



JOURNÉE INTERNATIONALE DES INFIRMIÈRES 2024

Le pouvoir économique
des soins



**NOS INFIRMIÈRES.
NOTRE FUTUR.**

Conseil International des Infirmières

Auteur principal : David Stewart, Infirmier en chef adjoint

Collaboration : Dr Gill Adynski, Dr Katherine Bertoni, Howard Catton, Dr Mickey Chopra, Dr Damien Contandriopoulos, Stephen Duckett, Gaetan Lafortune, Dr Jeremy Lauer, Amanda McClelland, Dr Jack Needleman, Colin Parish, Dr Geordan Shannon, Dr Joanne Spetz, Dr Roy A. Thompson, Dr Laura M. Wagner
Responsable éditoriale : Lindsey Williamson

Crédit photo de couverture : Rosa Saloni, Espagne

Légende photo de couverture : *Investir dans le personnel infirmier permet non seulement d'améliorer le bien-être des populations, mais aussi de stimuler la croissance économique en améliorant la productivité de la main-d'œuvre, en renforçant les systèmes de soins de santé, en réduisant la pauvreté, en améliorant l'égalité des sexes et en contribuant à la cohésion sociale, à la paix et à la prospérité.*

Tous droits réservés, y compris pour la traduction dans d'autres langues. La reproduction photomécanique de cette publication, son stockage dans un système d'information, sa transmission sous quelque forme que ce soit et sa vente sont interdits sans la permission écrite du Conseil International des Infirmières.

De courts extraits (moins de 300 mots) peuvent être reproduits sans autorisation, pour autant que la source soit indiquée.

Copyright © 2024 par le CII – Conseil International des Infirmières, 3, place Jean-Marteau, 1201 Genève, Suisse.

ISBN: 978-92-95124-35-6

Table des matières



AVANT-PROPOS	4	CHAPITRE			
RÉSUMÉ	5	7	INVESTIR DANS LES INFIRMIÈRES ET LES PROTÉGER: L'IMPORTANCE D'UN LIEU DE TRAVAIL SAIN	52	
INTRODUCTION	12				
CHAPITRE		CHAPITRE			
1	INVESTIR DANS LES SOINS INFIRMIERS, UNE SOLUTION POUR CRÉER DES EMPLOIS DÉCENTS ET RÉDUIRE LA PAUVRETÉ, EN PARTICULIER POUR LES FEMMES ET LES FILLES	16	8	EFFETS ÉCONOMIQUES ET NON ÉCONOMIQUES DE LA ROTATION DU PERSONNEL INFIRMIER DANS LES HÔPITAUX: UNE PERSPECTIVE MONDIALE	58
CHAPITRE		CHAPITRE			
2	INVESTIR DANS LES SOINS INFIRMIERS POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS ET AVANCER VERS LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE [ET LES SERVICES DE SOINS ESSENTIELS]	21	9	OBTENIR DES AVANTAGES ÉCONOMIQUES DANS LES SOINS DE LONGUE DURÉE PAR UN INVESTISSEMENT STRATÉGIQUE DANS LES SOINS INFIRMIERS	65
CHAPITRE		CHAPITRE			
3	INVESTIR DANS LES SOINS INFIRMIERS POUR AMÉLIORER L'EFFICIENCE ET L'EFFICACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ	25	10	QUANTIFIER LA VALEUR DES SERVICES INFIRMIERS EN MILIEU HOSPITALIER	70
CHAPITRE		CHAPITRE			
4	INVESTIR DANS LES SOINS INFIRMIERS POUR AMÉLIORER LA PROSPÉRITÉ SOCIÉTALE ET ÉCONOMIQUE DES COMMUNAUTÉS ET DES SOCIÉTÉS	33	11	MESURER LES AVANTAGES ÉCONOMIQUES DES MODÈLES DE SOINS PRIMAIRES INTENSIFS EN SOINS INFIRMIERS	77
CHAPITRE		CHAPITRE			
5	LE DÉFI DE LA PLANIFICATION DES EFFECTIFS À L'AVENIR – LA NÉCESSITÉ DE PLANIFIER UN DOMAINE DE PRATIQUE COMPLET	39	12	RENDRE LA PROFESSION INFIRMIÈRE PLUS ATTRAYANTE, UNE CONDITION POUR CONSOLIDER LES SYSTÈMES DE SANTÉ	82
CHAPITRE					
6	LES INFIRMIÈRES PERMETTENT D'ATTEINDRE DES OBJECTIFS SOCIAUX ESSENTIELS – MAIS QUI SE SOUCIE DES SOIGNANTS?	44		CONCLUSION ET APPEL À L'ACTION DU CII	89
				RÉFÉRENCES	91

Avant-propos



En tant que groupe professionnel, les infirmières bénéficient du plus important capital de confiance dans le monde, et il est juste de dire que les patients et les membres de leur famille en ont conscience, au même titre que les communautés qui bénéficient de la contribution générale des infirmières à leurs soins de santé.



Mais la valeur totale des infirmières, au-delà de leur expertise et de leurs soins compassionnels, est rarement reconnue par les gouvernements, dont la plupart gèrent des systèmes de santé manquant toujours d'infirmières diplômées et n'arrivent pas à former les nouveaux effectifs dont ils ont besoin pour assurer la couverture sanitaire universelle et les prestations essentielles auxquelles tout le monde mérite d'avoir accès gratuitement.

Dans son rapport pour la Journée internationale des infirmières de cette année, intitulé *Nos infirmières. Notre futur. Le pouvoir économique des soins*, le Conseil International des Infirmières (CII) a demandé à des experts en soins infirmiers, à des universitaires et à des économistes d'expliquer en quoi consiste la valeur réelle et totale des soins infirmiers pour les sociétés du monde entier.

Ce que ces experts nous ont dit, nous le savions déjà : investir dans les emplois, la formation et le leadership des infirmières se traduit par un excellent retour sur investissement, autrement dit : chaque dollar investi rapporte plusieurs fois sa valeur.

Malheureusement, l'inverse est également vrai : lorsque l'investissement fait défaut, les systèmes de santé s'effondrent, les gens tombent malades et ne peuvent pas travailler, et les économies des pays dans lesquels ils vivent dépérissent.

Partout dans le monde, des exemples montrent que lorsque les infirmières bénéficient d'une formation plus poussée, suivent un enseignement supérieur et sont en mesure de travailler de manière autonome dans toute l'étendue de leur domaine de pratique, elles sont capables de fournir des soins de grande qualité, dans une mesure égale ou supérieure aux soins prodigués par d'autres professionnels, et à un coût moindre.

Tout ce dont les infirmières ont besoin pour matérialiser ces avantages pour la société, c'est qu'on leur permette de se développer dans des environnements sûrs, où elles aient suffisamment de collègues et où elles puissent bénéficier du soutien et des conseils nécessaires pour donner le meilleur d'elles-mêmes.

La pénurie mondiale d'infirmières freine le monde, non seulement en termes de santé pour tous, mais aussi de richesse pour tous. Les gouvernements doivent prendre conscience de la situation dans son ensemble et investir dans les soins infirmiers, afin de récolter les avantages qui ne manqueront pas d'en découler.

J'invite toutes les infirmières à utiliser notre rapport pour devenir plus influentes auprès des décideurs, des employeurs et du personnel politique, afin que tout le monde puisse bénéficier du pouvoir des infirmières et des avantages économiques qui en découleront.

Dr Pamela F. Cipriano
Présidente, Conseil International des Infirmières

Résumé



Aujourd'hui, la moitié environ de la population mondiale, soit 4,5 milliards de personnes, n'est pas couverte par les services de santé essentiels. En outre, les soins de mauvaise qualité entraînent des niveaux élevés de morbidité et de mortalité, contribuant jusqu'à 15% de l'ensemble des décès dans certains pays; nombre de ces décès pourraient être évités (OMS, 2020a). Il est impératif de s'attaquer à ce problème pour des raisons liées aux droits de l'homme. Mais il y a aussi une très forte motivation économique: chaque année, la mauvaise santé réduit le produit intérieur brut mondial de 15% (Remes *et al.*, 2020). Alors que les pays s'efforcent de reconstruire et de renforcer leurs systèmes de santé et leurs économies, l'investissement stratégique dans les soins infirmiers apparaît comme une voie essentielle pour parvenir à une croissance soutenue et à la résilience. Notre rapport pour la Journée internationale des infirmières (JII) révèle le pouvoir économique des soins infirmiers, en présentant une analyse approfondie de la manière dont la valorisation de notre profession peut catalyser des améliorations transformatrices dans la prestation des soins, le développement économique, la paix et le bien-être de la société.

Les investissements qui augmentent la productivité du personnel de santé se traduisent par :

- 1. Une meilleure santé**
- 2. La croissance économique**
- 3. La création d'emplois**
- 4. Des gains de productivité dans d'autres secteurs**

Dans les pays à revenu faible à intermédiaire, le rendement de l'investissement dans le personnel de santé est estimé à 10 pour 1 (Asamani et al., 2022).

PRINCIPAUX CONSTATS



La mauvaise santé coûte à l'économie mondiale 15 % du PIB,

soit de deux à cinq fois plus que la perte induite par la COVID-19 (Remes *et al.*, 2020). Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la qualité insuffisante des soins coûte chaque année entre 1 400 et 1 600 milliards de dollars en perte de productivité dans les seuls pays à revenu faible ou intermédiaire (OMS, 2020a).



La réalisation du potentiel des infirmières travaillant dans les soins de santé primaires,

en appui à la mise en œuvre des interventions essentielles de la couverture sanitaire universelle, pourrait contribuer à sauver jusqu'à 60 millions de vies et à augmenter l'espérance de vie mondiale de 3,7 ans d'ici à 2030 (OMS, 2023a).



Chaque dollar investi dans l'amélioration de la santé pourrait générer un rendement économique situé entre 2 et 4 dollars.

Les coûts du renforcement des systèmes de santé peuvent être compensés par les gains de productivité (Remes *et al.*, 2020). L'investissement dans les soins infirmiers dans tout le continuum des soins garantit que les personnes reçoivent, au moment voulu, les soins dont elles ont besoin, de manière à atteindre le meilleur état de santé possible et mener une vie productive.

Les retards dans les soins risquent d'entraîner une perte de productivité, une augmentation des coûts et des répercussion négatives plus importantes sur la santé.



La création d'emplois infirmiers décents contribue à la réduction de la pauvreté et à l'égalité entre les hommes et les femmes sur le marché du travail mondial.

L'amélioration des salaires, des conditions de travail et des perspectives de carrière dans le secteur des soins infirmiers peut aider les femmes à s'émanciper, à trouver des emplois décents et ainsi à sortir de la pauvreté. Cette amélioration contribue à combler l'écart persistant de rémunération entre les hommes et les femmes qui freine les économies mondiales. La Banque mondiale évalue à 323,4% l'augmentation, dans certains pays, des revenus des femmes ayant suivi des études supérieures, telles que celles requises en soins infirmiers (Wodon *et al.*, 2018).

L'OMS a appelé les pays à augmenter les dépenses consacrées aux soins de santé primaires d'au moins 1% de leur produit intérieur brut (PIB) afin de combler les lacunes flagrantes en matière de couverture et d'atteindre les objectifs de santé convenus en 2015.



La réalisation d'une couverture sanitaire universelle effective (taux de couverture de 80 sur 100 à l'échelle mondiale) dépend fortement de l'investissement dans le personnel infirmier.

On compte actuellement 29 millions de personnels infirmiers dans le monde, soit 50% de l'ensemble des professionnels de la santé. Il a été prouvé (Haakenstad *et al.*, 2022) que 30,6 millions d'infirmières supplémentaires (soit 70,6 infirmières pour 10 000 habitants) sont nécessaires pour parvenir, au niveau mondial, à une couverture sanitaire universelle effective. Pour atteindre l'objectif de 90 sur 100 sur l'échelle de couverture effective, il faudrait disposer de 114,5 infirmières pour 10 000 personnes, soit près de **60 millions de personnels supplémentaires** (Haakenstad *et al.*, 2022).



On peut améliorer l'efficacité et l'efficience du système de santé en donnant la priorité à des investissements qui aident les personnes à travailler dans tout leur domaine de pratique, s'agissant en particulier des infirmières de pratique avancée.

Quelque 76% des médecins et 79% des infirmières se disent surqualifiés par rapport aux rôles et aux responsabilités qu'ils assument dans leur vie quotidienne : compte tenu du coût et de la durée de la formation des médecins et des infirmières, on peut parler ici de gaspillage de capital humain (OCDE, 2019a). Préparer l'avenir, investir dans l'environnement de travail des infirmières, embaucher des effectifs suffisants et donner aux infirmières l'autonomie nécessaire pour travailler dans la plénitude de leur domaine de pratique : tels sont les moyens de créer des systèmes de santé les plus efficaces au moindre coût, tout en offrant des soins de la plus haute qualité.



Garantir la sécurité des infirmières devrait être un impératif pour des systèmes de santé durables et résilients.

Le taux d'infection par la COVID-19 a été jusqu'à neuf fois plus élevé parmi les agents de santé que dans la population générale, ce qui a coûté des sommes énormes aux systèmes de santé — jusqu'à trente mille dollars par infection d'infirmière (voir Chapitre 7). Les infirmières ne sont pas sacrificiables : elles devraient plutôt être considérées comme la cheville ouvrière des systèmes de santé mondiaux. Il faut aussi endiguer la montée de la violence à l'encontre des infirmières et des autres agents de santé, dans tous les contextes, afin de protéger et de préserver cette main-d'œuvre précieuse.



Investir dans les soins infirmiers engendre un effet de cascade qui aboutit à des sociétés plus saines et à la prospérité économique et sociale.

Les soins infirmiers sont non seulement l'épine dorsale des systèmes de santé, mais aussi la pierre angulaire qui soutient le fonctionnement général de nos sociétés. L'Organisation pour la coopération et le développement

économiques (OCDE) estime que les pays devraient allouer des fonds supplémentaires, équivalant en moyenne à 1,4% de leur PIB, à l'amélioration des systèmes de santé, par rapport aux niveaux d'avant la pandémie. Pour pouvoir relever les défis sanitaires mondiaux, la moitié au moins de cet investissement devrait être consacrée à la formation, au recrutement et à l'amélioration des conditions de travail (OCDE, 2023b). Une étude de McKinsey (Remes *et al.*, 2020) (voir Chapitre 4) a révélé qu'« une meilleure santé pourrait ajouter 12 000 milliards de dollars au PIB mondial en 2040, soit une augmentation de 8% qui se traduirait par une accélération annuelle de la croissance de 0,4% ». La majorité de ces avantages économiques proviennent d'une main-d'œuvre plus nombreuse et en meilleure santé.



Investir dans des soins sûrs permet d'économiser de l'argent.

En moyenne, dans les pays à revenu élevé, un séjour hospitalier sur dix donne lieu à un problème de sécurité ou à un événement indésirable. Dans ces pays, le coût du traitement des préjudices subis pendant les soins représente environ 13% des dépenses totales de santé, soit 606 milliards de dollars par an, ou un peu plus de 1% du PIB combiné des pays de l'OCDE. Les stratégies les plus rentables dans les soins de santé portent sur la prévention des infections, des caillots sanguins (thrombose veineuse profonde), des escarres et des chutes. Il est essentiel de remédier à ces problèmes en veillant à la sécurité du personnel et à l'adéquation des compétences des infirmières. On réalisera d'importantes économies en mettant l'accent sur ces préjudices.

Par exemple, pour chaque dollar dépensé dans la prévention des infections liées aux soins de santé, le retour sur investissement peut être de 7 dollars (Slawomirski & Klazinga, 2022).



Les infirmières favorisent la paix.

Les facteurs à l'origine des tensions et des conflits se résorbent dès lors que les gens sont en bonne santé et bien portants, qu'ils sont capables de travailler et qu'ils ont le sentiment de mener une vie épanouie, d'être engagés dans leur société, d'être appréciés et respectés. Les soins infirmiers contribuent à la paix en réduisant les inégalités et en promouvant les droits de l'homme et la justice sociale (voir Chapitre 6).

La voie vers une couverture sanitaire universelle de qualité, et l'obtention des avantages économiques et sociaux qui en découlent, passe par l'autonomisation et l'expansion du personnel infirmier. En donnant la priorité aux investissements dans les soins infirmiers, les sociétés peuvent faire des progrès significatifs vers une communauté mondiale plus saine et plus prospère. Le rapport du CII pour la Journée internationale des infirmières 2024 reprend de nombreux arguments économiques avancés par d'éminents experts, arguments qui se renforcent mutuellement et que l'on peut résumer ainsi :

1. Créer des emplois décents pour contribuer au bien de la société.
2. Renforcer la main-d'œuvre pour parvenir à la couverture sanitaire universelle.
3. Optimiser l'utilisation des ressources pour améliorer l'efficacité et l'efficience des systèmes de santé.
4. Investir dans la santé pour la prospérité économique et sociale.

Approches pour atteindre la prospérité économique et sociale

1. CRÉATION D'EMPLOIS



Augmenter les investissements dans la création d'emplois décents dans le secteur des soins infirmiers.

Prendre des mesures urgentes pour stimuler la croissance de la main-d'œuvre infirmière et résoudre les problèmes systémiques qui entraînent d'importantes défaillances sur le marché du travail dans le secteur de la santé. Il s'agit notamment d'allouer des ressources et des fonds à la création d'emplois infirmiers de qualité, qui offrent des salaires équitables, des conditions de travail sûres, des perspectives d'évolution professionnelle et le respect au sein du secteur des soins de santé. L'objectif est d'attirer et de retenir des infirmières qualifiées en veillant à ce que leur emploi soit à la fois gratifiant et durable, afin d'améliorer les résultats des soins et le système de santé dans son ensemble.

2. OPTIMISATION DES RÔLES ET RESPONSABILITÉS



Investir dans des effectifs suffisants d'infirmières dotées des compétences adéquates et employées là où elles sont nécessaires.

Disposer de niveaux de personnels suffisants pour répondre à la demande de soins, doter les infirmières des aptitudes et compétences nécessaires à des soins de qualité, et déployer efficacement les infirmières dans les environnements de soins afin de maximiser leur impact sur les soins aux patients et les systèmes de santé. Cette approche vise à améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité des services de santé.

3. PRESTATION ET ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ



Favoriser la fourniture de soins de qualité, abordables, intégrés et centrés sur la personne tout au long du continuum de soins, en accordant une attention particulière aux zones mal desservies.

Transformer les systèmes de santé en mettant l'accent sur l'ensemble du continuum de soins, et non sur les seuls hôpitaux, et en se concentrant sur le renforcement des soins de santé primaires pour atteindre l'objectif de la santé universelle. Il faut en particulier tirer parti du rôle des infirmières dans la promotion de la santé et dans la prévention, ainsi que dans la prestation de soins complets, de qualité, abordables et accessibles hors du cadre hospitalier, notamment dans les soins primaires et ambulatoires. L'accent doit porter sur des soins intégrés et orientés vers le patient, au profit en particulier des communautés mal desservies. L'objectif est de créer un système de santé plus efficace et plus équitable, qui répond mieux aux besoins de la population tout en réduisant le recours aux soins hospitaliers.

4. FORMATION ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES



Élargir et améliorer l'offre de formation et de perfectionnement professionnel continu de haute qualité afin de garantir que les infirmières possèdent les compétences requises pour répondre à l'évolution des besoins de santé des communautés, ce qui leur permettra d'exploiter pleinement leur potentiel.

Investir dans la formation en soins infirmiers afin d'améliorer et d'élargir l'accès des infirmières à une formation de base et continue de qualité. L'objectif est de doter les infirmières des connaissances, compétences et qualités nécessaires pour relever efficacement les défis sanitaires actuels et futurs auxquels les populations sont confrontées, en veillant à ce que les infirmières puissent exercer dans l'intégralité de leur domaine de pratique et de leur formation.

5. SANTÉ ET BIEN-ÊTRE



Appliquer des stratégies pour garantir et améliorer le bien-être physique, mental et émotionnel des infirmières.

Garantir la santé et le bien-être des infirmières en élaborant et en appliquant activement des politiques et pratiques favorisant leur santé générale au sein d'un environnement de travail positif, y compris des programmes de soutien à la santé mentale, de gestion du stress, de sécurité physique et de bien-être émotionnel. L'objectif est de créer un environnement de soins dans lequel les infirmières peuvent s'épanouir professionnellement et personnellement, ce qui permet d'optimiser les soins aux patients et d'améliorer l'efficacité et la viabilité des services de santé.

6. RESSOURCES ET ÉQUIPEMENTS



Doter les infirmières des ressources nécessaires pour répondre aux exigences de leur rôle.

Soutenir les infirmières en leur donnant les ressources et les équipements dont elles ont besoin pour prodiguer des services de soins de santé optimaux, y compris des moyens matériels et technologiques tels que vêtements de protection, dispositifs médicaux ou systèmes efficaces de gestion des dossiers des patients. L'objectif est de permettre aux infirmières de travailler plus efficacement et de réduire les risques d'erreurs et les risques professionnels, afin de prodiguer de meilleurs soins aux patients. Cette approche est bénéfique pour la santé des patients et contribue à la satisfaction au travail de même qu'au perfectionnement professionnel des infirmières.

7. CRISES ET SITUATIONS HUMANITAIRES



Garantir la sécurité des infirmières dans tous les contextes, y compris dans les situations de crise et d'aide humanitaire.

Appliquer des mesures solides pour protéger le personnel infirmier contre les préjudices physiques, le stress psychologique et les risques professionnels prévalant dans les environnements de travail à haute pression, notamment les conflits, les catastrophes naturelles et les pandémies. En donnant la priorité à la protection du personnel infirmier dans ces conditions difficiles, les systèmes de santé peuvent maintenir la continuité des soins et du soutien, ainsi que la résilience et le bien-être de ces prestataires essentiels.

COÛT FARAMINEUX

Le coût très élevé d'une mauvaise santé et de systèmes de santé inadéquats:



4,5 milliards de personnes

n'ont pas accès aux services de santé essentiels



60 millions de vies

perdues en raison d'une mauvaise santé et d'un manque d'accès à des soins de qualité



Réduction de 15% du PIB,

soit entre 2 et 5 fois le coût de la pandémie de COVID-19



Perte de productivité de 1400 à 1600 milliards de dollars

chaque année dans les pays à revenu faible et intermédiaire

INVESTIR POUR ÉCONOMISER

Investir dans les soins infirmiers est une stratégie importante pour favoriser:

Une couverture sanitaire universelle efficace

Accès à des soins de santé sûrs, abordables et de qualité



Les infirmières représentent près de 50% de la main-d'œuvre en santé. Un dollar investi dans l'amélioration de la santé rapporte entre 2 et 4 dollars.

Des systèmes de santé plus solides sont synonymes de meilleure santé; des populations en meilleure santé sont synonymes d'un meilleur retour sur investissement.

L'augmentation de l'espérance de vie dans le monde

de 3,7 ans



L'investissement dans le personnel de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire garantit un **retour sur investissement massif, soit un rapport de 1 à 10.**

RENDEMENTS ÉLEVÉS

Avantages d'investir dans les soins infirmiers et les infirmières:



Meilleures santé et qualité de vie



Croissance économique stimulée par une plus grande productivité de la main-d'œuvre



Renforcement des systèmes de santé, ce qui est essentiel pour assurer une préparation et une réponse efficaces aux urgences de santé publique



Contribution à la réduction de la pauvreté et à une plus grande égalité entre hommes et femmes



Contribution à la cohésion sociale, à la paix et à la prospérité

Notre rapport contient des recommandations concrètes qui permettront de changer la perception de la valeur des soins infirmiers, de renforcer les systèmes de santé et, en fin de compte, d'accroître la prospérité économique et sociale. Il s'appuie sur la Charte du changement du CII, qui préconise la mise en œuvre de dix mesures politiques que les gouvernements et les employeurs doivent prendre pour mettre en place et maintenir des systèmes de santé sûrs, abordables, accessibles, réactifs et résilients, et ainsi faire passer les infirmières du statut d'invisibles à inestimables.



Appel à l'action du CII à l'intention des responsables de la santé et des décideurs politiques au niveau mondial

- **Donner du pouvoir aux infirmières.** Adopter des mesures complètes qui permettent aux infirmières d'exercer leur profession dans toute la mesure de leur formation. Favoriser les rôles de leadership et la participation des infirmières à l'élaboration des politiques.
- **Investir dans la formation et le perfectionnement de la main-d'œuvre.** Augmenter le financement consacré à la formation en soins infirmiers et créer de nouvelles possibilités de faire carrière au sein de la profession infirmière.
- **Améliorer les conditions de travail.** Appliquer des mesures visant à améliorer l'environnement de travail du personnel infirmier, y compris des niveaux de dotation adéquats, l'accès aux ressources, des environnements de travail sûrs et un soutien à la santé mentale et au bien-être.
- **Reconnaître le rôle des infirmières et les rémunérer de manière équitable.** Veiller à ce que les infirmières reçoivent des salaires compétitifs qui reflètent leurs compétences, leurs responsabilités et la nature déterminante de leur travail.
- **Promouvoir le rôle des infirmières dans la société.** Mettre en avant les contributions des infirmières à la santé et au bien-être par des campagnes de sensibilisation du public et l'inclusion des infirmières dans les processus décisionnels.

Introduction



Le rapport publié par le Conseil International des Infirmières pour la Journée internationale des infirmières 2024 présente des preuves, données par d'éminents universitaires du monde entier, attestant l'impact des soins infirmiers ainsi que le pouvoir économique des soins. Les infirmières connaissent depuis toujours l'importance cruciale des soins qu'elles prodiguent pour les individus et leurs familles, ainsi que pour les sociétés dans lesquelles ils vivent. Dans notre rapport, nous avons rassemblé des éléments probants qui confirment ce que nous savions de manière intuitive : le financement des soins infirmiers n'est jamais un coût, mais un investissement dans la stabilité pacifique, sociale, psychologique et économique de toutes les sociétés.

UN APPEL À REDÉFINIR LA VALEUR DES SOINS INFIRMIERS

La célébration de la Journée internationale des infirmières, le 12 mai 2024, doit être pour le monde l'occasion unique et sans équivoque de redéfinir, et de rehausser, la place de la profession infirmière au sein des soins de santé mondiaux. Le rapport que nous publions à l'occasion de la JII 2024 est plus qu'une simple célébration : c'est un appel à un changement radical dans la manière dont chacun perçoit et valorise la profession infirmière. Ce rapport, intitulé *Nos infirmières. Notre futur. Le pouvoir économique des soins*, expose le potentiel inexploité et la valeur essentielle que les infirmières apportent à notre monde.

Nécessité d'un changement de perspective

Dans le sillage de la pandémie de COVID-19, des problèmes économiques et des crises financières, tous les secteurs sont confrontés à des réductions budgétaires et à des allocations de ressources rigoureuses. Les soins de santé et infirmiers ne font pas exception.

Les soins infirmiers sont la pierre angulaire des systèmes de santé dans le monde entier, mais la valeur économique qu'ils ajoutent aux soins de santé et aux sociétés dans leur ensemble reste méconnue. L'investissement dans les soins infirmiers est souvent considéré comme une ponction sur les ressources plutôt que comme un catalyseur de la stabilité et de la croissance économiques. Ce point de vue nuit à la qualité des soins et ignore les effets économiques positifs rendus possibles par des investissements judicieux dans les soins infirmiers.

Notre rapport vise à susciter un changement de paradigme en mettant en lumière les immenses contributions économiques et sociétales que les infirmières apportent chaque jour. Il s'agit d'un appel à reconnaître qu'investir dans les soins infirmiers, c'est investir dans notre avenir à tous.

