- 134 Vital roles of nurses and midwives in the Western Pacific Region. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/333042>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 135 Vital roles of nurses and midwives [website]. Ultimo, Australia: University of Technology Sydney; 2025 (<https://www.uts.edu.au/research/centres/who-collaborating-centre/what-we-do/leadership/vital-roles-nurses-and-midwives>).
- 136 Liste OMS d'appui et de sauvegarde pour les personnels de santé, 2023. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/374016>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 137 Cometto G, Boniol M, Mahat A, Diallo K, Campbell J. Understanding the WHO health workforce support and safeguards list 2023. *Bull World Health Organ*. 2023;101:362-a (<https://doi.org/10.2471/blt.23.290191>).
- 138 A decade review of the health workforce in the WHO African Region, 2013-2022: implications for aligning investments to accelerate progress towards universal health coverage. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376643>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 139 Bdaiwi Y, Sabouni A, Patel P, Ekzayez A, Alchalati S, Abdrabbuh O et al. Impact of armed conflict on health professionals' education and training in Syria: a systematic review. *BMJ Open*. 2023;13:e064851 (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064851>).
- 140 Bogale B, Scambler S, Mohd Khairuddin AN, Gallagher JE. Health system strengthening in fragile and conflict-affected states: a review of systematic reviews. *PLoS One*. 2024;19:e0305234 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305234>).
- 141 Badri R, Dawood I. The implications of the Sudan war on healthcare workers and facilities: a health system tragedy. *Confl Health*. 2024;18:22 (<https://doi.org/10.1186/s13031-024-00581-w>).
- 142 Arage MW, Kumsa H, Asfaw MS, Kassaw AT, Dagnen EM, Tunta A et al. Exploring the health consequences of armed conflict: the perspective of Northeast Ethiopia, 2022: a qualitative study. *BMC Pub Health*. 2023;23:2078 (<https://doi.org/10.1186/s12889-023-16983-z>).
- 143 Isangula KG, Lyimo M, Ndungile Y, Robert E. Nurses' preparedness for disaster response in rural and urban primary healthcare settings in Tanzania. *Rural Remote Health*. 2023;23:7547 (<https://doi.org/10.22605/rrh7547>).
- 144 Mani ZA, Innab A, Taleb F. Assessing the frontline competency gap: emergency care perceptions among nurses in Yemen's conflict zone. *Int Nurs Rev*. 2024;72(2):e13047 (<https://doi.org/10.1111/inr.13047>).
- 145 Fouad FM, Sparrow A, Tarakji A, Alameddine M, El-Jardali F, Coutts AP et al. Health workers and the weaponisation of health care in Syria: a preliminary inquiry for the Lancet–American University of Beirut Commission on Syria. *Lancet*. 2017;390:2516-26 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30741-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30741-9)).
- 146 St Louis P, Makali SL, Paul E. Health-care workers in fragile and conflict-ridden contexts. *Lancet*. 2024;404:1105 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(24\)01647-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(24)01647-7)).
- 147 Mahase E. Violence against health staff in conflict zones reached record high in 2023. *BMJ*. 2024;385:q1140 (<https://doi.org/10.1136/bmj.q1140>).

- 148 Niven AS, Skomro RP, Dziuba D, Gajic O. Supporting health care workers during the armed conflict in Ukraine. *Chest*. 2023;163:1365-7 (<https://doi.org/10.1016/j.chest.2022.12.021>).
- 149 Mani Z, Kuhn L, Plummer V. Emergency nurse roles, challenges, and preparedness in hospitals in the context of armed conflict. *Disaster Med Public Health Prep*. 2024;18:e21 (<https://doi.org/10.1017/dmp.2024.7>).
- 150 Salih F. My leadership journey. Blog. *Nursing Now Challenge*; 2021 (<https://www.nursingnow.org/news/my-leadership-journey/>).
- 151 Le leader des soins infirmiers au Soudan appelle les infirmières du monde entier à faire pression sur leurs gouvernements pour la paix [site Web]. Genève, Conseil international des infirmières, 2023 (<https://www.icn.ch/fr/actualites/le-leader-des-soins-infirmiers-au-soudan-appelle-les-infirmieres-du-monde-entier-faire>).
- 152 Kodo TK, Kidie AA, Merecho TH, Tiruneh MG, Yayeh BM, Getaneh BA et al. The impact of armed conflict on services and outcomes related to maternal and reproductive health in North Wollo, Amhara, Ethiopia: a qualitative study. *Int J Womens Health*. 2024;16:1055-66 (<https://doi.org/10.2147/ijwh.S457529>).
- 153 Haar R, Rayes D, Tappis H, Rubenstein L, Rihawi A, Hamze M et al. The cascading impacts of attacks on health in Syria: a qualitative study of health system and community impacts. *PLOS Glob Public Health*. 2024;4:e0002967 (<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002967>).
- 154 Denton J, Evans D, Xu Q. Managers' perception of older nurses and midwives and their contribution to the workplace- a qualitative descriptive study. *J Adv Nurs*. 2023;79:727-36 (<https://doi.org/10.1111/jan.15494>).
- 155 Ticking timebomb: without immediate action, health and care workforce gaps in the European Region could spell disaster. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022 (<https://www.who.int/europe/news-room/14-09-2022-ticking-timebomb-without-immediate-action-health-and-care-workforce-gaps-in-the-european-region-could-spell-disaster>).
- 156 Écart de rémunération entre femmes et hommes dans le secteur de la santé et des soins, une analyse de la situation dans le monde à l'ère de la COVID-19. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Organisation internationale du Travail, 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/362844>). Licence, CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 157 Breaking barriers: women's employment in health in the EMR. The World Innovation Summit for Health; 2024 (<https://wish.org.qa/research-report/breaking-barriers/>).
- 158 Migrants, réfugiés et sociétés. Washington, DC, Groupe de la Banque mondiale, 2023 (<https://www.worldbank.org/en/publication/wdr2023>).
- 159 Alameddine M, Kharroubi SA, Dumit NY, Kassas S, Diab-El-Harake M, Richa N. What made Lebanese emigrant nurses leave and what would bring them back. A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*. 2020;103:103497 (<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103497>).
- 160 Almansour H, Aldossary A, Holmes S, Alderaan T. Migration of nurses and doctors: pull factors to work in Saudi Arabia. *Hum Resour Health*. 2023;21:25 (<https://doi.org/10.1186/s12960-023-00809-5>).
- 161 Amofa-Adade E, Koltai J. Health labor force exodus: a systematic review of drivers influencing nurses' migration intentions from source countries. *J Infrastruct Policy Dev*. 2024;8:8400 (<https://doi.org/10.24294/jipd.v8i11.8400>).
- 162 Boadu I, Asamoah-Baah A, Mahama JE, Ameyaw Domfeh K, Ebu Enyan NI, Amoo SA et al. To stay or to go. Outmigration of nurses from Ghana. A GPN/UCC Project, Kassel, Germany: Global Partnership Network; 2024 (<https://doi.org/10.17170/kobra-202402229629>).
- 163 Dahl K, Nortvedt L, Schrøder J, Bjørnnes AK. Internationally educated nurses and resilience: a systematic literature review. *Int Nurs Rev*. 2022;69:405-15 (<https://doi.org/10.1111/inr.12787>).
- 164 Edwards RL, Patrician PA, Bakitas M, Markaki A. Palliative care integration: a critical review of nurse migration effect in Jamaica. *BMC Palliat Care*. 2021;20:155 (<https://doi.org/10.1186/s12904-021-00863-7>).
- 165 Galbany-Estragués P, Giménez-Lajara M, Jodar-Solà G, Casañas R, Romeu-Labayen M, Gomez-Gamboa E et al. Exploring nurses'experiences: abandoning the profession and migrating for improved opportunities. *Appl Nurs Res*. 2024;77:151787 (<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2024.151787>).
- 166 Ghimire A, Thapa B, Ranabhat MK. Migration intentions among nursing students in the age of COVID-19: a mixed method scoping review. *J Chitwan Med Coll*. 2024;14(3):8-22.
- 167 Jadhav ST, Roy SM. The sociodemographic characteristics of Indian nursing students and their intentions to migrate overseas for work. *Policy Polit Nurs Pract*. 2024;25:58-62 (<https://doi.org/10.1177/15271544231201347>).
- 168 Konlan KD, Lee TW, Damiran D. The factors that are associated with nurse immigration in lower- and middle-income countries: an integrative review. *Nurs Open*. 2023;10:7454-66 (<https://doi.org/10.1002/nop2.2003>).
- 169 Laari CK, Sapak J, Wumbei D, Salifu I. Migration intentions among nursing students in a low-middle-income country. *BMC Nurs*. 2024;23:492 (<https://doi.org/10.1186/s12912-024-02180-9>).
- 170 Ojo TO, Oladejo BP, Afolabi BK, Osungbade AD, Anyanwu PC, Shaibu-Ekha I. Why move abroad. Factors influencing migration intentions of final year students of health-related disciplines in Nigeria. *BMC Med Educ*. 2023;23:742 (<https://doi.org/10.1186/s12909-023-04683-6>).
- 171 Palmer B, Leone C, Appleby J. Recruitment of nurses from overseas: exploring the levels affecting international recruitment. London: Nuffield Trust; 2021 (<https://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/default/files/2021-10/recruitment-of-nurses-drivers-web.pdf>).
- 172 Soh KL, Japar S, Soh KG, Tsujita Y. Factors influencing migration and job satisfaction amongst Malaysian nurses working in other countries. ERIA Research Project Report. Jakarta: Economic Research Institute for ASEAN and East Asia (ERIA); 2023 (<https://www.eria.org/uploads/HR-Development-Employment-International-Migration-Nurses-Caregivers-Asia-and-Pacific-Region-rev2.pdf>).
- 173 Smith JB, Herinek D, Woodward-Kron R, Ewers M. Nurse migration in Australia, Germany, and the UK: a rapid evidence assessment of empirical research involving migrant nurses. *Policy Polit Nurs Pract*. 2022;23:175-94 (<https://doi.org/10.1177/15271544221102964>).
- 174 Smith DM, Gillin N. Filipino nurse migration to the UK: understanding migration choices from an ontological security-seeking perspective. *Soc Sci Med*. 2021;276:113881 (<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113881>).
- 175 Tajari M, Ashktorab T. Reasons behind immigration of Iranian nurses: a qualitative study. *Knowledge of Nursing Journal*. 2023;1(1):40-51.
- 176 Toyin-Thomas P, Ikurionan P, Omoyibo EE, Iwegim C, Ukuoku AO, Okpere J et al. Drivers of health workers' migration, intention to migrate and non-migration from low/middle-income countries, 1970-2022: a systematic review. *BMJ Glob Health*. 2023;8 (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-012338>).
- 177 Review of international migration of nurses from the state of Kerala, India. New Delhi: WHO Country Office for India; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/363438>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 178 Yürümezoğlu HA, Çamveren H. Why are Turkish nurses migrating. A mixed-methods study. *Int Nurs Rev*. 2025;72:e13019 (<https://doi.org/10.1111/inr.13019>).
- 179 WHO report on global health worker mobility. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/370938>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 180 Chang Chiu A, Monk J, Docal M, Reynolds NR. Nursing nurses: fostering safety and belonging for successful workplace assimilation of displaced nurses from war and conflict. *Nurse Leader*. 2024;22:146-52 (<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2023.11.016>).
- 181 Correa-Betancour M, Marcus K, Balasubramanian M. Barriers and facilitators to the professional integration of internationally qualified nurses in Australia: a mixed methods systematic review. *Aust J Adv Nurs*. 2024;41:39 (<https://doi.org/10.37464/2024.411.933>).
- 182 Cubelo F. Policy reform on the qualification pathway of internationally educated nurses in Greenland and its relationship with the Danish system: a qualitative discourse analysis. *Policy Polit Nurs Pract*. 2024;25:172-81 (<https://doi.org/10.1177/15271544241245975>).
- 183 Gotehus A. Agency in deskilling: Filipino nurses' experiences in the Norwegian health care sector. *Geoforum*. 2021;126:340-9 (<https://doi.org/10.1016/j.geoforum.2021.08.012>).
- 184 Lillekroken D, Nortvedt L. Hope, passion and perseverance: experiences of internationally educated nurses pursuing nursing authorization in Norway-a qualitative study. *BMC Nurs*. 2024;23:637 (<https://doi.org/10.1186/s12912-024-02297-x>).
- 185 Stokes F, Iskander R. Human rights and bioethical considerations of global nurse migration. *J Bioeth Inq*. 2021;18:429-39 (<https://doi.org/10.1007/s11673-021-10110-6>).

- 186 Yakubu K, Gyaase D, Soumyadeep B. Circular migration of health workers and diaspora contributions to health systems in source countries: a scoping review report. The George Institute for Global Health; 2024.
- 187 Nursing agenda drives Indonesia-Australia collaboration. Indonesia-Australia Comprehensive Economic Partnership Agreement Economic Cooperation Program Katalis. Jakarta; 2024 (<https://iacepa-katalis.org/en/press-release/nursing-agenda-drives-indonesia-australia-collaboration>).
- 188 Boniol M, Kunjumen T, Nair TS, Siyam A, Campbell J, Diallo K. The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage. *BMJ Glob Health*. 2022;7 (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009316>).
- 189 Haakenstad A, Irvine CMS, Knight M, Bintz C, Aravkin AY, Zheng P et al. Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2022;399:2129-54 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00532-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00532-3)).
- 190 Boniol M, Siyam A, Diallo K, Campbell J. Urgent need to invest in health and care workers. *Lancet*. 2022;399:2079-80 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00576-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00576-1)).
- 191 de Wit H, Deca L, Hunter F. Internationalization of higher education—what can research add to the policy debate. Overview paper. In: Curaj A, Matei L, Pricopie R, Salmi J et al. (eds). *The European higher education area: between critical reflections and future policies*. Cham: Springer International Publishing; 2015:3-12 (https://doi.org/10.1007/978-3-319-20877-0_1).
- 192 Nuruzzaman M, Zapata T, McIsaac M, Wangmo S, Islam MJ, Almamun M et al. Informing investment in health workforce in Bangladesh: a health labour market analysis. *Hum Resour Health*. 2022;20:73 (<https://doi.org/10.1186/s12960-022-00769-2>).
- 193 Garg S, Tripathi N, McIsaac M, Zurn P, Zapata T, Mairembam DS et al. Implementing a health labour market analysis to address health workforce gaps in a rural region of India. *Hum Resour Health*. 2022;20:50 (<https://doi.org/10.1186/s12960-022-00749-6>).
- 194 Okoroafor SC, Kweisa B, Ogato J, Gura Z, Gondi J, Jumba N et al. Investing in the health workforce in Kenya: trends in size, composition and distribution from a descriptive health labour market analysis. *BMJ Glob Health*. 2022;7 (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009748>).
- 195 Health labour market 2022 analysis for Zimbabwe. Ministry of Health and Child Care Zimbabwe; 2022 (https://files.who.int/afahobckpcontainer/production/files/Zimbabwe_Comprehensive_HLMA_Report_2023_2023_v5.pdf).
- 196 Asamani JA, Amertill NP, Ismaila H, Francis AA, Chebere MM, Nabyonga-Orem J. Nurses and midwives demographic shift in Ghana—the policy implications of a looming crisis. *Hum Resour Health*. 2019;17:32 (<https://doi.org/10.1186/s12960-019-0377-1>).
- 197 Asamani JA, Amertill 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 (<https://doi.org/10.1186/s12960-020-0462-5>).
- 198 Asamani JA, Ismaila H, Plange A, Ekey VF, Ahmed AM, Chebere M et al. The cost of health workforce gaps and inequitable distribution in the Ghana Health Service: an analysis towards evidence-based health workforce planning and management. *Hum Resour Health*. 2021;19:43 (<https://doi.org/10.1186/s12960-021-00590-3>).
- 199 Asamani JA, Zurn P, Pitso P, Mothebe M, Moalosi N, Malieane T et al. Health workforce supply, needs and financial feasibility in Lesotho: a labour market analysis. *BMJ Glob Health*. 2022;7 (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-008420>).
- 200 Abdullozoda J, Yusufi S, Nandi S, Makhmudova P, Bustamante JP, Langins M et al. Informing policy with health labour market analysis to improve availability of family doctors in Tajikistan. *Hum Resour Health*. 2024;22:63 (<https://doi.org/10.1186/s12960-024-00946-5>).
- 201 Okoroafor SC, Ahmat A, Asamani JA, Millogo JJS, Nyoni J. An overview of health workforce education and accreditation in Africa: implications for scaling-up capacity and quality. *Hum Resour Health*. 2022;20:37 (<https://doi.org/10.1186/s12960-022-00735-y>).
- 202 Programme international pour le suivi des acquis des élèves (PISA). Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2023 (<https://www.oecd.org/fr/about/programmes/pisa/pisa-publications.html>).
- 203 Bvumbwe T, Mtshali N. Nursing education challenges and solutions in Sub Saharan Africa: an integrative review. *BMC Nurs*. 2018;17:3 (<https://doi.org/10.1186/s12912-018-0272-4>).
- 204 Gazza EA. Alleviating the nurse faculty shortage: designating and preparing the academic nurse educator as an advanced practice registered nurse. *Nurs Forum*. 2019;54:144-8 (<https://doi.org/10.1111/nuf.12307>).
- 205 Bond C, Jackson D. Revisiting the nursing academic workforce shortage: where to from here. *J Adv Nurs*. 2025;81(4):2231-3 (<https://doi.org/10.1111/jan.16499>).
- 206 Middleton L, Howard AA, Dohrn J, Von Zinkernagel D, Parham Hopson D, Aranda-Naranjo B et al. The Nursing Education Partnership Initiative (NEPI): innovations in nursing and midwifery education. *Acad Med*. 2014;89:S24-8 (<https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000342>).
- 207 Aragon SA, Babbo GM, Bear SJ, Schaffner ML. Nurses at the table: action now! for nursing education. *Online J Issues Nurs*. 2020;25(1).
- 208 Apen LV, Rosenblum R, Solvason N, Chan GK. Nursing academic leadership: an urgent workforce shortage in nursing education. *Nurs Educ Perspect*. 2021;42:304-9 (<https://doi.org/10.1097/01.Nep.0000000000000851>).
- 209 New AACN data points to enrollment challenges facing U.S. schools of nursing. Washington, DC: American Association of Colleges of Nursing; 2024 (<https://www.aacnnursing.org/news-data/all-news/article/new-aacn-data-points-to-enrollment-challenges-facing-us-schools-of-nursing>).
- 210 Fang D, Zangaro GA, Kesten K. Assessment of nursing faculty retirement projections. *Nurs Outlook*. 2024;72:102135 (<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2024.102135>).
- 211 Statistiques sur la formation d'infirmières et d'infirmiers au Canada. Ottawa, Association canadienne des écoles de sciences infirmières, 2023 (<https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2023/11/2021-2022-RNECS-Report-FR-Final.pdf>).
- 212 Baltruks D, Cooke R, Thang P. The academic workforce in health faculties: analysis of the council's academic staffing census 2019. London: Council of Deans of Health; 2020 (https://www.councilofdeans.org.uk/wp-content/uploads/2020/01/CODH.ASC.report_v4.pdf).
- 213 Mazinga G. NLN annual survey of schools of nursing academic year 2022-2023: executive summary. *Nurs Educ Perspect*. 2024;45:269-70 (<https://doi.org/10.1097/01.Nep.0000000000001322>).
- 214 Boamah SA, Callen M, Cruz E. Nursing faculty shortage in Canada: a scoping review of contributing factors. *Nurs Outlook*. 2021;69:574-88 (<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.01.018>).
- 215 National Nursing Education Initiative (NNEI). Veteran Affairs; 2024 ([VA.gov](https://va.gov)).
- 216 Rugs D, Nedd N, Quast T, Wang X, Hyacinthe M, Hall KS et al. An evaluation of the Veterans Health Administration National Nursing Education Initiative. *Nurs Outlook*. 2021;69:193-201 (<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.11.001>).
- 217 Young L, Adams J. Increasing the number of nursing faculty: evaluation of a university system workforce grant. *Nurs Outlook*. 2024;72:102138 (<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2024.102138>).
- 218 Smith RM, Gray JE, Homer CSE. Common content, delivery modes and outcome measures for faculty development programs in nursing and midwifery: a scoping review. *Nurse Educ Pract*. 2023;70:103648 (<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103648>).
- 219 Oguro M, Sakurai S, Htay NN, Horiuchi S. Voices from undergraduate students and faculty members regarding the status and challenges of baccalaureate nursing education in Myanmar: a qualitative study. *Nurse Educ Today*. 2022;109:105253 (<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105253>).
- 220 Hudays A, Gary F, Voss JG, Zhang AY, Alghamdi A. Utilizing the social determinants of health model to explore factors affecting nurses' job satisfaction in Saudi Arabian hospitals: a systematic review. *Healthcare*. 2023;11 (<https://doi.org/10.3390/healthcare11172394>).