Dans cette optique, notre rapport pour la Journée internationale des infirmières vise à démontrer les avantages économiques substantiels qui peuvent être obtenus grâce à des investissements stratégiques dans le secteur des soins infirmiers. L'objectif du rapport est de fournir des arguments convaincants qui montrent l'importance financière et économique des soins infirmiers.

Comblent les lacunes dans les connaissances

Aujourd'hui, une lacune flagrante entache notre compréhension de la véritable valeur économique des soins infirmiers. Cette lacune n'existe pas seulement dans la littérature universitaire, mais dans le tissu même de notre conscience sociétale. Souvent, les décideurs politiques, les responsables des soins de santé et les communautés n'ont pas conscience de l'excellent rendement de l'investissement dans les soins infirmiers, en particulier en période de bouleversements financiers.

Un moment à saisir

Il est temps d'agir. Nous nous trouvons à un moment charnière, où l'attention du monde entier se porte sur les soins de santé. Les infirmières ont l'occasion d'intégrer le débat sur l'investissement

dans les soins infirmiers au sein du discours dominant et de plaider en faveur d'une réévaluation des grandes orientations et des perceptions. C'est l'occasion de passer d'une logique de réduction des coûts à une logique d'investissement pour une plus grande valeur qui, à son tour, permet de réduire les coûts. *Nos infirmières. Notre futur. Le pouvoir économique des soins* est plus qu'un simple rapport: il s'agit d'un mouvement qui vise à autonomiser la profession infirmière et à renforcer son statut, afin de remodeler l'avenir des soins de santé et des sociétés partout dans le monde.

À propos du rapport

Le thème *Nos infirmières. Notre futur. Le pouvoir économique des soins* résume un message fort qui souligne la relation intrinsèque entre le bien-être général d'une communauté et la profession infirmière qui la sert. Ce thème peut être analysé en plusieurs aspects essentiels :

1. Interdépendance du bien-être et des soins infirmiers

Les soins de santé ne se limitent pas aux soins aigus, aux médicaments, aux interventions chirurgicales ou aux tests diagnostiques: ils consistent fondamentalement à favoriser le meilleur état de santé possible, les infirmières étant en première ligne pour dispenser les soins qui permettent d'atteindre cet objectif. Dans la mesure où nous accordons de l'importance à la santé et où nous visons une société qui ne se contente pas d'être exempte de maladies, mais qui met l'accent sur un bien-être positif, le rôle des infirmières est indispensable.

2. Implications économiques

Valoriser les infirmières n'est pas seulement une exigence éthique, c'est aussi une nécessité économique. Il a été démontré que l'investissement dans le personnel infirmier est très rentable à plusieurs égards, notamment l'amélioration des résultats pour les patients, la réduction des durées d'hospitalisation et la diminution du nombre d'erreurs liées à la sécurité des patients. Lorsque le personnel infirmier est sous-évalué et sous-financé, les systèmes de soins de santé sont inefficaces et coûtent plus cher à long terme.

3. Qualité des soins de santé

Les infirmières interviennent dans tous les domaines, depuis l'évaluation et le traitement des patients jusqu'à l'évaluation après les soins. La qualité des services de santé est directement proportionnelle à la qualité des soins infirmiers. Pour fournir des soins de la plus haute valeur et les plus rentables possible, les infirmières doivent disposer des ressources nécessaires pour prodiguer des soins de la plus haute qualité afin d'éviter les erreurs et d'obtenir les meilleurs résultats possibles pour les patients.

4. Santé publique et communautaire

Les infirmières jouent souvent un rôle crucial dans les programmes de santé communautaire. Elles sont les piliers des initiatives de santé publique et prennent part de manière active à la réduction du fardeau sociétal de la maladie. Si la santé publique est considérée comme un atout précieux, alors les infirmières doivent être reconnues pour leur contribution à sa réalisation.

5. Gestion de crise

L'importance des soins infirmiers devient particulièrement évidente en temps de crise, qu'il s'agisse d'une pandémie, d'une catastrophe naturelle ou d'une récession financière. Les infirmières travaillent en première ligne pour stabiliser les systèmes de santé et les communautés. Valoriser les personnels infirmiers ne doit pas être une initiative ponctuelle: pour pouvoir protéger les sociétés en temps de péril, il faut investir à long terme.

6. Approche holistique de la santé

Les soins de santé modernes reconnaissent de plus en plus l'importance d'une approche holistique qui inclut le bien-être mental, émotionnel et social, outre la santé physique. Les infirmières sont formées pour fournir ces soins multiformes, en nouant avec les patients un rapport humain qui va au-delà du traitement médical.

7. Leadership en matière de politique et de gouvernance

La valeur économique réelle des soins doit être prise en compte dans l'élaboration des politiques à tous les niveaux, afin d'influencer la manière d'allouer les ressources, de fixer les objectifs sanitaires et de mesurer le succès des programmes de santé. L'expertise des infirmières dépasse les soins cliniques et s'étend à la dimension politique, à la recherche et au leadership dans le secteur de la santé et au-delà. La voix des infirmières doit être entendue dans la législation et la gouvernance qui déterminent les soins de santé.

8. Les infirmières et la paix

Il est clair qu'il existe un lien étroit entre le travail de toutes les infirmières et la paix. Par leur travail, les infirmières s'attaquent aux causes profondes de la mauvaise santé et aux facteurs de risque qui conduisent aux conflits. Les personnels infirmiers sont considérés à juste titre comme les professionnels les plus dignes de confiance, puisque 28 millions d'entre eux travaillent pour les patients dans le respect d'un code de déontologie, partout dans le monde. Lorsque les infirmières répondent aux besoins de santé de leurs patients, elles voient les liens qui s'établissent avec d'autres problèmes, tels que les conflits politiques, les ruptures familiales, la perte d'emploi, la pauvreté et les crises de santé mentale. Ces problèmes et l'effondrement social qui s'ensuit peuvent entraîner non seulement une mauvaise santé, mais aussi des tensions et des conflits dans la vie des individus, dans les communautés et dans les sociétés, suscitant ainsi des divisions à partir desquelles le ressentiment, les conflits et la séparation risquent de survenir. Grâce au capital de confiance dont elles jouissent au sein des communautés, les infirmières peuvent jouer un rôle essentiel en rapprochant les gens, en jetant des ponts et en nouant des partenariats et des relations plus larges qui sont les fondements de la paix et de la cohésion communautaire. La campagne #NursesforPeace du CII est un exemple concret de la manière dont les infirmières contribuent aux efforts de paix dans le monde.

Les idées clés fournies par les économistes et d'experts de la santé seront l'étincelle qui allumera la passion des infirmières et leur donnera l'inspiration et les moyens de concrétiser un avenir où leur profession ne sera pas seulement appréciée mais vénérée comme un moteur essentiel de notre santé, de nos économies et des sociétés dans lesquelles nous vivons.

La chaîne de l'investissement dans les infirmières, la prospérité et la paix

La « chaîne de l'investissement dans les infirmières, la prospérité et la paix » (voir Figure 1 ci-dessous) montre comment un investissement intelligent dans les soins infirmiers ne concerne pas seulement les soins de santé : il permet aussi de jeter les bases pour de meilleurs résultats pour les patients, pour des communautés prospères, pour des sociétés plus fortes et pour des économies plus saines. La chaîne montre comment cet investissement produit une cascade d'avantages sociétaux, qui se combinent tous pour renforcer l'unité sociale, favoriser la paix et susciter la croissance économique — parce qu'un investissement intelligent dans les soins infirmiers est le fondement d'une société résiliente et prospère.

Cette approche holistique nécessite un certain nombre de mesures importantes de la part des gouvernements et des décideurs politiques :

- donner aux infirmières les moyens d'exercer leur profession dans toute la mesure de leurs capacités, de leur formation et de leur domaine de pratique ;
- mettre en œuvre des modèles de financement qui soutiennent les services dirigés par des infirmières ainsi que les pratiques avancées et les soins interprofessionnels ;
- constituer une main-d'œuvre en effectif suffisant et aux compétences diversifiées ;
- veiller à ce que chaque communauté, où qu'elle se trouve, ait accès à des soins infirmiers ;
- mettre en place des filières de formation et de perfectionnement professionnel solides ;
- ouvrir des portes aux infirmières pour qu'elles accèdent à des fonctions de direction ;
- offrir des modalités de perfectionnement professionnel continu ;
- mettre à disposition les ressources et les outils nécessaires à une prise en charge optimale des patients.

Figure 1 : La chaîne de l'investissement dans les soins infirmiers, la prospérité et la paix : le lien entre l'amélioration des soins et les avantages économiques

Amélioration de l'efficacité et de l'efficacité du système de santé

- ↑ Sécurité des patients
- ↓ Durée des hospitalisations
- ↓ Coûts associés aux soins
- ↓ Admissions inutiles à l'hôpital
- ↑ Lieu de soins/Traitement approprié
- ↑ Préparation et riposte aux situations d'urgence

Amélioration de l'accès aux soins

- ↑ Auto-efficacité des patients accédant aux services de santé
- ↓ Visites médicales non programmées
- ↓ Mortalité maternelle, infantile et néonatale
- ↑ Amélioration de la qualité de vie
- ↑ Résultats en matière de santé mentale
- ↑ Santé générale
- ↑ Prévention, détection précoce et traitement des maladies

Avantages pour le personnel

- ↑ Égalité entre les sexes
- ↑ Autonomisation des communautés
- ↑ Santé de la prochaine génération
- ↑ Revenu des ménages

Amélioration de l'expérience des patients

- ↑ Satisfaction des patients
- ↑ Connaissances en santé
- ↑ Adhésion au traitement

Amélioration des résultats en matière de santé

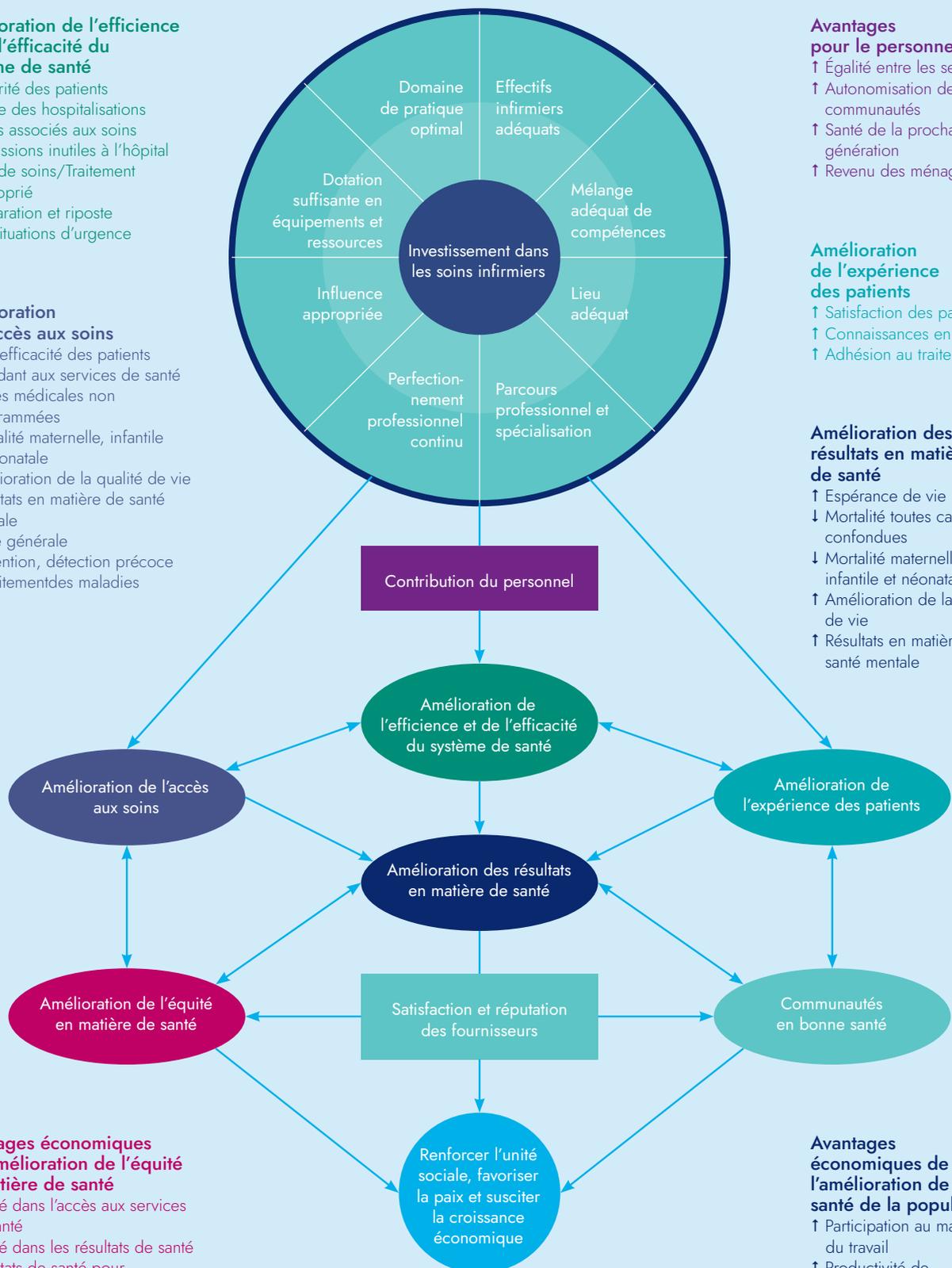
- ↑ Espérance de vie
- ↓ Mortalité toutes causes confondues
- ↓ Mortalité maternelle, infantile et néonatale
- ↑ Amélioration de la qualité de vie
- ↑ Résultats en matière de santé mentale

Avantages économiques de l'amélioration de la santé de la population

- ↑ Participation au marché du travail
- ↑ Productivité de la main-d'œuvre
- ↓ Appauvrissement lié à la mauvaise santé

Avantages économiques de l'amélioration de l'équité en matière de santé

- ↑ Équité dans l'accès aux services de santé
- ↑ Équité dans les résultats de santé
- ↑ Résultats de santé pour la population
- ↑ Bien-être de la société
- ↓ Coûts des soins de santé
- ↓ Coûts pour la sécurité sociale



CHAPITRE

1

**Investir dans les soins
infirmiers, une solution
pour créer des emplois
décentés et réduire
la pauvreté, en particulier
pour les femmes
et les filles**



Nos infirmières.

Notre futur.

État de Tabasco, Tenosique, Mexique. Investir dans les soins infirmiers est vital pour la reprise et la croissance économiques. Il est essentiel pour construire des sociétés saines et équitables et permet de sortir de la pauvreté, en particulier pour les femmes et les jeunes filles.

Le secteur de la santé, et le secteur infirmier en particulier, n'est pas seulement une source toujours plus grande d'emplois : c'est aussi un domaine crucial pour le développement économique et social, au profit en particulier des femmes et des jeunes filles. La croissance de l'emploi dans le secteur de la santé et de l'action sociale contraste fortement avec le déclin dans d'autres secteurs. Il existe ici une opportunité de s'attaquer aux disparités entre les sexes et à la sous-évaluation des rôles infirmiers, deux démarches essentielles pour sortir les femmes de la pauvreté.

On estime que la croissance des besoins en personnel de santé entre 2020 et 2030 atteindra en moyenne 29 %, soit un rythme trois fois plus rapide que le taux de croissance démographique attendu, soit 9,7 % (Boniol *et al.*, 2022). Les travailleurs de santé, y compris un nombre important de personnels infirmiers, représentent une grande part du marché du travail mondial.

L'opportunité

Les soins infirmiers jouent un rôle crucial dans la stimulation de la croissance économique et la lutte contre la pauvreté, en particulier pour les femmes et les jeunes filles. Le secteur est confronté à une forte demande de personnels, avec un déficit anticipé de 30 millions de nouveaux postes, principalement dans les pays à revenu faible et intermédiaire (Haakenstadt *et al.*, 2022). Cette demande sera alimentée par de nombreux facteurs, en particulier :

- le fait que davantage de personnels infirmiers seront nécessaires pour parvenir à la couverture sanitaire universelle ;
- les problèmes posés par le vieillissement des populations ;
- l'évolution des schémas pathologiques ; et
- les attentes toujours plus grandes en matière de services de soins de santé.

Environ 90 % des personnels infirmiers sont des femmes, ce qui souligne l'impact potentiel de la profession sur l'égalité des sexes au sein de la main-d'œuvre mondiale.

Lutter contre les disparités entre les hommes et les femmes

Un écart important demeure entre les hommes et les femmes dans l'économie des soins. Les femmes effectuent 76 % du travail de soins non rémunéré et sont souvent employées dans des fonctions de soins mal rémunérées et sous-évaluées. Il est essentiel d'investir dans les soins

76%
du travail de soins non
rémunéré

est effectué par les femmes ; lorsque le travail de soins est rémunéré, il se caractérise par de faibles salaires.

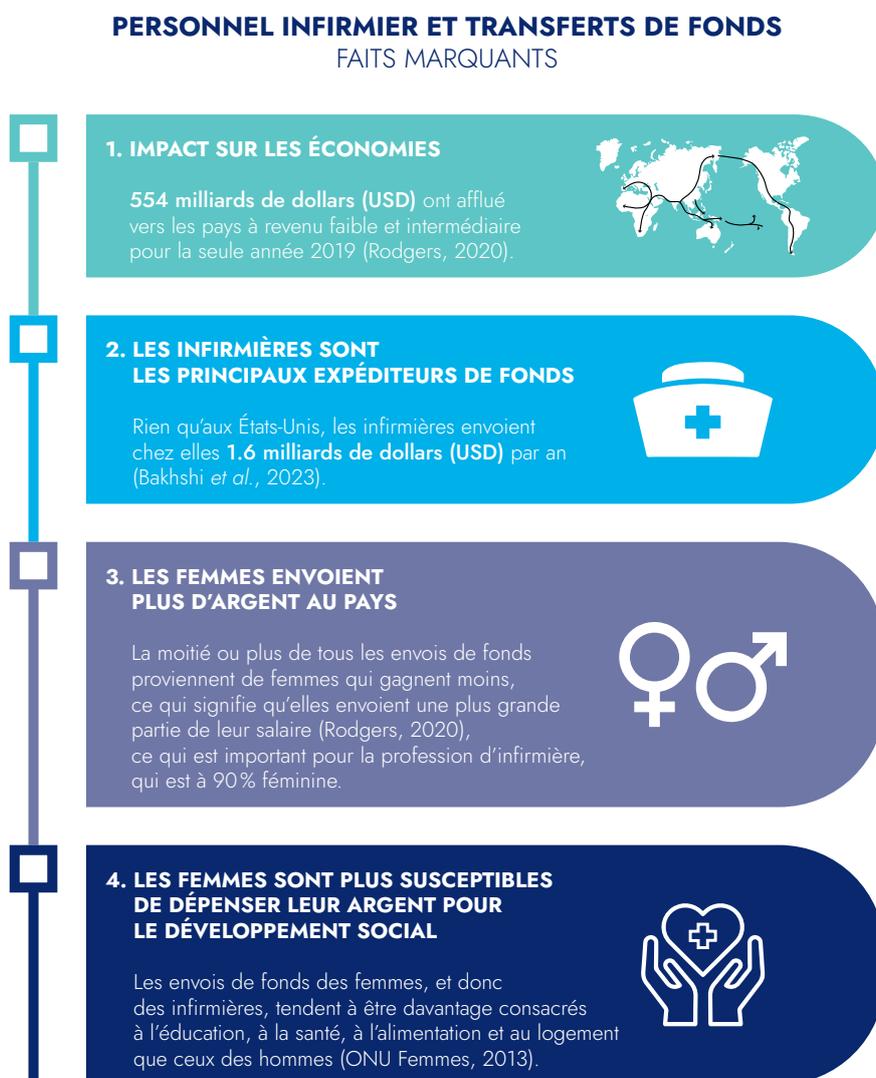
(Forum économique mondial, 2023)

infirmiers et dans l'économie des soins au sens large pour combler ces écarts entre les hommes et les femmes. L'amélioration des salaires, des conditions de travail et des perspectives de carrière dans le secteur des soins infirmiers peut aider les femmes à s'émanciper, à trouver des emplois décentes et ainsi à sortir de la pauvreté.

Implications économiques

L'investissement dans le secteur de la santé, en particulier dans les soins infirmiers, n'est pas seulement une question de création d'emplois : il permet aussi de stimuler la croissance économique au sens large (voir Figure 2). Les infirmières et les autres professionnels de santé dépensent leurs revenus dans divers secteurs, créant ainsi un effet de cascade qui profite à l'ensemble de l'économie. Par exemple, on estime que les infirmières formées à l'étranger envoient \$ 54 milliards USD dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Des systèmes de soins de meilleure qualité, ainsi que la reconnaissance et la redistribution du travail de soins non rémunéré peuvent contribuer de manière significative à combler les écarts entre les hommes et les femmes sur les marchés du travail, ce qui est également bénéfique pour l'économie. Selon le Fonds monétaire international (Georgieva, Sayeh & Sahay, 2022), « dans les pays où l'inégalité entre les sexes est la plus grande, le simple fait de combler l'écart dans la participation des femmes à la main-d'œuvre pourrait accroître la production économique de 35% en moyenne ».

Figure 2: Personnel infirmier et transferts de fonds



Un salaire décent pour les emplois infirmiers: appel pour une rémunération et des conditions équitables

Essentiels au système de santé, les personnels infirmiers et obstétricaux sont souvent confrontés à de longues heures de travail, ce qui entraîne épuisement professionnel, pénurie de personnel et baisse de la qualité des soins. Le problème de la surcharge de travail est particulièrement sensible dans les pays à revenu faible et moyen inférieur, qui sont nombreux à faire état d'horaires de travail excessifs pour les infirmières, c'est-à-dire plus de 48 heures par semaine. Malgré les horaires contraignants, les longues heures de travail ne sont pas synonymes de salaires plus élevés. De fait, à l'échelle mondiale, la faiblesse des rémunérations est une préoccupation majeure pour au moins un tiers des travailleurs essentiels, y compris les infirmières et les sages-femmes. Une analyse effectuée par l'Organisation internationale du Travail (OIT) dans 31 pays montre que l'insuffisance des salaires est un problème très répandu, qui touche les personnels de santé des pays tant riches que pauvres (OIT, 2023).

Si l'on examine les revenus mensuels, les données de 49 pays révèlent que les infirmières et les sages-femmes gagnent moins que le salaire moyen des travailleurs hautement qualifiés dans 34 pays et moins que le travailleur moyen du secteur de la santé dans près de la moitié de ces nations (OIT, 2023). Cette disparité de rémunération souligne le besoin urgent de structures salariales équitables.

Il est essentiel de s'attaquer au problème de la surcharge de travail et de la sous-rémunération des infirmières et des sages-femmes pour assurer la pérennité des systèmes de santé du monde entier. Des salaires équitables et des conditions de travail décentes sont essentiels non seulement pour attirer et fidéliser les travailleurs de santé, mais aussi pour reconnaître leur contribution indispensable au bien-être de la société.

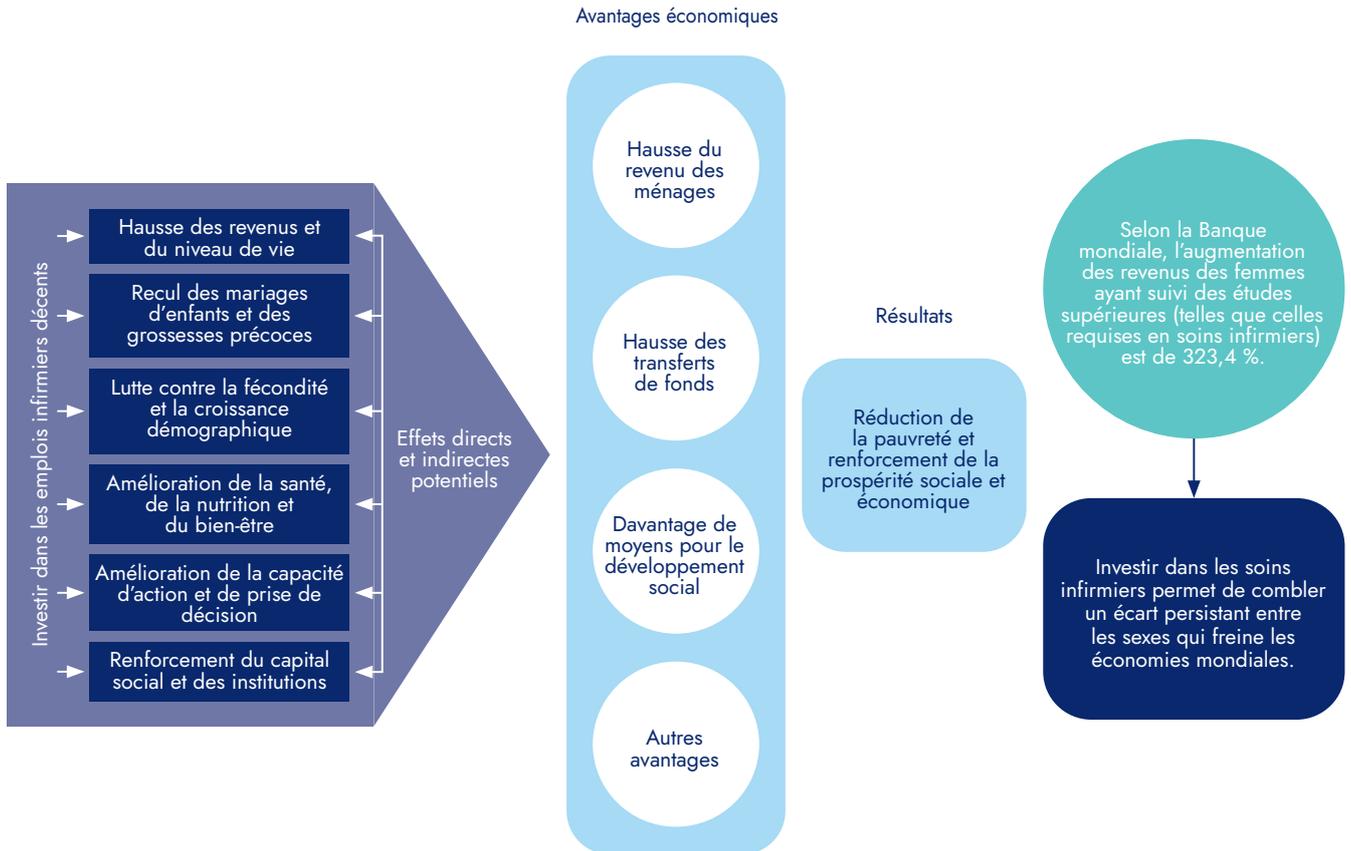
Des leviers stratégiques pour créer des emplois décents

- 1. Renforcer l'investissement dans la formation et la main-d'œuvre en soins infirmiers.** L'augmentation du financement de la formation en soins infirmiers et la création d'emplois dans ce secteur peuvent remédier à la pénurie de main-d'œuvre et de répondre à la demande croissante de services de santé.
- 2. Valoriser le travail des infirmières.** Il est essentiel de valoriser correctement le travail des infirmières, notamment par une rémunération équitable et la reconnaissance de leur rôle essentiel dans les soins de santé. Garantir des salaires équitables et des conditions de travail décentes est essentiel pour attirer et retenir les infirmières. Le CII appelle à la ratification de la convention (n° 149) de l'Organisation internationale du Travail (OIT) sur le personnel infirmier (1977) et à la mise en œuvre de ses principes, ainsi que ceux de la recommandation n° 157 de l'OIT sur le personnel infirmier, axés sur le bien-être des infirmières et des sages-femmes dans le monde entier.
- 3. Parvenir à l'égalité des sexes dans le travail de soins.** Il faut adopter des mesures pour réduire les disparités entre les hommes et les femmes dans le domaine des soins, notamment mieux soutenir le travail de soins non rémunéré et créer des opportunités plus équitables dans les rôles de soins rémunérés.
- 4. Améliorer les conditions de travail.** L'amélioration des conditions de travail des infirmières, s'agissant notamment de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, de la sécurité de l'environnement de travail et de l'accès aux modalités de perfectionnement professionnel, peut faire de la profession infirmière un choix de carrière plus attrayant et durable.
- 5. Collaboration intersectorielle.** Le renforcement de la collaboration entre le secteur de la santé et d'autres secteurs économiques, tels que l'éducation, les transports et les infrastructures, peut maximiser les avantages économiques de l'investissement dans les soins infirmiers.