- 221 Alanazi FJ, Rossi RA. How nurse faculty in Saudi Arabia view their competencies in all aspects of the faculty role: a descriptive study. *Nurs Educ Perspect.* 2024;45:E25-e7 (<https://doi.org/10.1097/01.Nep.0000000000001270>).
- 222 Anderson M, Taylor N, Rowley T, Owens C, Iacob E. Understanding factors influencing nursing faculty departure and intentions. *Nurs Educ.* 2024;49:222-6 (<https://doi.org/10.1097/nne.0000000000001612>).
- 223 Myint LL, Akkadechanunt T, Sirakamon S, Chitpakdee B. Factors influencing nursing faculty members' intent to stay: a structural equation modeling approach. *Nurs Health Sci.* 2024;26:e13080 (<https://doi.org/10.1111/nhs.13080>).
- 224 Heier C, Nelson-Brantley H. Nurse faculty job satisfaction: a concept analysis. *J Contin Educ Nurs.* 2024;55:331-7 (<https://doi.org/10.3928/00220124-20240301-04>).
- 225 Busby KR, Draucker CB. Institutional factors that affect faculty mentoring in academic nursing programs. *J Prof Nurs.* 2024;54:164-70 (<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2024.07.006>).
- 226 Busby KR, Draucker CB, Reising DL. Exploring mentoring and nurse faculty: an integrative review. *J Prof Nurs.* 2022;38:26-39 (<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.11.006>).
- 227 Dahlke S, Raymond C, Pencone T, Swaboda N. An integrative review of mentoring novice faculty to teach. *J Nurs Educ.* 2021;60:203-8 (<https://doi.org/10.3928/01484834-20210322-04>).
- 228 Lambert K, Sanders Dorris D, Williams A. The effects of structured mentorship and onboarding of novice nursing faculty. *J Nurs Educ.* 2024;63:405-8 (<https://doi.org/10.3928/01484834-20240404-09>).
- 229 Kleib M, Arnaert A, Nagle LM, Ali S, Idrees S, Costa DD et al. Digital health education and training for undergraduate and graduate nursing students: scoping review. *JMIR Nurs.* 2024;7:e58170 (<https://doi.org/10.2196/58170>).
- 230 Buchanan C, Howitt ML, Wilson R, Booth RG, Risling T, Bamford M. Predicted influences of artificial intelligence on nursing education: scoping review. *JMIR Nurs.* 2021;4:e23933 (<https://doi.org/10.2196/23933>).
- 231 Booth RG, Strudwick G, McBride S, O'Connor S, Solano López AL. How the nursing profession should adapt for a digital future. *BMJ.* 2021;373:n1190 (<https://doi.org/10.1136/bmj.n1190>).
- 232 De Gagne JC, Hwang H, Jung D. Cyberethics in nursing education: ethical implications of artificial intelligence. *Nursing Ethics.* 2024;31:1021-30 (<https://doi.org/10.1177/09697330231201901>).
- 233 O'Connor S, Zhang M, Honey M, Lee JJ. Digital professionalism on social media: a narrative review of the medical, nursing, and allied health education literature. *Int J Med Inform.* 2021;153:104514 (<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2021.104514>).
- 234 Chikware AB, Roman NV, Davids EL. Improving health informatics competencies: a scoping review of the components of health informatics academic programs. *SAGE Open.* 2024;2024 (<https://doi.org/10.1177/21582440241293259>).
- 235 Forman TM, Armor DA, Miller AS. A review of clinical informatics competencies in nursing to inform best Practices in education and nurse faculty development. *Nurs Educ Perspect.* 2020;41:E3-E7 (<https://doi.org/10.1097/01.Nep.0000000000000588>).
- 236 Harerimana A, Wicking K, Biedermann N, Yates K. Integrating nursing informatics into undergraduate nursing education in Africa: a scoping review. *Int Nurs Rev.* 2021;68:420-33 (<https://doi.org/10.1111/inr.12618>).
- 237 Bogossian F, New K, George K, Barr N, Dodd N, Hamilton AL et al. The implementation of interprofessional education: a scoping review. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2023;28:243-77 (<https://doi.org/10.1007/s10459-022-10128-4>).
- 238 Bogossian F, Craven D. A review of the requirements for interprofessional education and interprofessional collaboration in accreditation and practice standards for health professionals in Australia. *J Interprof Care.* 2021;35:691-700 (<https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1808601>).
- 239 Khalafi A, Sarvi Sarneydani N, Akhondzadeh R. Simulation-based interprofessional education (IPE) for enhanced attitude and teamwork of anesthesiology residents and nurse anesthesia students in Iran. *J Adv Med Educ Prof.* 2023;11:105-12 (<https://doi.org/10.30476/jamp.2022.95701.1657>).
- 240 Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2013:Cd002213 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>).
- 241 Martin P, Pighills A, Burge V, Argus G, Sinclair L. Promoting interprofessional education and collaborative practice in rural health settings: learnings from a state-wide multi-methods study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(10):5162 (<https://doi.org/10.3390/ijerph18105162>).
- 242 Perron D, Parent K, Gaboury I, Bergeron DA. Characteristics, barriers and facilitators of initiatives to develop interprofessional collaboration in rural and remote primary healthcare facilities: a scoping review. *Rural Remote Health.* 2022;22:7566 (<https://doi.org/10.22605/rrh7566>).
- 243 Giltenane M, Dowling M. Student nurses' experiences of remote learning during Covid-19 pandemic: a qualitative evidence synthesis. *J Adv Nurs.* 2024;80:2614-28 (<https://doi.org/10.1111/jan.15887>).
- 244 Buthelezi LI, Wyk JMV. The use of an online learning management system by postgraduate nursing students at a selected higher educational institution in KwaZulu-Natal, South Africa. *Afr J Health Prof Educ.* 2020;12:211-4 (<https://doi.org/10.7196/AJHPE.2020.v12i4.1391>).
- 245 Poza-Méndez M, Bas-Sarmiento P, Erahmouni I, Fernández-Gutiérrez M. Assessment of health literacy among migrant populations in Southern Spain: a cross-sectional study. *Nurs Open.* 2023;10:2600-10 (<https://doi.org/10.1002/nop2.1520>).
- 246 O'Connor S, Jolliffe S, Stanmore E, Renwick L, Booth R. Social media in nursing and midwifery education: a mixed study systematic review. *J Adv Nurs.* 2018;74:2273-89 (<https://doi.org/10.1111/jan.13799>).
- 247 Hays C, Devine S, Wongtongkam N, Glass B. Studying nursing at Australian satellite university campuses: a review of teaching, learning and support. *Aust J Rural Health.* 2021;29:226-35 (<https://doi.org/10.1111/ajr.12741>).
- 248 Hays C, Devine S, Glass BD. Exploring the nursing student experience at a remote Australian university campus: a qualitative study. *BMC Nurs.* 2022;21:211 (<https://doi.org/10.1186/s12912-022-00996-x>).
- 249 Jowsey T, Foster G, Cooper-Ioelu P, Jacobs S. Blended learning via distance in pre-registration nursing education: a scoping review. *Nurs Educ Pract.* 2020;44:102775 (<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102775>).
- 250 Cleaver K, Don C, Chojnacka I, Essex R, Weldon S, Markowski M. A systematic scoping review of undergraduate nursing hub-and-spoke placement models. *Br J Nurs.* 2023;32:252-8 (<https://doi.org/10.12968/bjon.2023.32.5.252>).
- 251 Dedeilia A, Papapanou M, Papadopoulos AN, Karela N-R, Androutsou A, Mitsopoulou D et al. Health worker education during the COVID-19 pandemic: global disruption, responses and lessons for the future—a systematic review and meta-analysis. *Hum Resour Health.* 2023;21:13 (<https://doi.org/10.1186/s12960-023-00799-4>).
- 252 Kanagaraj P, Sakthivel R, Christumary PC, Arulappan J, Matua GA, Subramanian U et al. Nursing student's satisfaction with virtual learning during COVID-19 pandemic in India. *SAGE Open Nurs.* 2022;8:23779608221144933 (<https://doi.org/10.1177/23779608221144933>).
- 253 Kim S, Jeong SH, Kim HS, Jeong YJ. Academic success of online learning in undergraduate nursing education programs in the COVID-19 pandemic era. *J Prof Nurs.* 2022;38:6-16 (<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.10.005>).
- 254 Maheshwari K, Ladha N, Khapre M, Deol R. Perception of online learning among health sciences' students – a mixed methods study. *J Educ Health Promot.* 2022;11:286 (https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_364_22).
- 255 Brown J, Morgan A, Mason J, Pope N, Bosco AM. Student nurses' digital literacy levels: lessons for curricula. *CIN.* 2020;38:451-8 (<https://doi.org/10.1097/cin.0000000000000615>).
- 256 Kumar A, Kalal N, Rana N, Vyas H, Choudhary V, Rani R. Online learning in nursing students: satisfaction and barriers. *J Educ Health Promot.* 2021;10:411 (https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1221_20).
- 257 Martzoukou K, Luders ES, Mair J, Kostogiannis P, Johnson N, Work F et al. A cross-sectional study of discipline-based self-perceived digital literacy competencies of nursing students. *J Adv Nurs.* 2024;80:656-72 (<https://doi.org/10.1111/jan.15801>).

- 258 Nowell L, Dolan S, Johnston S, Jacobsen M, Lorenzetti D, Oddone Paolucci E. Exploring student perspectives and experiences of online opportunities for virtual care skills development: sequential explanatory mixed methods study. *JMIR Nurs*. 2024;7:e53777 (<https://doi.org/10.2196/53777>).
- 259 O'Connor S, LaRue E. Integrating informatics into undergraduate nursing education: a case study using a spiral learning approach. *Nurs Educ Pract*. 2021;50:102934 (<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102934>).
- 260 Makhene A. Digital divide in nursing education: an issue of social justice. *Health SA*. 2023;28:2513 (<https://doi.org/10.4102/hsag.v28i0.2513>).
- 261 Rapport sur les objectifs de développement durable. New York, Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2022 (https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2022_French.pdf).
- 262 Andrewes T, Morley D, Holley D, Gelling L. Opportunity or inequity. The paradox of open educational resources for continuing professional development in nursing. *J Clin Nurs*. 2023;32:5423-4 (<https://doi.org/10.1111/jocn.16663>).
- 263 Rodrigo MMT et al. Overcoming digital divide: lessons from nursing students with low to absent connectivity and capability. Proceedings of the 29th International Conference on Computers in Education. Asia-Pacific Society for Computers in Education. Philippines: College of Nursing and Health Sciences, Jose Rizal University; 2021 (<https://icce2021.apsce.net/wp-content/uploads/2021/12/ICCE2021-Vol.II-PP-732-734.pdf>).
- 264 Chen B, Wang Y, Xiao L, Xu C, Shen Y, Qin Q et al. Effects of mobile learning for nursing students in clinical education: a meta-analysis. *Nurs Educ Today*. 2021;97:104706 (<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104706>).
- 265 O'Connor S, Andrews T. Smartphones and mobile applications (apps) in clinical nursing education: a student perspective. *Nurs Educ Today*. 2018;69:172-8 (<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.07.013>).
- 266 Morgan K, Wagg A, Purcell E, Kilburn A. Evaluation of a virtual practice placement: a model to increase student capacity. *Nurs Educ Pract*. 2024;75:103884 (<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.103884>).
- 267 Wagg AJ, Morgan K. Online virtual nursing placements: a case study on placement expansion. *SAGE Open Nurs*. 2022;8:23779608221117392 (<https://doi.org/10.1177/23779608221117392>).
- 268 Cant R, Cooper S, Ryan C. Using virtual simulation to teach evidence-based practice in nursing curricula: a rapid review. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2022;19:415-22 (<https://doi.org/10.1111/wvn.12572>).
- 269 Mulyadi M, Tonapa SI, Rompas SSJ, Wang R-H, Lee B-O. Effects of simulation technology-based learning on nursing students' learning outcomes: a systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Nurs Educ Today*. 2021;107:105127 (<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105127>).
- 270 Woon APN, Mok WQ, Chieng YJS, Zhang HM, Ramos P, Mustadi HB et al. Effectiveness of virtual reality training in improving knowledge among nursing students: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Nurs Educ Today*. 2021;98:104655 (<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104655>).
- 271 Kowitlawakul Y, Tan JJM, Suebnukarn S, Nguyen HD, Poo DCC, Chai J et al. Utilizing educational technology in enhancing undergraduate nursing students' engagement and motivation: a scoping review. *J Prof Nurs*. 2022;42:262-75 (<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2022.07.015>).
- 272 Park S, Shin HJ, Kwak H, Lee HJ. Effects of immersive technology-based education for undergraduate nursing students: systematic review and meta-analysis using the grading of recommendations, assessment, development, and evaluation (GRADE) approach. *J Med Internet Res*. 2024;26:e57566 (<https://doi.org/10.2196/57566>).
- 273 Kresge C, Justice S, Stanford S, McClerking C. The use of virtual reality in teaching diagnostic reasoning to advanced practice registered nurse students. *Nurs Educ*. 2024;49:55-6 (<https://doi.org/10.1097/nne.0000000000001479>).
- 274 Chang CY, Hwang GJ, Gau ML. Promoting students' learning achievement and self-efficacy: a mobile chatbot approach for nursing training. *Br J Educ Technol*. 2022;53:171-88 (<https://doi.org/10.1111/bjet.13158>).
- 275 Rodriguez-Arrastia M, Martinez-Ortigosa A, Ruiz-Gonzalez C, Ropero-Padilla C, Roman P, Sanchez-Labraca N. Experiences and perceptions of final-year nursing students of using a chatbot in a simulated emergency situation: a qualitative study. *J Nurs Manag*. 2022;30:3874-84 (<https://doi.org/10.1111/jonm.13630>).
- 276 Tam W, Huynh T, Tang A, Luong S, Khatri Y, Zhou W. Nursing education in the age of artificial intelligence powered Chatbots (AI-Chatbots): are we ready yet. *Nurs Educ Today*. 2023;129:105917 (<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105917>).
- 277 Schnell A, Steiner LM, Bonetti L, Levati S, Desmedt M. A bachelor's degree for entering the nursing profession: a scoping review for supporting informed health care policies. *Int J Nurs Stud Adv*. 2024;6:100171 (<https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2023.100171>).
- 278 Teresa-Morales C, Rodríguez-Pérez M, Ramos-Pichardo JD. Reasons for choosing and completing nursing studies among incoming and outgoing students: a qualitative study. *Nurse Educ Today*. 2023;125:105794 (<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105794>).
- 279 Zeleníková R, Gurková E, Pěrušková R, Štureková L, Jarošová D, Kajander-Unkuri S. Self-assessed competence of final-year nursing students. *Nurs Open*. 2023;10:4607-18 (<https://doi.org/10.1002/nop.2.1708>).
- 280 Leong FF, He HG, Premarani K, Lim SH. Nurses' perceptions of nursing education transformation and its impact on care delivery in Singapore. *Int Nurs Rev*. 2022;69:340-9 (<https://doi.org/10.1111/inr.12733>).
- 281 Darmann-Finck I, Hülsmann L, Nikolajev S. Task profiles of nurses in Germany with a bachelor's degree. *Gesundheitswesen*. 2024;86(1):43-8 (<https://doi.org/10.1055/a-2098-3357>).
- 282 Nigenda G, Zárate-Grajales RA, Aristizabal P, Squires A, Ostigüin-Meléndez RM, Salcedo RA et al. Labor market participation of bachelor's degree prepared nurses in Mexico: lessons for capacity building. *J Prof Nurs*. 2022;39:109-16 (<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2022.01.002>).
- 283 Edwards L, Corley AG, Lucea MB. An assessment of the Libyan baccalaureate nursing education during political turmoil. *Public Health Nurs*. 2022;39:831-8 (<https://doi.org/10.1111/phn.13047>).
- 284 Antão C, Antolí-Fornier A, Fernandes H, Alves SB, Pimentel H. Current nursing education considering Southern Europe's reality and legal framework: a two-phased research approach. *Nurs Rep*. 2023;13:1342-53 (<https://doi.org/10.3390/nursrep13040113>).
- 285 Ahmadi Chenari H, Zakerimoghaddam M, Baumann SL. Nursing in Iran: issues and challenges. *Nurs Sci Q*. 2020;33:264-7 (<https://doi.org/10.1177/0894318420920603>).
- 286 Li XZ, Yan YW, Zhang HZ, Zhang Y. Evaluating the accelerated BSN program at the University of Washington and its potential for implementation in China. *J Multidiscip Healthc*. 2024;17:3517-24 (<https://doi.org/10.2147/jmdh.S474278>).
- 287 Street NW, Bermudez L, Lawton A, Barry D, Mandel L. Developing nursing leadership potential through education in a low-resource setting. *Nurs Educ*. 2021;46:E184-e8 (<https://doi.org/10.1097/nne.0000000000001021>).
- 288 O'Connor S, Permana AF, Neville S, Denis-Lalonde D. Artificial intelligence in nursing education 2: opportunities and threats. *Nursing Times*; 2023 (<https://www.nursingtimes.net/education-and-training/artificial-intelligence-in-nursing-education-2-opportunities-and-threats-09-10-2023/>).
- 289 O'Connor S, Yan Y, Thilo FJS, Felzmann H, Dowding D, Lee JJ. Artificial intelligence in nursing and midwifery: a systematic review. *J Clin Nurs*. 2023;32:2951-68 (<https://doi.org/10.1111/jocn.16478>).
- 290 Abdulai A-F, Hung L. Will ChatGPT undermine ethical values in nursing education, research, and practice. *Nurs Inq*. 2023;30:e12556 (<https://doi.org/10.1111/nin.12556>).
- 291 O'Connor S. Teaching artificial intelligence to nursing and midwifery students. *Nurse Educ Pract*. 2022;64:103451 (<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103451>).
- 292 Topaz M, Peltonen LM, Michalowski M, Stiglic G, Ronquillo C, Pruinelli L et al. The ChatGPT effect: nursing education and generative artificial intelligence. *J Nurs Educ*. 2024;1-4 (<https://doi.org/10.3928/01484834-20240126-01>).
- 293 L'intelligence artificielle dans l'éducation. Paris, Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, 2024 (<https://www.unesco.org/fr/digital-education/artificial-intelligence>).
- 294 Éthique et gouvernance de l'intelligence artificielle pour la santé, orientations de l'OMS, résumé analytique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://www.who.int/fr/publications/item/9789240037403>). Licence, CC BY-NC-SA 3.0 IGO