Résumé du chapitre

L'investissement dans les soins infirmiers est vital pour la reprise et la croissance économiques. Il est essentiel pour construire des sociétés saines et équitables, et permet de sortir de la pauvreté, en particulier les femmes et les jeunes filles. La nécessité d'un investissement à long terme dans les soins infirmiers est évidente : il ne s'agit pas seulement d'un impératif de soins de santé, mais aussi d'une nécessité socio-économique.

Figure 3: Avantages sociétaux potentiels de l'investissement dans les soins infirmiers (d'après Wodon *et al.*, 2018)



CHAPITRE

2

Nos infirmières.

Investir dans les soins infirmiers pour améliorer l'accès aux soins et avancer vers la couverture sanitaire universelle [et les services de soins essentiels]

Notre futur.





Kenya: Hassan Wesonga Kassim, infirmier responsable du dispensaire de Magodzoni, au Kenya, se consacre véritablement à son travail malgré les nombreux défis qu'il pose. Hassan reste un agent du changement dans ce petit dispensaire rural.

Investir dans les soins infirmiers est un levier stratégique pour améliorer l'accès aux soins de santé et avancer vers la couverture sanitaire universelle (CSU). La corrélation entre densité de personnel de santé et résultats est bien documentée (Haakenstad *et al.*, 2022 ; Liu & Eggleston, 2022) : une plus forte densité d'infirmières et de sages-femmes est ainsi associée à des résultats sanitaires nettement meilleurs, notamment à des taux de mortalité maternelle et infantile plus bas. De même, une augmentation du nombre d'infirmières contribue directement à l'expansion de la prestation des services, ce qui est essentiel pour les efforts visant à mettre en place la couverture sanitaire universelle.

Impact des soins infirmiers sur la prestation des services de santé

À l'avant-garde des soins aux patients, les infirmières offrent des services essentiels qui couvrent un large éventail de besoins en matière de santé. En augmentant le nombre d'infirmières, les systèmes de soins de santé peuvent :

- **Développer les soins primaires.** Les infirmières sont souvent le premier point de contact avec le système de santé et jouent un rôle crucial dans les soins primaires. L'augmentation des effectifs de personnels infirmiers permettra à un plus grand nombre de patients de bénéficier des services de santé de base.
- **Améliorer la santé maternelle et infantile.** Les infirmières jouent un rôle essentiel dans les soins de santé maternelle et infantile. Une plus grande densité d'infirmières a été associée à une réduction des taux de mortalité maternelle,

Par rapport à un indice de couverture effective de la CSU de 80 sur 100, en 2019, le nombre minimum d'infirmières requis était de 70,6 pour 10 000 habitants.

Il **manque** actuellement

30,6 millions
d'infirmières
dans le monde

(Hakenstaad *et al.*, 2022).

Pour atteindre un objectif de performance de 90 sur 100 sur l'indice de couverture effective de la CSU, il faudrait 114,5 infirmières pour 10 000 habitants, soit près de

60 millions
de personnels
supplémentaires

(Hakenstaad *et al.*, 2022).

La pandémie mondiale de COVID-19 a eu de graves répercussions sur l'économie mondiale. En 2020, le produit intérieur brut collectif du monde a chuté de 3,4 %, soit plus de 2000 milliards de dollars (Dyvik, 2024).

des taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, des taux de mortalité infantile et des taux de mortalité néonatale.

- **Améliorer la gestion des maladies chroniques.** La prévalence des maladies chroniques exige des soins continus que les infirmières sont bien placées pour prodiguer, améliorant ainsi la gestion et les résultats pour les patients.
- **Répondre aux urgences de santé publique.** La pandémie de COVID-19 a montré toute l'importance de disposer d'un personnel infirmier solide pour gérer les crises sanitaires et limiter les taux de surmortalité. La protection inadéquate du personnel infirmier et des autres travailleurs de la santé a entraîné une forte augmentation des coûts, soit entre 2% et 8% des dépenses totales de santé (voir page 55).

Soins infirmiers et couverture sanitaire universelle

La couverture sanitaire universelle vise à garantir à chacun l'accès aux services de santé nécessaires sans difficulté financière. Les infirmières jouent un rôle essentiel dans la réalisation de la couverture sanitaire universelle, et ce pour plusieurs raisons :

- **Accessibilité :** Les infirmières travaillent souvent en milieu communautaire, ce qui rend les soins de santé plus accessibles géographiquement, en particulier dans les zones rurales ou mal desservies.
- **Exhaustivité :** Les rôles et responsabilités étendus des infirmières leur permettent de prodiguer un large éventail de services, contribuant ainsi à l'extension de la couverture de santé.
- **Rentabilité :** Les infirmières réalisent de nombreuses interventions de manière plus rentable que les autres prestataires de soins, ce qui est essentiel pour la viabilité de la couverture sanitaire universelle.
- **Soins préventifs :** Les infirmières jouent un rôle clef dans les soins préventifs, l'éducation à la santé et la promotion de la santé, qui sont des composantes essentielles de la couverture sanitaire universelle.

Stratégies de promotion des soins infirmiers pour une meilleure couverture sanitaire universelle et la réalisation des OMD

- **Intégrer** les infirmières à la planification du système de santé et à l'élaboration de ses grandes orientations. Il faut notamment mettre en avant le rôle essentiel des infirmières dans la prestation des soins de santé primaires et plaider en faveur d'un meilleur accès à des soins infirmiers et obstétricaux de qualité.
- **Élaborer, mettre en œuvre et financer** des plans nationaux destinés à assurer l'autosuffisance dans l'offre de futurs infirmiers. Aligner les ressources pour créer un personnel infirmier solide, capable de prodiguer des services de santé essentiels, de même que pour inverser la courbe du chômage et retenir les talents. Lorsqu'il y a migration internationale, veiller à ce qu'elle soit éthique, transparente, contrôlée et qu'elle apporte des avantages mutuels et égaux aux pays d'origine et d'accueil, et qu'elle respecte les droits des infirmières. Entreprendre la planification et le suivi de la main-d'œuvre du système dans l'ensemble du continuum de soins.

Une augmentation de
1%
de la densité d'infirmières
augmenterait

l'espérance de vie à la naissance de 0,02% et, à 65 ans, de 0,08% (Liu & Eggleston, 2022).

L'augmentation d'une année de l'espérance de vie ou du taux de survie des adultes correspond à une augmentation de

2,4%
de la croissance
économique

(Ridhwan *et al.*, 2022).

- **Investir** dans des programmes de formation en soins infirmiers de haute qualité et accrédités afin de préparer davantage de nouvelles infirmières et de favoriser l'évolution de carrière des infirmières en poste. Concevoir les programmes d'études de telle sorte que les infirmières obtiennent leur diplôme avec les aptitudes, les compétences et la confiance nécessaires pour répondre aux besoins changeants et évolutifs des communautés en matière de santé. Soutenir la progression de carrière des généralistes vers la pratique spécialisée et avancée. Mettre en avant l'importance des soins infirmiers pour la couverture sanitaire universelle.
- **Optimiser** les données relatives au personnel infirmier. Créer et tenir à jour une base de données nationale sur le personnel infirmier, détaillée et conforme aux normes internationales. La collecte et l'analyse régulières des données devraient être rendues obligatoires pour guider la planification et l'élaboration des politiques nationales et mondiales en matière de main-d'œuvre infirmière.

Résumé du chapitre

Le rôle des infirmières est indispensable pour améliorer la prestation des services de santé et étendre les services dans le cadre de la couverture sanitaire universelle. Des preuves solides montrent qu'un investissement plus important dans le personnel infirmier permet d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé. Pour atteindre les Objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, le renforcement du personnel infirmier doit être une priorité. Cet investissement ne concerne pas seulement le secteur de la santé, mais constitue un impératif socio-économique plus large, essentiel à la réalisation de la couverture sanitaire universelle et à l'amélioration globale de la résilience de la santé dans le monde.

CHAPITRE

3

Nos infirmières.

**Investir dans
les soins infirmiers pour
améliorer l'efficacité
et l'efficacité du système
de santé**

Notre futur.





Tegucigalpa, Hospital Escuela, Honduras.
 Dans la nouvelle aile de triage, une infirmière
 de l'hôpital formée par le CICR à la classification
 de triage vérifie et remplit un formulaire de triage.

Les systèmes de santé, qui constituent une dépense importante pour la plupart des pays, doivent subir une restructuration stratégique vers des soins fondés sur la valeur afin de garantir que les résultats en matière de santé sont obtenus au coût le plus bas possible (Lewis, *et al.*, 2023). Cette restructuration est essentielle pour optimiser l'allocation des ressources et obtenir les meilleurs résultats pour les patients et les communautés. Une stratégie essentielle pour améliorer l'efficacité et l'efficacité du système de santé implique que les infirmières bénéficient d'un environnement de travail favorable ainsi que de politiques et procédures qui leur permettent de s'acquitter efficacement de leurs tâches (Buchan & Catton, 2023). Des effectifs suffisants et l'accès aux ressources nécessaires sont essentiels pour que les infirmières puissent prodiguer des soins de qualité, ce qui réduira les coûts à long terme associés à de mauvais résultats pour les patients. En outre, le fait de permettre aux infirmières de travailler dans la pleine mesure de leur domaine de pratique évitera le gaspillage d'un capital humain précieux, en particulier dans notre profession dominée par les femmes, dont les compétences sont souvent sous-exploitées (BIT, 2023).

Améliorer l'efficacité et la sécurité des patients

Il est urgent d'améliorer l'efficacité et l'efficacité des systèmes de santé, en particulier en ce qui concerne la sécurité des patients et les résultats sanitaires. Les systèmes de santé surchargés et manquant de ressources sont confrontés à des erreurs évitables, à des préjudices pour les patients dans les soins primaires et ambulatoires, et à des inefficacités qui entraînent des dépenses inutiles et de mauvais résultats en matière de santé. En investissant dans les soins infirmiers – en particulier dans la formation et le perfectionnement professionnel continu, la

dotation, le mélange des compétences et les rôles de leadership – les systèmes de santé peuvent s'attaquer de front à ces problèmes. Le renforcement des compétences et du leadership des infirmières peut conduire à une réduction marquée des préjudices et des décès évitables (voir Tableau 1). Les infirmières de pratique avancée, utilisées à leur plein potentiel, peuvent économiser des milliards de dollars en coûts de santé en prodiguant des soins de haute qualité sans la supervision d'un médecin (Zangaro, 2019). En veillant à ce que les infirmières aient accès aux ressources essentielles et soient soutenues dans leur santé et leur bien-être, on peut améliorer considérablement la sécurité, l'efficacité et l'efficacité de la prestation des soins, ce qui se traduira par de meilleurs résultats pour les patients et des systèmes de santé plus durables.

Quelque **76%**

**des médecins et
79% des infirmières**

se disent surqualifiés pour les fonctions qu'ils exercent au quotidien, dans l'ensemble des pays de l'OCDE. Compte tenu du temps nécessaire à la formation des médecins et des infirmières, on peut parler ici de gaspillage de capital humain (OCDE, 2019a).

Indice du capital humain

L'indice du capital humain (ICH) de la Banque mondiale quantifie la contribution que tout être humain peut apporter à la société en fonction de son éducation et de sa santé (Pennings, 2020). Le capital humain d'une personne augmente à mesure qu'elle avance dans la vie, gagne en expérience et en instruction, et acquiert de nouvelles compétences techniques. Les infirmières exercent une profession hautement qualifiée, les infirmières de pratique avancée ayant des niveaux de formation et de développement des compétences encore plus élevés. Lorsque les infirmières ne trouvent pas de travail, lorsqu'elles quittent leur emploi ou leur profession en raison de mauvaises conditions, ou lorsque les compétences qu'elles ont acquises ne sont pas pleinement utilisées, leur capital humain est gaspillé. En moyenne, le capital humain des femmes tend à être moins utilisé que celui des hommes en raison de la sous-estimation des compétences des femmes sur le marché du travail (Pennings, 2020).

L'opportunité

Utiliser les infirmières de manière optimale en leur donnant, sur leur lieu de travail, les ressources dont elles ont besoin pour s'acquitter correctement de leurs tâches, permettra de tirer le meilleur parti de chaque infirmière, ce qui se traduira par de meilleurs résultats pour les patients et des soins de meilleure qualité. Les gouvernements et les systèmes de santé devraient investir dans des niveaux appropriés de dotation en personnel infirmier et dans des ressources adéquates pour leur permettre de bien travailler. En outre, les gouvernements devraient adopter des politiques permettant aux infirmières de travailler de manière autonome, dans toute la mesure de leurs compétences, de leur formation et de leur éducation. Ensemble, ces mesures permettront d'obtenir la meilleure qualité de soins possible au meilleur coût.

Implications économiques

Les taux de rotation du personnel infirmier se situent entre 15,1% et 36% (Roche *et al.*, 2015 ; CII, 2021a ; Nelson-Brantley, Park & Bergquist-Beringer, 2018), ce qui coûte aux systèmes de santé des sommes considérables – estimées à \$36 918 USD par infirmière et par année (Roche *et al.*, 2015 ; Jones, 2005 ; Kim, 2016 ; North *et al.*, 2013 ; Ruiz, Perroca & Jericó, 2016).

Dans le même temps, une dotation insuffisante en personnel entraîne une augmentation de la mortalité, avec des conséquences dramatiques encore aggravées par l'augmentation des coûts (Lasater *et al.*, 2021). Une étude portant sur 87 hôpitaux a révélé qu'en affectant au minimum une infirmière pour quatre patients, on peut sauver 1595 vies et économiser un montant estimé à \$117 millions USD, soit en moyenne environ \$1,34 million USD par hôpital (Lasater *et al.*, 2021). (Voir Chapitre 8)

De nombreuses infirmières, en particulier les infirmières en pratique avancée, sont recrutées pour des postes qui n'utilisent qu'une fraction des connaissances et des compétences que ces infirmières ont acquises au cours de leur formation et de leur carrière. Il en résulte une perte de capital humain qui peut se chiffrer en millions de dollars par an. Une étude menée aux États-Unis

a révélé que le fait d'utiliser les infirmières praticiennes dans la totalité de leur domaine de pratique permettrait d'économiser 45,5 milliards de dollars par an sur les dépenses de santé publique aux États-Unis, en évitant de devoir payer des médecins pour superviser le travail des infirmières et en obtenant les mêmes résultats en matière de santé (Zangaro, 2019).

Figure 4 : Économies réalisées grâce aux ratios de personnel infirmier
(Lasater *et al.*, 2021)

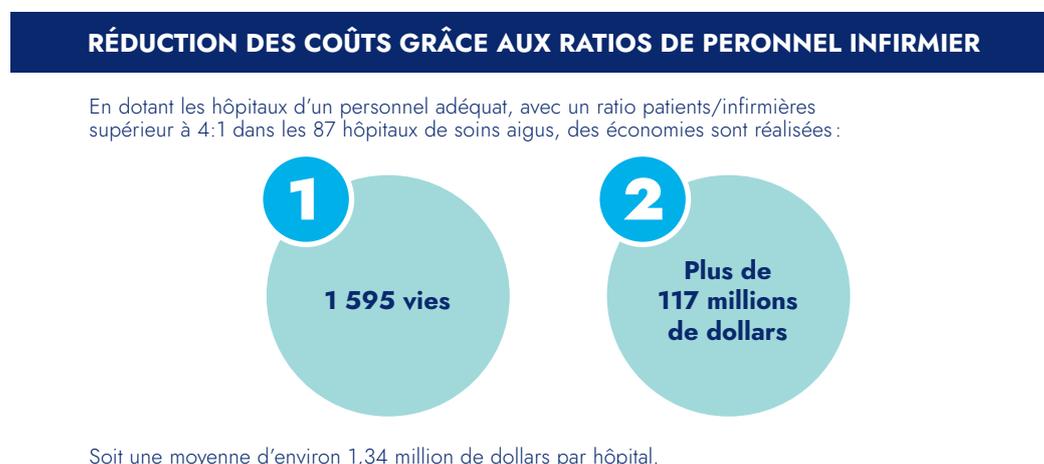


Tableau 1 : Impact des soins infirmiers sur les grands défis mondiaux en matière de santé

	ENJEU	INVESTISSEMENTS STRATÉGIQUES POSSIBLES	RÉSULTATS
	57 pays ne parviennent pas à assurer 80% des services de santé maternelle et infantile de base (OMS & UNICEF, 2018).	Augmenter l'investissement dans la formation en soins infirmiers.	Amélioration des services de santé maternelle et infantile, avec à la clef une baisse des taux de mortalité maternelle et infantile. Les partenariats infirmières-familles donnent des résultats trois fois meilleurs qu'en l'absence de visites d'infirmières (Nurse-Family Partnerships, 2014).
	Dans les pays riches, 58 millions de personnes vivent dans des zones où le personnel de soins de santé primaires est insuffisant (OMS et UNICEF, 2018).	Appliquer des politiques visant à améliorer le recrutement et la fidélisation des infirmières dans les zones mal desservies.	Amélioration de l'accès aux soins de santé primaires, ce qui se traduit par une amélioration des résultats en matière de santé pour la population. Les infirmières praticiennes améliorent concrètement l'accès aux soins primaires, en particulier pour les populations les plus vulnérables (Htay & Whitehead, 2021).
	Un million de décès prématurés dans les pays de l'UE auraient pu être évités par une meilleure prévention et par des interventions en matière de soins de santé en 2017 (OCDE, 2021).	Investir dans des programmes de prévention et d'intervention gérés par des infirmières.	Réduction des décès prématurés grâce à des gestion et prévention efficaces des maladies chroniques. Les modèles de services dirigés par des infirmières permettent de réduire les hospitalisations de 2% à 9% et les réadmissions de 15% à 51% (Davis <i>et al.</i> , 2021).

	ENJEU	INVESTISSEMENTS STRATÉGIQUES POSSIBLES	RÉSULTATS
	26% des patients souffrant de maladies chroniques dans les pays de l'OCDE et les pays européens n'ont subi aucun des tests recommandés en 2018 (OCDE, 2019a).	Renforcer le rôle des infirmières dans la gestion des maladies chroniques et la coordination des soins.	Meilleure adhésion aux directives thérapeutiques et amélioration de la gestion des maladies chroniques.
	Des transitions mal gérées peuvent nuire à la santé et augmenter les coûts. Des chercheurs estiment que le manque de coordination, en particulier la gestion inadéquate des transitions entre soins, entraîne de 25 à 45 milliards de dollars de dépenses inutiles (Burton, 2016).	Élaborer et appliquer des programmes dirigés par les infirmières pour la mobilisation et l'éducation des patients.	Les rôles de coordination en soins infirmiers permettent de démarrer les traitements plus tôt, de raccourcir le délai avant diagnostic et de faire baisser les taux d'admission et de visite à l'hôpital. Tous ces éléments contribuent à réduire les coûts des soins (Budde <i>et al.</i> , 2021).
	75% des médecins et des infirmières se disent surqualifiés par rapport aux rôles et aux responsabilités qu'ils assument dans leur vie quotidienne (OCDE, 2020).	Redéfinir les rôles des infirmières pour pouvoir tirer pleinement parti de leur domaine de pratique; introduire des rôles de pratique infirmière avancée.	Amélioration de la satisfaction professionnelle des infirmières et utilisation plus efficace des compétences du personnel soignant. La présence d'un plus grand nombre d'infirmières de pratique avancée a des effets favorables sur les patients, la satisfaction du personnel infirmier et l'efficacité. Les infirmières de pratique avancée ajoutent de la valeur aux ressources humaines existantes (Aiken <i>et al.</i> , 2021a).
	40% des patients subissent des préjudices dans le cadre des soins de santé primaires et ambulatoires (Kuriakose <i>et al.</i> , 2001; Michel <i>et al.</i> , 2017).	Mener des initiatives d'amélioration de la sécurité et de la qualité dirigées par des infirmières dans les établissements de soins primaires.	Recul de l'incidence des préjudices subis par les patients dans le cadre des soins primaires et ambulatoires. L'amélioration du mélange des compétences, de la dotation en personnel et de la formation influence directement la sécurité des patients (McHugh <i>et al.</i> , 2021).
	15% des dépenses des hôpitaux sont consacrées à des tests et interventions supplémentaires nécessaires pour traiter les effets directs de préjudices (OCDE, 2019b).	Investir dans la formation des infirmières à la pratique fondée sur des données probantes et à la sécurité des patients.	Diminution des coûts des soins grâce à la réduction des tests et interventions inutiles, amélioration de la sécurité des patients.
	Cinq millions de décès par an dans les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) sont attribués à la mauvaise qualité des soins. Celle-ci est un facteur majeur de décès pouvant être évités par les soins dans les PRFI, toutes maladies confondues, y compris 84% des décès cardiovasculaires, 81% des maladies évitables par la vaccination, 61% des affections néonatales et la moitié des décès maternels, des accidents de la route, de la tuberculose, du VIH et d'autres maladies infectieuses (Kruk <i>et al.</i> , 2018).	Renforcer le leadership et la gouvernance des soins infirmiers dans les systèmes de santé, en mettant l'accent sur la qualité des soins.	Forte réduction du nombre des décès grâce à l'amélioration de la qualité des soins dans les PRFI. Une augmentation de 1% de la densité d'infirmières augmenterait l'espérance de vie à la naissance de 0,02% et, à 65 ans, de 0,08% (Liu & Egglestone, 2022).

	ENJEU	INVESTISSEMENTS STRATÉGIQUES POSSIBLES	RÉSULTATS
	12% des préjudices évitables causés aux patients, entraînant une incapacité permanente ou le décès, sont principalement liés à des incidents médicamenteux, à la gestion thérapeutique et à des procédures cliniques invasives (Panagioti <i>et al.</i> , 2019).	Améliorer les compétences des infirmières en matière de pharmacologie, de gestion thérapeutique et de sécurité des procédures.	Diminution du nombre de préjudices, incapacités et décès évitables, et amélioration de la sécurité générale des patients (McHugh <i>et al.</i> , 2021 ; Aiken <i>et al.</i> , 2021b).
	Un patient sur dix subit des préjudices dus à des manquements à la sécurité pendant les soins. La charge sanitaire de ces préjudices est estimée à 64 millions d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) par an, charge similaire à celle du VIH/sida (Slawomirski & Klazinga, 2022).	Investir dans des niveaux plus élevés de personnels, avec le bon mélange de compétences, afin d'améliorer les résultats pour les patients.	Au-delà des effets directs, les coûts économiques et sociaux liés à l'insécurité des soins nuisent de manière significative à la productivité et à la croissance. Évalués sous l'angle de la volonté de payer de la société, ces coûts sociaux sont estimés entre 1000 et 2000 milliards de dollars par an. L'adoption d'une perspective de capital humain indique que l'éradication des préjudices subis par les patients pourrait améliorer la croissance économique mondiale de plus de 0,7% chaque année (Slawomirski & Klazinga, 2022).
	Le coût direct du traitement des patients ayant subi un préjudice au cours de leur prise en charge est important, avoisinant 13% des dépenses de santé. Cela équivaut à environ 606 milliards de dollars par an, soit un peu plus de 1% de la production économique combinée des pays de l'OCDE, ce qui montre l'impact financier considérable des préjudices subis par les patients sur les systèmes de santé (Slawomirski & Klazinga, 2022).	Investir dans des soins infirmiers de qualité et surveiller les indicateurs relatifs à l'action des personnels infirmiers.	Dans le contexte clinique, des preuves très convaincantes confirment l'efficacité des stratégies visant à réduire les préjudices et les coûts économiques en luttant contre les infections, la thrombose veineuse profonde, les escarres et les chutes. On obtiendra le meilleur retour sur investissement en se focalisant sur la réduction de ces types de préjudices. Par exemple, chaque dollar dépensé dans des méthodes éprouvées de prévention des infections associées aux soins rapporte sept fois l'investissement initial (Slawomirski & Klazinga, 2022).
	La violence à l'encontre des agents de santé, l'épuisement professionnel et les troubles musculosquelettiques sont des problèmes courants dans les établissements de soins surchargés, problèmes aggravés par les pénuries de personnel. Ils entraînent une augmentation de l'absentéisme et de la rotation du personnel et mettent en péril la qualité des soins. L'impact économique de la mauvaise santé des personnels soignants représente environ 2% des dépenses de santé (Klazinga, 2022).	Protéger la santé et la sécurité des infirmières.	Importante en soi, l'amélioration du bien-être des personnels réduit aussi les coûts des préjudices subis au travail et contribue à minimiser les préjudices pour les patients (estimés à 13% des dépenses de santé) (Klazinga, 2022).

Des leviers stratégiques pour améliorer l'efficacité et l'efficace des systèmes de santé

1. Permettre aux infirmières d'exercer dans la pleine mesure de leur domaine de pratique en renforçant et en modernisant la réglementation, de même qu'en investissant dans la pratique infirmière avancée et dans les modèles de soins dirigés par des infirmières. Réorienter et intégrer les systèmes de santé vers la santé publique, les soins primaires, la promotion de la santé et la prévention, ainsi que les soins communautaires, à domicile et centrés sur la personne.
2. Prendre d'urgence des mesures pour améliorer le soutien à la santé et au bien-être du personnel infirmier en garantissant des conditions de travail sûres et saines et en respectant ses droits. Mettre en place des systèmes pour garantir des niveaux sûrs de dotation en personnel. Mettre en place des protections contre la violence et les dangers sur le lieu de travail, et veiller au respect des normes internationales concernant le droit des infirmières à travailler dans des environnements sûrs et sains, garantissant la protection de leur santé physique et mentale.
3. Appliquer des stratégies de recrutement et de maintien en poste afin de remédier à la pénurie de personnels infirmiers. Améliorer la rémunération des infirmières afin de garantir un salaire et des avantages équitables et décents. Instaurer des environnements de pratique positifs qui soient à l'écoute des infirmières et mettent à leur disposition les ressources dont elles ont besoin pour accomplir leur travail de manière sûre, efficace et efficiente. Financer des activités de gouvernance, de reconnaissance et de perfectionnement professionnels tout au long de la carrière.
4. Veiller à ce que les infirmières aient accès aux ressources essentielles nécessaires pour dispenser des soins de qualité de manière efficace et sûre. Veiller à ce que les infirmières disposent des ressources nécessaires pour prodiguer des soins fondés sur des données probantes, telles que l'accès à l'internet à haut débit ou à des lignes directrices de référence.

ÉTUDE DE CAS

COLLABORATION ENTRE INFIRMIÈRES DANS DES COLLECTIVITÉS LOCALES ET DES ÉTABLISSEMENTS CLINIQUES POUR PRÉVENIR L'AGGRAVATION DU DIABÈTE.