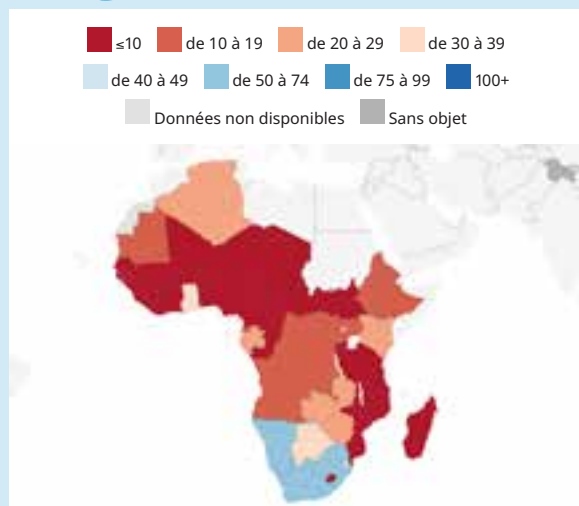
- 295 IA et éducation, guide pour les décideurs politiques. Paris, Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, 2021 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000380006>).
- 296 Narang A, Bae R, Hong H, Thomas Y, Surette S, Cadieu C et al. Utility of a deep-learning algorithm to guide novices to acquire echocardiograms for limited diagnostic use. *JAMA Cardiology*. 2021;6:624-32 (<https://doi.org/10.1001/jamacardio.2021.0185>).
- 297 Musallam E, Alhaj Ali A, Alkhafaji M. OpenAI's ChatGPT clinical simulation: an innovative teaching strategy for clinical nursing education. *Nurs Educ*. 2024;49:E361-E2 (<https://doi.org/10.1097/nne.0000000000001657>).
- 298 O'Connor S, Permana A, Neville S, Denis-Lalonde D. Artificial intelligence in nursing education 1: strengths and weaknesses. *Nursing Times*; 2023 (<https://www.nursingtimes.net/education-and-training/artificial-intelligence-in-nursing-education-1-strengths-and-weaknesses-11-09-2023/>).
- 299 Abujaber AA, Abd-alrazaq A, Al-Qudimat AR, Nashwan AJ. A strengths, weaknesses, opportunities, and threats (SWOT) analysis of ChatGPT integration in nursing education: a narrative review. *Cureus*. 2023;15:e48643 (<https://doi.org/10.7759/cureus.48643>).
- 300 Mahat A, Dhillon IS, Benton DC, Fletcher M, Wafula F. Health practitioner regulation and national health goals. *Bull World Health Organ*. 2023;101:595-604 (<https://doi.org/10.2471/blt.21.287728>).
- 301 Leslie K, Bourgeault IL, Carlton AL, Balasubramanian M, Mirshahi R, Short SD et al. Design, delivery and effectiveness of health practitioner regulation systems: an integrative review. *Hum Resour Health*. 2023;21:72 (<https://doi.org/10.1186/s12960-023-00848-y>).
- 302 Health practitioner regulation: design, reform and implementation guidance. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/378775>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 303 Scheidt L. Challenges to nursing regulation during the Pandemic: a case study. *J Nurs Regul*. 2022;12:47-9 ([https://doi.org/10.1016/s2155-8256\(22\)00012-6](https://doi.org/10.1016/s2155-8256(22)00012-6)).
- 304 Panteli D, Maier CB. Regulating the health workforce in Europe: implications of the COVID-19 pandemic. *Hum Resour Health*. 2021;19:80 (<https://doi.org/10.1186/s12960-021-00624-w>).
- 305 Stievano A, Caruso R, Shaffer F. Navigating the health professional migration tsunami in the era of COVID-19 and globalization: a call to action for a collective and coordinated response from government and non-government organizations. *Healthcare*. 2023;11 (<https://doi.org/10.3390/healthcare11070931>).
- 306 Economic and social survey of Asia and the Pacific 2021: towards post-COVID-19 resilient economies. UN Economic and Social Commission for Asia and the Pacific; 2021 (<https://www.unescap.org/kp/2021/economic-and-social-survey-asia-and-pacific-2021-towards-post-covid-19-resilient-economies>).
- 307 Kovács R. Health professionals on the move: analysing Brexit's influence on diploma recognition and the employment of health care workers. *Annales Universitatis Scientiarum Budapestinensis de Rolando Eötvös Nominatae - Sectio Iuridica*. 2024;62(1):163-88.
- 308 Rodriguez-Arrastia M, Ropero-Padilla C, Fernández-Sola C, Portillo MC. Nursing emigration in the United Kingdom: a qualitative exploration of the Spanish nursing community. *Nurs Open*. 2021;8:675-87 (<https://doi.org/10.1002/nop2.672>).
- 309 Anders RL, Kunaviktikul W. Distance education: an opportunity to support nursing in Southeast Asia. *J Probl Based Learn*. 2021;8:35-40 (<https://doi.org/10.24313/jpbl.2020.00304>).
- 310 Briža I, Pipere A. Clinical training in nursing study programmes in Latvia and Europe. *Rural Environment Education Personality*. 2022;15 (DOI:10.22616/REEP.2022.15.001).
- 311 Camedda C, Scalorbi S, Longobucco Y. The family and community nurse core competencies: integrating European standards into the Italian context. *Acta Biomed*. 2021;92:e2021329 (<https://doi.org/10.23750/abm.v92iS2.11898>).
- 312 Kyoko S, Naruse K, Puangrat B. Does the mutual recognition agreement on nursing services accelerate nurse migration in member countries of the Association of Southeast Asian Nations. *Nurs Open*. 2020;7:1187-96 (<https://doi.org/10.1002/nop2.504>).
- 313 Lino MM, Martini JG, Barbieri-Figueiredo MdC. Academic - professional mobility and internationalization of nursing: contributions of the Bologna process. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2022;31(54).
- 314 Pantaleo F, D'Angelo D, Stievano A, Albanesi B, Petrizzo A, Notarnicola I et al. An example of evaluation of tuning nursing competences in the licensure exam: an observational study. *Heliyon*. 2023;9:e13412 (<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e13412>).
- 315 Rustami E, Pula A, Dine A. Challenges of Fulfilling European Union directives: the Importance of clinical practice at the bachelor nursing study program. *Medicus*. 2023;7:52-62 (<https://doi.org/10.58944/kpoy2458>).
- 316 Afuh V, Mekolle P. Degree structure and recognition before and within the Bologna process: a comparative analysis between higher education in Cameroon and the United Kingdom. *Eur J Edu Stud*. 2024;11:164-94.
- 317 Chan GK, Cummins MR, Taylor CS, Rambur B, Auerbach DI, Meadows-Oliver M et al. An overview and policy implications of national nurse identifier systems: a call for unity and integration. *Nurs Outlook*. 2023;71:101892 (<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2022.10.005>).
- 318 Beale NJ, Rajwani N. Implementation of a unique nurse identifier. *Nurs Manage*. 2022;53:6-9 (<https://doi.org/10.1097/01.Numa.0000805040.87004.37>).
- 319 Alexander S, Frith KH. Using Nursys® as a primary source for licensure information. *Nurs Educ Perspect*. 2021;42:200-1 (<https://doi.org/10.1097/01.Nep.0000000000000821>).
- 320 Government of India. The development of a national nursing registration tracking system and working with state nursing councils to aggregate all nurses data from across the country. New Delhi: Government of India; 2024.
- 321 Demonstrating the value of nursing care through use of a unique nurse identifier policy statement. Alliance for Nursing Informatics; 2020.
- 322 The difference between macro- and micro-credentials, digital badges, and what they mean for your association. Association Trends; 2018 (<https://www.associationtrends.com/the-difference-between-macro-and-micro-credentials-digital-badges-and-what-they-mean-for-your-association/>).
- 323 Southard EP. Micro-credentials and badges in healthcare. *American Nurse Journal*. 2021;16(10):10 (<https://www.myamericannurse.com/wp-content/uploads/2021/09/an10-Badges-920.pdf>).
- 324 Zdunek K, Dobrowolska B, Dziurka M, Galazzi A, Chiappinotto S, Palese A et al. Challenges and opportunities of micro-credentials as a new form of certification in health science education – a discussion paper. *BMC Med Educ*. 2024;24(1):1169 (<https://doi.org/10.1186/s12909-024-06174-8>).
- 325 Womack-Adams K, Morbitzer KA, Ondek C, Collins H, McLaughlin JE. A review of microcredentials in health professions continuing professional development. *Front Med (Lausanne)*. 2025;12:1532811 (<https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1532811>).
- 326 Mitchell S, Hart J, Gharaibeh M, McMahon GT, Rhoda A, Fitzpatrick S et al. Principles to award learning achievements for lifelong learning in health using micro-credentials: an international Delphi study. *Hum Resour Health*. 2025;23(1):7 (doi:10.1186/s12960-024-00969-y).
- 327 Paier-Abuzahra M, Posch N, Jeitler K, Semlitsch T, Radl-Karimi C, Spary-Kainz U et al. Effects of task-shifting from primary care physicians to nurses: an overview of systematic reviews. *Hum Resour Health*. 2024;22:74 (<https://doi.org/10.1186/s12960-024-00956-3>).
- 328 Kim MJ, McKenna H, Davidson P, Leino-Kilpi H, Baumann A, Klopfer H et al. Doctoral education, advanced practice and research: an analysis by nurse leaders from countries within the six WHO Regions. *Int J Nurs Stud Adv*. 2022;4:100094 (<https://doi.org/10.1016/j.ijnrsa.2022.100094>).
- 329 Htay M, Whitehead D. The effectiveness of the role of advanced nurse practitioners compared to physician-led or usual care: a systematic review. *Int J Nurs Stud Adv*. 2021;3:100034 (<https://doi.org/10.1016/j.ijnrsa.2021.100034>).
- 330 Kilpatrick K, Savard I, Audet LA, Costanzo G, Khan M, Atallah R et al. A global perspective of advanced practice nursing research: a review of systematic reviews. *PLoS One*. 2024;19:e0305008 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305008>).
- 331 Whitehead L, Ghosh M, Walker DK, Bloxsome D, Vafeas C, Wilkinson A. The relationship between specialty nurse certification and patient, nurse and organizational outcomes: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2019;93:1-11 (<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.001>).

- 332 Directives sur la pratique infirmière avancée 2020. Genève, Conseil international des infirmières, 2020 (https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_APN%20Report_FR_WEB.pdf).
- 333 Sastre-Fullana P, Gray DC, Cashin A, Bryant-Lukosius D, Schumann L, Geese F et al. Visual analysis of global comparative mapping of the practice domains of the nurse practitioner/advanced practice nursing role in respondent countries. *J Am Assoc Nurs Pract*. 2020;33:496-505 (<https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000458>).
- 334 Bryant-Lukosius D, Wong FYW. International development of advanced practice nursing. In: Tracy MF, O'Grady ET, Phillips SJ. Hamric and Hanson's advanced practice nursing: an integrative approach, 7th edition. Elsevier; 2022:137-66.
- 335 Chavez F, Kelly T, Kunisch JR, Kurth A. Systems leadership doctor of nursing practice: global relevance. *Int Nurs Rev*. 2019;66:482-9 (<https://doi.org/10.1111/inr.12527>).
- 336 Schlunegger MC, Palm R, Zumstein-Shaha M. The contribution of advanced practice nurses in Swiss family practices: multiple case study design. *Pflege*. 2023;36:40-7 (<https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000890>).
- 337 Osakwe ZT, Aliyu S, Sosina OA, Poghosyan L. The outcomes of nurse practitioner (NP)-provided home visits: a systematic review. *Geriatr Nurs*. 2020;41:962-9 (<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.07.001>).
- 338 Ordóñez-Piedra J, Ponce-Blandón JA, Robles-Romero JM, Gómez-Salgado J, Jiménez-Picón N, Romero-Martín M. Effectiveness of the advanced practice nursing interventions in the patient with heart failure: a systematic review. *Nurs Open*. 2021;8:1879-91 (<https://doi.org/10.1002/nop2.847>).
- 339 Miller M, Prodan-Bhalla N, Marchuk S. The NP role and practice in Canada. In: Thomas SL, Rowles JS (eds) *Nurse practitioners and nurse anesthetists: the evolution of the global roles*. Cham: Springer International Publishing; 2023:145-55 (https://doi.org/10.1007/978-3-031-20762-4_10).
- 340 Wheeler KJ, Miller M, Pulcini J, Gray D, Ladd E, Rayens MK. Advanced practice nursing roles, regulation, education, and practice: a global study. *Ann Glob Health*. 2022;88:42 (<https://doi.org/10.5334/aogh.3698>).
- 341 Almukhaini S, Weeks LE, Macdonald M, Martin-Misener R, Ismaili ZA, Macdonald D et al. Advanced practice nursing roles in Arab countries in the Eastern Mediterranean region: a scoping review. *JBIM Evid Synth*. 2022;20:1209-42 (<https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00101>).
- 342 Christmals CD, Armstrong SJ. The essence, opportunities and threats to advanced practice nursing in sub-Saharan Africa: a scoping review. *Heliyon*. 2019;5:e02531 (<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02531>).
- 343 Brownwood I, G. Lafortune. Advanced practice nursing in primary care in OECD countries: recent developments and persisting implementation challenges. *OECD Health Working Papers No. 165*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2024 (<https://doi.org/10.1787/e10af16-en>).
- 344 Kim S, Lee TW, Kim GS, Cho E, Jang Y, Choi M et al. Nurses in advanced roles as a strategy for equitable access to healthcare in the WHO Western Pacific region: a mixed methods study. *Hum Resour Health*. 2021;19:19 (<https://doi.org/10.1186/s12960-021-00555-6>).
- 345 Dezoti AP, N CSG, Fortunato Barbosa MA, Weissheimer G, Khalaf DK, de Azevedo Mazza V. Implementação da prática avançada de enfermagem na América Latina. *Implem Adv Nurs Pract in Latin America*. 2021;12:35-41 (<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n7Supl.1.5187>).
- 346 Dos Santos Bezerril M, Chivione FBT, Mariz CMS, Sonenberg A, Enders BC, Santos VEP. Advanced practice nursing in Latin America and the Caribbean: context analysis. *ACTA Paulista de Enfermagem*. 2018;31:636-43 (<https://doi.org/10.1590/1982-0194201800087>).
- 347 Scanlon A, Murphy M, Smolowitz J, Lewis V. Advanced nursing practice and advanced practice nursing roles within low and lower-middle-income countries. *J Nurs Scholarsh*. 2023;55:484-93 (<https://doi.org/10.1111/jnu.12838>).
- 348 Ndirangu-Mugo E, Kimani RW, Onyancha C, Mutwiri BD, May B, Kambo I et al. Scopes of practice for advanced practice nursing and advanced practice midwifery in Kenya: a gap analysis. *Int Nurs Rev*. 2024;71(2):276-284 (<https://doi.org/10.1111/inr.12947>).
- 349 Elliott N, Daly L, Bryant-Lukosius D, Fleming S, Varley J, Cotter P et al. Exploring factors affecting the rollout of a policy on registered advanced nurse practitioners in Ireland. *J Nurs Manag*. 2024;1-8 (<https://doi.org/10.1155/2024/6681576>).
- 350 Martínez-González 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 (<https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-214>).
- 351 Martin-Misener R, Bryant-Lukosius D. Optimizing the role of nurses in primary care in Canada. Ontario: Canadian Nurses Association; 2014 (<https://docslib.org/doc/8735329/optimizing-the-role-of-nurses-in-primary-care-in-canada>).
- 352 Schober MM, Gerrish K, McDonnell A. Development of a conceptual policy framework for advanced practice nursing: an ethnographic study. *J Adv Nurs*. 2016;72:1313-24 (<https://doi.org/10.1111/jan.12915>).
- 353 Cassiani SHB, Moreno Dias B. Perspectives for advanced practice nursing in Brazil. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20210406 (<https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0406en>).
- 354 Patel EY, Petermann V, Mark BA. Does state-level nurse practitioner scope-of-practice policy affect access to care. *West J Nurs Res*. 2019;41:488-518 (<https://doi.org/10.1177/0193945918795168>).
- 355 Schober M. Advanced nursing practice: an emerging global phenomenon. *J Adv Nurs*. 2006;55:275-6 (https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03971_2.x).
- 356 Bryant-Lukosius D, Spichiger E, Martin J, Stoll H, Kellerhals SD, Fliedner M et al. Framework for evaluating the impact of advanced practice nursing roles. *J Nurs Scholarsh*. 2016;48:201-9 (<https://doi.org/10.1111/jnu.12199>).
- 357 Fairman JA, Rowe JW, Hassmiller S, Shalala DE. Broadening the scope of nursing practice. *New Engl J Med*. 2011;364:193-6 (<https://doi.org/10.1056/NEJMp1012121>).
- 358 Scanlon A, Bryant-Lukosius D, Lehwaldt D, Wilkinson J, Honig J. International transferability of nurse practitioner credentials five countries. *J Nurs Pract*. 2019;15:487-93 (<https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2019.02.007>).
- 359 Chappell K, ElChamaa R, Jeong D, Kendall-Gallagher D, Salt E, Reeves S et al. Conceptualization and operationalization of certification in the US and Canadian nursing literature. *J Nurs Adm*. 2018;48:238-46 (<https://doi.org/10.1097/nna.0000000000000608>).
- 360 Mackavey C, Henderson C, van Leeuwen EdZ, Maas L, Ladd A. The advanced practice nurse role's development and identity: an international review. *Int J Adv Pract*. 2024;2:36-44 (<https://doi.org/10.12968/ijap.2024.2.1.36>).
- 361 Maier C, Aiken L, Busse R. Nurses in advanced roles in primary care: policy levers for implementation. *OECD Health Working Papers No. 98*. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development; 2017 (<https://doi.org/10.1787/a8756593-en>).
- 362 Halter M, Drennan V, Chattopadhyay K, Carneiro W, Yiallourous J, de Lusignan S et al. The contribution of physician assistants in primary care: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:223 (<https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-223>).
- 363 Torrens C, Campbell P, Hoskins G, Strachan H, Wells M, Cunningham M et al. Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: a scoping review. *Int J Nurs Stud*. 2020;104:103443 (<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103443>).
- 364 Gray DC, Rogers M, Miller MK. Advanced practice nursing initiatives in Africa, moving towards the nurse practitioner role: experiences from the field. *Int Nurs Rev*. 2024;71:205-10 (<https://doi.org/10.1111/inr.12835>).
- 365 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 (<https://doi.org/10.5334/aogh.2813>).
- 366 Geyer N, Christmals CD. Advanced practice nursing in Africa. In: Hassmiller SB, Pulcini J (eds). *Advanced practice nursing leadership: a global perspective*. Cham: Springer International Publishing; 2020:63-76 (https://doi.org/10.1007/978-3-030-20550-8_6).
- 367 Moore C, Kabbe A, Gibson TS, Letvak S. The pursuit of nurse practitioner practice legislation: a case study. *Policy Polit Nurs Pract*. 2020;21:222-32 (<https://doi.org/10.1177/1527154420957259>).
- 368 Bryant-Lukosius D, Valaitis R, Martin-Misener R, Donald F, Peña L M, Brousseau L. Advanced practice nursing: a strategy for achieving universal health coverage and universal access to health. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2017 (<https://doi.org/10.1590/1518-8345.1677.2826>).