(Association japonaise des infirmières)



Face au vieillissement de la population japonaise et à l'évolution des maladies dans le pays, les autorités préfectorales de Saga ont lancé une initiative pour prévenir l'aggravation du diabète. Cette initiative, qui fait partie du projet Stop Diabetes depuis 2016, implique un réseau complet d'intervenants, soit le département préfectoral de la santé et de la protection sociale, plusieurs centres de santé publique, les assureurs, l'université de Saga et les institutions médicales, ainsi que la formation des infirmières à la coordination des soins dans tous les contextes médicaux. Le projet Diabetes Coordination Nurse Development and Support forme les infirmières à la manière d'organiser la transition des patients diabétiques des soins hospitaliers spécialisés vers des prestataires de soins primaires, afin d'assurer la continuité et l'efficacité du traitement et de la prise en charge de la maladie. Cette approche collaborative a permis d'obtenir des résultats positifs en matière de santé, notamment une réduction du nombre de nouveaux patients nécessitant une dialyse en raison d'une néphropathie diabétique, nombre qui est passé de 150 par an en 2012 à 95 en 2021, ainsi qu'un recul de l'âge auquel la dialyse doit démarrer.

Résumé du chapitre

Il faut investir dans les soins infirmiers pour assurer le fonctionnement efficace des systèmes de santé. Les infirmières sont la solution pour prodiguer des soins rentables et de grande valeur. Une dotation adéquate en personnel infirmier, des investissements dans l'environnement de travail des infirmières et la possibilité pour elles d'être autonomes dans l'exercice de leur profession permettront aux systèmes de santé d'être gérés de la manière la plus efficace et la moins coûteuse possible, tout en offrant des soins de la plus haute qualité.

CHAPITRE

4

Nos infirmières.

**Investir dans
les soins infirmiers
pour améliorer
la prospérité sociétale
et économique
des communautés
et des sociétés**

Notre futur.





Sénégal. Centre de santé du village de Kouram.
Les infirmières renforcent la prospérité économique et sociale, en travaillant à l'élimination des inégalités en matière de santé et en favorisant une société plus saine et plus équitable pour tous.

Les secteurs sanitaire et économique sont interdépendants, et il est bien connu que des personnes en bonne santé sont indispensables pour la force et la croissance des économies. Les soins infirmiers constituent l'épine dorsale du secteur de la santé et, par conséquent, la clef d'une économie forte. Les infirmières renforcent la prospérité économique et sociale en travaillant à l'élimination des inégalités en matière de santé et en favorisant une société plus saine et plus équitable pour tous.

Le dernier élément de la « chaîne de l'investissement dans les infirmières, la prospérité et la paix » met l'accent sur le bien-être social et économique. Si nous nous attachons généralement à favoriser la prospérité des sociétés à l'échelle mondiale, nous oublions parfois le rôle essentiel de la santé dans la croissance économique et l'emploi. La chaîne montre à cet égard le lien fondamental entre un personnel infirmier solide et la santé, la paix et la vitalité générales des sociétés partout dans le monde.

Soins infirmiers, santé de la population et économies

Une densité plus élevée d'infirmières et de sages-femmes est associée à plusieurs résultats très importants en matière de santé de la population, notamment une espérance de vie plus élevée et une mortalité maternelle et infantile plus faible (Hakenstaad *et al.*, 2022 ; Liu & Eggleston, 2022). Les avantages sociétaux des soins infirmiers vont au-delà des résultats en matière de santé : pour en saisir pleinement l'effet profond, nous devons aller plus loin et reconnaître que la santé de la population, renforcée par les soins infirmiers, est également en corrélation avec des économies robustes.

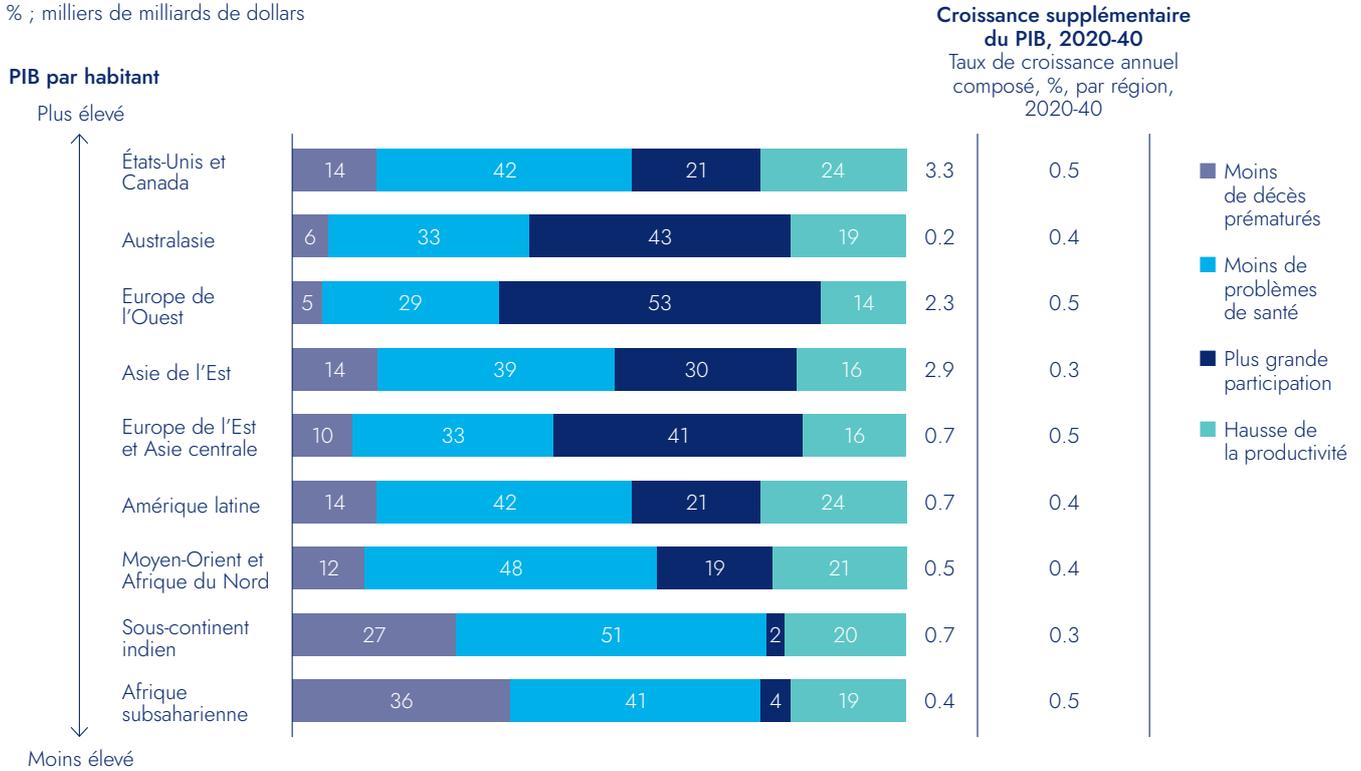
En bref, des populations en meilleure santé sont synonymes d'économies en meilleure forme. Un rapport du McKinsey Global Institute (Remes *et al.*, 2020) a révélé qu'« une meilleure santé pourrait ajouter 12 000 milliards de dollars au PIB mondial en 2040, soit une augmentation de 8% qui se traduirait par une accélération annuelle de la croissance de 0,4% ». La majorité de ces avantages économiques proviennent d'une main-d'œuvre plus nombreuse et en meilleure santé.

Figure 5: Rendement économique d'une meilleure santé, par région

D'une région à l'autre, les avantages économiques d'une meilleure santé s'expliquent par des différences dans la charge de morbidité sous-jacente et dans les structures du marché du travail des pays (Remes *et al.*, 2020).

Ventilation de l'effet sur le PIB, 2040

Scénario de croissance saine
% ; milliers de milliards de dollars



Effet sur le bien-être socio-économique

Investir dans les soins infirmiers, en particulier dans les contextes de soins primaires et communautaires, c'est catalyser le bien-être social, dont les soins à l'enfance sont la pierre angulaire. Des soins infirmiers de qualité stimulent le développement cognitif et social des enfants, jetant les bases de la réussite scolaire et de la stabilité financière future. Cet investissement est porteur d'espoir pour les générations de demain, car il laisse entrevoir des niveaux d'étude, ainsi que des revenus potentiels, plus élevés.

En outre, l'investissement dans les soins infirmiers est essentiel pour contrer les effets corrosifs de la pauvreté. Des programmes tels que les visites à domicile effectuées par des infirmières se sont avérés efficaces pour améliorer la santé et l'indépendance économique des familles ayant de jeunes enfants. S'attaquer aux disparités en matière de santé dès le début de la vie d'une personne peut prévenir toute une série de problèmes sociaux connexes, ce qui réduit en fin de compte les effets à long terme de la pauvreté sur l'éducation et la santé. Des recherches (California Department of Social Services, 2018) mettent en évidence les avantages de ces investissements, au-delà des améliorations de la santé, pour réaliser d'importantes économies dans les dépenses publiques.



Le rendement économique de chaque dollar investi dans l'amélioration de la santé pourrait atteindre de 2 à 4 dollars. Dans les pays à revenu élevé, les coûts de mise en œuvre pourraient être plus que compensés par les gains de productivité dans la prestation des soins. Les pays à faible revenu ont toujours besoin de davantage d'investissements dans les infrastructures de santé de base. (Remes *et al.*, 2020)



Les enfants vivant dans la pauvreté souffrent souvent de problèmes de santé liés à l'insuffisance des soins prénataux et aux facteurs de la paupérisation. Ces problèmes n'entraînent pas seulement la capacité d'apprentissage des enfants, ils entraînent également une cascade de problèmes sociaux, émotionnels et comportementaux. Le fait de partir dans la vie dans une situation de pauvreté entraîne des répercussions considérables, notamment une probabilité plus forte de rester dans la pauvreté, d'abandonner l'école et de devenir parent pendant l'adolescence.

Or, ces cycles peuvent être brisés. Des décennies de recherche (California Department of Social Services, 2018) montrent l'efficacité de certaines interventions infirmières pour réduire le nombre de naissances prématurées, améliorer la santé des enfants et leur préparation à l'école, et lutter contre la maltraitance envers les enfants et la délinquance juvénile. Au-delà de leurs avantages immédiats pour la santé, ces interventions permettent aussi de réaliser des économies substantielles dans les systèmes de santé, de protection de l'enfance, d'éducation spécialisée et de justice pénale.

Le secteur des soins aux personnes âgées, à l'instar d'autres domaines des soins de santé, est lui aussi susceptible de bénéficier d'avantages sociaux et économiques importants moyennant les investissements adéquats. L'insuffisance des ressources, le manque de personnel et le manque de compétences de la main-d'œuvre ont des conséquences considérables, notamment l'augmentation des cas de violations des droits de l'homme, des soins de qualité inférieure, la détérioration des résultats en matière de santé et l'augmentation des dépenses.

Les conclusions d'une enquête menée par la Commission royale sur les soins aux personnes âgées en Australie en sont un exemple frappant. Dans ses conclusions, la Commission met en évidence des inefficacités et des lacunes graves dans ce secteur. L'Australian Medical Association (2021), en réponse aux conclusions de la Commission, a noté qu'un investissement dans les soins de longue durée, concentré sur la garantie d'un nombre adéquat d'infirmières qualifiées et sur la mise en œuvre de modèles de soins fondés sur des données probantes, pourrait entraîner d'importantes économies, en particulier le fait que l'on pourrait économiser environ 21 milliards de dollars australiens en évitant des admissions à l'hôpital inutiles.

Ce chiffre souligne le potentiel d'avantages économiques substantiels découlant d'un investissement stratégique dans le secteur des soins aux personnes âgées. Il suggère aussi la possibilité non seulement de réduire les coûts des soins inutiles, mais aussi d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées. Avec le nombre adéquat d'infirmières qualifiées et l'application de modèles de soins éprouvés, le secteur des soins aux personnes âgées pourrait garantir que ces personnes bénéficient du respect, de la dignité et des soins de qualité qu'elles méritent. Cette approche réduit la pression sur les systèmes hospitaliers et défend les droits et le bien-être de l'un des segments les plus vulnérables de la population.

Exemplaire, le cas du secteur australien des soins aux personnes âgées met en lumière une vérité plus générale, valable à l'échelle mondiale : investir dans les soins de longue durée, notamment dans les ressources humaines et les pratiques de soins, n'est pas seulement un impératif moral, c'est une stratégie économiquement avisée. De tels investissements pourraient transformer le paysage des soins aux personnes âgées, ce qui se traduirait par de meilleurs résultats en matière de santé pour certaines de nos populations les plus vulnérables et par une utilisation plus efficace des ressources en matière de soins de santé.

Leviers stratégiques pour améliorer la prospérité sociale et économique des communautés et des sociétés

1. Donner la priorité à l'investissement dans des niveaux de personnel adéquats et sûrs dans l'ensemble des services de santé, en mettant l'accent sur les soins primaires et communautaires. Cet investissement est essentiel pour garantir que les établissements de santé sont non seulement bien équipés, mais aussi dotés d'un personnel qualifié pour répondre aux besoins diversifiés des patients dans les différents contextes de soins.

2. Reconnaître et valoriser les compétences, les connaissances, les attributs et l'expertise des infirmières. Respecter et promouvoir le rôle des infirmières en tant que professionnelles de la santé, scientifiques, chercheuses, enseignantes et cadres. Impliquer les infirmières dans la prise de décision concernant les soins de santé à tous les niveaux. Promouvoir et investir dans une culture équitable qui respecte la profession infirmière en tant que contributeur principal à des systèmes de santé de haute qualité.
3. Nommer des infirmières cadres aux postes de direction de toutes les organisations de santé et les faire participer à l'élaboration des politiques gouvernementales. Renforcer le leadership infirmier dans l'ensemble des systèmes de santé et créer et maintenir des rôles de leadership infirmier là où ils sont le plus nécessaires.
4. Protéger les populations vulnérables et à risque, défendre et respecter les droits de l'homme, l'égalité des sexes et la justice sociale. Placer l'éthique infirmière au cœur de la conception et de la mise en œuvre des systèmes de santé, afin que chacun puisse accéder à des soins équitables, non discriminatoires, axés sur la personne et fondés sur les droits, sans risquer de se retrouver dans une situation financière difficile.

Résumé du chapitre

La chaîne de l'investissement dans le personnel infirmier, la prospérité et la paix décrit les vastes ramifications de l'affectation de ressources au personnel infirmier. S'il peut être tentant de ne percevoir que les avantages immédiats de ces investissements — notamment l'amélioration de la dotation en personnel, qui se traduit par de meilleurs résultats dans les unités de soins —, leurs effets plus larges sont considérables. Investir dans les soins infirmiers engendre un effet de cascade qui aboutit à des sociétés plus saines, à des économies robustes et à un plus grand bien-être social. Les soins infirmiers ne sont pas seulement l'épine dorsale du système de soins de santé, mais aussi la pierre angulaire qui soutient le fonctionnement général de notre société.

Nos infirmières.

Les huit chapitres suivants ont été rédigés par des auteurs externes. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles du Conseil international des infirmières.

Notre futur.

CHAPITRE

5

**Le défi de la planification
des effectifs à l'avenir –
la nécessité de planifier
un domaine de pratique
complet**

Nos infirmières.

Notre futur.



Dr Stephen DUCKETT,

AM PhD DSc FASSA FAHMS, économiste, professeur honoraire
à School of Population and Global Health
et au département de médecine générale de l'Université de Melbourne.



Fondation McGrath, Australie. Les infirmières travaillent de plus en plus en tant que spécialistes tout en continuant à prodiguer les soins holistiques qu'elles prodiguent depuis des générations.

La planification du personnel de santé exige un changement de paradigme. Elle est trop souvent cloisonnée : planification séparée pour les soins aux personnes âgées et les soins hospitaliers, alors que le même personnel peut travailler dans l'une ou l'autre structure, ou encore planification pour une telle ou telle profession, alors que l'avenir est aux soins prodigués par des équipes pluridisciplinaires (Sutton *et al.*, 2023 ; Weston, 2022). Trop souvent, la planification porte sur le système de santé d'il y a une ou deux décennies, plutôt que sur le système qui prévaudra dans une ou deux décennies ; trop souvent, elle « planifie » en fonction des styles de travail des générations précédentes, ignorant les nouvelles aspirations, motivations et priorités du personnel de la génération contemporaine (Stevanin *et al.*, 2018). Quant au potentiel de transformation de l'intelligence artificielle, qui soutient la pratique fondée sur des données probantes, il est presque toujours ignoré.

La rhétorique de la politique de santé, qui n'a pas changé depuis des décennies, continue d'annoncer un avenir différent — un avenir qui serait fait de prise en charge plus holistique du patient, de meilleure continuité dans les soins, et où les complexités de la multimorbidité n'exigeraient pas qu'une personne soit ballottée entre plusieurs « partialistes », autrement dit des professionnels spécialisés dans tel ou tel aspect de la complexité d'une personne. Malheureusement, la réalité n'a pas beaucoup évolué dans le sens de cette rhétorique, même s'il y a des raisons d'espérer.

Le problème des approches passéistes en matière de planification des effectifs, et l'inadéquation entre la rhétorique et la réalité, sont illustrés par l'inertie politique face à la réforme de la main-d'œuvre, en particulier en ce qui concerne l'utilisation de la gamme complète des compétences des membres de la profession de santé la plus nombreuse, à savoir les infirmières (Duckett, 2005).

Bien que les infirmières soient de mieux en mieux formées, le pouvoir de « diagnostiquer » est généralement réservé aux personnes qualifiées sur le plan médical, même si d'autres professionnels sont, eux aussi, appelés à porter des jugements, en cours de traitement, sur ce qui ne va pas chez le patient ; sont capables d'interpréter un test de diagnostic ou un rapport d'image ; peuvent comprendre les choix devant être faits dans un parcours de soins ; et enfin peuvent très bien s'apercevoir qu'un patient ne correspond pas au parcours standard, et s'adapter en conséquence.

La paralysie des rôles, qui se produit lorsque l'amélioration des compétences et des connaissances au sein d'une profession n'entraîne pas de changements dans ses rôles, est malheureusement très répandue. La « surqualification », ou le fait qu'un agent de santé ne peut travailler dans l'ensemble de son domaine de pratique, est endémique : plus de cinq professionnels de santé sur six déclarent avoir les compétences nécessaires pour faire face à des tâches plus exigeantes dans leur travail ; le taux pour les infirmières est légèrement inférieur, mais reste très élevé, à 79 % (Schoenstein & Lafortune, 2016). Les infirmières titulaires d'un master sont presque deux fois plus susceptibles de se déclarer surqualifiées que celles titulaires d'une licence ou d'un diplôme de niveau inférieur à la licence. Cette surqualification existe malheureusement en même temps qu'une sous-qualification, soit la situation où des infirmières et d'autres professionnels estiment qu'ils ont besoin d'une formation supplémentaire pour certains aspects de leur travail.

Il y a toujours des réticences à ce que les infirmières puissent prendre des décisions relatives à l'état de préparation des patients avant leur sortie de l'hôpital (Pethybridge, 2004), alors même qu'elles sont généralement les mieux informées de la situation au domicile du patient ainsi que de son état de préparation clinique avant la sortie. Dans un contexte de soins primaires, une part importante du temps d'un médecin est consacrée à des patients bien connus de son cabinet, qui présentent un seul problème et dont le traitement pourrait être géré de manière appropriée par une infirmière de soins primaires (Duckett, Breadon & Farmer, 2014 ; Duckett, Breadon & Ginnivan, 2013).

Le coût d'opportunité – ou le fait de ne pas utiliser un professionnel dans toute l'étendue de son domaine de pratique – augmente très vite. Il est difficile de quantifier ce coût (Goryakin, Griffiths & Maben, 2011 ; Caird *et al.*, 2010 ; Chan *et al.*, 2018 ; Lopatina *et al.*, 2017 ; Marshall *et al.*, 2015), mais l'écart manifestement important entre la rémunération moyenne des professionnels médicaux et celle des professionnels infirmiers signifie que le remplacement des premiers par les seconds, à productivité équivalente, aurait un impact notable tant sur la satisfaction que sur l'efficacité de la main-d'œuvre.

ÉTUDE DE CAS

SERVICE D'ANGIOGRAPHIE INNOVANT DIRIGÉ PAR DES INFIRMIÈRES AU BUCKINGHAMSHIRE HEALTHCARE TRUST



L'introduction d'un rôle d'infirmière en angiographie à l'unité cardiaque de jour et au laboratoire de cathétérisme du Buckinghamshire Healthcare Trust représente une approche transformatrice de la gestion de la demande toujours plus grande et de la réduction du temps d'attente pour les services de laboratoire de cathétérisme cardiaque (NHS England, 2018). Historiquement, les cardiologues, souvent débordés par leurs nombreuses responsabilités, étaient les seuls professionnels à effectuer des angiographies. Notre infirmière consultante a identifié une opportunité de changement : en formant des infirmières à réaliser certaines angiographies à faible risque, l'efficacité du service pourrait être considérablement améliorée.

Les infirmières en angiographie ont suivi deux années d'études supplémentaires pour effectuer des angiographies et gérer leur propre charge de travail, ce qui a permis d'éliminer les listes d'attente et de libérer les cardiologues. Le processus de mise en œuvre a été minutieux, notamment en ce qui concerne les indemnités, les considérations juridiques et les approbations administratives. Un audit portant sur 300 angiographies a permis d'assurer la qualité de la nouvelle pratique et de démontrer l'impact de ce rôle novateur, dont témoignent la grande satisfaction des patients et une utilisation plus rationnelle des ressources. L'initiative menée par les infirmières a remis en question les rôles traditionnels dans les soins de santé et a ouvert la voie au développement des soins infirmiers au sein du Trust.

En termes de politique de santé, on peut formuler le problème comme suit : *le membre qualifié de l'équipe de soins doit permettre de prodiguer les soins requis dans l'environnement adapté, au moment opportun et de manière systématique.* On ne parle pas ici de médecine, de soins infirmiers ou de professions paramédicales, mais bien d'équipe. Il ne s'agit pas simplement de prodiguer des soins, mais aussi de faire en sorte de pouvoir prodiguer des soins, y compris en facilitant l'autogestion. Cette manière de voir annonce un avenir plus complexe pour toutes les professions, y compris la nôtre. Le défi pour les législateurs et les décideurs politiques est de créer un environnement politique dans lequel les professionnels de la santé peuvent s'épanouir, et les infirmières et autres professionnels de la santé travailler dans tout leur domaine de leur pratique au sein de l'équipe soignante.

La capacité de travailler à la pleine mesure du domaine de pratique est évaluée de manière différente selon les infirmières. Les infirmières travaillent de plus en plus souvent en tant que spécialistes, tout en prodiguant leurs soins holistiques, comme elles le font depuis des générations. L'enjeu fondamental est de faire en sorte que toutes les infirmières aient le potentiel de s'épanouir et d'exercer dans la totalité de leur domaine de pratique.

Ce faisant, la profession infirmière doit éviter de recréer les mêmes hiérarchies et silos dysfonctionnels que la profession médicale, dans lesquels le statut est d'autant plus élevé que l'expertise est étroite, et où les guerres intestines sont endémiques.

Les patients ont certainement bénéficié de la spécialisation de la médecine au XX^e siècle, mais l'hyperspécialisation de la fin du XX^e siècle pourrait être un exemple de ce que les économistes qualifient de « rendement marginal décroissant ». De plus en plus de spécialistes étant impliqués dans les soins d'un même patient, les problèmes de communication se multiplient et les besoins du patient dans son ensemble risquent de ne pas être pris en compte. Les soins infirmiers doivent continuer à valoriser leur approche holistique, à mettre l'accent sur le patient dans sa globalité, à communiquer avec lui et à l'observer en train de faire les choses ordinaires de la vie afin de recueillir des indices vitaux.

Quelle est donc la voie à suivre pour mieux utiliser les compétences des infirmières ?

- Les infirmières doivent être aidées à développer leurs compétences, notamment par le biais de titres acquis dans le cadre de leur emploi mais reconnus par le système pédagogique.
- Les employeurs doivent procéder à des évaluations régulières du lieu de travail pour s'assurer que les rôles reflètent la formation et les compétences réelles du personnel (OCDE, 2018). Ils doivent veiller à ce que les infirmières puissent travailler dans l'intégralité de leur domaine de pratique et ne soient pas freinées par la paralysie des rôles, les jalousies interprofessionnelles et les querelles de territoire.
- Les payeurs doivent veiller à ce que les infirmières qualifiées soient rémunérées de la même manière que les médecins et autres professionnels, afin que de nouveaux modèles commerciaux pour les soins infirmiers deviennent viables.
- Les infirmières doivent collecter et publier des informations sur leurs activités, de manière à démontrer que le fait de travailler dans le cadre d'une pratique complète est bien accueilli par les patients et par le personnel, et que ce travail est sûr et efficace.
- Les décideurs politiques doivent reconnaître que les soins infirmiers et les autres professions de santé évoluent, et veiller à ce que les restrictions d'antan ne pèsent pas de manière inappropriée sur la pratique contemporaine. Ces contraintes empêchent l'évolution de nouveaux rôles ; elles sont des reliquats du passé, souvent préservées dans une volonté de protéger un territoire, au détriment de l'efficacité des soins aux patients.
- Les autres professionnels de la santé doivent accueillir favorablement ces changements. Vu l'augmentation des besoins en matière de santé et l'accroissement prévisible de la charge de travail, aucune profession ne devrait se sentir menacée par des changements de rôle aujourd'hui.

La manière de travailler des professionnels de notre secteur devra changer, pour mettre l'accent sur les équipes pluridisciplinaires et le partage des responsabilités. Pour répondre aux besoins de santé de demain, tous les membres de l'équipe devront contribuer à soutenir le patient. Le maintien des anciennes rigidités et des anciennes méthodes de travail ne sera plus possible à l'avenir si l'on veut répondre efficacement aux nouveaux besoins en matière de santé.

ÉTUDE DE CAS

LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES AU ZIMBABWE: LEÇONS TIRÉES DU MODÈLE INFIRMIER DE MSF



Pour faire face à la crise des maladies non transmissibles en Afrique subsaharienne, Médecins Sans Frontières (MSF) a collaboré avec le ministère de la santé du Zimbabwe pour mettre en œuvre, dans le district de Chipinge, un modèle de gestion du diabète sucré et de l'hypertension dirigé par des infirmières. Lancé en 2016, le programme reprend certaines approches positives de la thérapie antirétrovirale, en particulier la décentralisation et une délégation bienvenue des tâches d'intervention aux infirmières. Malgré des difficultés, notamment la faible disponibilité des médicaments et la surcharge du système, l'initiative a permis d'intégrer efficacement les soins liés au diabète et à l'hypertension dans les services existants, ce qui a démontré la viabilité des modèles dirigés par des infirmières dans des contextes où les ressources sont limitées (OMS, 2020b). Mis en œuvre dans onze établissements de santé, le programme offre des soins complets, avec des protocoles simplifiés, un encadrement du personnel et une intégration dans les services de santé primaire. Les stratégies adaptatives et les approches décentralisées ont permis de surmonter les difficultés, en particulier la forte demande de médicaments. Cette intégration des soins liés aux maladies non transmissibles dans les services de santé primaire permet de lutter contre le double fardeau du VIH et des maladies non transmissibles au Zimbabwe, et offre des perspectives pour des initiatives similaires dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

CHAPITRE

6

Les infirmières permettent d'atteindre des objectifs sociaux essentiels – mais qui se soucie des soignants ?

Nos infirmières.

Notre futur.



Geordan SHANNON,

PhD MPH (Hon) Bachelor of Medicine (Hon) DRANZCOG,
Lecturer UCL Institute for Global Health, Centre for Gender and Global Health
and Centre for Global Health Economics

Jeremy LAUER,

AB, MA, MSc, PhD, économiste, professeur à l'Université de Strathclyde, United Health Futures

Rita Dominic Kiyawa, hôpital universitaire de Wau, Soudan du Sud. Le contrat social de soins inconditionnels sur lequel les infirmières ont bâti leur profession est continuellement mis à mal.

La profession infirmière se situe à l'intersection de plusieurs objectifs sociétaux essentiels. Les soins infirmiers sont profondément gratifiants pour celles et ceux qui les prodiguent ou les reçoivent, mais la valeur de ce travail pour la société est généralement sous-estimée.

L'apparition de la COVID-19 a marqué le début d'une nouvelle ère d'escalade de crises combinées touchant à la santé, aux moyens de subsistance, à la paix, à l'équité et à l'environnement. La pandémie a mis en lumière l'importance des soins infirmiers, mais a également révélé à quel point ce secteur est sous-estimé. Les mauvaises conditions de travail, les salaires insuffisants, la violence et les risques sanitaires ont mis à mal le personnel infirmier et le système de santé. En conséquence, l'exode des infirmières expérimentées aggrave encore la pénurie mondiale de personnel de santé (CII, 2021b) ; les infirmières constituent la plus grande profession du monde (Lazenby, 2020), représentent plus de la moitié du personnel de santé mondial (OMS, 2020b) et plus de la moitié de la pénurie actuelle de travailleurs de la santé dans le monde (OMS, 2022). Dans certains contextes, nous pouvons observer – à l'instar de l'ancienne directrice générale de la santé en Nouvelle-Zélande, le Dr Ashley Bloomfield, le 25 octobre 2023 à Auckland – qu'« au cours des cinq dernières années, on a enregistré une augmentation de près de 23 % du nombre d'infirmières employées par [les conseils de santé de district], [...] une augmentation de 35 % des salaires des infirmières diplômées et une augmentation de 43 % des salaires de l'échelon supérieur pour les infirmières diplômées depuis 2017 » (Bloomfield, 2023). Toutefois, cette situation est l'exception qui confirme la règle, car, même dans les rares secteurs où les tendances sont positives, de nombreux problèmes subsistent.

Les soins infirmiers, au même titre que d'autres formes de travail de soins, agissent comme un « amortisseur de chocs » et prennent le relais en cas de crise, économique ou autre (Jones, 2020). Ce travail est souvent effectué par des femmes, en particulier par des femmes qui subissent de multiples formes de marginalisation (Wenham, 2020). Il est souvent effectué sans rémunération adéquate ni protection sociale (Flor *et al.*, 2022). Assurant plus de 80 % des soins pratiques, les infirmières jouent un rôle central dans la mise en place d'une couverture sanitaire universelle (Kennedy, 2019). Le Conseil International des Infirmières estime que « le besoin d'infirmières est universel » (CII, 2021c).

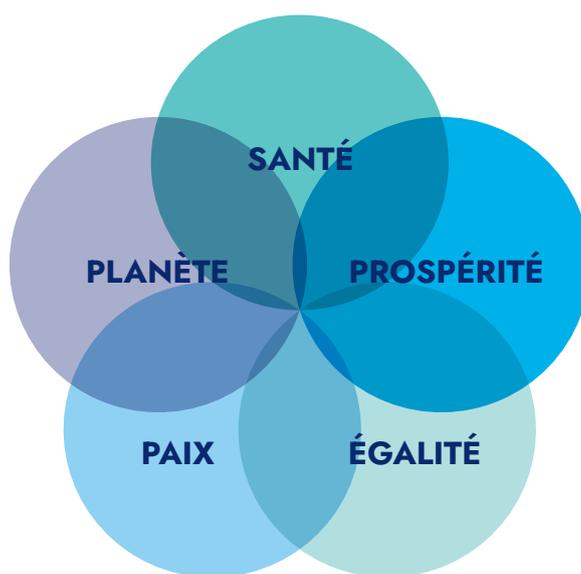
Dans ce chapitre, nous tentons de positionner le travail infirmier comme une activité de soins utile non seulement pour répondre à une crise, mais aussi pour construire de « bonnes sociétés » (Lazenby, 2020). Nous inversons le discours pour souligner les différentes manières dont

le travail infirmier et de soins peut être la base à partir de laquelle construire une société *optimale* : un avenir prospère, robuste, sûr, équitable et durable sur le plan environnemental.

Le Conseil sur l'économie de la santé pour tous de l'OMS appelle à repenser fondamentalement nos économies locales, régionales, nationales et mondiales pour qu'elles soutiennent la santé humaine et planétaire, au lieu de la compromettre (OMS, 2023b). De plus en plus souvent, les politiques sociales et économiques sont pensées à nouveaux frais pour promouvoir le bien-être humain et écologique, tout en abordant les questions clés pour la société que sont l'économie et l'équité (Wellbeing Economy Alliance, 2022). Étant donné qu'en tant que profession de soins, les soins infirmiers se situent à la jonction d'objectifs sociétaux qui se chevauchent, nos politiques et nos pratiques en matière de soins infirmiers devraient être particulièrement bien placées pour pouvoir réaliser, simultanément, efficacement et de manière rentable, le type d'avenir optimal que nous voulons construire. En d'autres termes, plutôt que de nous paralyser, la reconnaissance des problèmes actuels en matière de santé et de soins devrait nous inciter à agir avec encore plus de détermination.

Le travail infirmier contribue à la réalisation d'objectifs sociétaux essentiels, au cœur desquels se trouvent la santé des personnes et la planète. Comme de nombreuses formes de travail dans le domaine de la santé et des soins, les soins infirmiers sont prodigués à domicile, dans les communautés et des institutions, et sont rémunérés ou non. Apprécier les différentes façons dont le travail infirmier est effectué nous permet d'avoir une vision plus complète de sa valeur pour la société.

Figure 6



Les soins infirmiers favorisent la santé

Sans personnel infirmier, il serait difficile d'assurer la plupart, voire la totalité, des fonctions essentielles des systèmes de santé. Ces systèmes favorisent l'amélioration de la santé et de la productivité des populations, la prospérité et la diversification économiques (OMS, 2017), la sécurité mondiale, la cohésion sociale et l'innovation sociale (Commission on a Global Health Risk Framework for the Future and National Academy of Medicine, 2016).

Au niveau mondial, il existe un lien très clair entre la densité d'infirmières et sages-femmes et l'amélioration des résultats sanitaires, notamment la réduction de la mortalité maternelle, de la mortalité des enfants de moins de cinq ans, de la mortalité infantile, de la mortalité néonatale et de la surmortalité due à la COVID-19, ainsi que l'allongement de l'espérance de vie (Figure 7) (Lui & Eggleston, 2022). Les infirmières et la couverture sanitaire universelle vont également de pair : il existe une corrélation positive entre la densité d'infirmières et de sages-femmes et la couverture des services de santé publique (Figure 8).

Figure 7 : Relation entre densité d’infirmières et de sages-femmes et espérance de vie à la naissance

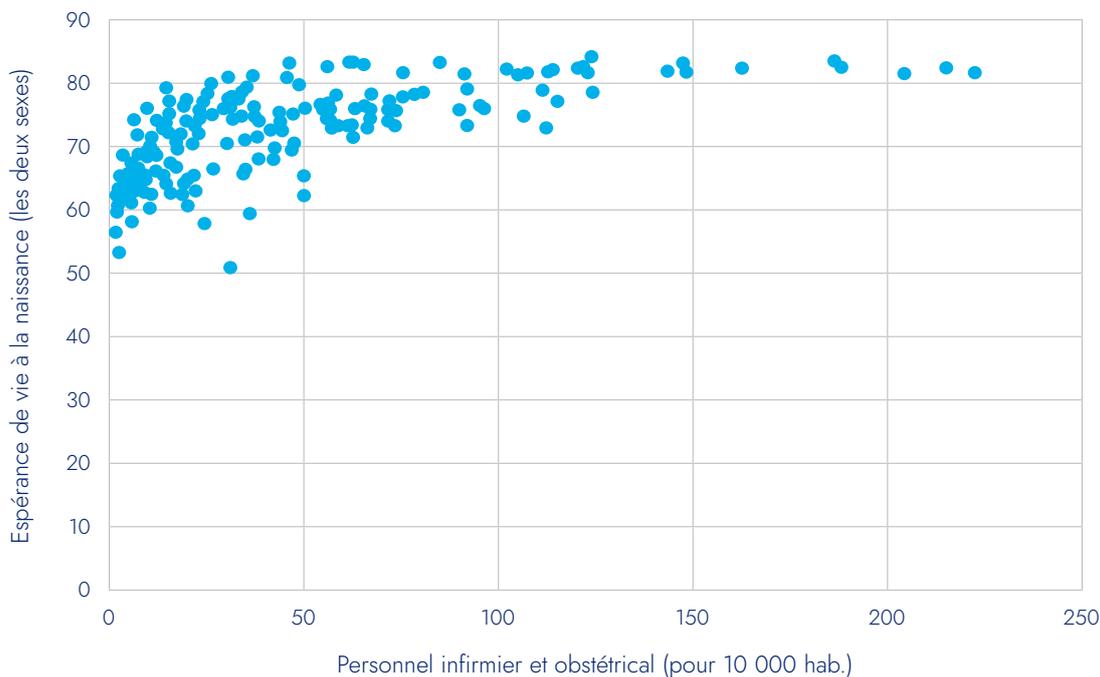
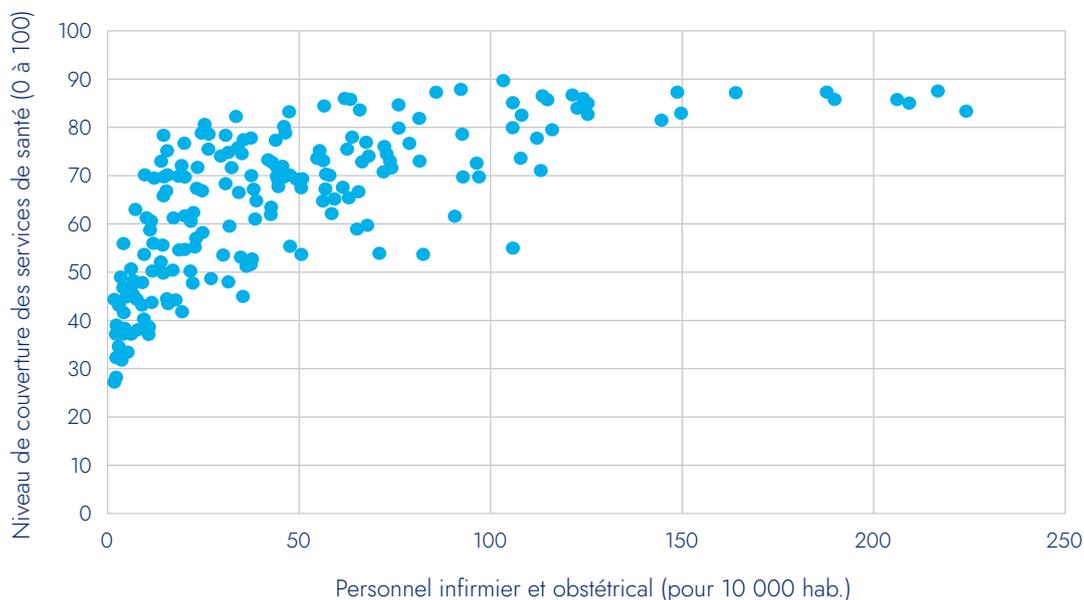


Figure 8 : Relation entre densité d’infirmières et sages-femmes et couverture des services de santé publique



Les soins infirmiers favorisent la prospérité économique

Les infirmières favorisent la prospérité économique, laquelle découle d’une population en bonne santé et productive. Si l’expression « croissance économique » est largement utilisée pour traduire les objectifs économiques de la société, il est nécessaire, pour mesurer les progrès, de regarder au-delà du seul produit intérieur brut. La contribution des infirmières va au-delà de la croissance et peut favoriser une prospérité économique inclusive et un large éventail d’objectifs sociaux.

Cela dit, les infirmières ont un impact mesurable sur la productivité de la main-d'œuvre, telle qu'elle est mesurée en termes de marché. Dans une analyse non publiée réalisée par United Health Futures pour le département des personnels de santé de l'OMS, une plus grande densité d'infirmières est associée à une croissance plus rapide de la valeur ajoutée dans les secteurs à forte intensité de main-d'œuvre, tels que l'industrie manufacturière. Il faut relever que la même association n'a pas été trouvée pour les médecins ; et que le différentiel de productivité positif généré par les infirmières est moins élevé dans les pays qui affichent de mauvais résultats en termes d'égalité des sexes, ce qui suggère, sans surprise, que l'inégalité des sexes entrave la croissance économique.

Les soins infirmiers favorisent l'égalité des sexes

Notre profession étant majoritairement féminine, les problèmes en matière d'égalité des sexes auxquels le personnel infirmier est confronté reflètent, et risquent d'amplifier, les problèmes plus généraux d'égalité des sexes auxquels le personnel de santé tout entier est confronté (Morgan *et al.*, 2016). Il s'agit notamment de la ségrégation professionnelle en fonction du sexe (OMS, 2019), des écarts de rémunération entre hommes et femmes (OMS, 2022b) et de la violence sexiste et autres risques professionnels (Addati *et al.*, 2018). Par conséquent, agir par le biais des soins infirmiers est un moyen très efficace d'atteindre des objectifs d'égalité des sexes dans le système de santé et au-delà.

Dans le système de santé, l'équilibre entre les sexes au sein du personnel infirmier peut influencer les résultats en matière de santé de la population. Ainsi, une analyse transversale réalisée pour l'OMS dans le cadre du rapport *Fair Share in Health and Care* qui vient d'être publié (OMS, 2024) suggère qu'au niveau national, une plus grande proportion d'infirmières est corrélée à une amélioration des résultats sanitaires pour la population, tels que l'allongement de l'espérance de vie et la réduction de la mortalité infantile et maternelle.

Au-delà du système de santé, les infirmières favorisent la réalisation d'objectifs plus larges d'équité sociale. Tout d'abord, en tant que l'une des professions numériquement les plus importantes au monde, l'emploi infirmier est une source majeure de travail décent. Par travail décent, on entend un emploi de qualité, sûr, rémunéré équitablement et qui respecte la dignité et les droits des personnes concernées (OIT, 2024). Deuxièmement, l'emploi infirmier peut offrir des possibilités d'accès et de progression de carrière aux femmes et aux personnes issues de milieux ruraux ou autrement marginalisés (OMS, 2017a). Troisièmement, lorsque les travailleuses du secteur de la santé sont rémunérées de manière équitable, il est prouvé qu'elles réinvestissent leur salaire dans leur famille et leur communauté, ce qui favorise l'égalité intergénérationnelle et une plus grande cohésion communautaire (Clinton Global Initiative, s.d.) Enfin, le travail infirmier peut alléger le travail de soins non rémunéré, qui est assumé en grande partie par des femmes et constitue l'un des principaux obstacles à une participation équitable des hommes et des femmes à la main-d'œuvre au niveau mondial.

Des travaux à venir pour l'OMS suggèrent que l'amélioration de la disponibilité et des conditions salariales des professionnels de la santé et des soins est corrélée à des niveaux plus faibles de soins non rémunérés effectués par les femmes, de même qu'à un meilleur équilibre entre les hommes et les femmes en matière de soins non rémunérés. Dans la société en général, l'élimination des obstacles sexospécifiques à la participation au marché du travail, tels que les soins non rémunérés, et la réalisation de la parité hommes-femmes sur le marché du travail pourraient permettre de débloquer, chaque année, jusqu'à 28 000 milliards de dollars de valeur (Woetzel *et al.*, 2015).

Les soins infirmiers favorisent la paix

Bien que les infirmières qui se trouvent en première ligne des conflits soient confrontées à d'énormes difficultés, leur travail peut contribuer à la paix en favorisant « des relations qui mettent en avant la valeur inhérente et la dignité d'autrui » (Srof, Lagerwey & Liechty, 2023) et en faisant respecter un contrat social qui s'étend à l'ensemble de l'humanité (Lazenby, 2020). Il a été avancé que « la profession infirmière, dans son traitement radicalement égal de toutes les personnes, abolit les frontières. Les soins infirmiers appellent donc les gens à respecter un contrat social illimité » (Lazenby, 2020). Dans un contexte où l'emploi infirmier engendre des schémas migratoires internes et internationaux de plus en plus complexes, les « chaînes de

soins» mondiales et les transferts de fonds des infirmières s'étendent désormais à l'ensemble de la planète (Orozco, 2009).

Bien que les soins infirmiers soient pratiqués depuis des millénaires, la profession telle que nous la connaissons aujourd'hui a été fondée sur les lignes de front des conflits : les efforts de Florence Nightingale pour systématiser les meilleures pratiques en matière de soins pour les soldats blessés pendant la guerre de Crimée ont servi de modèle à la pratique infirmière institutionnelle moderne (Wooton & Davidson, 2023).

Les infirmières restent en première ligne des conflits dans le monde entier (Wooton & Davidson, 2023). Les conflits ont une double signification pour de nombreuses infirmières, qui sont obligées d'y réagir en tant que professionnelles tout en étant, souvent, touchées dans leur vie personnelle. Ainsi, dans la guerre au Yémen (depuis 2014), les infirmières et les autres travailleurs de la santé assument une double charge, celle de prodiguer des soins de santé (Elnakib *et al.*, 2021) – soins eux-mêmes visés à de nombreuses reprises (McKernan, 2020) – tout en relevant les défis liés au fait de vivre dans une zone de crise. Dans la guerre en Ukraine, des infirmières ont été déplacées de leur domicile mais sont restées sur place pour fournir des soins de santé vitaux aux personnes touchées par les hostilités (OMS, 2023c). À Gaza, 229 agents de santé, dont 73 infirmières et sages-femmes, ont été tués dans l'exercice de leurs fonctions entre le 7 octobre et le 19 novembre 2023 (Healthcare Worker Watch-Palestine, 2023). De nombreuses infirmières se mobilisent directement et indirectement au sein du réseau international d'intervention humanitaire et ont recours à des activités de plaidoyer politique et à d'autres formes de mobilisation pour protester contre les conflits.

ÉTUDE DE CAS

ALLIANCE FOR CHILDREN IN TRAFFICKING, UNE APPROCHE DE SANTÉ PUBLIQUE POUR LUTTER CONTRE LA TRAITE DES ÊTRES HUMAINS



L'Alliance for Children in Trafficking (ACT), lancée par la National Association of Nurse Practitioners (NAPNAP) Partners for Vulnerable Youth, s'attaque à la traite des êtres humains à l'échelle mondiale au moyen d'un modèle de soins dirigés par des infirmières. Renonçant à l'approche de justice pénale pour adopter une approche de santé publique, ACT vise à améliorer la sensibilisation et l'identification au sein des systèmes de santé. S'appuyant sur l'établissement de normes, la reproduction des expériences et la diffusion, elle collabore avec 23 organisations, forme plus de 10 000 cliniciens et contribue à l'élaboration de lignes directrices fédérales sur la lutte contre la traite des êtres humains aux États-Unis. Malgré des lacunes historiques dans la formation professionnelle, ACT forme les professionnels de la santé à l'identification et au soutien des victimes de la traite. Parmi les défis à relever, citons le peu de place accordé aux perspectives des infirmières dans les forums nationaux et la résistance du secteur de la santé. Cependant, la confiance placée dans la profession infirmière contribue à l'acceptation du programme. Cette initiative met en lumière le rôle vital des organisations infirmières dans la lutte contre les menaces qui pèsent sur la santé publique, tout en soulignant le besoin permanent de sensibilisation et d'engagement politique sur des questions complexes telles que la traite des êtres humains.

Les soins infirmiers favorisent la santé de la planète

La destruction des environnements naturels par l'humanité, combinée à la crise climatique, met en péril les systèmes de maintien de la vie sur la planète, ce qui a des répercussions sur la santé humaine. Par leur travail, les infirmières répondent directement aux effets sanitaires du changement climatique et de la dégradation de l'environnement, tout en plaidant pour la santé de la planète (Fédération européenne des associations d'infirmières et d'infirmiers, 2022). En outre, il a été avancé que les infirmières, de par leur éthique des soins, ont l'obligation morale de respecter la Terre et d'en prendre soin en tant qu'être vivant (Lazenby, 2020).

Le Code déontologique du CII pour la profession infirmière reconnaît le rôle des infirmières dans la santé planétaire et les invite à collaborer et à exercer leur profession de manière à préserver, pérenniser et protéger l'environnement naturel, de même qu'à être conscientes des conséquences sur la santé de la dégradation de l'environnement, par exemple les changements climatiques (CII, 2021c).

En pratique, les soins infirmiers favorisent la santé de la planète en faisant progresser la recherche dans ce domaine, en préconisant des politiques et des actions en faveur de la santé planétaire, en conduisant le changement dans la communauté et dans la pratique clinique, et en éduquant à la santé planétaire (Glauberman *et al.*, 2023). Au niveau des établissements de santé, les infirmières peuvent soutenir directement l'initiative sur la santé des hôpitaux, de la planète et de la population de l'OMS en appliquant une approche systémique visant à promouvoir des environnements de soins plus respectueux de l'environnement (OMS, 2009).

ÉTUDE DE CAS

TRANSFORMER LES DÉCHETS DE SOINS DE SANTÉ EN RESSOURCES VITALES



Claire Lane, infirmière, a fondé Save Our Supplies Australia pour remédier au problème des déchets médicaux rejetés par les hôpitaux. Consciente que des fournitures propres et inutilisées sont parfois jetées sans raison valable, elle réoriente ces articles vers les communautés dans le besoin, évitant ainsi que des déchets utilisables ne remplissent les décharges. L'organisation a livré des fournitures d'une valeur de cinq millions de dollars australiens à la Papouasie-Nouvelle-Guinée, aux Îles Salomon, au Cambodge et aux Fidji. Elle a ainsi contribué à la création d'une maternité en Papouasie-Nouvelle-Guinée et distribué dix mille bouteilles de désinfectant pour les mains lors de la crise de la COVID-19 aux Fidji. En valorisant chaque année vingt tonnes de déchets médicaux, l'organisation est bénéfique à la fois pour l'environnement et pour les communautés. En Australie, l'organisation soutient des associations de protection de la faune et de la flore, fournit des produits de première nécessité à des associations qui oeuvrent à la santé des personnes sans abri et contribue à la formation à la simulation clinique dans les universités. En partenariat avec les principaux hôpitaux de Brisbane, Save Our Supplies démontre qu'il est possible de réutiliser les ressources médicales pour répondre à divers besoins, ce qui a un effet positif sur la santé, l'environnement et l'économie à l'échelle mondiale.

Alors, qui se soucie des soignants ?

Il est inquiétant de constater que le contrat social centré sur les soins inconditionnels, sur lequel les infirmières ont bâti leur profession, est continuellement mis à mal par certains choix politiques, par la privatisation, par des « modèles d'entreprise » non viables et par un manque de financement adéquat. Ce cercle vicieux aboutit à une crise des soins : les individus et les organisations qui prodiguent des soins sont affaiblis alors que, dans le même temps, les conditions dans lesquelles les soins doivent être prodigués se détériorent, en particulier le fait que des populations toujours plus nombreuses et plus vieilles sont confrontées à des « polycrises » croisées (ONU Femmes, 2021). Le fondement moral des soins infirmiers est donc exploité par des facteurs systémiques qui, tout à la fois, dépendent du travail des infirmières et le considèrent comme acquis, et créent simultanément des conditions insoutenables.

L'inversion de cette tendance est non seulement possible, elle est vitale pour l'avenir de notre planète et de ses habitants. Les leviers politiques pour soutenir un travail infirmier de qualité et « prendre soin des soignants » sont les suivants :

- Investir davantage dans les infrastructures sanitaires et sociales, notamment par la mobilisation des ressources nationales, en mettant l'accent sur la couverture sanitaire universelle, les soins primaires et les ressources humaines pour la santé.
- Garantir un travail décent à tous les travailleurs de la santé et des soins, soit un travail sûr, des conditions salariales adéquates, la prévention de la violence et du harcèlement au travail, des dispositions contractuelles appropriées, une représentation adéquate des travailleurs, la négociation collective, des possibilités d'emploi, la sécurité sociale et l'équilibre entre vie familiale et vie personnelle (OMS, 2022c).
- Combler l'écart de rémunération par la législation, la transparence des salaires, la liberté d'association et de négociation collective, ainsi que la diversité et l'inclusion sur le lieu de travail.
- Supprimer les obstacles à la participation de la main-d'œuvre, notamment en reconnaissant, en réduisant et en redistribuant le travail de soins non rémunéré, en renforçant les droits du travail et les lois antidiscriminatoires, en offrant des congés familiaux suffisants et équilibrés entre les sexes, en garantissant un planning familial sûr et gratuit, et en renforçant la participation des infirmières à la prise de décision.
- Recueillir des données de meilleure qualité et plus complètes sur le travail infirmier, sous toutes ses formes et dans tous les contextes.

CHAPITRE

7

Investir dans les infirmières et les protéger : l'importance d'un lieu de travail sain

Nos infirmières.

Notre futur.



Amanda MCCLELLAND,

titulaire d'une maîtrise en santé publique et médecine tropicale, BNRN,
première vice-présidente de Resolve to Save Lives

Dr Mickey CHOPRA,

MD, MPH, PhD, responsable des solutions mondiales pour la prestation de services
au sein de la pratique mondiale Santé, nutrition et population de la Banque mondiale

Le pouvoir économique des soins



État de Rakhine, Pauk Taw, Myanmar. Les agents de santé ne devraient pas avoir à choisir entre prendre soin d'eux-mêmes et soigner les patients.

Dans le monde entier, la sécurité sur le lieu de travail est une priorité absolue, raison pour laquelle de nombreux secteurs à haut risque ont mis en place des mesures pour s'assurer que votre travail ne vous coûtera pas la vie. Mais ce n'est pas le cas dans le secteur de la santé, où l'on attend plutôt des infirmières et autres agents qu'ils fassent preuve d'altruisme et mettent leur vie en jeu pour protéger leurs patients et les communautés qu'ils servent. Évidemment, cette situation est fautive : les professionnels de la santé ne devraient pas *être obligés* de choisir entre prendre soin d'eux-mêmes et soigner leurs patients, et toute situation qui les oblige à faire ce choix en 2024 est tout simplement inacceptable.

Ce choix n'est jamais plus difficile que lors des épidémies de maladies infectieuses, et nous avons tous en mémoire les exemples dramatiques de ces dernières années : l'épidémie de maladie à virus Ébola en Afrique de l'Ouest, qui a tué des centaines d'agents de santé luttant pour contenir sa propagation ; et la pandémie de COVID-19, qui a coûté la vie, au cours de sa seule première année, à plus de 100 000 travailleurs de la santé dont près de la moitié était des personnels infirmiers. Dans ces cas, comme dans d'autres, après l'enthousiasme initial suscité par la célébration des « héros de première ligne », la situation est rapidement revenue à la normale et les travailleurs de santé ont dû reprendre le travail dans des conditions dangereuses.

Ces situations dramatiques pour les personnels de santé et leurs familles pèsent également sur le système de santé, car elles affectent les soins aux patients et le recrutement. Pour la première fois, une étude conjointe menée par la Banque mondiale et Resolve to Save Lives (Wang *et al.*, 2023) a calculé le coût des infections et des décès du personnel de santé, sur la base des données relatives à la première année de la pandémie de COVID-19.

Les coûts faramineux des infections du personnel de santé

Notre rapport, *The economic burden of SARS-CoV-2 infection amongst health care workers in the first year of the pandemic in Kenya, Colombia, Eswatini, and South Africa*, estime les coûts économiques associés à la COVID-19 chez les professionnels de la santé de trois pays (Colombie, Eswatini et Kenya) et de deux provinces d'Afrique du Sud (Cap-Occidental et KwaZulu-Natal). Lors de l'estimation des coûts économiques réels, il est important de regarder au-delà des coûts individuels et d'étudier les effets sur le système de santé et sur la société en général.