- 369 Ministry of Health corporate plan and budget 2023–2026. Government of Tonga; 2023.
- 370 NCD nursing action plan 2023–2025. Government of Tonga; 2022.
- 371 National noncommunicable disease strategy implementation plan 2020–2025. Government of Tonga; 2020.
- 372 Gallagher R. Evaluation of the noncommunicable diseases outreach program in the Kingdom of Tonga. University of Sydney; 2015.
- 373 Infirmières et sages-femmes, surchargées, sous-payées, sous-évaluées. [site Web]. Genève, Organisation internationale du Travail, 2023 (<https://ilostat.ilo.org/fr/blog/nurses-and-midwives-overworked-underpaid-undervalued/>).
- 374 Kavanagh MM, Radakrishnan A, Unnikrishnan V, Cometto G, Kane C, Friedman EA et al. Laws for health and care worker protection and rights: a study of 182 countries. *PLOS Glob Public Health*. 2024;4:e0003767 (<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003767>).
- 375 Protéger et préserver les personnels de santé et d'aide à la personne et investir en leur faveur. Résolution WHA74.14. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_R14-fr.pdf).
- 376 Global health and care workers compact: technical guidance compilation. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/373347>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 377 Barsukova A, Shvab M, Puttkammer NH, Vitruk O, Ihnatiuk AP, Hetman LI et al. Impact of war on HIV-related healthcare services and health workers in eastern Ukraine: a qualitative study. *AIDS Care*. 2024;1-9 (<https://doi.org/10.1080/09540121.2024.2332445>).
- 378 Bou-Karroum L, El-Harakeh A, Kassamany I, Ismail H, El Arnaout N, Charide R et al. Health care workers in conflict and post-conflict settings: systematic mapping of the evidence. *PLoS One*. 2020;15:e0233757 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233757>).
- 379 Duclos D, Fouad FM, Blanchet K. When refugees care for refugees in Lebanon: providing contextually appropriate care from the ground Up. *Med Anthropol Theory*. 2021;8 (<https://doi.org/10.17157/mat.8.3.5159>).
- 380 Lin TK, Werner K, Kak M, Herbst CH. Health-care worker retention in post-conflict settings: a systematic literature review. *Health Policy Plan*. 2023;38:109-21 (<https://doi.org/10.1093/heapol/czac090>).
- 381 Gotlib J, Cieślak I, Wawrzuta D, Jaworski M, Theofanidis D, Wójcik G et al. Challenges in job seeking and the integration of Ukrainian war refugee healthcare workers into the Polish healthcare system: Facebook content analysis. *Int J Public Health*. 2023;68:1606139 (<https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1606139>).
- 382 Surveillance System for Attacks on Health Care (SSA). Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://extranet.who.int/ssa/LeftMenu/Index.aspx>).
- 383 Prevention and protection against attacks on health care: good practices. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/375802>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 384 Rees GH. Forced displacement and the health workforce crisis: Venezuelan healthcare workers in Peru. *Int J Health Plann Manage*. 2024;39:963-9 (<https://doi.org/10.1002/hpm.3758>).
- 385 Rayes D, Meiqari L, Yamout R, Abbara A, Nuwayhid I, Jabbour S et al. Policies on return and reintegration of displaced healthcare workers towards rebuilding conflict-affected health systems: a review for The Lancet-AUB Commission on Syria. *Confl Health*. 2021;15:36 (<https://doi.org/10.1186/s13031-021-00367-4>).
- 386 Mental health atlas 2020 [website]. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 387 Les personnels infirmiers en santé mentale dans le monde, Il est temps d'accorder la priorité à la santé mentale et au bien-être et d'investir dans ces domaines [site Web]. Genève, Conseil international des infirmières, 2022 (https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_Mental_Health_Workforce_report_FR_web_0.pdf).
- 388 Lignes directrices sur les soins infirmiers en santé mentale. Genève, Conseil international des infirmières, 2024 (<https://www.icn.ch/fr/ressources/publications-et-rapports/lignes-directrices-sur-les-soins-infirmiers-en-sante-mentale>).
- 389 Abdul-Rahim H, Fendt-Newlin M, Alharahsheh S, Campbell J. Our duty of care: a global call to action to protect the mental health of health and care workers. Geneva: World Health Organization; 2022 (https://www.who.int/publications/m/item/wish_report). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 390 Rae P, Pearce S, Greaves P, Dall'Ora C, Griffiths P, Endacott R. Outcomes sensitive to critical care nurse staffing levels: a systematic review. *Intensive Crit Care Nurs*. 2021;67:103110 (<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103110>).
- 391 Lasater KB, Aiken LH, Sloane D, French R, Martin B, Alexander M et al. Patient outcomes and cost savings associated with hospital safe nurse staffing legislation: an observational study. *BMJ Open*. 2021;11:e052899 (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052899>).
- 392 Griffiths P, Saville C, Ball JE, Jones J, Monks T. Beyond ratios - flexible and resilient nurse staffing options to deliver cost-effective hospital care and address staff shortages: a simulation and economic modelling study. *Int J Nurs Stud*. 2021;117:103901 (<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103901>).
- 393 Ridge LJ, Dickson VV, Stimpfel AW. The occupational health of nurses in the economic community of West African States: a review of the literature. *Workplace Health Saf*. 2019;67:554-64 (<https://doi.org/10.1177/2165079919859383>).
- 394 Amare TG, Tesfaye TT, Girmay B, Gebreagziabher TT. Exposure to occupational health hazards among nursing and midwifery students during clinical practice. *Risk Manag Healthc Policy*. 2021;14:2211-20 (<https://doi.org/10.2147/rmh.p.S280555>).
- 395 Yesilbas H, Kantek F. Relationship between structural empowerment and job satisfaction among nurses: a meta-analysis. *Int Nurs Rev*. 2024;71:484-91 (<https://doi.org/10.1111/inr.12968>).
- 396 Chen C, Shannon K, Napier S, Neville S, Montayre J. Ageism directed at older nurses in their workplace: a systematic review. *J Clin Nurs*. 2024;33:2388-411 (<https://doi.org/10.1111/jocn.17088>).
- 397 McHugh MD, Aiken LH, Windsor C, Douglas C, Yates P. Case for hospital nurse-to-patient ratio legislation in Queensland, Australia, hospitals: an observational study. *BMJ Open*. 2020;10:e036264 (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036264>).
- 398 Schlack AE, Aiken LH, Chittams J, Poghosyan L, McHugh M. Leveraging the work environment to minimize the negative impact of nurse burnout on patient outcomes. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(2):610.
- 399 Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014;383:1824-30 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)62631-8)).
- 400 Şenol Çelik S, Sariköse S, Çelik Y. Structural and psychological empowerment and burnout among nurses: a systematic review and meta-analysis. *Int Nurs Rev*. 2024;71:189-201 (<https://doi.org/10.1111/inr.12878>).
- 401 Ridge LJ, Arko-Mensah J, Lambert J, Aziato L, Zeantoe GC, Duah H et al. Sharps injuries among healthcare workers in Liberia and Ghana: a cross-sectional survey. *Int J Qual Health Care*. 2024;36 (<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzae066>).
- 402 Descatha A, Hamzaoui H, Takala J, Oppliger A. A systematized overview of published reviews on biological hazards, occupational health, and safety. *Saf Health Work*. 2023;14:347-57 (<https://doi.org/10.1016/j.shaw.2023.10.008>).
- 403 ADik Papua Scholarship Programme: bridging the gap in rural healthcare education. Government of Indonesia; 2020.
- 404 Improving retention of health workers in rural and remote areas: case studies from WHO South-East Asia Region. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/334227>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 405 Kementerian Kesehatan RI [Indonesia Health Profile]. Jakarta: Government of Indonesia; 2016.
- 406 Scholarship program for medical specialists. Jakarta: Government of Indonesia; 2017.
- 407 Buchan J, Black S. The Impact of pay increases on nurses' labour market: a review of evidence from four OECD countries. OECD Health Working Papers No. 57. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2011 (https://www.oecd.org/en/publications/the-impact-of-pay-increases-on-nurses-labour-market_5kg6jwn16tjd-en.html).

- 408 Buchan J, Shembavnekar N, Bazeer N. Nurses' pay over the long term: what next. London: The Health Foundation; 2021 (<https://www.health.org.uk/reports-and-analysis/reports/nurses-pay-over-the-long-term-what-next>).
- 409 Buchan J, Kumar A, Schoenstein M. Wage-setting in the Hospital Sector. OECD Health Working Papers No. 77. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2014 (https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2014/09/wage-setting-in-the-hospital-sector_g17a2530/5jxx56b8hqhl-en.pdf).
- 410 Évaluation des effets sur l'emploi des personnels de santé et d'aide à la personne. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Organisation internationale du Travail, Organisation de coopération et de développement économiques, 2024 (<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240088207>). Licence, CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 411 Rumsey M, Iro E, Brown D, Larui M, Sam H, Brooks F. Development practices in senior nursing and midwifery leadership: pathways to improvement in South Pacific health policy. *Policy Polit Nurs Pract*. 2022;23:195-206 (<https://doi.org/10.1177/15271544221095768>).
- 412 The strategic importance of national investment in nursing professionals in the Region of the Americas. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2022 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/55957>).
- 413 Technical brief on strengthening the nursing and midwifery workforce to improve health outcomes: government chief nursing and midwifery officers (GCNMOs) in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/362261>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 414 Nkengasong JN, Raji T, Ferguson SL, Pate MA, Williams MA. Nursing leadership in Africa and health security. *EclinicalMedicine*. 2021;36:100930 (<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100930>).
- 415 Hernandez MAA, Paguio JT, Bonito SR. Development of an online nursing leadership program for global health in the Western Pacific Region. *Acta Med Philipp*. 2024;58:48-55 (<https://doi.org/10.47895/amp.v58i12.9397>).
- 416 Butterfield P, Leffers J, Vásquez MD. Nursing's pivotal role in global climate action. *BMJ*. 2021;373:n1049 (<https://doi.org/10.1136/bmj.n1049>).
- 417 Bérubé A, Diallo T, Roberge M, Audate PP, Leblanc N, Jobin É et al. Practicing nurses' and nursing students' perceptions of climate change: a scoping review. *Nurs Open*. 2024;11:e70043 (<https://doi.org/10.1002/nop2.70043>).
- 418 Fertelli TK. Awareness, worry, and hope regarding climate change among nurses: a cross-sectional study. *Arch Environ Occup Health*. 2023;78:413-22 (<https://doi.org/10.1080/19338244.2023.2278521>).
- 419 Cubelo F. Internationally educated nurses' role in climate change: sustainability and mitigation practices. *Public Health Nurs*. 2023;40:585-9 (<https://doi.org/10.1111/phn.13185>).
- 420 National health sector strategic plan support project: HNGV functional analysis report. Dili: Ministry of Health; 2014.
- 421 Birrell K, Ramsay D, Dingle B. Empowering nurse managers in Timor-Leste. Australian College of Nursing; 2018 (<https://www.acn.edu.au/nurseclick/empowering-nurse-managers-timor-leste>).
- 422 Rosser EA. Investing in nursing and its leadership to secure global health: are we making progress. *Int Nurs Rev*. 2022;69:121-4 (<https://doi.org/10.1111/inr.12765>).
- 423 Llop-Gironés A, Azhymambetova GK, Asanova AK, Salomuddin Y, Boynazarova MH, Raupov FO et al. Building health systems resilience in Central Asia through nursing and midwifery: evidence to inform policy action. *Hum Resour Health*. 2024;22:82 (<https://doi.org/10.1186/s12960-024-00964-3>).
- 424 Chang YC, Hsieh LW, Chen TC, Yen M. Developing and evaluating the effectiveness of a leadership integrated educational program for master's nursing students in Taiwan. *Hu Li Za Zhi*. 2022;69:56-67 ([https://doi.org/10.6224/jn.202210_69\(5\).08](https://doi.org/10.6224/jn.202210_69(5).08)).
- 425 Ainslie M, Bigley MB, Yingling C, Hooks JD, DeClerk L. The national organization of nurse practitioner faculties leadership mentoring program: ten years of positive outcomes. *J Prof Nurs*. 2024;54:249-56 (<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2024.08.001>).
- 426 Nawagi F, Kneafsey R, Modber M, Mukeshimana M, Ndungu C, Bayliss-Pratt L. An overview of nursing and midwifery leadership, governance structures, and instruments in Africa. *BMC Nurs*. 2023;22:168 (<https://doi.org/10.1186/s12912-023-01336-3>).
- 427 Katende G, Nabirye R, Sebalda L, Karani A, Katungi B. Developing regional guidelines for the harmonization of nursing and midwifery education for recognition in the EAC Partner States; 2015 ([doi:10.13140/RG.2.1.1433.9043](https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1433.9043)).
- 428 Global Health 50/50 report 2019: equality works. Global Health 50/50 initiative; 2019 (<https://globalhealth5050.org/updates/document/gh5050-2019-report-equality-works/>).
- 429 Boniol M, McCarthy C, Lawani D, Guillot G, McIsaac M, Diallo K. Inequal distribution of nursing personnel: a subnational analysis of the distribution of nurses across 58 countries. *Hum Resour Health*. 2022;20:22 (<https://doi.org/10.1186/s12960-022-00720-5>).
- 430 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 (<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240024229>). Licence, CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 431 Honey ML, Skiba DJ, Procter P, Foster J, Kouri P, Nagle LM. Nursing informatics competencies for entry to practice: the perspective of six countries. *Stud Health Technol Inform*. 2017;232:51-61.
- 432 Wilson ML, Elias BL, Moss JA. Education in nursing informatics. In: Berner ES, (ed.). *Informatics education in healthcare: lessons learned*. Cham: Springer International Publishing; 2020:23-43 (https://doi.org/10.1007/978-3-030-53813-2_3).
- 433 Journée Internationale des Infirmières 2025, Nos infirmières. Notre futur. Prendre soin des infirmières pour une économie plus forte. Genève, Conseil international des infirmières, 2025 (<https://www.icn.ch/fr/nos-actions/campagnes/journee-internationale-des-infirmieres>).
- 434 Rumsey M, Thoms D, Deki, Leong M, Wilson CT, Filise MSI et al. Enablers and inhibitors of nursing and midwifery leadership in Pacific Island collectivist cultures. *Int Nurs Rev*. 2025;72:e13092 (<https://doi.org/10.1111/inr.13092>).
- 435 Mitchell G. Global network of early career nurses spearheading change. *Nursing Times*; 2025 (<https://www.nursingtimes.net/global-nursing/global-network-of-early-career-nurses-spearheading-change-15-01-2025/>).
- 436 Devereux E. Global alliance aims to unite student and early career nurses. *Nursing Times*; 2024 (<https://www.nursingtimes.net/global-nursing/global-alliance-aims-to-unite-student-and-early-career-nurses-12-07-2024/>).
- 437 Kilpatrick K, Tchouaket E, Carter N, Bryant-Lukosius D, DiCenso A. Structural and process factors that influence clinical nurse specialist role implementation. *Clin Nurs Spec*. 2016;30:89-100 (<https://doi.org/10.1097/nur.000000000000182>).
- 438 Transformation numérique de la santé et pratique infirmière. Prise de position. Genève, Conseil international des infirmières, 2023 (https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-08/ICN%20Position%20Statement%20Digital%20Health%20FINAL-30.6_FR.pdf).
- 439 Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240020924>). Licence, CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Région africaine

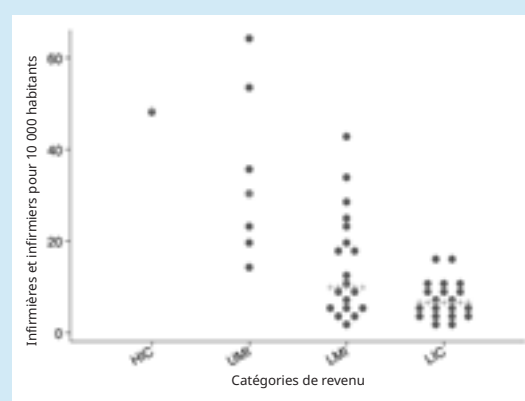


1,7 million d'infirmiers et d'infirmières

14,1 infirmiers et infirmières pour 10 000 habitants

La Région africaine de l'OMS compte **47 États Membres** et avait une population de **1,2 milliard** d'habitants en 2023.