Nous avons estimé le coût économique total de l'infection par la COVID-19 en étudiant trois aspects : 1) les coûts associés aux infections primaires et aux décès parmi les agents de santé ; 2) les coûts des infections secondaires et des décès dans la population générale dus à la transmission par les agents de santé infectés ; et 3) les coûts de la surmortalité maternelle et infantile due à d'autres raisons que la COVID-19, en particulier les perturbations dans la prestation des services de santé (figure 9).

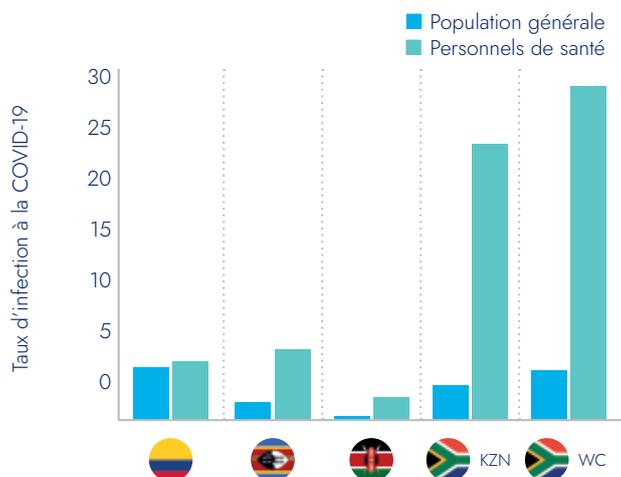
Figure 9 : Coûts (Wang *et al.*, 2023)



Notre étude a montré que l'incidence de la COVID-19 était jusqu'à dix fois plus élevée parmi les agents de santé que dans la population générale ; que les taux de mortalité étaient plus élevés chez les agents de santé dans quatre des cinq sites étudiés ; et que, dans tous les sites, la mortalité due à la COVID-19 parmi les contacts était de 5 à 15 fois plus élevée que chez les agents de santé eux-mêmes.

Figure 10: Taux d'infection (Wang *et al.*, 2023)

Le taux d'infection par la COVID-19 chez les personnels de santé était jusqu'à **9 fois plus élevé** que dans la population générale.



Chaque site a supporté des millions de dollars de coûts, parfois des centaines de millions. Dans les trois pays, le coût total a dépassé l'équivalent de \$30 000 USD par agent de santé, sauf en Colombie, où le système de santé relativement solide a permis de réduire le risque de transmission de la COVID-19 par les agents à leurs contacts proches. La charge économique totale, exprimée en pourcentage des dépenses annuelles de santé, oscille entre environ 2% en Colombie à près de 8% en Afrique du Sud (province du Cap-Occidental).

Figure 11: Coût par infection (Wang *et al.*, 2023)

	Coût par infection d'agent de santé*	Rapport coût d'une infection/PIB par habitant, 2020	Perte économique totale
 Colombie	\$10,105	1.54x \$6,549 GDP	\$423.86 MILLION
 Eswatini	\$35,659	9.05x \$3,941 GDP	\$16.19 MILLION
 Kenya	\$33,619	17.98x \$1,870 GDP	\$113.20 MILLION
 Afrique du Sud, KwaZulu Natal	\$34,226	5.77x \$5,931 GDP	\$544.64 MILLION
 Afrique du Sud, Cap-Occidental	\$33,781	5.70x \$5,931 GDP	\$337.91 MILLION

* Tous les chiffres sont en USD

Face à la tragédie que représentent les décès, une bonne compréhension de ces coûts économiques gigantesques permet de prendre conscience des effets réels de la COVID-19 et peut aider à prioriser les interventions. En fin de compte, nous espérons que ces données inciteront les décideurs nationaux et la communauté mondiale de la santé à dépasser les cycles de panique et de négligence, à s'abstenir d'encenser les agents de santé comme autant de « héros » pour les oublier immédiatement après, et enfin à mettre en place un personnel de santé résilient et protégé de manière adéquate.

Les infections à la COVID-19 parmi les agents de santé ont entraîné des coûts sociétaux considérables, ce qui appelle à un renforcement des mesures de prévention et de contrôle des infections et, plus généralement, à l'instauration de systèmes de santé résilients. Les pays ont maintenant une fenêtre d'opportunité pour commencer à investir dans la résilience des systèmes de santé et à en faire une priorité – surtout les pays à faible revenu, dont les capacités de base sont souvent moindres.

Si le coût des infections primaires et des décès d'agents de santé est important, les coûts liés aux transmissions subséquentes et à l'interruption des services de santé maternelle et infantile sont encore plus élevés. La surmortalité parmi les mères et les enfants réduit à néant des décennies d'efforts pour améliorer les taux de mortalité et compromet fondamentalement la relation entre l'infirmière et le patient. Il est essentiel que des mesures soient prises pour préserver la santé des mères et des enfants, une population à haut risque dans les situations d'urgence en matière de santé publique.

Il convient de noter que tous ces coûts sont probablement sous-estimés. Les infections et les décès sont souvent sous-déclarés, ce qui a posé des problèmes pendant la COVID-19. Les infections et les décès des professionnels de la santé peuvent entraîner des conséquences à plus long terme, notamment une perte de main-d'œuvre. De plus, la prise en compte de la surmortalité due à d'autres causes montrerait une augmentation considérable des coûts économiques. On voit ici l'importance de surveiller de près les infections et décès parmi les agents de santé pendant les épidémies et d'évaluer les coûts économiques totaux de ces infections, au-delà des seuls coûts pour les personnels.

Comment assurer la sécurité des travailleurs de première ligne

Dans l'ensemble, notre étude montre que les coûts économiques associés aux infections et aux décès évitables parmi les agents de santé sont trop importants pour être supportés. Pour protéger les personnels de santé, il faut prendre des mesures relatives à la prévention des infections, aux salaires et à l'amélioration des soins prodigués aux agents eux-mêmes, et enfin adopter une nouvelle conception du rôle des infirmières dans les systèmes de santé mondiaux.

Le contrôle des infections est une méthode fondée sur des données probantes (OMS, 2022d et 2022e) et rentable, qui permet de sauver des vies avant, pendant et après les épidémies (Luangasanatip *et al.* 2018). Il est donc essentiel que chaque pays crée et maintienne un programme national complet de contrôle des infections, afin d'intégrer ce contrôle à tous les niveaux du système de santé.

La rémunération, quant à elle, est l'un des principaux facteurs qui poussent les infirmières à quitter les services où elles sont le plus nécessaires, voire à se tourner vers d'autres professions. Lors de certaines des épidémies les plus médiatisées de la dernière décennie, de nombreuses infirmières ont passé des mois sans être payées – une réalité inexcusable qui trouve son origine dans le fait qu'elles sont des femmes (Raven *et al.* 2018). De plus, les personnels de santé ont besoin d'un soutien psychologique constant, qui leur est rarement proposé, voire jamais.

Enfin, notre analyse économique montre que les infirmières ne sont pas sacrificiables : elles sont les chevilles ouvrières de nos systèmes de santé mondiaux. Le rôle essentiel des infirmières à tous les niveaux de ces systèmes – du chevet du malade à la gestion de l'hôpital, en passant par l'élaboration des politiques – doit être reconnu et soutenu, afin que nous puissions exiger les changements nécessaires pour protéger notre profession. Nous espérons que, d'ici à la prochaine Journée internationale des infirmières, nous n'aurons plus besoin d'alerter à la nécessité de protéger les infirmières et les autres agents de santé, et que leur sécurité sera devenue une priorité pour tous les pays du monde, par le biais de programmes et d'interventions.

**ÉTUDE
DE CAS****LA RÉSILIENCE DES INFIRMIÈRES DANS LA CRISE
AU MYANMAR.**

Depuis le coup d'État militaire du 1^{er} février 2022 au Myanmar, les infirmières du Mouvement de désobéissance civile (MDC) sont confrontées à de graves difficultés. Malgré la menace constante d'arrestation, de torture et de mort, plus d'une centaine d'infirmières et de médecins ont tout sacrifié pour continuer à prodiguer des soins dans la tourmente.

Une infirmière relève à ce propos : « Nous ne sommes ni des politiciens, ni des soldats, ni des pilotes de chasse : nous sommes des infirmières et des infirmiers qui veulent tout simplement prendre soin de leurs patients ». Après la tragédie qui a vu des soldats de la junte accuser une infirmière d'activités criminelles, ce qui a conduit à son arrestation, à sa torture et finalement à son incinération en juin 2022, de nombreuses infirmières sont maintenant en fuite et ont cherché refuge dans les pays voisins. L'interruption des services de santé par l'armée entraîne des conséquences désastreuses : des enfants succombent à des maladies faciles à traiter et les efforts de vaccination sont négligés.

Malgré ces difficultés, les infirmières du Myanmar sont un exemple de résilience. Leur situation souligne à quel point le soutien de la communauté internationale est nécessaire pour protéger les agents de santé, en particulier celles et ceux qui se trouvent pris dans les situations les plus extrêmes et désastreuses.

CHAPITRE

8

Effets économiques et non économiques de la rotation du personnel infirmier dans les hôpitaux : une perspective mondiale

Nos infirmières.

Notre futur.



Gillian ADYNSKI,

Analyste des soins infirmiers et de la politique de santé,
Conseil international des infirmières

David STEWART,

MHM, BNRN, Infirmier en chef adjoint, Conseil International des Infirmières

Le pouvoir économique des soins



Introduction

Au milieu de l'année 2023, une vaste enquête a été menée auprès des infirmières finlandaises afin d'évaluer leur bien-être, leur charge de travail et leur propension à changer de carrière (*Helsinki Times*, 2023). Chaque mois, 42% des personnes interrogées ont indiqué envisager de quitter le secteur des soins infirmiers, et un pourcentage alarmant de 82% des infirmières cheffes de service ont indiqué envisager de quitter la profession. Les principales raisons invoquées étaient une rémunération insuffisante, une charge de travail constamment élevée et des changements fréquents dans l'environnement de travail.

La question du taux de rotation du personnel infirmier, qui se traduit par la décision des infirmières de quitter leurs fonctions ou leur profession, reste un problème majeur dans le monde entier. Des études menées récemment par Winter *et al.* (2020), Tang & Hudson (2019) et le CII (2019) soulignent l'omniprésence de ce problème et de ses effets sur les systèmes de santé. Il est d'abord important de reconnaître que, dans certains contextes, le roulement du personnel infirmier peut introduire de nouvelles perspectives et des innovations au sein de l'équipe, ce qui peut entraîner des améliorations dans les soins aux patients et dans l'efficacité opérationnelle. Cependant, la rotation suscite aussi un certain nombre de problèmes qui ont des répercussions profondes sur les coûts financiers associés à l'embauche et à la formation des remplaçants, de même qu'à la perte d'une expertise et d'une productivité précieuses.

Le taux de rotation comprend les mouvements volontaires et involontaires des infirmières à l'intérieur et à l'extérieur des hôpitaux (Park *et al.* 2014). Le taux de rotation annuel varie considérablement d'un pays à l'autre : 15,1% en Australie (Roche *et al.* 2015), 25% en Égypte (CII, 2021a), 27,65% aux États-Unis (Nelson-Brantley *et al.* 2018), 36% au Royaume-Uni (CII, 2021a) et 23% en Israël (Kerzman *et al.* 2020).

D'un point de vue économique, les répercussions de la rotation du personnel infirmier sont importantes en raison de ses coûts directs et indirects. Les coûts directs comprennent les dépenses liées au recrutement, à l'orientation et à la formation du nouveau personnel. Les coûts indirects sont tout aussi importants : ils englobent la perte de productivité pendant la période de vacance du poste et le temps nécessaire aux infirmières nouvellement recrutées pour atteindre leur pleine compétence. Le roulement, qui coûte des millions de dollars, exerce une pression économique sur tous les systèmes de soins de santé.

La perte d'infirmières expérimentées entraîne également un appauvrissement du capital intellectuel. Les infirmières expérimentées détiennent des connaissances tacites inestimables sur les soins aux patients, les protocoles hospitaliers et les méthodes de travail efficaces. Leur départ signifie non seulement une perte de compétences, mais aussi de capacités de mentorat. Cette érosion de l'expertise risque d'entraîner une diminution de la qualité globale des soins et une augmentation de la probabilité d'incidents liés à la sécurité des patients.

À plus grande échelle, des taux de rotation élevés peuvent conduire à des pénuries de personnel, qui aggravent encore la pression sur le personnel restant en poste, et susciter un cercle vicieux d'épuisement professionnel et de rotation toujours plus grande du personnel. En effet, non seulement le personnel en place voit sa charge de travail augmenter, mais son moral et sa satisfaction au travail sont affectés, ce qui contribue à la détérioration de l'environnement de travail.

Les impacts non économiques d'un taux de rotation élevé, bien que plus difficiles à quantifier, sont tout aussi importants. Les taux de rotation élevés perturbent les processus des groupes de travail, entraînant un manque de cohésion et de continuité au sein des équipes. Lorsque de nouveaux membres rejoignent une équipe, le personnel en place doit s'adapter à la nouvelle dynamique et encadrer le nouveau personnel. L'impact psychologique sur les infirmières restantes est notable : elles peuvent être confrontées à des exigences et à une pression professionnelles accrues, ce qui entraîne un épuisement professionnel, une diminution de la satisfaction au travail et des problèmes de santé mentale, ainsi qu'une baisse du bien-être — autant de facteurs qui peuvent entraîner une nouvelle augmentation du taux de rotation.

Du point de vue du patient, les conséquences sont tout aussi préoccupantes. Un taux élevé de rotation du personnel infirmier a été associé à une baisse de la satisfaction des patients, de même qu'à une augmentation du nombre de chutes et d'erreurs médicales. La continuité des soins est perturbée et la relation thérapeutique entre le patient et l'infirmière est souvent compromise. Selon une nouvelle étude sur l'effet de l'intention de départ des infirmières et de la charge de travail des infirmières sur la mortalité des patients hospitalisés en Italie, « une augmentation de 10% de l'intention de départ et une augmentation d'une unité de la charge de travail des infirmières augmentent la probabilité de mortalité des patients hospitalisés de 14% (rapport de cotes 1,14 ; 1,02-1,27 IC 95%) et de 3,4% (rapport de cotes 1,03 ; 1,00-1,06 IC 95%), respectivement. » (Catania, *et al.*, 2024).

Compte tenu de ces effets considérables, il est clair que le recrutement et la fidélisation ne sont pas seulement des questions organisationnelles, mais des enjeux fondamentaux de la politique et de la pratique des soins de santé. Les stratégies visant à augmenter le recrutement et à réduire le taux de rotation se concentrent généralement sur l'amélioration de l'environnement de travail, l'offre d'une rémunération compétitive, les modalités de perfectionnement professionnel et le soutien à la santé mentale et au bien-être des infirmières. De nouvelles recherches devront étudier ces stratégies en détail de manière à proposer, aux établissements de santé et aux décideurs politiques, une feuille de route pour relever ce défi mondial.



ÉTUDE DE CAS

CRISE DU PERSONNEL INFIRMIER AUX FIDJI : DÉFIS ET IMPÉRATIFS STRATÉGIQUES.

(Alisi Talatoka Vudiniabola,
Présidente de la Fiji Nursing Association)



Les Fidji, comme de nombreux pays insulaires du Pacifique, se heurtent à un grave problème dans le domaine de la santé : le taux élevé de rotation du personnel infirmier, aggravé par l'épuisement professionnel des agents de santé concernés et leur départ à l'étranger pour y trouver d'autres possibilités d'emploi. Ainsi, plus d'un tiers des infirmières de l'hôpital de référence des Fidji ont démissionné, une tendance que l'on constate dans toute la région. En 2022 seulement, 800 personnels infirmiers ont démissionné, soit une réduction des effectifs de plus d'un cinquième. En 2024, le nombre d'infirmières en première ligne est de 2003, avec environ 1650 postes vacants. De fait, dans de nombreux hôpitaux, moins de 40% des postes d'infirmières diplômées sont pourvus. Cette situation compromet la stabilité et la qualité des services de santé, étant donné que les infirmières prodiguent 74% des services de soins primaires dans les pays insulaires en développement [105]. Une action urgente est donc nécessaire pour résoudre cette crise. Bien que le Code mondial de l'OMS décourage de manière générale le recrutement actif dans les pays confrontés à des pénuries, il importe d'adopter des stratégies ciblées : des parcours professionnels transparents, de meilleures conditions de travail et des incitations concurrentielles peuvent contribuer à fidéliser les agents de santé. Sans une intervention rapide, les systèmes de santé des Fidji et d'autres pays insulaires en développement similaires sont confrontés à un avenir précaire, qui aura des répercussions sur le bien-être des populations.

Pour améliorer le maintien en poste du personnel infirmier, les stratégies d'investissement doivent être orientées sur plusieurs domaines précis, couvrant chacun des éléments essentiels au bien-être et à la satisfaction des professionnels des soins infirmiers. Des investissements judicieux à cet égard peuvent entraîner une amélioration des taux de maintien en poste.

- **Équilibre entre vie professionnelle et vie privée.** Les stratégies à ce titre sont notamment les horaires flexibles, les politiques adéquates en matière de vacances et de congés, ainsi que le soutien aux besoins familiaux. L'investissement dans ces domaines peut conduire à un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, un aspect très apprécié des infirmières. Les établissements qui proposent des services de garde d'enfants, des horaires flexibles et des congés généreux pour les urgences familiales parviennent généralement à fidéliser leur personnel. Le rendement de cet investissement est une réduction de l'absentéisme et une main-d'œuvre plus motivée et plus productive.
- **Environnement de travail.** Des facteurs tels qu'une direction réceptive, la satisfaction professionnelle, la charge de travail, l'autonomie, un minimum d'interruptions, des effectifs suffisants, des soins de haute qualité aux patients et l'accès à des ressources de qualité sont ici essentiels. Les investissements porteront sur l'amélioration des ratios de personnel, l'offre d'un équipement de meilleure qualité et l'instauration d'un environnement positif, qui minimise le stress, y compris l'accès à une gamme complète de services de santé mentale. Le rendement de ces investissements est multiple : amélioration des résultats pour les patients, plus grande satisfaction au travail et diminution des coûts induits par la rotation du personnel.

- **Contexte de travail.** Il s'agit de la rémunération, de la culture organisationnelle, de la qualité de la gestion et de l'encadrement, ainsi que de la santé et de la sécurité au travail. Les investissements visant à améliorer les conditions de rémunération et à instaurer une culture organisationnelle positive peuvent s'avérer particulièrement efficaces. Les investissements dans l'amélioration du contexte de travail se traduisent par des taux de rétention plus élevés, ce qui permet de réaliser des économies en matière de recrutement et de formation, et par une main-d'œuvre plus stable, propice à de meilleurs résultats en matière de santé.
- **Contexte professionnel.** L'image de la profession infirmière auprès du grand public, les conditions du marché du travail, la sécurité de l'emploi, la satisfaction personnelle, les possibilités de formation et de perfectionnement professionnels, de même que les perspectives de carrière, sont autant de facteurs clefs. L'investissement dans le perfectionnement professionnel continu et dans des filières de carrière claires peut contribuer à fidéliser les infirmières. Cet investissement se traduit par de meilleurs soins aux patients, des processus innovants et plus efficaces, ainsi qu'une réputation d'excellence qui attire un personnel de qualité.
- **Facteurs démographiques.** Le fait de connaître certains facteurs démographiques – sexe, âge, situation familiale et niveau de formation de la main-d'œuvre infirmière, en particulier – permet d'adapter les stratégies de maintien en poste. Par exemple, la possibilité de travailler à temps partiel ou de bénéficier d'interruptions de carrière intéressera des personnes ayant une jeune famille ou suivant des études. L'investissement dans des stratégies adaptées aux caractéristiques démographiques se traduit par une main-d'œuvre plus diversifiée et plus flexible, mieux à même de répondre aux demandes changeantes des soins de santé (Almalki *et al.* 2012).

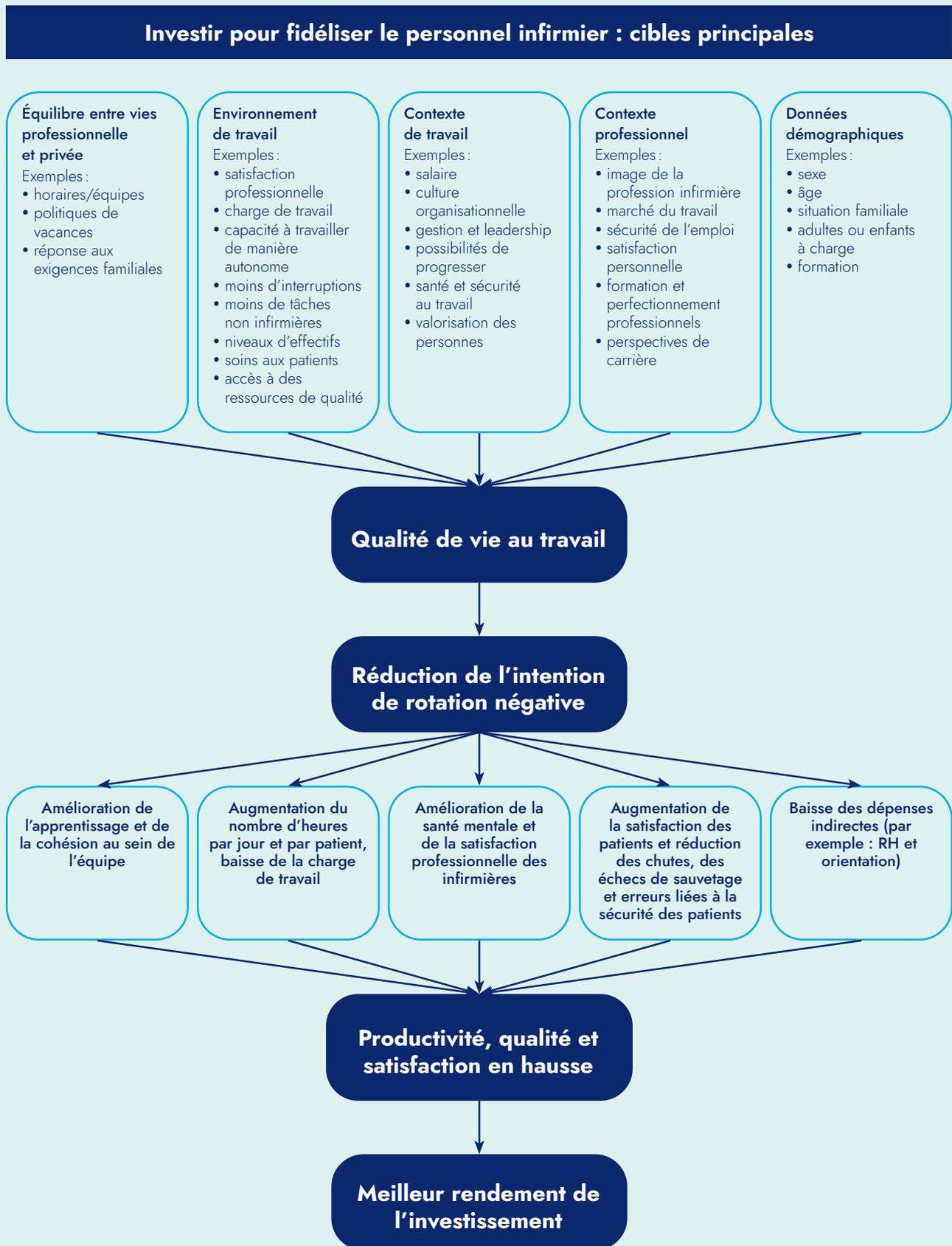
Investir dans ces stratégies permet non seulement de fidéliser le personnel infirmier, mais aussi de contribuer à un système de santé plus efficace et plus efficient. Le rendement n'est pas seulement financier, il comprend aussi des avantages intangibles, tels que l'amélioration du moral du personnel, l'amélioration des résultats et de la satisfaction des patients, et une meilleure qualité générale des soins.

**ÉTUDE
DE CAS****INVESTIR DANS LES INFIRMIÈRES CADRES : UNE STRATÉGIE
DE RÉDUCTION DES COÛTS DANS LES SOINS DE SANTÉ**

La société de conseil Press Ganey a mené une étude (Warshawsky, 2023) portant sur le développement d'infirmières cadres. L'auteur constate que les organismes de santé sont souvent confrontés à un taux élevé de rotation du personnel infirmier, en particulier lorsque des infirmières sont promues à des postes d'encadrement sans avoir reçu la formation adéquate. De ce fait, nombre d'infirmières cadres, qui ont généralement moins de quatre ans d'expérience en matière de direction, sont mal préparées à leurs nouvelles responsabilités. Le manque de compétences managériales de ces personnes, qui jouent un rôle crucial dans l'encadrement du personnel infirmier de première ligne, risque d'entraîner une baisse des performances et de la satisfaction de l'équipe.

Or, constate l'auteur de l'étude, l'investissement dans les infirmières cadres peut améliorer de manière importante les résultats pour le personnel et pour les patients. Les infirmières cadres performantes non seulement favorisent l'intention de rester au sein de leurs équipes, ce qui réduit le taux de rotation, mais elles améliorent aussi la qualité générale des soins. Cette amélioration se traduit par une diminution du nombre des chutes, infections du sang et infections urinaires dans leurs unités. D'un point de vue économique, les gains réalisés sont considérables : pour une unité de cinquante personnels infirmiers, une bonne gestion par l'infirmière cadre peut conduire à une économie estimée à 837 000 USD, outre une réduction considérable des coûts liés aux complications des soins. Ce cas montre la nécessité impérieuse pour les organismes de santé d'accorder la priorité et d'investir dans une formation complète des infirmières cadres aux fonctions d'encadrement, étant donné que ces investissements sont essentiels tant pour la qualité des soins aux patients que pour la viabilité financière.

Figure 12: Investir pour fidéliser le personnel infirmier : cibles principales



CHAPITRE

9

Obtenir des avantages économiques dans les soins de longue durée par un investissement stratégique dans les soins infirmiers

Nos infirmières.

Notre futur.



Joanne SPETZ,

PhD, FAAN, professeur à l'Institut d'études des politiques de santé, Université de Californie à San Francisco

Roy A. THOMPSON,

PhD, MSN, RN, chercheur postdoctoral, Université du Missouri

Laura M. WAGNER,

PhD, RN, FAAN, professeur à la faculté des sciences infirmières de l'Université de Californie à San Francisco

Le pouvoir économique des soins



Les interventions des infirmières dans les établissements de soins de longue durée peuvent améliorer la gestion de pathologies telles que le diabète et la démence, ce qui améliore la qualité de vie des résidents et réduit les coûts pour l'établissement.

Le vieillissement rapide de la population exerce une pression considérable sur les systèmes de soins de longue durée dans le monde entier. Avec l'allongement de l'espérance de vie et la baisse des taux de natalité, une part croissante de la population mondiale entre dans le troisième âge (OMS, 2015). On estime que 142 millions de personnes âgées auront besoin d'une assistance pour répondre à leurs besoins fondamentaux en 2022 (OMS, 2022f), le nombre de personnes ayant besoin d'aide devant augmenter de 100 millions entre 2015 et 2030 (OIT, 2019). Le taux de croissance variera d'une nation à l'autre. Les pays qui connaissent de plus grandes améliorations de l'espérance de vie seront simultanément confrontés à l'augmentation la plus rapide de leur population âgée, notamment la Chine (OCDE, 2023a) et les pays d'Amérique latine et des Caraïbes (OPS, 2019). Si, dans le monde entier, les familles, voisins et proches apportent déjà leur soutien aux personnes âgées, le vieillissement de la population génère une demande croissante de services de soins de longue durée de qualité. Cette demande pèsera sur les systèmes de santé à l'échelle mondiale, mettra à l'épreuve les budgets de santé et nécessitera de recruter et former un plus grand nombre de professionnels de santé pour répondre aux besoins particuliers des personnes âgées.

Les infirmières jouent un rôle indispensable et vital dans les systèmes de soins de longue durée. Les infirmières spécialisées dans ce type de soins prodiguent des soins infirmiers essentiels, apportent un soutien émotionnel et défendent les intérêts des résidents ou des patients confrontés à des problèmes de santé complexes. L'approche compassionnelle des infirmières contribue à améliorer le bien-être et la dignité des personnes qui reçoivent des soins de longue durée.

Les modèles infirmiers novateurs qui encouragent le leadership et la collaboration contribuent à de meilleurs résultats en matière de santé. Les interventions menées par le personnel infirmier dans les établissements de soins de longue durée peuvent améliorer la gestion de pathologies telles que le diabète et la démence, ce qui améliore la qualité de vie des résidents et réduit les coûts pour l'établissement. Les programmes et interventions de soins dirigés par le personnel infirmier ont des retombées économiques et cliniques positives, notamment parce qu'ils permettent d'éviter des coûts d'hospitalisation (Grabowski, O'Malley & Barhydt, 2007). Une étude a montré qu'INTERCARE, une initiative gérée par des infirmières en Suisse, a entraîné une réduction du nombre des hospitalisations et l'amélioration des résultats des soins prodigués aux personnes placées dans des maisons de retraite (Bartakova *et al.* 2022) ; ces améliorations

de la qualité ont généré à leur tour des retombées économiques positives pour le système de santé dans son ensemble. De même, l'amélioration de la formation des infirmières diplômées et des personnels auxiliaires travaillant dans les maisons de retraite peut générer des avantages économiques : un programme de formation à New York, axé sur la réduction des risques de chute, a ainsi entraîné une diminution notable du nombre de chutes et une réduction marquée des coûts (Teresi *et al.* 2013).

Les établissements de soins de longue durée doivent absolument disposer d'un nombre suffisant de personnels infirmiers. De nombreuses études ont montré qu'une meilleure dotation améliore les résultats pour les patients, ce qui se traduit en fin de compte par des économies sur les coûts des soins prodigués aux résidents. Un plus grand nombre d'heures de travail par jour et par résident est associé à une meilleure qualité de soins pour les infirmières diplômées et les infirmières auxiliaires à l'échelle internationale, y compris au Canada (Boscart *et al.* 2018), en République de Corée (Shin & Hyun, 2015), en Chine (Kwong *et al.* 2009) et aux États-Unis (Shin & Bae, 2012). Une meilleure dotation en personnel dans les établissements de soins de longue durée permet de réduire le nombre de chutes, l'agressivité et la détérioration de l'amplitude des mouvements chez les résidents. L'augmentation du nombre d'infirmières est bénéfique pour les résidents, notamment parce qu'elle permet de réduire les taux de lésions de pression, d'infections et de douleurs (Jutkowitz *et al.* 2023, Perruchoud *et al.* 2021). En revanche, l'instabilité du personnel contribue à l'augmentation du nombre de visites aux urgences, à la détérioration de la mobilité des résidents et à l'augmentation de l'aide requise pour les activités de la vie quotidienne (Mukamel *et al.* 2023). Une analyse économique portant sur les coûts du traitement des lésions de pression, des hospitalisations et des infections urinaires a révélé que l'augmentation du temps de travail des infirmières par jour de séjour se traduisait par un avantage financier net pour la société (Horn, 2008, Dorr *et al.* 2023). En optimisant la dotation ainsi que les compétences des infirmières spécialisées en soins de longue durée, les établissements peuvent atteindre la rentabilité tout en fournissant des soins de meilleure qualité, ce qui profite à la fois aux patients et aux systèmes de santé.

Les infirmières contribuent aussi à améliorer la santé et à réduire les coûts car elles peuvent s'occuper des personnes âgées au sein même des communautés, ce qui évite les transferts dans des établissements de soins de longue durée et des hôpitaux (Tappenden *et al.* 2012). Les infirmières participant au programme *Buurtzorg* de « soins de proximité », aux Pays-Bas, coûtent plus cher, à l'heure, que les approches de soins traditionnelles, mais les analyses montrent que ces infirmières expertes ont besoin de moins d'heures, ce qui entraîne finalement des économies. Les personnes âgées bénéficiant de ce modèle, qui a été adapté à l'échelle mondiale, sont très satisfaites et moins susceptibles d'avoir recours aux services hospitaliers d'urgence. De même, les infirmières qui travaillent dans le cadre du programme américain CAPABLE mettent au point des interventions centrées sur la personne pour maintenir les patients à domicile ; ces interventions sont axées sur des objectifs concernant la douleur, les médicaments, la dépression et la fonction physique, ce qui permet de réaliser des économies en réduisant le nombre d'admissions à l'hôpital et dans les maisons de retraite (Szanton *et al.* 2021).

L'investissement direct, par le biais de salaires plus élevés, dans le personnel infirmier des établissements de soins de longue durée est associé à une meilleure qualité des soins. Paradoxalement, il génère aussi un gain économique. La recherche fait état, en effet, d'une association positive entre, d'une part, un salaire horaire plus élevé pour le personnel d'assistance et, d'autre part, l'évaluation de la qualité des maisons de retraite (Allan & Vadean, 2023) ainsi que la diminution du taux de rotation des aides-soignants (Sharma & Xu, 2022). Les mesures favorables à des rémunérations plus élevées pour le personnel, comme le salaire minimum, sont associées à un plus grand nombre d'heures d'aide-soignante par jour de résidence ; ceci est probablement dû au fait que les salaires plus élevés attirent davantage de personnes dans les emplois de soins de longue durée (McHenry & Mellor, 2022, SharmaXu, 2022). Enfin, l'analyse coût-efficacité indique que l'allongement de la durée moyenne d'emploi des infirmières dans les maisons de retraite se traduit par une diminution des dépenses nettes, si l'on tient compte des économies réalisées grâce à la baisse des taux d'hospitalisation et de mortalité (Uchida-Nakakoji *et al.* 2016).

Dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, la croissance de la population âgée dépasse le taux de croissance moyen mondial et, bien que certains modèles de soins communautaires et résidentiels soient en train d'apparaître, les services y restent limités (OMS, 2017b). Il faut donc investir dans le renforcement de la main-d'œuvre, y compris dans les infirmières et le personnel d'assistance, pour aider les familles confrontées à de lourdes charges financières à s'occuper des personnes âgées (Essuman *et al.* 2018).

Investir dans les soins infirmiers n'est pas seulement bon pour la dignité de notre profession, c'est aussi une décision économique judicieuse. Les infirmières jouent en effet un rôle essentiel dans les soins et contribuent de manière importante à la viabilité financière de même qu'à l'efficacité des systèmes de santé dans le monde entier. Ces investissements sont essentiels pour plusieurs raisons :

- **Améliorer les connaissances des infirmières en matière de gérontologie et de soins de longue durée.** La formation des infirmières à l'élaboration et à la mise en œuvre d'interventions en faveur de la santé optimale des personnes âgées est bénéfique pour les personnes concernées et pour le système de santé, qui profite d'une réduction des coûts en aval. Les pouvoirs publics et les systèmes de santé devraient augmenter le financement de la formation des infirmières en gérontologie.
- **Améliorer la dotation en personnel infirmier dans les soins de longue durée.** Des recherches approfondies montrent l'importance d'un emploi adéquat et stable d'infirmières et de personnels auxiliaires, ainsi que d'un ratio optimal entre infirmières et patients. Ces mesures améliorent la qualité des soins et permettent de réaliser des économies en limitant l'apparition d'événements indésirables, le nombre de réadmissions à l'hôpital et la durée des séjours, tout en étant favorables à la dignité des résidents des établissements de soins de longue durée (Oosterveld-Vlug *et al.* 2013).
- **Soutenir le leadership et la recherche en soins infirmiers.** L'investissement dans des programmes de renforcement du leadership infirmier peut donner aux infirmières les moyens d'introduire, dans la pratique, des changements capables d'améliorer la qualité des soins de longue durée et de favoriser l'apparition de modèles de soins innovants, rentables et centrés sur le patient.
- **Augmenter les salaires des infirmières en soins de longue durée.** Globalement, les infirmières qui travaillent dans ce secteur sont moins bien rémunérées que leurs homologues qui travaillent dans les hôpitaux. Cette situation, préjudiciable tant aux infirmières qu'aux patients des établissements de soins de longue durée, se traduit par des coûts plus élevés dus à la rotation élevée du personnel et à l'altération de la qualité des soins.
- **Créer et étendre des modèles de soins interdisciplinaires dirigés par des infirmières.** Encourager la collaboration interdisciplinaire avec les infirmières permet de mieux coordonner les soins, d'améliorer les résultats pour les patients et d'éviter les dépenses inutiles liées à la fragmentation des soins.

Pour garantir la pérennité et l'efficacité des systèmes de soins de longue durée, il est impératif que les décideurs politiques, les administrateurs du système sanitaire et les autres parties prenantes prennent en compte les implications considérables des investissements dans les soins infirmiers. Ces investissements ouvriront la voie à un avenir où des soins de longue durée de qualité seront intimement liés à des gains économiques et garantiront de meilleures perspectives de santé pour la population vieillissante.

**ÉTUDE
DE CAS****COÛT-EFFICACITÉ DES INFIRMIÈRES PRATICIENNES
DANS SIX ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE LONGUE
DURÉE AU QUÉBEC**

Le vieillissement de la population s'accompagne, au niveau mondial, d'une demande sans précédent en services de soins de longue durée. La proportion de personnes âgées de 65 ans et plus devrait doubler d'ici à 2050, ce qui aura un impact particulier sur les personnes de plus de 75 ans, qui constituent le groupe démographique dont la croissance est la plus rapide et dont les besoins en matière de soins sont les plus importants (OMS, 2015). Cette tendance se retrouve dans l'Ontario (Canada), où l'on enregistre une augmentation marquée des besoins d'aide à la vie quotidienne pour les personnes âgées. Cette évolution démographique a entraîné une réévaluation de la qualité des soins et de la sécurité des patients dans les établissements de soins de longue durée. Au Québec, une étude novatrice relative à l'introduction d'infirmières praticiennes dans six établissements a porté sur une analyse des économies induites par la réduction, grâce à la présence de ces infirmières, du nombre des événements indésirables. Les résultats sont frappants : la présence d'infirmières praticiennes a permis de réduire l'incidence des chutes, des escarres, des délais de prise en charge et de la nécessité de transferts à court terme, ce qui s'est traduit par des économies de 1,9 à 3,3 millions de dollars canadiens (Tchouaket, Kilpatrick & Jabbour, 2020). La démarche améliore non seulement la qualité des soins, mais souligne également la rentabilité de l'extension du rôle d'infirmière praticienne au secteur des soins de longue durée.

CHAPITRE

10

Quantifier la valeur des services infirmiers en milieu hospitalier

Nos infirmières.

Notre futur.



Jack NEEDLEMAN,

PhD FAAN, Département de la politique et de la gestion de la santé,
Fielding School of Public Health, Université de Californie à Los Angeles



Suisse : Le service de soins infirmiers est complexe et, dans de nombreux hôpitaux, il s'agit du service le plus important.

Les soins de santé sont dispensés par le biais d'un réseau complexe, depuis les services primaires et préventifs au niveau du quartier jusqu'aux services tertiaires pointus dans les hôpitaux à haute technicité. Ces services nécessitent une main-d'œuvre nombreuse et diversifiée, comprenant des médecins, des infirmières et d'autres prestataires et personnels de soins, ainsi que d'autres types encore d'intervenants, notamment des techniciens, des agents de santé communautaire ou encore des guérisseurs traditionnels. Les infirmières constituent le personnel de base dans pratiquement tous les établissements de santé, et en particulier dans les hôpitaux, où elles évaluent les patients, dispensent les soins prescrits, coordonnent et facilitent l'accès aux soins d'autres prestataires et assurent l'éducation et le soutien des patients, entre autres activités. Pourtant, la contribution des infirmières et l'importance des services qu'elles fournissent sont souvent sous-évaluées.

L'une des raisons de cette sous-évaluation est la focalisation sur les infirmières en tant que catégorie de personnel ou facteur de coûts. Or, il vaut mieux considérer les soins infirmiers comme un service essentiel des hôpitaux. Les patients sont admis à l'hôpital plutôt que traités en ambulatoire parce qu'ils ont besoin de services infirmiers, un besoin qui s'étend aux soins de nuit et sur plusieurs jours. Tels qu'ils sont, les hôpitaux sont configurés pour fournir des services de soins infirmiers.

Le service infirmier est complexe et, dans de nombreux hôpitaux, le plus important à l'aune des coûts et du personnel employé. Ce service assure, entre autres, l'administration des médicaments et des soins prescrits, l'évaluation et la surveillance de l'état du patient et la mise en place d'interventions appropriées si nécessaire, le soutien psychosocial des patients et de leurs familles, l'éducation des patients, la coordination des soins avec d'autres services, les soins physiques et l'assistance dans les activités de la vie quotidienne, ainsi que la préparation du patient et de sa famille à la sortie de l'hôpital (Kitson *et al.* 2014, Needleman *et al.* 2006). Les services les plus complexes, qui requièrent des connaissances et une formation approfondies, sont assurés par des infirmières (professionnelles ou diplômées), dont les soins doivent être coordonnés avec ceux prodigués par d'autres membres de l'unité, notamment les infirmières auxiliaires, le personnel infirmier de soutien et les employés administratifs, ainsi qu'avec les médecins, les pharmaciens, les thérapeutes, les diététiciens et les autres membres du personnel qui s'occupent des patients dans les unités de soins infirmiers ou leur fournissent d'autres services. Les exigences cognitives et managériales imposées aux infirmières pour fournir ces services avec succès sont élevées (Ebright *et al.* 2003, Sitterding *et al.* 2012).

Dans de nombreux pays, des efforts importants sont consentis pour transférer les traitements vers des structures ambulatoires – qui emploient souvent, eux aussi, des infirmières professionnelles – et pour réduire la durée du séjour ou déplacer les journées de convalescence hors de l'hôpital. Ces efforts ont pour effet d'augmenter l'acuité en soins infirmiers pour les patients qui restent hospitalisés, lesquels ont davantage besoin des services fournis par les infirmières professionnelles et par le personnel infirmier en général.

Les attentes à l'égard des infirmières qui travaillent en milieu hospitalier sont augmentées, dans les pays à revenu faible et moyen, par la pénurie de personnels infirmiers et de médecins. La pénurie de médecins a entraîné un transfert généralisé, en direction souvent des infirmières, de tâches habituellement effectuées par le corps médical, notamment le diagnostic et la prescription. Une littérature de plus en plus abondante suggère que le transfert de tâches peut être efficace, car il permet d'augmenter la capacité effective dans le cadre de budgets limités ; l'OMS a publié une série de recommandations visant à garantir l'efficacité et la sécurité des soins ainsi délégués aux infirmières et à d'autres personnels non médecins (OMS, 2008). Ce transfert de tâches renforce encore le rôle central des infirmières et du service de soins infirmiers dans la prestation des soins aux patients hospitalisés (Munga *et al.* 2012).

Le fait de considérer les soins infirmiers comme un service essentiel, plutôt que comme une catégorie de personnel, peut accroître la valeur qui leur est attribuée. La question devient donc de savoir comment quantifier la valeur de ce service, et comment cette quantification détermine, à son tour, le niveau des ressources devant être allouées aux services de soins infirmiers. Si, en économie, la valeur est souvent mesurée par le prix que les consommateurs sont prêts à payer, cette mesure n'est pas nécessairement utile pour les soins hospitaliers et les services infirmiers, car de nombreux systèmes de paiement cachent les services prodigués par les infirmières et ne disent rien de leur valeur pour les soins aux patients ni de leurs résultats.

Dans de nombreux pays, les hôpitaux sont financés par des budgets globaux, provenant tantôt de sources publiques, tantôt de pools d'assurance. Ces budgets sont souvent établis en fonction de mesures approximatives de l'adéquation des moyens destinés à la prestation des services ; le budget « global » est reconduit d'année en année avec des ajustements mineurs pour tenir compte de l'inflation ou de changements de volume prévus, sans évaluation de son adéquation pour un service spécifique au sein de l'hôpital.

Dans les pays et systèmes où l'assurance est le vecteur d'achat des services de santé, on observe deux approches fondamentales de paiement, autres que les budgets globaux. La première approche consiste en un paiement pour chaque admission ou jour passé à l'hôpital, paiement parfois ajusté en fonction de l'acuité du patient mais ne prévoyant pas de financement pour des services spécifiques. Le système des « groupes de diagnostics » (*Diagnosis-Related Groups*, DRG) du Medicare (États-Unis) est un exemple de cette modalité de paiement. Dans ce système, il n'y a pas d'allocation ou affectation du paiement à des services précis, tels que soins infirmiers, radiologie, laboratoire ou salle d'opération.

Le second système est le paiement de services ou de fournitures individuels : médicaments, services de laboratoire, temps passé en salle d'opération, entre autres. Les services de soins infirmiers sont souvent inclus dans le prix quotidien de la chambre, avec la nourriture, le linge et le ménage, et étiqueté en fonction du type de chambre ou d'unité (par exemple : médecine, chirurgie, unité de soins intensifs). Les différences entre les types de chambres correspondent d'une part aux types de patients et à l'intensité des services dont ils ont besoin, d'autre part au niveau de soins infirmiers requis pour répondre à ces besoins. Mais l'étiquetage cache le fait que les types de chambres reflètent les niveaux de dotation en personnel infirmier et d'organisation des services infirmiers fournis aux patients dans les unités concernées. Le fait d'intégrer les soins infirmiers dans une catégorie de chambre qui comprend aussi des fournitures et de la main-d'œuvre non qualifiée revient à dévaloriser les infirmières professionnelles et les services qu'elles assurent.

Certains pays s'efforcent de donner davantage de visibilité aux services infirmiers fournis dans ces unités afin de mieux les valoriser. Aux États-Unis, par exemple, une institution privée, la Commission for Nurse Reimbursement, tente d'introduire des changements dans les systèmes de paiement des hôpitaux afin d'améliorer le modèle actuel d'évaluation et de paiement des

services infirmiers (Commission for Nurse Reimbursement, 2024). Entre autres options, la Commission envisage de compter séparément des autres soins, dans les groupes de diagnostic, la composante infirmière ; et, dans les systèmes de paiement à l'acte, de facturer séparément les frais relatifs aux services infirmiers, soit par le calcul de frais moyens en fonction du type d'unité, soit par le calcul de frais ajustés en fonction de l'activité au niveau du patient. Bien que ces efforts, et d'autres similaires, puissent rendre les services infirmiers plus visibles, le financement public des budgets et le remboursement global des soins par l'assurance continueront à isoler le consommateur des décisions relatives à la quantité de soins à acheter et à ce que seraient un prix et une évaluation acceptables des services infirmiers.

Si le prix et les niveaux de paiement ne sont pas utiles pour quantifier la valeur des soins infirmiers, quelles sont les alternatives ? Une approche consisterait à établir un modèle clair de ce que le service de soins infirmiers doit accomplir et comment sa performance doit être mesurée par rapport à ces attentes. Imaginons un service infirmier efficace et de grande valeur, dans lequel les soins prescrits sont dispensés en temps voulu, les patients et leurs familles sont préparés de manière adéquate à la sortie, les patients sont protégés contre les préjudices et les erreurs, un traitement approprié et opportun est mis en place pour les complications indésirables — qu'elles soient dues à des processus pathologiques normaux ou à des lacunes dans les soins — ; et dans lequel les soins sont dispensés de manière efficace, sans retard, de manière à limiter la durée du séjour et de l'hospitalisation. Une telle situation peut-elle permettre de donner une définition de la valeur, et peut-elle être utilisée pour mesurer la qualité des soins et évaluer si le service infirmier est doté d'un personnel et d'une organisation permettant d'assurer des soins sûrs, appropriés et efficaces ?

La littérature sur l'économie des soins infirmiers tente d'évaluer cet aspect. Les hôpitaux ne pouvant fonctionner sans infirmières, personne n'a essayé d'évaluer la valeur du service infirmier à partir d'une « base zéro ». En pratique, les dirigeants de chaque établissement fixent, pour chaque unité, une dotation en personnel en fonction de leur jugement professionnel, des projections de revenus et de budget, et de la disponibilité d'infirmières professionnelles et autres membres du personnel à embaucher. Ce jugement professionnel initial intègre parfois des évaluations de valeur ou des jugements sur ce qui constitue une dotation adéquate. Les plans sont parfois modifiés en fonction d'obligations réglementaires ou liées à l'accréditation. De même, l'accessibilité financière et la disponibilité de la main-d'œuvre peuvent également modifier les décisions relatives aux niveaux de dotation en personnel. D'un hôpital à l'autre, nous observons d'importantes variations dans les jugements de valeur et les niveaux de dotation effectivement observés.

Des économistes et d'autres chercheurs ont exploité les différences de dotation en personnel entre établissements pour mesurer la valeur à la marge et répondre ainsi à la question suivante : quels seraient les avantages d'une augmentation de la dotation en personnel infirmier dans les établissements où cette dotation est faible ? Les indicateurs utilisés par cette recherche sont nombreux, notamment le nombre total de décès de patients ou le nombre de décès de patients présentant des complications évitables ou acquises à l'hôpital (échec du sauvetage) ; les taux de complication d'un large éventail d'infections, chocs et arrêts cardiaques ; les réadmissions, la durée du séjour et les coûts globaux par admission. Les analyses de la durée de séjour ont montré que les jours associés au traitement des complications acquises à l'hôpital ne représentent qu'une partie des durées de séjour plus longues, ce qui suggère que les retards dans les soins ou dans la préparation à la sortie contribuent de manière substantielle aux variations de la durée de séjour entre les hôpitaux, ce qui en fait une mesure de l'efficacité des soins et de la qualité.

Dans cette recherche, les variations ajustées au risque des taux, de la durée du séjour ou des coûts sont calculées de manière régressive en fonction d'un modèle d'ajustement du risque au niveau du patient qui tient compte de facteurs qui, toujours au niveau du patient, peuvent contribuer au résultat ; de facteurs institutionnels, tels que le niveau de formation ou le niveau de technologie, qui peuvent influencer les risques, le coût des soins ou la durée du séjour ; et d'indicateurs servant à décrire le service infirmier, y compris les niveaux de dotation et le mélange de compétences du personnel. Les indicateurs utilisés pour caractériser le service infirmier varient d'une étude à l'autre, mais comprennent toujours les heures consacrées par les infirmières professionnelles et auxiliaires à chaque patient ; les heures par patient fournies par

l'ensemble du personnel infirmier, y compris les infirmières professionnelles et le personnel d'assistance ; la proportion des heures de soins infirmiers fournies par les infirmières professionnelles ; le nombre moyen de patients assignés à chaque infirmière ; et, pour les infirmières professionnelles et le personnel d'assistance, les écarts par rapport aux heures-cibles par patient. Les heures-cibles sont définies soit par des systèmes formels qui prennent en compte les données individuelles des patients et utilisent un système propriétaire pour estimer les heures de soins nécessaires pour chaque patient ; soit par une évaluation du patient sur la base d'une estimation holistique de ses besoins en soins infirmiers ; soit, enfin, par la moyenne ou la médiane des heures dans l'unité, en tant que norme informelle. La recherche a été menée dans le monde entier, notamment aux États-Unis, en Europe, en Thaïlande et en Australie.

Dans l'ensemble des résultats et contextes étudiés, ainsi que dans le large éventail de mesures de dotation en personnel infirmier et d'organisation des unités, les résultats de cette recherche sont cohérents et doivent être considérés comme fiables (Dall *et al.* 2009). L'une des principales conclusions est que les événements indésirables et la durée du séjour sont plus élevés dans les hôpitaux où le nombre d'heures de soins infirmiers est plus faible, où le nombre d'heures d'infirmières professionnelles par patient est plus faible et où la part des infirmières professionnelles ou diplômées dans le personnel infirmier est plus faible.

Ces résultats montrent implicitement que, même si les niveaux de dotation en personnel dans les hôpitaux dotés d'un personnel plus nombreux sont suffisants pour garantir des soins infirmiers sûrs, fiables et efficaces, il existe un grand nombre d'hôpitaux dans lesquels la sécurité, la fiabilité et l'efficacité seraient améliorées si l'on augmentait le nombre d'heures de soins infirmiers professionnels par patient.

La question de la valeur consiste à savoir si les coûts supplémentaires induits par l'augmentation du nombre d'heures de soins infirmiers professionnels sont justifiés par les économies réalisées grâce à la réduction du nombre d'événements indésirables et d'admissions, ainsi que par la valeur ajoutée que représente l'amélioration des soins pour les patients. Plusieurs études bien conçues et réalisées à l'aide de différentes méthodes abordent la question de la réduction des coûts (Needleman *et al.* 2006, Dall *et al.* 2009, Martsolf *et al.* 2014, Griffiths *et al.* 2016) ; d'autres études évaluant le coût et le rapport coût-efficacité de l'amélioration de la dotation en personnel sont résumées dans une revue systématique réalisée par Griffiths et ses collègues (Griffiths *et al.* 2021).

L'analyse des économies ou effets compensatoires que l'on obtient en modifiant le mélange de compétences, c'est-à-dire en ayant recours à du personnel infirmier auxiliaire ou à des infirmières moins bien formées pour remplacer des infirmières professionnelles ou diplômées, apporte des réponses claires : ces stratégies de dotation en personnel et d'organisation réduisent certes les coûts, mais le coût de l'allongement de la durée du séjour et des événements indésirables qu'elles induisent est supérieur aux économies réalisées. En d'autres termes, les hôpitaux perdent de l'argent lorsqu'ils déqualifient leur personnel.

En ce qui concerne les heures de soins infirmiers par patient, en particulier les heures d'infirmières professionnelles ou diplômées, l'augmentation du nombre d'heures réduit les événements indésirables et la durée du séjour. Les économies obtenues par l'incidence réduite de ces événements et coûts varient considérablement : certaines études concluent à des économies nettes, tandis que d'autres ne constatent qu'une récupération partielle des coûts, à des niveaux correspondant approximativement à la moitié ou aux deux tiers du coût des heures supplémentaires.

Cependant, le fait de ne considérer que le coût net supporté par les hôpitaux ne rend pas compte de la valeur que constitue, pour les patients, la réduction du risque de décès, de préjudice ou de prolongation de la durée du séjour. L'étude de Griffiths et de ses collègues sur les coûts et le rapport coût-efficacité exploite les données de neuf études pour estimer, dans les études qui ne montrent pas de recouvrement total des coûts, le coût net par vie sauvée (Griffiths *et al.* 2023). Les estimations varient, mais l'estimation médiane est de \$21 016 USD par vie sauvée, ce qui se situe bien dans la fourchette standard des coûts acceptables dans les études coût-efficacité. L'accent mis sur la mortalité sous-estime d'autre part la valeur des soins infirmiers, car il ne tient pas compte de la valeur supplémentaire que les patients attribueraient au fait d'éviter une infection et de sortir de l'hôpital en temps voulu.

Si l'on considère l'ensemble des études, il apparaît clairement que la dotation en personnel des services infirmiers à des niveaux qui garantissent des soins sûrs, fiables et efficaces apporte aux patients une valeur égale ou supérieure au coût de cette dotation. Dans ces conditions, comment fixer des niveaux de dotation appropriés et comment atteindre ces niveaux au quotidien ?