Répartition de la densité du personnel infirmier par catégorie de revenu de la Banque mondiale



Emplois

Répartition du personnel infirmier par sous-région

Sous-région	Stock ^a	Densité pour 10 000 habitants (min-max)
Afrique du Nord et de l'Ouest (n = 17)	532 000	10,8 (2,6-33,4)
Afrique de l'Est (n = 16)	555 000	11,9 (1,5-48,8)
Afrique centrale (n = 9)	225 000	10,9 (1,2-19,9)
Afrique australe (n = 5)	432 000	59,9 (5,4-63,7)

^a Arrondi au millier près.

Mobilité
Personnes nées à l'étranger **3 %**

(données de 16 countries)

Personnes formées à l'étranger **6 %**

(données de 19 countries)

Sex

(données de 34 countries)

66 %

de femmes

34 %

d'hommes

Age

(données de 28 countries)

43 %

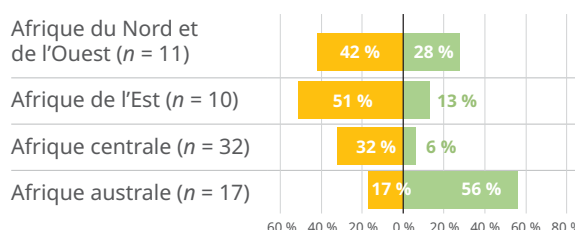
De moins de 35 ans

15 %

De 55 ans ou plus

Âge par sous-région

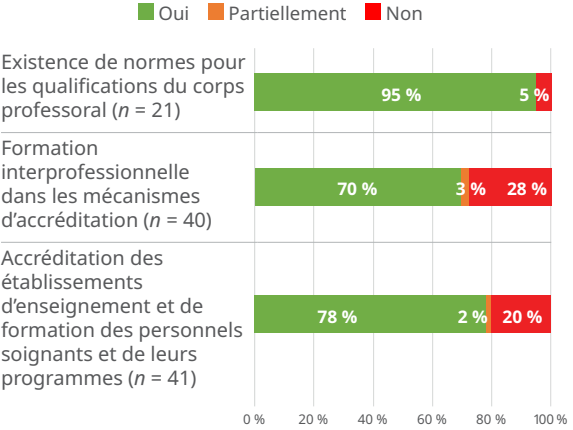
■ Proportion de moins de 35 ans ■ Proportion de 55 ans ou plus



Education

7,6	diplômé(e)s pour 100 membres de la population active (données de 40 pays)
9,5	diplômé(e)s pour 100 000 habitants
67 %	de diplômées (données de 5 pays)
24 %	des pays (données de 37 pays) prévoient une durée de formation de 4 ans ou plus

Réglementation de la formation

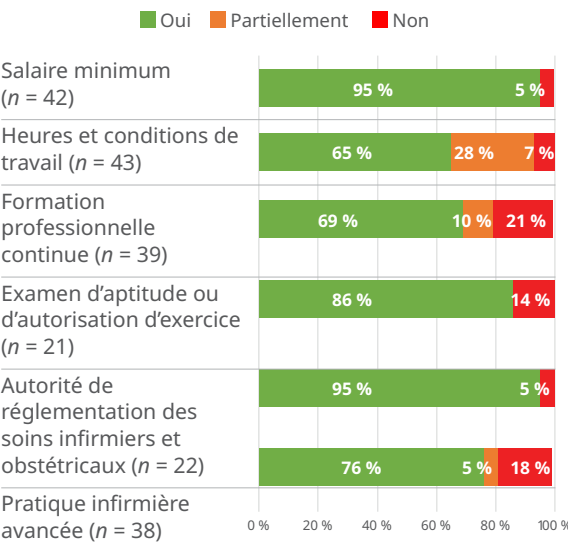


Nombre annuel de diplômé(e)s par sous-région

Sous-région	Nombre moyen de diplômé(e)s pour 100 infirmiers ou infirmières en activité (min-max)
Afrique du Nord et de l'Ouest (n = 12)	9,1 (1,4-23,3)
Afrique de l'Est (n = 16)	6,6 (<1-18,3)
Afrique centrale (n = 7)	7,0 (<1-20,2)
Afrique australe (n = 5)	7,4 (<1-30,1)

Prestation des services

Réglementation et conditions de travail



Leadership

86 %

des pays (n = 22) ont signalé l'existence d'un(e) **responsable-chef(fe) des services infirmiers ou équivalent**

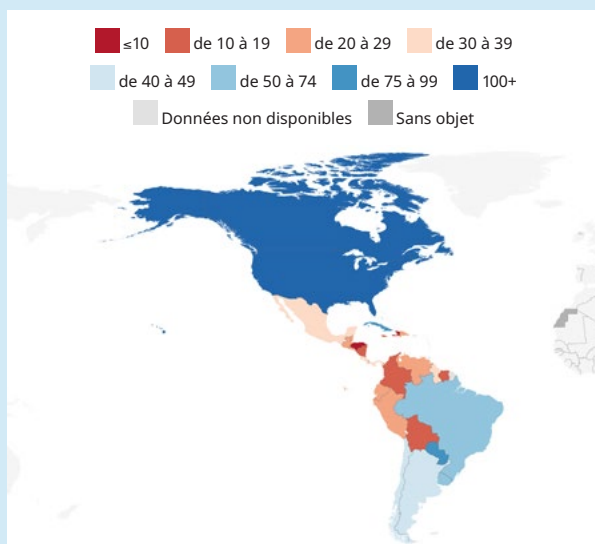
43 %

des pays (n = 22) ont signalé l'existence d'un **programme de leadership en soins infirmiers**

Note : Les sous-groupes sont les suivants : **AFRIQUE DE L'EST :** Burundi (BDI), Comores (COM), Érythrée (ERI), Éthiopie (ETH), Kenya (KEN), Madagascar (OMD), Malawi (MWI), Maurice (MUS), Mozambique (MOZ), Ouganda (UGA), Rwanda (RWA), Seychelles (SYC), Soudan du Sud (SSD), République-Unie de Tanzanie (TZA), Zambie (ZMB), Zimbabwe (ZWE) ; **AFRIQUE CENTRALE :** Angola (AGO), Cameroun (CMR), Gabon (GAB), Guinée équatoriale (GNQ), République centrafricaine (CAF), République démocratique du Congo (COD), République du Congo (COG), Sao Tomé-et-Principe (STP), Tchad (TCD) ; **AFRIQUE AUSTRALE :** Afrique du Sud (ZAF), Botswana (BWA), Eswatini (SWZ), Lesotho (LSO), Namibie (NAM) ; **AFRIQUE DU NORD ET DE L'OUEST :** Algérie (DZA), Bénin (BEN), Burkina Faso (BFA), Cabo Verde (CPV), Côte d'Ivoire (CIV), Gambie (GMB), Ghana (GHA), Guinée (GIN), Guinée-Bissau (GNB), Libéria (LBR), Mali (MLI), Mauritanie (MRT), Niger (NER), Nigéria (NGA), Sénégal (SEN), Sierra Leone (SLE), Togo (TGO).

Source : Dernières statistiques publiées pour la période 2018-2023, CNPS (2024) ; Division de statistique de l'ONU (2024).

Région des Amériques

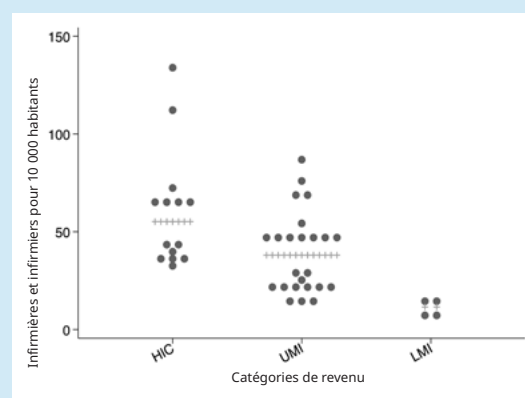


7,5 million d'infirmiers et d'infirmières

72,2 infirmiers et infirmières pour 10 000 habitants

La Région OMS des Amériques compte **35 États Membres** et avait une population de **1,037 milliard** d'habitants en 2023.

Répartition de la densité du personnel infirmier par catégorie de revenu de la Banque mondiale



Emplois

Répartition du personnel infirmier par sous-région

Sous-région	Stock ^a	Densité pour 10 000 habitants (min-max)
Caraïbes (n = 13)	132 000	33,4 (7,1-76,0)
Amérique centrale (n = 8)	498 000	27,3 (7,3-33,4)
Amérique du Sud (n = 12)	1 820 000	42,0 (15,4-86,2)
Amérique du Nord (n = 2)	5 037 000	131,5 (112,6-133,8)

^a Arrondi au millier près.

Mobilité

Personnes nées à l'étranger **6 %**

(données de 21 pays)

Personnes formées à l'étranger **6 %**

(données de 21 pays)

Sexe

(données de 31 pays)

87 %

de femmes

13 %

d'hommes

Âge

(données de 30 pays)

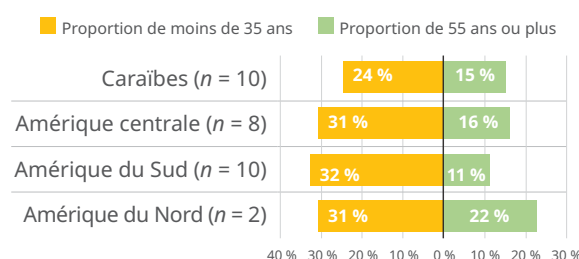
31 %

de moins de 35 ans

19 %

de 55 ans ou plus

Âge par sous-région



Formation

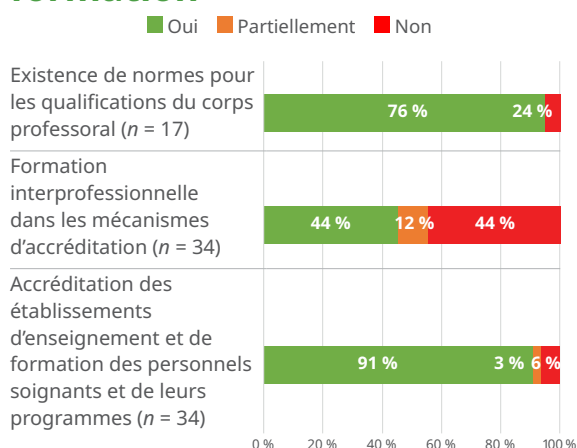
5,1 diplômé(e)s pour 100 membres de la population active (données de 25 pays)

22,7 diplômé(e)s pour 100 000 habitants

87 % de diplômées (données de 13 pays)

64 % des pays (sur 28 pays) prévoient une durée de formation de 4 ans ou plus

Réglementation de la formation

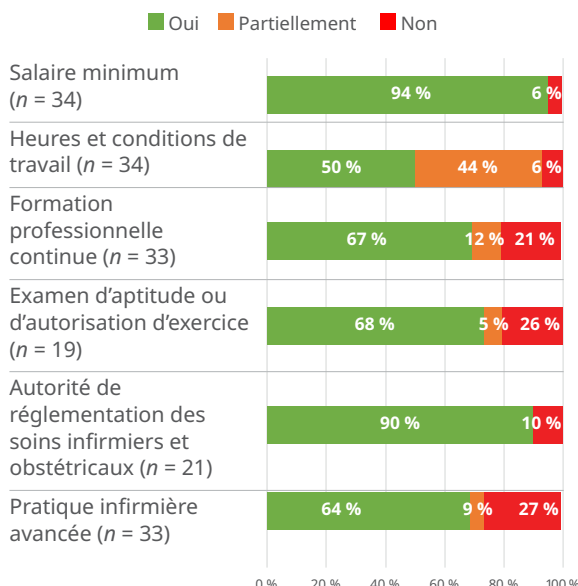


Nombre annuel de diplômé(e)s par sous-région

Sous-région	Nombre moyen de diplômés pour 100 infirmières ou infirmiers en activité (min-max)
Caraïbes (n = 9)	6,3 (<1–9,1)
Amérique centrale (n = 7)	3,8 (1,2–6,1)
Amérique du Sud (n = 7)	4,7 (1,8–8,4)
Amérique du Nord (n = 2)	5,5 (2,9–8,0)

Prestation des services

Réglementation et conditions de travail



Leadership

86 %

de pays (n = 21) ont signalé l'existence d'un(e) **responsable-chef(fe) des services infirmiers ou équivalent**

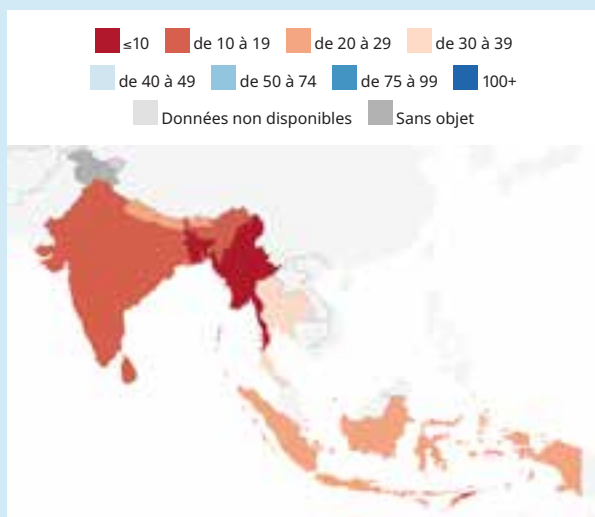
71 %

de pays (n = 21) disposent d'un **programme de leadership en soins infirmiers**

Note : Les sous-groupes de la Région des Amériques sont les suivants : **CARAÏBES** : Antigua-et-Barbuda (ATG), Bahamas (BHS), Barbade (BRB), Cuba (CUB), Dominique (DMA), Grenade (GRD), Haïti (HTI), Jamaïque (JAM), République dominicaine (DOM), Saint-Kitts-et-Nevis (KNA), Saint-Vincent-et-les Grenadines (VCT), Sainte-Lucie (LCA), Trinité-et-Tobago (TTO) ; **AMÉRIQUE CENTRALE** : Belize (BLZ), Costa Rica (CRI), El Salvador (SLV), Guatemala (GTM), Honduras (HND), Mexique (MEX), Nicaragua (NIC), Panama (PAN) ; **AMÉRIQUE DU SUD** : Argentine (ARG), Bolivie (État plurinational de) (BOL), Brésil (BRA), Chili (CHL), Colombie (COL), Équateur (ECU), Guyana (GUY), Paraguay (PRY), Pérou (PER), Suriname (SUR), Uruguay (URY), Venezuela (République bolivarienne du) (VEN) ; **AMÉRIQUE DU NORD** : Canada (CAN), États-Unis d'Amérique (USA).

Source : Dernières statistiques publiées pour la période 2018-2023, CNPS (2024) ; Division de statistique de l'ONU (2024).

Région de l'Asie du Sud-Est

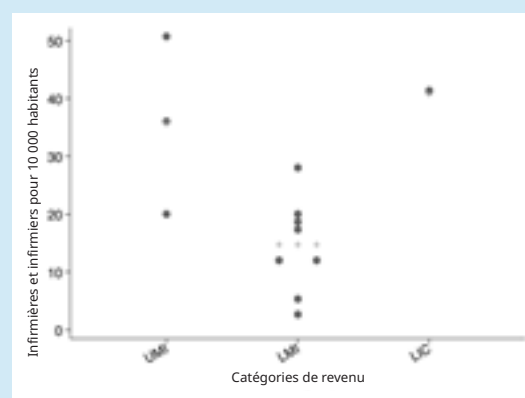


3,6 million d'infirmiers et d'infirmières

17,4 infirmiers et infirmières pour 10 000 habitants

La Région OMS de l'Asie du Sud-Est compte **11 États Membres** et avait une population de **2,1 milliard** d'habitants en 2023.

Répartition de la densité du personnel infirmier par catégorie de revenu de la Banque mondiale



Emplois

Mobilité

Personnes nées à l'étranger **8 %**

(données de 5 pays)

Personnes formées à l'étranger **19 %**

(données de 5 pays)

Sexe

(données de 10 pays)

84 %

de femmes

16 %

d'hommes

Âge

(données de 8 pays)

50 %

de moins de 35 ans

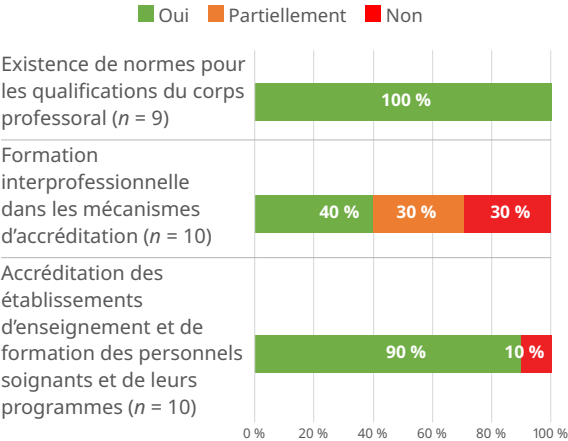
7 %

de 55 ans ou plus

Education

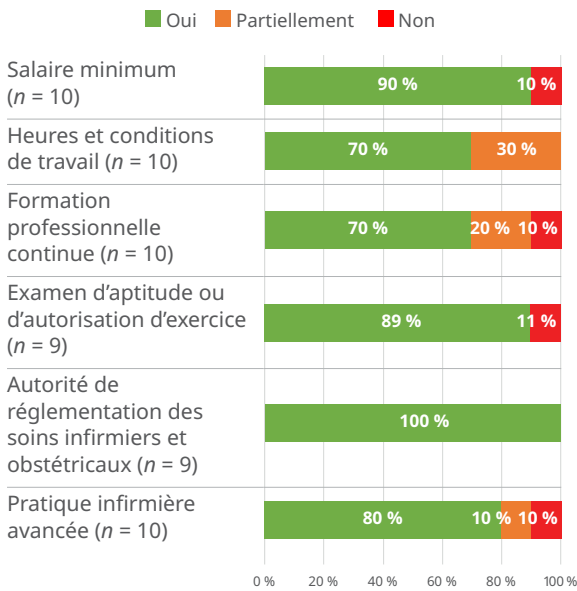
8,1	diplômé(e)s pour 100 membres de la population active (données de 9 pays)
14,4	diplômé(e)s pour 100 000 habitants
82,9 %	de diplômées (données de 5 pays)
70 %	des pays (sur 10 pays) prévoient une durée de formation de 4 ans ou plus

Réglementation de la formation



Prestation des services

Réglementation et conditions de travail



Leadership

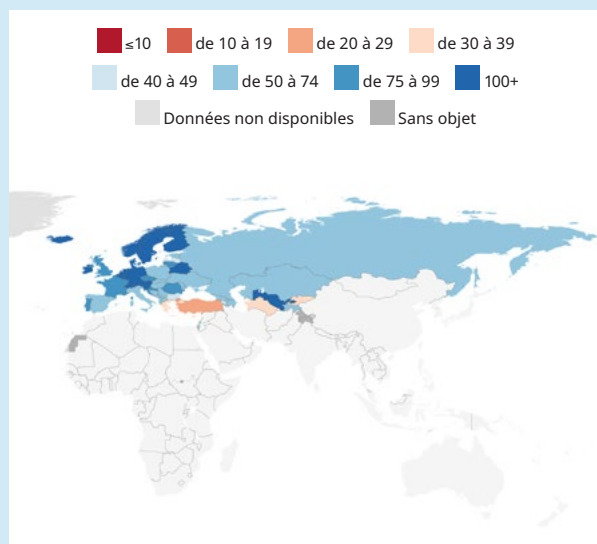
78 %
de pays (n=9) ont signalé l'existence d'un(e) **responsable-chef(fe) des services infirmiers ou équivalent**

67 %
de pays (n=9) disposent d'un **programme de leadership en soins infirmiers**

Note : Liste des pays inclus : Bangladesh (BGD), Bhoutan (BTN), Inde (IND), Maldives (MDV), Népal (NPL), Sri Lanka (LKA) ; Indonésie (IDN), Myanmar (MMR), République populaire démocratique de Corée (RPK), Thaïlande (THA), Timor-Leste (TLS).

Source : Dernières statistiques publiées pour la période 2018-2023, CNPS (2024) ; Division de statistique de l'ONU (2024).

Région européenne

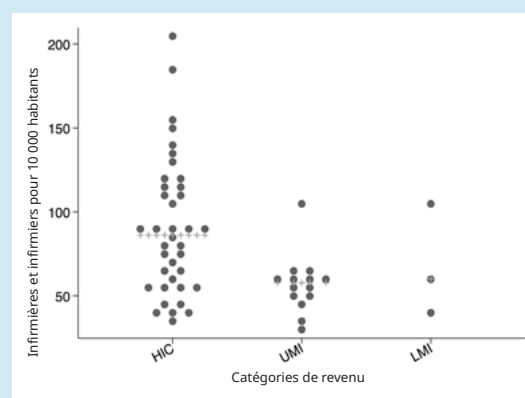


7,2 million d'infirmiers et d'infirmières

76,9 infirmiers et infirmières pour 10 000 habitants

La Région européenne de l'OMS compte **53 États Membres** et avait une population de **939 million** d'habitants en 2023.

Répartition de la densité du personnel infirmier par catégorie de revenu de la Banque mondiale



Emplois

Répartition du personnel infirmier par sous-région

Sous-région	Stock ^a	Densité pour 10 000 habitants (min-max)
Asie centrale (n = 5)	619 000	76,6 (33,3–106,8)
Europe de l'Est (n = 10)	1 948 000	68,1 (42,0–103,2)
Europe du Nord (n = 10)	1 083 000	100,3 (41,6–155,7)
Europe du Sud (n = 14)	952 000	63,5 (38,5–104,0)
Asie de l'Ouest (n = 6)	391 000	34,0 (28,0–58,7)
Europe de l'Ouest (n = 8)	2 228 000	111,9 (90,6–202,6)

^a Arrondi au millier près.

Mobilité

Personnes nées à l'étranger **14 %**

(données de 23 pays)

Personnes formées à l'étranger **10 %**

(données de 25 pays)

Sexe

(données de 39 pays)

85 %

de femmes

15 %

d'hommes

Âge

(données de 38 pays)

31 %

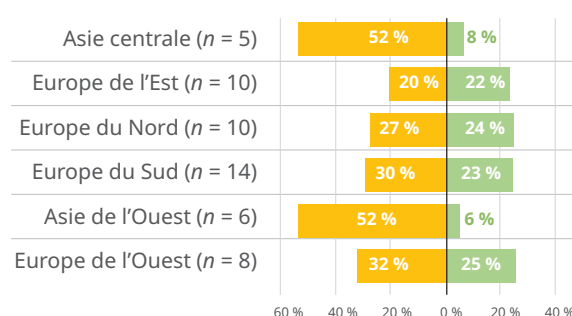
de moins de 35 ans

21 %

de 55 ans ou plus

Âge par sous-région

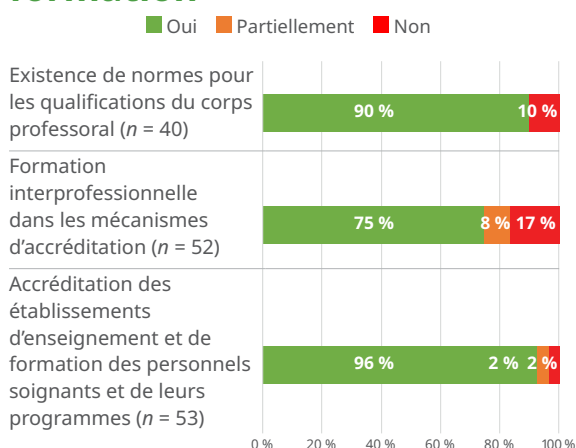
■ Proportion de moins de 35 ans ■ Proportion de 55 ans ou plus



Education

5,6	diplômé(e)s pour 100 membres de la population active (de 50 pays)
42,7	diplômé(e)s pour 100 000 habitants
85,5 %	de diplômées (de 10 pays)
30 %	des pays (sur 30 pays) prévoient une durée de formation de 4 ans ou plus

Réglementation de la formation

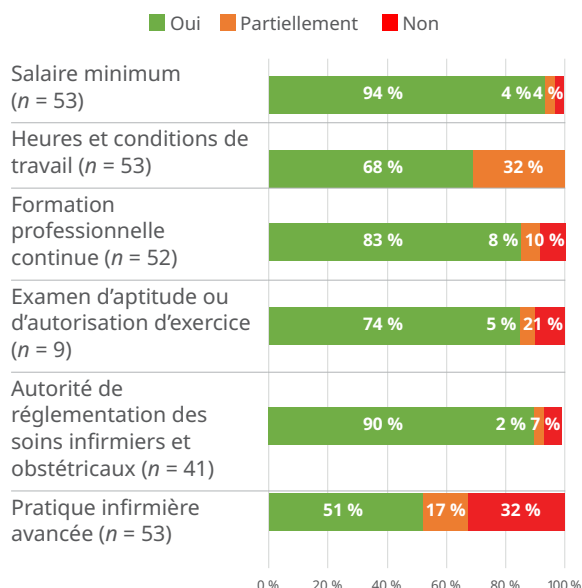


Nombre annuel de diplômé(e)s par sous-région

Sous-région	Nombre moyen de diplômés pour 100 infirmières ou infirmiers en activité (min-max)
Asie centrale (n = 4)	12,0 (1,7–20,7)
Europe de l'Est (n = 9)	4,8 (1,8–12,3)
Europe du Nord (n = 10)	5,3 (2,3–16,4)
Europe du Sud (n = 13)	6,6 (<1–26,9)
Asie de l'Ouest (n = 6)	3,4 (<1–8,0)
Europe de l'Ouest (n = 8)	3,9 (<1–6,0)

Prestation des services

Réglementation et conditions de travail



Leadership

75 %

de pays (n = 40) ont signalé l'existence d'un(e) **responsable-chef(fe) des services infirmiers ou équivalent**

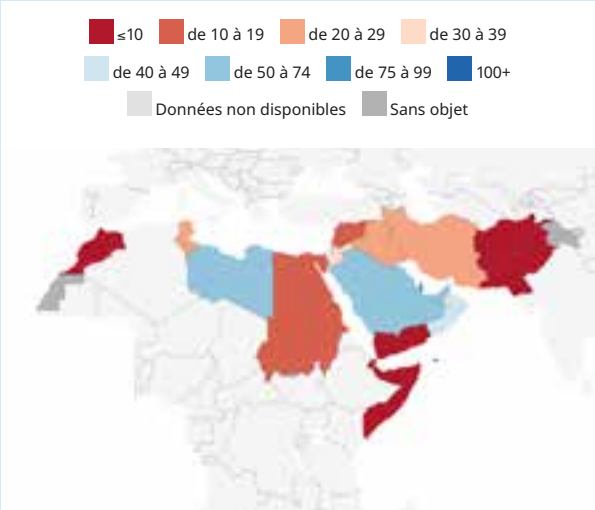
78 %

de pays (n = 40) disposent d'un **programme de leadership en soins infirmiers**

Note : Les sous-groupes de la Région européenne sont les suivants : **ASIE CENTRALE** : Kazakhstan (KAZ), Kirghizistan (KGZ), Ouzbékistan (UZB), Tadjikistan (TJK), Turkménistan (TKM) ; **EUROPE DE L'EST** : Biélorussie (BLR), Bulgarie (BGR), Fédération de Russie (RUS), Hongrie (HUN), Moldavie (MDA), Pologne (POL), Roumanie (ROU), Slovaquie (SVK), Tchéquie (CZE), Ukraine (UKR) ; **EUROPE DU NORD** : Danemark (DNK), Estonie (EST), Finlande (FIN), Irlande (IRL), Islande (ISL), Lettonie (LVA), Lituanie (LTU), Norvège (NOR), Royaume-Uni (GBR), Suède (SWE) ; **EUROPE DU SUD** : Albanie (ALB), Andorre (AND), Bosnie-Herzégovine (BIH), Croatie (HRV), Espagne (ESP), Grèce (GRC), Italie (ITA), Macédoine du Nord (MKD), Malte (MLT), Monténégro (MNE), Portugal (PRT), Saint-Marin (SMR), Serbie (SRB), Slovénie (SVN) ; **ASIE DE L'OUEST** : Arménie (ARM), Azerbaïdjan (AZE), Chypre (CYP), Géorgie (GEO), Israël (ISR), Türkiye (TUR) ; **EUROPE DE L'OUEST** : Allemagne (DEU), Autriche (AUT), Belgique (BEL), France (FRA), Luxembourg (LUX), Monaco (MCO), Pays-Bas (Royaume des) (NLD), Suisse (CHE).

Source : Dernières statistiques publiées pour la période 2018-2023, CNPS (2024) ; Division de statistique de l'ONU (2024).

Région de la Méditerranée orientale

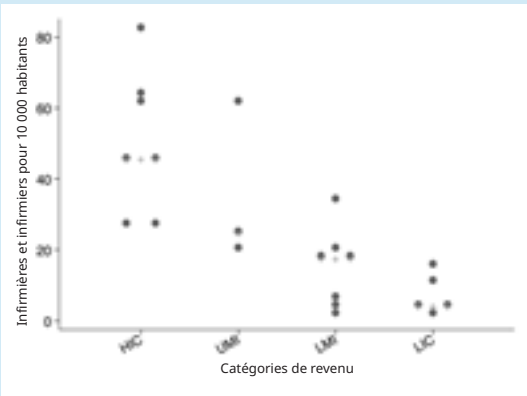


1,3 million d’infirmiers et d’infirmières

15,5 infirmiers et infirmières pour 10 000 habitants

La Région OMS de la Méditerranée orientale compte **21 États Membres** et avait une population de **804 million** d’habitants en 2023.

Répartition de la densité du personnel infirmier par catégorie de revenu de la Banque mondiale



Emplois

Répartition du personnel infirmier par sous-région

Sous-région	Stock ^a	Densité pour 10 000 habitants (min-max)
Afrique du Nord (n = 6)	361 000	15,0 (2,1–62,2)
Moyen-Orient (n = 15)	890 000	15,8 (1,2–83,7)

^a Arrondi au millier près.

Mobilité

Personnes nées à l’étranger **61 %**
(données de 7 pays)

Personnes formées à l’étranger **14 %**
(données de 4 pays)

Sexe

(données de 13 pays)

73 %

de femmes

27 %

d’hommes

Âge

(données de 5 pays)

45 %

De moins de 35 ans

9 %

De 55 ans ou plus

Formation

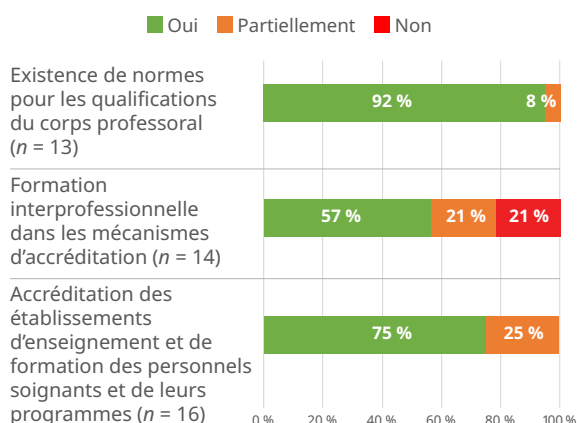
5,6 diplômé(e)s pour 100 membres de la population active (de 14 pays)

9,0 diplômé(e)s pour 100 000 habitants

68,9 % de diplômées (de 6 pays)

50 % des pays (sur 15 pays) prévoient une durée de formation de 4 ans ou plus

Réglementation de la formation

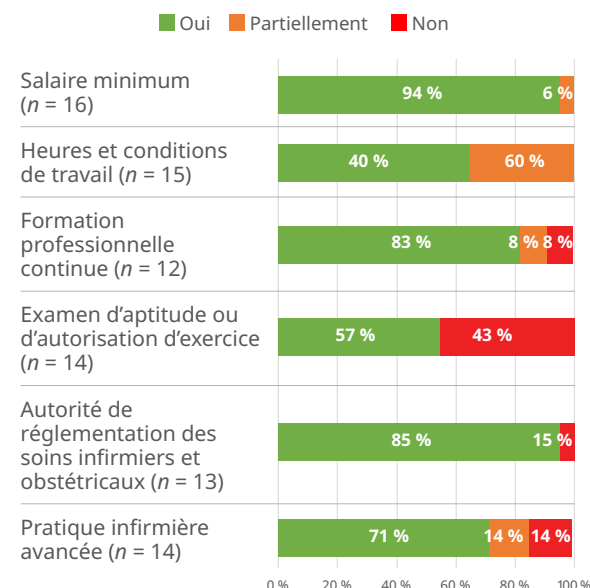


Nombre annuel de diplômé(e)s par sous-région

Sous-région	Nombre moyen de diplômés pour 100 infirmières ou infirmiers en activité (min-max)
Afrique du Nord (n = 3)	6,8 (<1-10,0)
Moyen-Orient (n = 11)	5,2 (<1-17,1)

Prestation des services

Réglementation et conditions de travail



Leadership

75 %

de pays (n = 12) ont signalé l'existence d'un(e) **responsable-chef(fe) des services infirmiers ou équivalent**

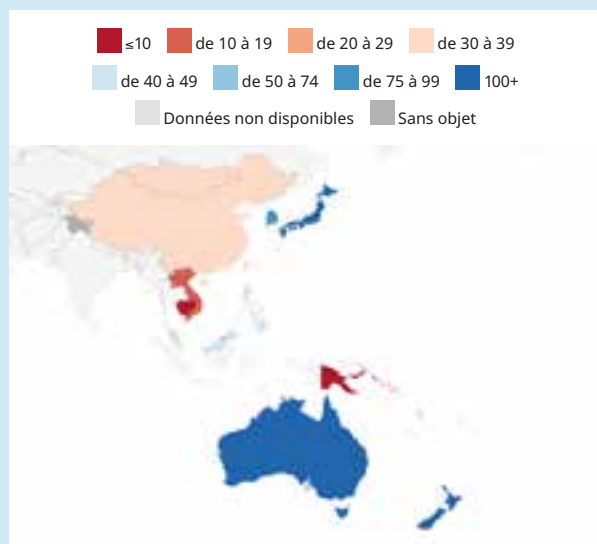
76 %

de pays (n = 12) disposent d'un **programme de leadership en soins infirmiers**

Note : Les sous-groupes de la Région de la Méditerranée orientale sont les suivants : **AFRIQUE DU NORD** : Égypte (EGY), Libye (LBY), Maroc (MAR), Somalie (SOM), Soudan (SDN), Tunisie (TUN) ; **MOYEN-ORIENT** : Afghanistan (AFG), Arabie saoudite (SAU), Bahreïn (BHR), Djibouti (DJI), Émirats arabes unis (ARE), Iran (République islamique d') (IRN), Iraq (IRQ), Jordanie (JOR), Koweït (KWT), Liban (LBN), Oman (OMN), Pakistan (PAK), Qatar (QAT), Syrie (SYR), Yémen (YEM).

Source : Dernières statistiques publiées pour la période 2018-2023, CNPS (2024) ; Division de statistique de l'ONU (2024).

Région du Pacifique occidental

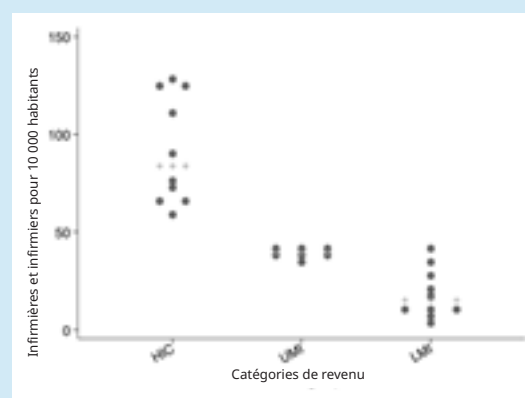


8,5 million d'infirmiers et d'infirmières

44,0 infirmiers et infirmières pour 10 000 habitants

La Région OMS du Pacifique occidental compte **27 États Membres** et avait une population de **1,9 milliard** d'habitants en 2023.

Répartition de la densité du personnel infirmier par catégorie de revenu de la Banque mondiale



Emplois

Répartition du personnel infirmier par sous-région

Sous-région	Stock ^a	Densité pour 10 000 habitants (min-max)
Pays insulaires du Pacifique (n = 14)	13 000	9,7 (5,1-112,0)
Pays non insulaires du Pacifique (n = 13)	8 474 000	44,1 (5,8-127,1)

^a Arrondi au millier près.

Mobilité

Personnes nées à l'étranger **26 %**

(données de 8 pays)

Personnes formées à l'étranger **22 %**

(données de 13 pays)

Sexe

(données de 23 pays)

91 %

de femmes

9 %

d'hommes

Âge

(données de 21 pays)

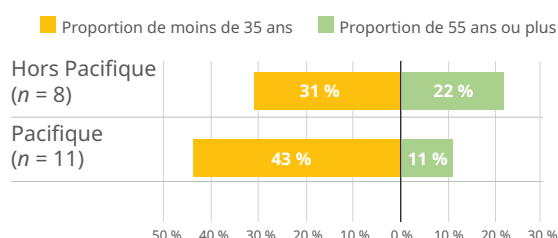
33 %

De moins de 35 ans

19 %

De 55 ans ou plus

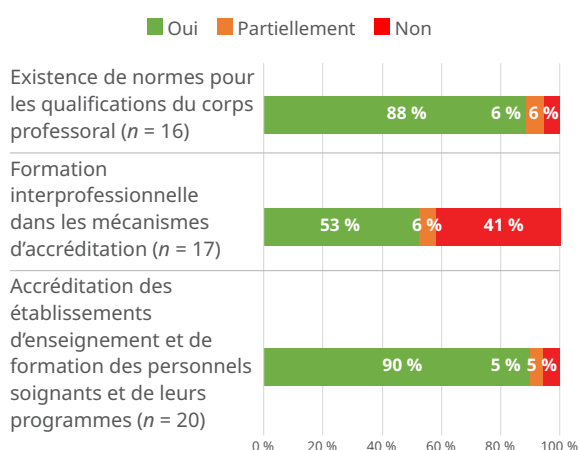
Âge par sous-région



Formation

7,5	diplômé(e)s pour 100 membres de la population active (de 13 pays)
37,5	diplômé(e)s pour 100 000 habitants
90,3	de diplômées (données de 4 pays)
20 %	des pays (sur 20 pays) prévoient une durée de formation de 4 ans ou plus

Réglementation de la formation

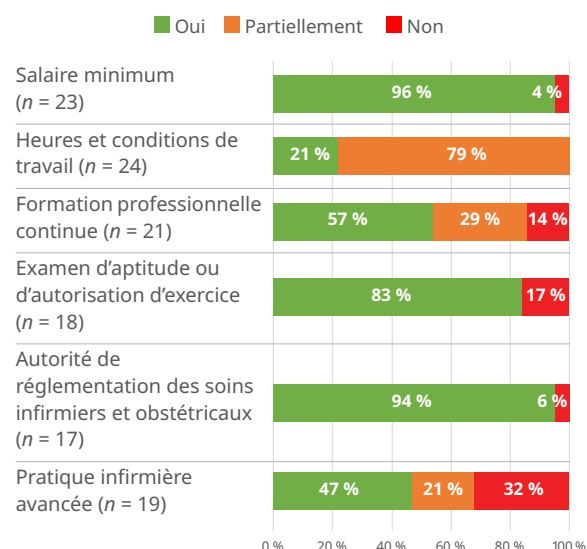


Nombre annuel de diplômé(e)s par sous-région

Sous-région	Nombre moyen de diplômé(e)s pour 100 infirmiers ou infirmières en activité dans la sous-région (min-max)
Pays insulaires du Pacifique (n = 4)	10,6 (5,5–20,1)
Pays non insulaires du Pacifique (n = 9)	6,1 (1,5–11,7)

Prestation des services

Réglementation et conditions de travail



Leadership

93 %

de pays (n = 27) ont signalé l'existence d'un(e) **responsable-chef(fe) des services infirmiers ou équivalent**

56 %

de pays (n = 16) disposent d'un **programme de leadership en soins infirmiers**

Note : Les sous-groupes de la Région du Pacifique occidental sont les suivants : **Pays insulaires du Pacifique** : Fidji (FJI), Îles Cook (COK), Îles Marshall (MHL), Îles Salomon (SLB), Kiribati (KIR), Micronésie (États fédérés de) (FSM), Nauru (NRU), Nioué (NIU), Palaos (PLW), Papouasie-Nouvelle-Guinée (PNG), Samoa (WSM), Tonga (TON), Tuvalu (TUV), Vanuatu (VUT) ; **Pays insulaires non insulaires du Pacifique** : Australie (AUS), Brunéi Darussalam (BRN), Cambodge (KHM), Chine (CHN), Japon (JPN), Malaisie (MYS), Mongolie (MNG), Nouvelle-Zélande (NZL), Philippines (PHL), République de Corée (KOR), République démocratique populaire lao (LAO), Singapour (SGP), Viet Nam (VNM).

Source : Dernières statistiques publiées pour la période 2018-2023, CNPS (2024) ; Division de statistique de l'ONU (2024).

Qu'est-ce qu'un(e) infirmier(ère) ?

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

Le présent rapport vise à présenter les meilleures données disponibles et comparables au niveau international sur le personnel infirmier, tel que défini par la Classification internationale type des professions 2008 de l'OIT (CITP-08) et communiquées et validées par les États Membres de l'OMS. Pour atteindre cet objectif, les comptes nationaux des personnels de santé (CNPS) utilisent le système de la CITP-08 pour classer le personnel de santé. Les pays ont été invités à classer leur personnel infirmier selon l'un des deux principaux codes de la CITP-08 : cadres infirmiers (code CITP 2221) et personnel infirmier de niveau intermédiaire (code CITP 3221). Il convient de noter que la présente section fait état du personnel infirmier en tant que catégorie professionnelle définie ci-dessus, mais il faut savoir que les « soins infirmiers », qui placent le personnel infirmier dans un système de santé multidisciplinaire, concernent plusieurs autres professions non décrites dans la présente section. Ainsi, la classification CITP et le système d'un pays qui suit cette classification classeraient les « aides-soignant(e)s » comme des auxiliaires de santé, catégorie professionnelle de soutien plus large.

Les orientations relatives à la CITP fournissent des descriptions détaillées des agents de santé devant figurer dans chaque catégorie (Tableau A2.1). En résumé, les cadres infirmiers assument la responsabilité de la planification et de la gestion des soins infirmiers dispensés aux patients, en travaillant de manière autonome ou en équipe avec des médecins et d'autres personnes. Les personnels infirmiers de niveau intermédiaire dispensent des soins infirmiers et personnels de base et travaillent généralement sous la supervision de médecins, d'infirmiers(ères) ou d'autres professionnel(le)s de la santé ou pour leur apporter un soutien.

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

Tableau A2.1 Définitions CITP du personnel infirmier

Cadres infirmiers

PRINCIPALES TÂCHES :

- Planifier, dispenser et évaluer les soins infirmiers aux patients conformément aux pratiques et normes des soins infirmiers modernes;
- coordonner les soins aux patients en consultation avec d'autres professionnels et équipes de santé;
- élaborer et mettre en œuvre des plans de soins pour le traitement biologique, social et psychologique des patients en collaboration avec d'autres professionnels de santé;
- planifier et dispenser des soins personnels, des traitements et des thérapies, notamment l'administration de médicaments et le suivi des réactions au traitement ou plan de soins;
- nettoyer les plaies et appliquer des pansements et bandages chirurgicaux;
- surveiller la douleur et l'inconfort des patients et soulager la douleur à l'aide de thérapies, notamment de médicaments antidouleur;
- planifier des programmes d'éducation à la santé, de promotion de la santé et des activités de formation des infirmiers(ères) en milieu clinique et communautaire et y participer;
- répondre aux questions des patients et des familles et fournir des informations sur la prévention des maladies, les traitements et les soins;
- superviser et coordonner le travail d'autres personnels infirmiers, des agents de santé et des aides-soignant(e)s; et
- mener des recherches sur les pratiques et les procédures de soins infirmiers et communiquer les résultats de ces recherches, notamment par le biais d'articles et de rapports scientifiques.

Personnel infirmier de niveau intermédiaire

PRINCIPALES TÂCHES :

- Dispenser des soins infirmiers et personnels ainsi que des traitements et des conseils de santé aux patients conformément aux plans de soins établis par les professionnels de santé;
- administrer des médicaments et d'autres traitements aux patients, surveiller l'état des patients et leurs réactions au traitement, et orienter les patients et leur famille vers un professionnel de santé pour des soins spécialisés si nécessaire;
- nettoyer les plaies et appliquer des pansements chirurgicaux;
- mettre à jour les informations sur l'état des patients et les traitements reçus dans les systèmes de tenue des registres;
- aider à planification et à la gestion des soins dispensés à chaque patient; et
- Aider à apporter les premiers soins en cas d'urgence

Source : Tiré de la publication : *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020 : investir dans la formation, l'emploi et le leadership*. OMS , 2020, d'après la Classification internationale type des professions de l'OIT. OIT , 2008. (<https://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/>).

Méthodes

A3.1 Sources des données

Les données sur les personnels de santé des 194 États Membres de l'OMS proviennent de la plateforme de données CNPS de l'OMS telles qu'elles étaient disponibles le 20 décembre 2024. La plateforme de données CNPS est complétée prospectivement par les États Membres au fil des ans et, en 2024, un effort particulier a été fait pour recueillir, rassembler et communiquer les données relatives aux indicateurs pertinents pour les personnels infirmiers. Les points focaux CNPS des États Membres ont été invités à contribuer à *La situation du personnel infirmier dans le monde 2025* en février 2024 et lors de webinaires mondiaux en mars ; par la suite, des courriels et des rappels ont été régulièrement envoyés. Tous les niveaux de l'OMS (Siège, bureaux régionaux, bureaux de pays) sont intervenus pour fournir un appui aux États Membres. Les progrès en matière de notification ont été suivis à l'aide de tableaux de bord partagés avec toutes les parties prenantes impliquées dans le soutien aux pays. Pour faciliter la notification, des profils de données ont été communiqués aux points focaux CNPS en février, mai et septembre 2024. En plus des points focaux de CNPS, les responsables-chefs des services infirmiers au niveau gouvernemental ont été invités à participer à la communication des données CNPS lors de la réunion internationale des partenaires sur les soins infirmiers et obstétricaux en mai 2024.

Les organisations partenaires ont également été invitées à soutenir les mesures nationales d'examen et de communication de ces données à la plateforme CNPS par le biais de webinaires et d'ateliers organisés au cours de l'année 2024. Toutes les parties prenantes ont été encouragées à assurer la coordination au niveau national avec le concours des points focaux CNPS afin de garantir que des données de qualité soient communiquées à l'OMS sur la plateforme CNPS. Pour les pays contribuant déjà à la collecte de données conjointe OCDE/Eurostat/OMS-Europe sur les statistiques sanitaires non monétaires, les données sur les effectifs, les migrations et les diplômés ont été téléchargées sur la plateforme de données CNPS en tant que mécanisme officiel de notification et les points focaux de ces États Membres ont été invités à fournir des informations pour d'autres indicateurs. En plus des données communiquées par les États Membres, lorsque des lacunes importantes ont été observées dans les statistiques sur les effectifs (ce qui a été le cas pour moins de 10 pays), des recherches ont été effectuées dans les publications officielles sur les statistiques sanitaires afin de mettre à jour les données sur les effectifs lorsque cela était possible.

Après la phase d'examen et de communication des données, d'octobre à novembre 2024, le Département Personnels de santé de l'OMS a procédé à l'évaluation de la qualité des données par le biais d'une série d'analyses et d'une triangulation des données afin d'identifier les valeurs aberrantes et les erreurs potentielles dans la communication des données. Au cours de cette phase, les points focaux CNPS de certains pays ont été consultés pour clarifier tout écart par rapport à la tendance ou toute autre anomalie dans les données. Tous les points focaux ont également été invités à revoir leur projet de profil de pays à la lumière des données communiquées. Ce processus de contrôle et de validation de la qualité a donné lieu à des échanges et des demandes de clarification des informations au cours du dernier trimestre 2024 et a contribué à garantir l'exactitude et la fiabilité des données communiquées.

Les données sur la population de chaque pays pour les années 2018 à 2030 ont été tirées de la révision 2024 des données des World Population Prospects préparées par la Division de la population du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat de l'ONU (données consultées

le 24 septembre 2024). Les données sur les catégories de revenu proviennent de la classification des pays par catégorie de revenu de la Banque mondiale publiée en juillet 2024 qui se base sur le revenu national brut par habitant de 2023 (données consultées le 24 septembre 2024). La classification couvre 191 États Membres de l'OMS. Étant donné que des données sur le personnel infirmier étaient disponibles pour les trois pays n'étant pas couverts par la classification de la Banque mondiale, pour éviter de perdre des informations, ces pays ont été classés en fonction de leur revenu national brut par habitant, en les comparant à des pays similaires dans leur zone géographique et à des classifications antérieures (2022 pour le Venezuela). Ainsi, les Îles Cook et Nioué ont été classées dans la catégorie des pays à revenu élevé et le Venezuela dans celle des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure.

A3.2 Analyse

La collecte de données pour *La situation du personnel infirmier dans le monde en 2025* a été menée conformément au cadre de suivi des *Orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025 (1)*, qui utilise principalement les indicateurs CNPS avec six indicateurs additionnels spécifiques aux soins infirmiers. Ces indicateurs additionnels étaient tous des indicateurs de capacité pour lesquels trois réponses étaient possibles (Oui/En partie/Non) et ont permis d'avoir des informations sur l'existence d'un organe de réglementation des soins infirmiers, l'existence d'un examen à l'aptitude à la pratique ou d'autorisation d'exercer, l'existence de normes pour les qualifications des enseignants, l'existence d'un responsable-chef des services infirmiers au niveau gouvernemental ou d'un organisme équivalent, l'existence d'opportunités de développement du leadership, et la présence d'une association nationale pour les personnes n'ayant pas encore l'autorisation d'exercer et/ou en début de carrière. Les métadonnées relatives à ces indicateurs sont disponibles sur demande à l'adresse suivante : hrhstatistics@who.int.

Pour recueillir les réponses à ces indicateurs, des fichiers Excel dynamiques partagés ont été utilisés tout au long de l'année 2024 avec l'implication du responsable-chef des services infirmiers ou de son équivalent dans les États Membres et des points focaux CNPS. Ces indicateurs ont été inclus dans tous les tableaux de bord et profils de données mentionnés ci-dessus. Le taux de réponse pour ces indicateurs figure à l'annexe 4, Tableau A4.1.

Pour les indicateurs numériques, l'analyse a agrégé les résultats par Région, par catégorie de revenu ou au niveau mondial. Lorsqu'au moins 100 pays communiquaient des indicateurs numériques, et sans déséquilibre majeur de notification entre les Régions ou les catégories de revenu, les personnels de santé étaient alors utilisés en tant qu'unité d'analyse. Cela signifie que les données brutes du numérateur et du dénominateur ont été additionnées pour la catégorie d'intérêt avant le calcul des ratios. Cela correspond à la prise en compte des pondérations de population de chaque pays. Toutefois, pour les indicateurs dont les données concernent moins de 100 pays, ou en cas de déséquilibre majeur par Région ou catégorie de revenu, l'unité d'analyse considérée est le pays. En d'autres termes, il s'agit de calculer d'abord chaque ratio au niveau du pays avant d'en faire la moyenne. Cela correspond à une moyenne non pondérée. Cette dernière approche, menée lorsque moins de pays ont répondu, a été utilisée pour limiter la pondération des pays plus peuplés. Dans les tableaux et figures agrégeant des données par grande catégorie, une note est insérée afin d'identifier les catégories pour lesquelles des données étaient disponibles pour moins de la moitié de la population.

Pour les indicateurs qualitatifs, les données ont été agrégées au niveau des pays et présentées sous forme de pourcentage de pays déclarants. L'analyse du stock d'infirmiers(ères) s'est basée sur la dernière densité communiquée par les pays. Les pays ayant pu communiquer leurs dernières données pour une année autre que 2023, la dernière densité communiquée a été appliquée à la taille de la population de 2023 de chaque pays afin de faire correspondre le stock à l'année 2023.

Les projections du stock et de la densité d'infirmiers(ères) jusqu'en 2030 se basaient sur un modèle simple de stock et de flux déjà utilisé dans *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020* et, plus récemment, dans une analyse mondiale du stock, des projections et de la pénurie pour l'année 2020 (2). En quelques mots, ce modèle consiste, à partir du stock en 2023 dans chaque pays et année par année jusqu'en 2030, à prendre en compte les nouveaux diplômés (70 %) et à retirer les infirmiers(ères) partant à la retraite, l'âge de la retraite étant fixé à 65 ans. Cet âge de 65 ans a été retenu pour les raisons suivantes :

- les données sur l'âge ont été communiquées par tranche de 10 ans, la catégorie d'âge la plus élevée étant celle des 65 ans et plus, de sorte qu'envisager une autre solution aurait nécessité d'autres hypothèses sur une tranche d'âge inconnue sous-jacente ;
- dans plusieurs pays, l'âge légal ou réel de départ à la retraite se situe autour de 65 ans ; et
- l'âge de départ à la retraite augmente actuellement dans plusieurs pays.

Cette approximation tient compte du fait que certain(e)s infirmiers(ères) prennent leur retraite avant 65 ans et d'autres plus tard. L'OCDE a estimé que l'âge moyen de départ à la retraite dans les pays de l'OCDE était de 63,6 ans pour les femmes et de 64,4 ans pour les hommes, et qu'il devrait passer à 65,8 ans pour les femmes et 66,3 ans pour les hommes (3).

La pénurie de personnel infirmier a été définie, pour les pays dont la densité est inférieure à la densité médiane observée au niveau mondial en 2013 (niveau de référence), comme le nombre d'infirmiers(ères) nécessaires pour atteindre cette densité médiane. Cette approche est équivalente, compatible et comparable avec la *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*, *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020* et l'analyse portant sur le personnel de santé mondial pour 2020. La densité médiane était de 27,5 infirmiers(ères) pour 10 000 habitants en 2013. Ce nombre est quasiment identique à celui figurant dans *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020* (27,4 pour 10 000 habitants), bien que le calcul reposât initialement sur un seuil incluant d'autres professions (médecins et sages-femmes). Avec un ordre de grandeur similaire, ce seuil révisé ne modifie pas l'ampleur de l'estimation de la pénurie, mais peut être facilement interprété comme une mesure des progrès accomplis uniquement par rapport à la situation en 2013.

Les pays corrigent parfois leurs données rétrospectivement pour les années précédentes dans la plateforme CNPS ou dans celle de la collecte de données conjointe OCDE/Eurostat/OMS-Europe, et parfois pour l'ensemble des séries temporelles. Cela est généralement dû à l'amélioration de la qualité des données en raison d'un changement dans la source de données, par exemple, les notifications du personnel infirmier en exercice pour l'ensemble des séries temporelles alors que les données n'étaient auparavant disponibles que pour le personnel infirmier autorisé à exercer. Un autre exemple observé, principalement dans la Région africaine, est l'amélioration de la disponibilité des données pour les effectifs du secteur privé, alors que dans le passé plusieurs pays ne disposaient d'informations que sur le personnel infirmier du secteur public. Il convient de noter que ces corrections n'ont eu qu'une influence marginale sur les estimations.

Les données sur les salaires correspondent au salaire moyen en dollars des États-Unis perçu par les infirmiers(ères) lorsqu'ils entrent sur le marché du travail, hors cotisations sociales. Pour permettre une comparaison entre Régions en tenant compte du coût des biens dans chaque pays, ces salaires ont également été exprimés en dollars PPA, en utilisant pour chaque pays l'estimation de la Banque mondiale de la conversion en dollars des États-Unis et en dollars PPA pour l'année 2023.

Les 31 pays retenus dans l'analyse de l'écart de rémunération entre les hommes et les femmes (Encadré 7.11) étaient les suivants : Angola, Bangladesh, Bolivie (État plurinational de), Bosnie-Herzégovine, Botswana, Brésil, Cambodge, Côte d'Ivoire, Égypte, El Salvador, Équateur, Eswatini, États-Unis d'Amérique, Guyana, Honduras, Jordanie, Kenya, Lesotho, Liban, Libéria, Maldives, Népal, Ouganda, Pakistan, Philippines, République démocratique populaire lao, Sénégal, Sri Lanka, Thaïlande, Uruguay et Zambie.

Indicateurs CNPS et disponibilité des données

A4.1 Traitement des données et indicateurs utilisés dans *La situation du personnel infirmier dans le monde 2025*

Conformément au cycle annuel de communication des données via la plateforme CNPS, les points focaux des États Membres de l'OMS ont été invités à soumettre, de février 2024 à novembre 2024, les données disponibles les plus récentes sur le personnel infirmier en renseignant 47 indicateurs – 41 indicateurs CNPS et six indicateurs spécifiques additionnels (voir Tableau A4.1). Parmi ces indicateurs, 34 (28 CNPS et six additionnels) ont été suffisamment renseignés et étaient d'une qualité suffisante pour être inclus dans le présent rapport. Le manuel CNPS fournit des définitions précises et des métadonnées pour chaque indicateur (4, 5).

Tableau A4.1 Liste des 47 indicateurs utilisés pour *La situation du personnel infirmier dans le monde 2025*

	Nom de l'indicateur	Numéro de l'indicateur	Taux de réponse Décembre 2024
Effectif du personnel infirmier actif	Densité du personnel infirmier ^a	1-01	100 %
	Densité du personnel infirmier au niveau infranational	1-02	26 %
	Répartition du personnel infirmier par tranche d'âge ^a	1-03	68 %
	Répartition du personnel infirmier par sexe ^a	1-04	78 %
	Répartition du personnel infirmier par type de propriété des établissements ^a	1-05	49 %
	Répartition du personnel infirmier par type d'établissement	1-06	48 %
	Répartition du personnel infirmier par lieu de naissance ^a	1-07	49 %
	Répartition du personnel infirmier par lieu de formation ^a	1-08	52 %
	Entrées annuelles de personnel infirmier dans le marché du travail	1-09	15 %
	Sorties annuelles de personnel infirmier du marché du travail	1-10	16 %
	Taux de vacance d'emploi pour le personnel infirmier	1-11	8 %
	Répartition du personnel infirmier par type de contrat	1-12	14 %

	Nom de l'indicateur	Numéro de l'indicateur	Taux de réponse Décembre 2024
Enseignement et formation	Places de formation dans les établissements d'enseignement et de formation en soins infirmiers	2-01	39 %
	Candidatures à des programmes d'enseignement et de formation en soins infirmiers	2-02	31 %
	Admissions à des programmes d'enseignement et de formation en soins infirmiers ^a	2-03	47 %
	Diplômés des programmes d'enseignement et de formation en soins infirmiers ^a	2-04	73 %
	Durée des programmes d'enseignement et de formation aux soins infirmiers ^a	2-05	72 %
	Existence de mécanismes nationaux et/ou infranationaux d'accréditation des établissements d'enseignement et de formation en soins infirmiers et de leurs programmes ^a	2-06	90 %
	Existence de normes nationales et/ou infranationales de responsabilité sociale dans les mécanismes d'accréditation des programmes d'enseignement et de formation en soins infirmiers ^a	2-07,1	42 %
	Existence de normes nationales et/ou infranationales relatives aux déterminants sociaux de la santé dans les mécanismes d'accréditation des programmes d'enseignement et de formation en soins infirmiers ^a	2-07,2	40 %
	Existence de normes nationales et/ou infranationales sur la formation interprofessionnelle dans les mécanismes d'accréditation des programmes d'enseignement et de formation en soins infirmiers ^a	2-07,3	86 %
	Existence d'une coopération entre les établissements d'enseignement et de formation en soins infirmiers et les organes de réglementation en vue d'un accord sur les normes d'accréditation applicables ^a	2-07,4	44 %
	Existence de systèmes nationaux de formation professionnelle continue pour le personnel infirmier ^a	2-07,5	86 %
	Existence d'une formation continue intégrée dans les plans nationaux de formation du personnel infirmier ^a	2-07,6	45 %
Dépenses et rémunération relatives au personnel infirmier	Dépenses pour la rémunération du personnel infirmier	3-01	8 %
	Niveau de salaire d'un débutant à l'embauche dans le domaine des soins infirmiers ^a	3-02	42 %
Financement de la formation	Dépenses totales pour la formation du personnel infirmier	3-03	16 %
	Dépenses par diplômé d'un programme d'enseignement et de formation en soins infirmiers	3-04	16 %
	Frais de formation/scolarité moyens par étudiant	3-05	16 %

Indicateurs spécifiques additionnels pour *La situation du personnel infirmier dans le monde 2025*

	Nom de l'indicateur	Numéro de l'indicateur	Taux de réponse Décembre 2024
Caractéristiques de l'emploi et conditions de travail	Existence de politiques/lois nationales/infranationales régissant le nombre d'heures et les conditions de travail ^a	4-01,1	92 %
	Existence de politiques/lois nationales/infranationales régissant le salaire minimum ^a	4-01,2	92 %
	Existence de politiques/lois nationales/infranationales régissant la protection sociale ^a	4-01,3	91 %
	Existence de politiques/lois nationales/infranationales régissant la double pratique	4-01,4	54 %
	Existence de politiques/lois nationales/infranationales régissant le service obligatoire ^a	4-01,5	53 %
	Existence de politiques/lois nationales/infranationales visant à prévenir les agressions contre les agents de santé ^a	4-01,6	89 %
	Existence de modules de soins nationaux/infranationaux prévoyant le soutien au bien-être psychique des agents de santé ^a	4-01,7	34 %
	Existence de mécanismes de rémunération en nature pour promouvoir le maintien des personnels en milieu rural ^a	4-01,8	40 %
	Existence de mécanismes réglementaires visant à promouvoir la sécurité des agents de santé ^a	4-01,9	53 %
	Existence de mécanismes réglementaires visant à assurer le suivi des activités des agents de santé dans le secteur privé ^a	4-01,10	47 %
Composition de l'éventail de compétences pour les modèles de soins	Existence de personnel infirmier de pratique avancée ^a	4-01,12	86 %
	Part de femmes aux postes de direction ^a	4-03	14 %
Indicateurs spécifiques additionnels pour <i>La situation du personnel infirmier dans le monde</i>	Existence d'un organisme de réglementation des soins infirmiers ^a	NN1	63 %
	Examen d'aptitude à la pratique ou d'autorisation d'exercer ^a	NN2	62 %
	Existence de normes de qualification des enseignants ^a	NN3	60 %
	Existence d'un responsable-chef des services infirmiers au niveau gouvernemental ou équivalent au niveau national ^a	NN4	62 %
	Existence d'opportunités de développement du leadership ^a	NN5	61 %
	Association nationale pour les personnes qui ne sont pas encore autorisées à exercer et/ou pour les professionnels en début de carrière ^a	NN6	60 %

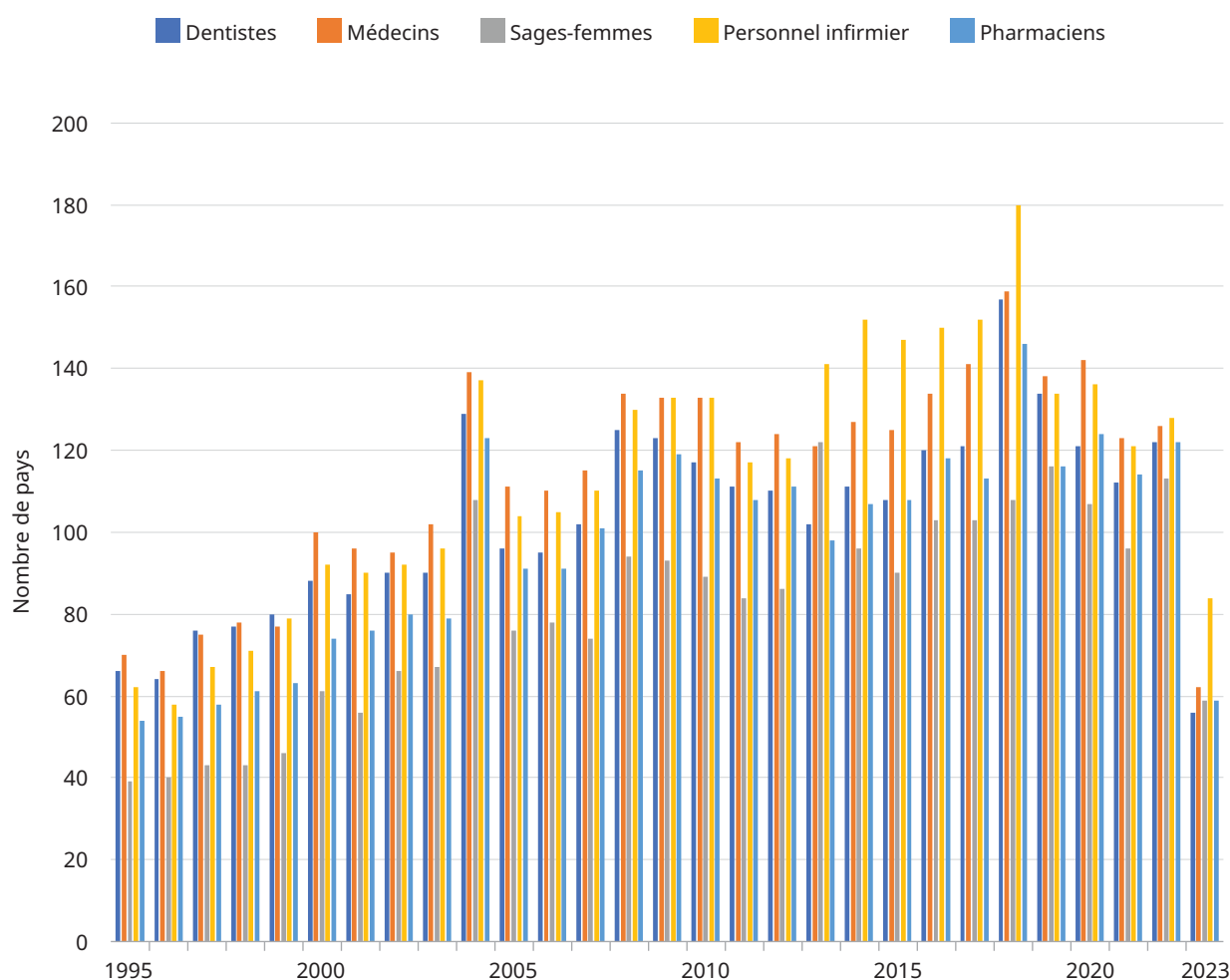
Notes : 41 indicateurs et sous-indicateurs étaient tirés du manuel CNPS et six ont été spécifiquement conçus pour le présent rapport. Pour plus d'informations sur les indicateurs CNPS, des informations détaillées avec des métadonnées sont disponibles dans le manuel CNPS (<https://iris.who.int/handle/10665/375611>). Des métadonnées pour les six indicateurs additionnels de La situation du personnel infirmier dans le monde (NN1 à NN6) sont disponibles sur demande à l'adresse suivante : hrhstatistics@who.int.

^a Indicateurs pour lesquels un nombre suffisant de pays ont fourni des données et pour lesquels la qualité des données a été jugée suffisante.

A4.2 Données communiquées

La disponibilité et l'exhaustivité croissantes des données sont illustrées dans la Figure A4.1, qui montre notamment le nombre de pays ayant communiqué des données sur les cinq professions liées à la santé de l'indicateur 3.c.1 de la cible 3.c des ODD (médecins, personnel infirmier, sages-femmes, dentistes, pharmaciens). Les soins infirmiers affichent systématiquement le niveau de déclaration le plus élevé ou parmi les plus élevés, ce qui reflète les efforts accrus déployés par les pays du monde entier pour collecter et communiquer régulièrement des données sur les effectifs des cinq professions liées à la santé.

Figure A4.1 Nombre de pays pour lesquels des données sur le personnel sont disponibles dans la plateforme de données CNPS (1995–2023)

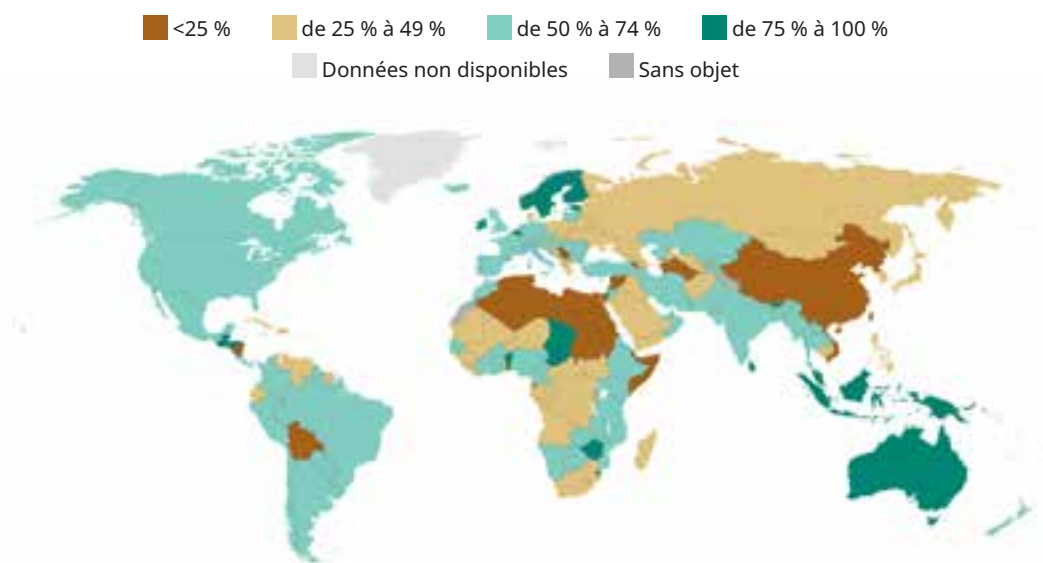


Notes : Le décalage dans la disponibilité et la notification des données explique la tendance à la baisse apparente observée ces dernières années. Il s'agit d'un phénomène prévisible dans les statistiques officielles et davantage de points de données devraient être disponibles pour la période 2021-2023, ce qui devrait permettre de maintenir une tendance à la hausse pour les données relatives au stock de personnel infirmier.

Source : CNPS, 2024.

Au total, 194 États Membres de l'OMS ont communiqué des données soit directement via la plate-forme de données CNPS, soit par l'intermédiaire des bureaux régionaux et d'autres processus internationaux tels que la collecte de données conjointe OCDE/Eurostat/OMS-Europe. La Figure A4.2 montre que la majorité des pays ont été en mesure de fournir des données pour au moins 50 % à 75 % des indicateurs. La notification sur l'indicateur relatif au stock de personnel infirmier a été bonne, avec des données récentes (c'est-à-dire 2020 et plus tard) disponibles pour la grande majorité des 194 États Membres (voir Figure A4.3).

Figure A4.2 Pourcentage d'indicateurs communiqués au niveau mondial pour *La situation du personnel infirmier dans le monde 2025*



Note : 28 indicateurs CNPS et six indicateurs additionnels relatifs aux *Orientations stratégiques mondiales de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025*.

Source : CNPS, 2024.

Figure A4.3 Date de déclaration pour le stock de personnel infirmier pour *La Situation du personnel infirmier dans le monde 2025*



Source : CNPS, 2024.

A4.3 Limites dans la disponibilité des données

Bien qu'il y ait eu une amélioration notable dans la communication et la disponibilité des données, des problèmes subsistent en termes d'exhaustivité et de qualité des données communiquées. Par exemple, alors que la planification portant sur les personnels de santé et l'analyse du marché du travail dans le secteur de la santé nécessitent des informations sur le financement et les dépenses, ces indicateurs sont difficiles à évaluer de manière régulière ; leur disponibilité plus limitée restreint la portée de l'analyse des coûts et de la possibilité d'une généralisation en raison de la marge de manœuvre budgétaire disponible.

D'autres indicateurs essentiels à la compréhension des dimensions du marché du travail dans le secteur de la santé (les flux d'entrée et de sortie, les postes vacants, par exemple) ne font pas encore l'objet d'une notification détaillée de la part de la majorité des États Membres. En ce qui concerne la « filière de formation », la disponibilité des données sur les diplômés s'est améliorée, mais il n'existe pas encore de notifications cohérentes sur les places de formation disponibles, les candidatures et les inscriptions.

Les conditions de travail, notamment les contrats et la rémunération, sont au cœur du problème du maintien en poste des infirmiers(ères), en particulier dans les zones mal desservies. Bien que les données sur les salaires du personnel infirmier soient présentées pour la première fois dans le présent rapport, elles n'étaient disponibles que pour moins de la moitié des pays ; le type de contrat a été communiqué par un nombre encore plus faible de pays. Par ailleurs, moins de la moitié des pays ont fourni des données sur le recours à des infirmiers(ères) né(es) ou formé(e)s à l'étranger, malgré l'importance que revêt le problème de la migration internationale du personnel infirmier. Pour accélérer les progrès dans la mise en œuvre du Code, il est indispensable de renforcer les notifications sur ces indicateurs.

Si certains des faibles taux de notification soulignent les difficultés que posent les indicateurs fondés sur des données provenant d'autres secteurs (éducation, finances, etc.), certaines limites en matière de données et d'analyse sont liées au fait que les pays ont fourni des données portant sur des années qui ne correspondaient pas à l'année considérée ou des données datant de plus de cinq ans.

Malgré ces faiblesses, la disponibilité des données s'est nettement améliorée par rapport à *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020*. Les pays et les partenaires sont encouragés à accélérer davantage la mise en œuvre progressive des CNPS, notamment en impliquant les parties prenantes du secteur des soins infirmiers.

Références pour les annexes

1. Orientations stratégiques mondiales de l'OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux 2021-2025. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/351146/9789240036505-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).
2. Boniol M, Kunjumen T, Nair TS, Siyam A, Campbell J, Diallo K. The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage. *BMJ Glob Health*. 2022;7 (doi: 10.1136/bmjgh-2022-009316).
3. Panorama des pensions 2023 (version abrégée), Les indicateurs de l'OCDE et du G20. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2023.
4. Comptes nationaux des personnels de santé : guide pour la mise en œuvre. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241514446>).
5. Manuel sur les comptes nationaux des personnels de santé, 2^e édition. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/375611>). Licence, CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Organisation mondiale de la Santé

20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

<https://www.who.int/teams/health-workforce>