Le premier enjeu consiste à définir, en fonction du nombre prévu de patients ainsi que de l'acuité moyenne des patients dans chaque unité de l'hôpital, une dotation de base qui garantisse la fourniture de soins sûrs, fiables et efficaces. Il existe plusieurs mécanismes pour ce faire : les niveaux et modèles de dotation appliqués par les hôpitaux mieux dotés en personnel et obtenant de meilleurs résultats peuvent servir de repère ou de point de référence pour une dotation adéquate.

Plusieurs systèmes, commerciaux ou publics, de dotation en personnel sont déjà utilisés. L'agence irlandaise de financement de la santé applique un *Framework for Safe Nurse Staffing and Skill Mix*, qui est décrit comme une « approche systématique, triangulée et fondée sur des données probantes pour déterminer la dotation en personnel infirmier (y compris les rôles d'infirmière et d'assistant de soins de santé) et le mélange de compétences, sur la base de l'acuité et de la dépendance des patients » (Gouvernement de l'Irlande, 2024). Ce modèle s'appuie sur une version adaptée d'un système commercial de projection de la dotation, TrendCare, qui exploite des informations au niveau du patient pour générer des estimations, pondérées par l'intensité des soins infirmiers, des heures nécessaires dans une unité et une équipe données.

D'autres systèmes prévoient une rubrique explicite pour classer manuellement les patients, puis une estimation standardisée des heures de personnel infirmier nécessaires pour les patients de chaque catégorie, pour produire enfin une estimation des heures nécessaires pour telle équipe dans telle unité. Le *National Health Service Safer Nursing Care Tool* du Royaume-Uni est un exemple de ce système, dont l'adoption nécessite souvent une adaptation aux modèles locaux de soins infirmiers. Parce qu'ils se concentrent sur l'acuité des patients pour estimer les heures, les niveaux de dotation en personnel doivent parfois être ajustés d'une équipe à l'autre pour refléter les variations dans les niveaux de formation et d'expérience des infirmières professionnelles, niveaux qui déterminent le nombre de patients dont une infirmière moins expérimentée est capable de s'occuper pendant son quart.

Les normes de dotation adoptées doivent être contrôlées afin de s'assurer qu'elles permettent d'atteindre les objectifs de sécurité, de fiabilité et d'efficacité des soins, c'est-à-dire de garantir que le service infirmier apporte la valeur que les patients sont en droit d'attendre. Les systèmes de contrôle doivent évaluer les données en temps quasi réel pour vérifier l'adéquation de la dotation en personnel au niveau des équipes ; dans la durée, les systèmes doivent permettre d'évaluer si le modèle de dotation sous-jacent est suffisant. Entre autres indicateurs que l'on propose d'utiliser pour cette modélisation, citons la durée du séjour et les sorties retardées, les événements indésirables – y compris certains signes particulièrement alarmants, tels que l'incapacité à administrer les analgésiques nécessaires dans un délai de 30 minutes –, ainsi que les informations que se transmettent les infirmières entre elles au sujet de soins manqués ou retardés, ou sur les niveaux d'effort inhabituellement élevés requis pour répondre aux besoins de tels ou tels patients au cours d'une période de travail. La conception initiale des systèmes fondés sur l'acuité, leur adaptation à la charge de travail et aux modèles infirmiers locaux, ainsi que la mise en œuvre des régimes de surveillance, nécessitent de faire appel à l'expertise et au jugement professionnel d'infirmières qualifiées.

Deux autres défis doivent être relevés afin que les effectifs soient suffisants pour apporter de la valeur aux patients et garantir des soins sûrs, fiables et efficaces. Le premier défi est de mettre au point des systèmes qui permettent d'augmenter rapidement les effectifs, c'est-à-dire de faire venir des infirmières supplémentaires pour faire face à une augmentation du nombre de patients, à une acuité inhabituellement élevée des patients au sein d'une unité ou à des absences du personnel. Il existe plusieurs moyens pour y parvenir. L'un d'entre eux consiste à budgétiser le personnel à des niveaux supérieurs à l'objectif prévu, ce qui revient à créer un tampon pour absorber les augmentations de la charge de travail d'une équipe à l'autre (Griffiths *et al.* 2021). Un autre moyen consiste à constituer des pools d'infirmières pouvant être appelées au pied levé, qu'il s'agisse d'infirmières d'autres unités ayant reçu une formation polyvalente et pouvant être déplacées en fonction des variations du nombre de patients, ou d'infirmières employées

par l'hôpital et pouvant être appelées pour assumer des quarts en fonction des besoins. Une autre solution enfin est d'entretenir des relations avec des agences externes de recrutement. Le choix entre ces options dépendra du budget, de la capacité de gestion et de la disponibilité des infirmières dans les communautés pour assumer l'un ou l'autre de ces rôles.

Un troisième défi réside dans l'affectation équitable des patients aux infirmières. Des systèmes tels que TrendCare ou le NHS Safer Nursing Care Tool tiennent compte du fait que l'acuité infirmière des patients d'une unité et d'une équipe donnée peut varier. Étant donné la domination du modèle de soins infirmiers primaires, dans lequel un groupe de patients individuels est assigné à une infirmière à chaque quart de travail, pour donner à l'infirmière suffisamment de temps pour répondre aux besoins des patients qui lui ont été assignés, on veillera à ce que les affectations tiennent compte tant des besoins des patients en soins infirmiers que de l'expérience des infirmières concernées. Ainsi, une affectation équitable, qui égalise la charge de travail, pourra se traduire par le fait que telle infirmière se voit confier deux ou trois patients de plus grande acuité, tandis que telle autre se voit confier cinq ou six patients de faible acuité. Certains modèles s'éloignent du modèle strict de soins infirmiers primaires en recourant à des infirmières virtuelles, à des infirmières « flottantes », sans affectation fixe de patients, et à d'autres modèles de soins. Ces modèles doivent être expérimentés et testés de manière rigoureuse afin de s'assurer qu'ils sont aussi efficaces pour fournir des soins de qualité et de grande valeur ; les systèmes d'organisation des services infirmiers et d'estimation des heures nécessaires doivent être révisés pour s'adapter à ces modèles alternatifs.

Le service infirmier est le service le plus important dans les hôpitaux, avec des charges de travail complexes et des exigences cognitives et managériales élevées pour chaque membre du personnel infirmier. La recherche le montre : pour que ces services soient assurés de manière sûre, fiable et efficace, c'est-à-dire pour que les patients reçoivent toute la valeur qu'ils sont en droit d'attendre lorsqu'ils sont hospitalisés, les infirmières qui dispensent les soins doivent disposer de suffisamment de temps, de formation et de soutien pour effectuer leur travail. Les organisations doivent adopter des stratégies de gestion des services infirmiers qui permettent d'allouer les ressources de manière efficace et de s'adapter aux variations quotidiennes et d'une équipe à l'autre en ce qui concerne le nombre de patients, l'acuité et les éventuelles absences de personnel. Les organisations doivent également contrôler les soins fournis par le service infirmier afin d'identifier les cas où ces soins ne sont pas à la hauteur des attentes des patients.

CHAPITRE

11

Mesurer les avantages économiques des modèles de soins primaires intensifs en soins infirmiers

Nos infirmières.

Notre futur.



Damien CONTANDRIOPOULOS,
MSc PhD, Professeur, Université de Victoria

Katherine BERTONI,
MN, NP-F, CDE, PhD(c), Professeur associé, Université de Victoria

Le pouvoir économique des soins



Davao Oriental, municipalité de Baganga, Philippines, après le passage du typhon Bopha. L'ajout de services de soins primaires dispensés par des infirmières améliore l'accessibilité et répond aux besoins de soins non satisfaits.

Introduction

Dans les années 1960, la menace d'une pénurie de médecins planait sur l'Amérique du Nord. Cette crainte d'une crise imminente dans les soins de santé a été le point de départ d'une transformation profonde du paysage des soins primaires dans le monde entier : les premiers programmes d'infirmières praticiennes ont été créés, de nouveaux services dirigés par des infirmières ont ouvert leurs portes et, plus généralement, les infirmières ont retrouvé leur position centrale en première ligne de la prestation des soins primaires (OMS, 2020). Dans les années 1970, de très nombreuses publications scientifiques (Flynn, 1974, Chambers *et al.* 1977) ont décrit et évalué le rôle essentiel que les infirmières pouvaient jouer dans la prestation des soins primaires.

Au cours des deux dernières décennies, les soins primaires sont devenus le pilier des systèmes de santé (Starfield *et al.* 2005) et se sont transformés en un travail d'équipe. Au sein des nouvelles équipes de soins primaires, les infirmières constituent le groupe de professionnels le plus important. Nous utilisons l'expression « intensif en soins infirmiers » pour décrire les modèles de prestation de soins primaires dans lesquels les infirmières jouent un rôle central, y compris les modèles dans lesquels les infirmières font partie d'équipes dirigées par des médecins (Delamaire & Lafortune, 2010, Loussouarn *et al.* 2019) ainsi que les modèles d'équipes multidisciplinaires dirigées par des infirmières (Laurant *et al.* 2009, Martinez-Gonzalez *et al.* 2014).

Tout au long de cette période, des appels ont été lancés pour que les recherches se concentrent à l'avenir sur la rentabilité et l'efficacité des nouveaux modèles afin d'encourager les modèles de

En 2020, la province canadienne de la Colombie-Britannique a introduit un nouveau modèle de cliniques de soins primaires dirigées par des infirmières. Nos propres recherches ont montré l'amélioration substantielle que ce modèle a apportée à l'expérience des patients en matière de soins, ainsi que son effet positif sur leur santé physique (Contandriopoulos *et al.*, 2023a). Notre recherche a également révélé que le modèle était légèrement plus rentable que la prestation de soins similaires par des médecins (Contandriopoulos *et al.*, 2023b).

soins intensifs en personnel infirmier. Au fil des ans, la solidité des preuves étayant la sécurité, la qualité et le bien-fondé des modèles de soins primaires à forte intensité en soins infirmiers est devenue indiscutable (Bonsall & Cheater, 2008, Horrocks *et al.* 2002, Laurant *et al.* 2009, Laurant *et al.* 2018, Martínez-Gonzalez *et al.* 2014, McMenamin *et al.* 2023, Morilla-Herrera *et al.* 2016, Newhouse *et al.* 2011, Randall *et al.* 2017). L'impact économique des soins primaires dispensés par des infirmières, en revanche, reste relativement peu étudié (Checa *et al.* 2022, Laurant *et al.* 2009, Martínez-González *et al.* 2015, Randall *et al.* 2017, Tsiachristas *et al.* 2015, McMenamin *et al.* 2023).

Difficulté de quantifier les économies réalisées

Dans son rapport sur la situation du personnel infirmier dans le monde, l'OMS (OMS, 2020) a appelé les gouvernements et les organismes de réglementation à renforcer et à élargir le rôle des infirmières dans la prestation des soins primaires. Cet appel s'inscrit dans le droit fil de la littérature internationale (Delamaire & Lafortune, 2010, National Academies of Sciences *et al.* 2021), qui démontre que l'augmentation du nombre d'infirmières dans les soins primaires et l'élargissement de leur domaine de pratique peuvent améliorer l'accessibilité et la qualité des soins, améliorer la satisfaction des patients et réduire les coûts, soit directement, soit en réduisant la demande en soins aigus (Newhouse *et al.* 2011, Randall *et al.* 2017).

Toutefois, la mesure des avantages économiques des modèles de soins primaires intensifs en personnel infirmier s'accompagne de nombreux problèmes conceptuels et méthodologiques. Tout d'abord, l'implication d'un plus grand nombre d'infirmières dans les soins primaires, ainsi que l'élargissement de leurs responsabilités, peuvent se faire selon deux méthodes. La première consiste à remplacer d'autres professionnels de santé par des infirmières, par le biais de ce que l'on appelle souvent le transfert de tâches (*task shifting*) (Martínez-González *et al.* 2015) ou de l'optimisation du mélange des compétences (*skill-mix optimization*) (Kernick & Scott, 2002). L'autre méthode consiste à augmenter le volume global des soins ou à introduire de nouveaux services.

Les infirmières peuvent remplacer les médecins dans certaines situations, y compris dans le modèle de soins dirigé par les infirmières. L'ajout de services de soins primaires dispensés par des infirmières améliore l'accessibilité et répond aux besoins de soins non satisfaits. Parmi les exemples bien documentés d'ajout de nouveaux services, on peut citer les premières expériences du National Health Service au Royaume-Uni, telles que les consultations téléphoniques le jour même avec des infirmières (Campbell *et al.* 2014) ou l'intégration d'infirmières gestionnaires de cas dans les équipes de soins primaires, pour soutenir les patients atteints de maladies chroniques (Checa *et al.* 2022, Crowe *et al.* 2019).

Il appartient aux économistes de déterminer si l'effet des modèles de soins primaires intensifs en personnel infirmier sur l'efficacité s'explique par la substitution ou par l'addition. Dans la réalité, la distinction entre substitution et addition est souvent floue. Par exemple, telle nouvelle clinique de soins primaires et dirigée par une infirmière praticienne qui accueille de nouveaux patients peut être considérée simultanément comme une substitution – des infirmières reprennent des services qui étaient auparavant prodigués uniquement par les médecins – et comme un ajout – les infirmières introduisent de nouveaux services pour répondre à des besoins de soins qui n'étaient pas satisfaits auparavant (Contandriopoulos *et al.* 2023a). De même, cette clinique peut à la fois améliorer l'accessibilité en offrant des services supplémentaires, et réduire le nombre de visites aux urgences, ce qui constituerait une forme de substitution (Chambers *et al.* 1977, National Academies of Sciences *et al.* 2021). Ce mélange de substitution et d'addition est particulièrement prononcé et complexe dans le contexte des cliniques médicales traditionnelles qui évoluent vers des modèles interprofessionnels (Loussouarn *et al.* 2019).

Coûts, produits et résultats

La complexité de la relation entre modèles et résultats rend difficile d'évaluer les coûts et les avantages des nouveaux modèles de soins primaires à forte intensité de soins infirmiers.

Plusieurs études très solides ont comparé le coût des soins dispensés par les infirmières – généralement des infirmières praticiennes – au coût des soins dispensés par les médecins. Cette littérature montre, en général, que les coûts des services dirigés par des infirmières sont

similaires (Lafortune, 2010, Liu *et al.* 2020, Hollinghurst *et al.* 2006, Venning *et al.* 2000) ou légèrement inférieurs (Dierick-van Daele *et al.* 2010, Fall *et al.* 1997, Anthony *et al.* 2019, Perloff *et al.* 2016, Roblin *et al.* 2004). Malheureusement, la plupart de ces économies sont dues au fait que les salaires des infirmières sont inférieurs à ceux des médecins. Trop payer les médecins et ne pas payer assez les infirmières n'est pas une solution viable.

Dans le contexte de la substitution, une autre difficulté consiste à évaluer dans quelle mesure les soins fournis par les infirmières sont comparables à ceux qui étaient auparavant dispensés par les médecins. En résumé, les résultats cliniques mesurables sont systématiquement jugés équivalents (Clarke *et al.* 2004, Dierick-van Daele *et al.* 2009, Fall *et al.* 1997, Horrocks *et al.* 2002, Kinnersley *et al.* 2000, Laurant *et al.* 2018, Bonsall & Cheater, 2008, McMenamin *et al.* 2023, Munding *et al.* 2000), bien que la satisfaction des patients tende à être plus élevée s'agissant des services des infirmières (Clarke *et al.* 2004, Fall *et al.* 1997, Horrocks *et al.* 2002, Kinnersley *et al.* 2000, Laurant *et al.* 2018, Martinez-Gonzalez *et al.* 2014, Randall *et al.* 2017, Shum *et al.* 2000, Venning *et al.* 2000). Le problème est que les comparaisons directes de coûts n'ont de sens que pour les services raisonnablement substituables, lorsque les soins fournis sont encore différents. En d'autres termes, le prix des oranges n'est pas d'une grande utilité pour déterminer le nombre de pommes à acheter.

L'introduction de nouveaux services augmente invariablement les coûts à court terme (Chambers *et al.* 1977), même si ces coûts sont susceptibles d'être compensés par des gains à long terme en matière de santé et de bien-être. Néanmoins, il est encore courant d'axer les évaluations économiques exclusivement sur les coûts directs (Chambers *et al.* 1977, Fall *et al.* 1997). Idéalement, les évaluations devraient englober les coûts tant directs, tels que la rémunération des infirmières, qu'indirects, soit les dépenses liées aux séjours à l'hôpital, aux diagnostics, aux ordonnances et aux transferts vers d'autres services, notamment. Les études devraient également adopter une optique de retour sur investissement afin de prendre en compte les économies à long terme qui peuvent être réalisées en proposant des soins préventifs, qui permettent en fin de compte d'éviter le recours ultérieur à des services plus coûteux (Chambers *et al.* 1977, Benmarhnia *et al.* 2017, Brousselle *et al.* 2016). Mais le problème le plus ardu consiste à prendre en compte des éléments difficilement quantifiables, tels que le bien-être et la santé des individus et des communautés. Plusieurs indicateurs, tels que les années de vie ajustées en fonction de la qualité (AVAQ), ont été conçus pour offrir des mesures plus complètes de l'effet des interventions sanitaires; quelques études sur le terrain se sont appuyées sur ces mesures pour évaluer les modèles de soins intensifs infirmiers (Checa *et al.* 2022, Ndosoi *et al.* 2014), avec des résultats mitigés.

Nécessité d'une action politique

L'évaluation des avantages économiques des soins primaires dispensés par des infirmières se heurte à une difficulté majeure, à savoir l'évaluation des résultats finals (Marmot, 2007, Brousselle *et al.* 2016). Une grande partie de la recherche se concentre sur les résultats, tels que les coûts moyens par visite, par patient ou par épisode, en accordant peu d'attention à ce que pourraient être les résultats finals (Evans *et al.* 2010, Kernick & Scott, 2002). Selon nous, il faut concevoir des modèles de soins primaires qui produisent les meilleurs résultats possibles pour les personnes et leurs communautés, et non pas se contenter de rechercher l'option la moins chère pour prodiguer des services à court terme (Benmarhnia *et al.* 2017, Brousselle *et al.* 2016).

Il n'est pas judicieux de retarder la généralisation de ces modèles jusqu'à ce que des preuves supplémentaires soient disponibles. Toutes les données disponibles indiquent déjà clairement qu'il est opportun et rentable d'explorer la voie d'un plus grand nombre d'infirmières en soins primaires. L'ampleur des économies ou des gains d'efficacité potentiels dépend toutefois d'une multitude de facteurs interdépendants, ainsi que de l'efficacité des modèles pris individuellement et de la manière dont ils sont conçus.

Notre examen des données probantes sur les avantages économiques de la généralisation des modèles de soins primaires intensifs en soins infirmiers s'inscrit dans le droit fil de l'appel à l'action lancé par l'OMS (2020) en faveur de l'accessibilité et de la qualité, afin que les personnes et les communautés soient en meilleure santé.

- Les données disponibles montrent qu'un plus grand nombre d'infirmières offrant un éventail plus large de services de soins primaires est un moyen efficace et efficient d'améliorer l'accès à des soins de qualité.
- Les modèles à forte intensité en personnel infirmier peuvent être conçus de manière à être plus rentables que les modèles purement médicaux.
- Les analyses du retour sur investissement de la mise en œuvre de modèles de soins primaires à forte intensité en soins infirmiers devraient tenir compte des effets à plus long terme, tels que les maladies évitées et l'amélioration du bien-être.

ÉTUDE DE CAS

À L'AVANT-GARDE DE LA TRANSFORMATION DES SOINS DE SANTÉ – LES PROGRÈS DES INFIRMIÈRES PRATICIENNES EN ISRAËL

(Dr Shoshy Goldberg, Dr Hilla Fighel, Dr Rivka Hazan-Hazoref)



Le système de santé israélien s'est engagé sur la voie de la transformation en intégrant à son dispositif des infirmières praticiennes, une démarche motivée par le besoin urgent de répondre au vieillissement de la population et à la progression des maladies chroniques. Le ministère de la santé a pris conscience du fait que les infirmières constituent une ressource de qualité, capable de jouer un plus grand rôle dans le système de santé, à condition qu'on leur accorde davantage de pouvoir et de moyens d'action. Cela a conduit à un élargissement du domaine de pratique des infirmières praticiennes, sur la base de leurs capacités à prodiguer des soins spécialisés et de haute qualité. Cette évolution stratégique reconnaît la contribution unique des infirmières praticiennes à la fourniture de soins spécialisés, à l'amélioration de la disponibilité des services et à la réponse aux besoins des patients par des approches de soins personnalisées.

L'amendement récent à la loi sur les pharmaciens, qui autorise désormais les infirmières praticiennes à prendre l'initiative de prescrire des médicaments, a changé la donne, en faisant des infirmières praticiennes des cliniciennes indépendantes et en allégeant la charge qui pèse sur le système de santé. Avec ce changement, qui entrera officiellement en vigueur en août 2024, environ 700 infirmières praticiennes en Israël sont prêtes à assumer un rôle élargi, avec des efforts constants pour développer leur pratique en accord avec les progrès technologiques et les demandes de soins de santé. Cette initiative reflète l'engagement d'Israël en faveur d'un modèle de soins centré sur le patient, et constitue un exemple pour le monde de la manière dont la planification stratégique et le soutien législatif peuvent permettre d'intégrer avec succès les infirmières praticiennes dans un système de santé national.

CHAPITRE

12

Rendre la profession infirmière plus attrayante, une condition pour consolider les systèmes de santé

Nos infirmières.

Notre futur.



Gaétan LAFORTUNE,

Économiste principal à la Division de la santé de l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE)



*Beyrouth, hôpital universitaire Rafik Hariri.
Pour attirer un nombre suffisant de nouvelles
recrues dans le secteur des soins infirmiers et
retenir les infirmières existantes dans la profession,
il faut les récompenser suffisamment.*

Résumé

La pandémie de COVID-19, la montée de l'inflation et la crise du coût de la vie ont attiré l'attention sur le revenu des infirmières, avec en particulier la crainte que la rémunération ne soit pas suffisante pour attirer et retenir les infirmières dans les hôpitaux, les maisons de retraite ou au sein de la communauté. Le *Panorama de la santé 2023* a montré qu'en moyenne, dans les pays membres de l'OCDE, la rémunération des infirmières travaillant à l'hôpital en 2021 était supérieure de 20% au salaire moyen de l'ensemble des employés à temps plein, mais qu'il existait de grandes variations d'un pays à l'autre. Si, dans certains pays, les infirmières gagnent 50% de plus que le travailleur moyen, dans d'autres, le revenu des infirmières reste inférieur à la moyenne de l'ensemble de l'économie. De plus, si la rémunération des infirmières en termes réels a augmenté considérablement au cours de la dernière décennie dans certains pays de l'OCDE, elle a stagné ou même diminué dans plusieurs autres (OCDE, 2023a). Pour maintenir l'attractivité de la profession infirmière, il est donc essentiel de veiller à ce que la croissance des salaires des infirmières suive au moins le rythme de l'inflation ainsi que les salaires des travailleurs d'autres professions exigeant des niveaux de formation similaires.

Introduction

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence de graves problèmes au niveau du personnel de santé dans de nombreux pays de l'OCDE, en particulier le fait que les effectifs manquaient et que le personnel en poste était sous pression et sous-évalué. La pénurie de personnel de santé a été le principal obstacle à la capacité des pays à réagir efficacement à la pandémie, plus encore que la disponibilité d'équipements ou de lits d'hôpitaux. Cette pénurie a été l'un des facteurs qui ont déterminé l'ampleur des fermetures et des perturbations des activités économiques et sociales, les systèmes de santé et de soins de longue durée étant rapidement saturés. Les infirmières et les autres agents de santé et de soins de longue durée ont fait preuve d'un dévouement et d'une résistance remarquables pendant la pandémie, en fournissant des services de première ligne dans les hôpitaux et les maisons de retraite, mais beaucoup sont sortis de la pandémie épuisés et démotivés. Il est essentiel de valoriser le personnel de santé de première ligne – en particulier les infirmières et les aides-soignantes – afin d'éviter un exode massif des travailleurs de la santé et des soins de longue durée à la suite de la pandémie.

Comme le souligne le rapport de l'OCDE intitulé *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience* (Prêts pour la prochaine crise? Investir dans la résilience des systèmes de santé), des investissements plus importants sont nécessaires pour renforcer les capacités et la flexibilité du personnel de santé afin qu'il soit mieux préparé à faire face à d'autres crises sanitaires d'ampleur similaire. Selon les estimations de l'OCDE, les pays de l'OCDE devraient, en moyenne, mobiliser des fonds supplémentaires équivalant à environ 1,4% de leur PIB pour des investissements visant à renforcer les systèmes de santé par rapport aux niveaux d'avant la pandémie (2019). Au moins la moitié de ces investissements devrait être consacrée à la formation, au recrutement et à l'amélioration des conditions de travail du personnel afin de répondre aux chocs et aux tensions liés au vieillissement de la population (OCDE, 2023b).

Si plusieurs aspects des conditions de travail influencent le recrutement et la fidélisation des infirmières, en particulier la flexibilité des horaires et la charge de travail, la rémunération reste un facteur déterminant pour l'attrait de la profession. La rémunération peut influencer la décision des jeunes de s'inscrire à des programmes de formation en soins infirmiers, de chercher un emploi infirmier après l'obtention de leur diplôme et de rester dans la profession par la suite. Toutefois, dans l'ensemble, les salaires des infirmières représentent également un coût important pour les hôpitaux et autres établissements de santé, car les infirmières constituent la catégorie de personnel de santé la plus nombreuse dans presque tous les pays de l'OCDE. Il faut donc trouver un juste équilibre entre l'attrait financier de la profession, pour éviter les pénuries, et le maintien de coûts abordables, pour ne pas mettre en péril la viabilité financière du système de santé.

Ce chapitre présente les principaux résultats de la dernière collecte de données de l'OCDE sur la rémunération des personnels infirmiers. Il est important de garder à l'esprit que la collecte de données comparables entre pays est difficile pour un certain nombre de raisons, notamment parce que les sources de données disponibles ne couvrent pas toujours tous les types de personnels (tenant uniquement compte, par exemple, des infirmières qui travaillent dans les hôpitaux publics) ; n'intègrent pas toutes les sources de revenu (par exemple, le paiement de primes pour la COVID-19 en 2020 et 2021 n'est pas toujours inclus) ; et peuvent inclure à la fois les travailleurs à temps plein et les travailleurs à temps partiel. L'Encadré 1 résume l'approche de l'OCDE en matière de collecte de données et certaines des principales limites à la comparabilité des données.

Encadré 1. Comparabilité des données sur la rémunération du personnel infirmier : définitions et limites

L'OCDE recueille des données sur la rémunération des infirmières sur la base du revenu annuel brut moyen, y compris les cotisations de sécurité sociale et l'impôt sur le revenu à la charge de l'employé. Dans la plupart des pays, les données concernent spécifiquement les infirmières travaillant dans les hôpitaux, bien que dans certains pays (par exemple le Canada) les données couvrent les infirmières travaillant dans d'autres contextes. Ailleurs encore, comme au Portugal, les données ne couvrent que les infirmières travaillant dans les hôpitaux publics. Les infirmières indépendantes ne sont généralement pas prises en compte.

Dans plusieurs pays, les données ne concernent que les infirmières diplômées (Canada, Chili, Irlande et États-Unis) ; dans d'autres (Australie, Nouvelle-Zélande et Suisse), elles couvrent également les infirmières de niveau inférieur, ce qui entraîne une sous-estimation par rapport à d'autres pays. Dans la plupart des pays, les données concernent les infirmières travaillant à temps plein, bien que la définition des travailleurs à temps plein varie d'un pays à l'autre.

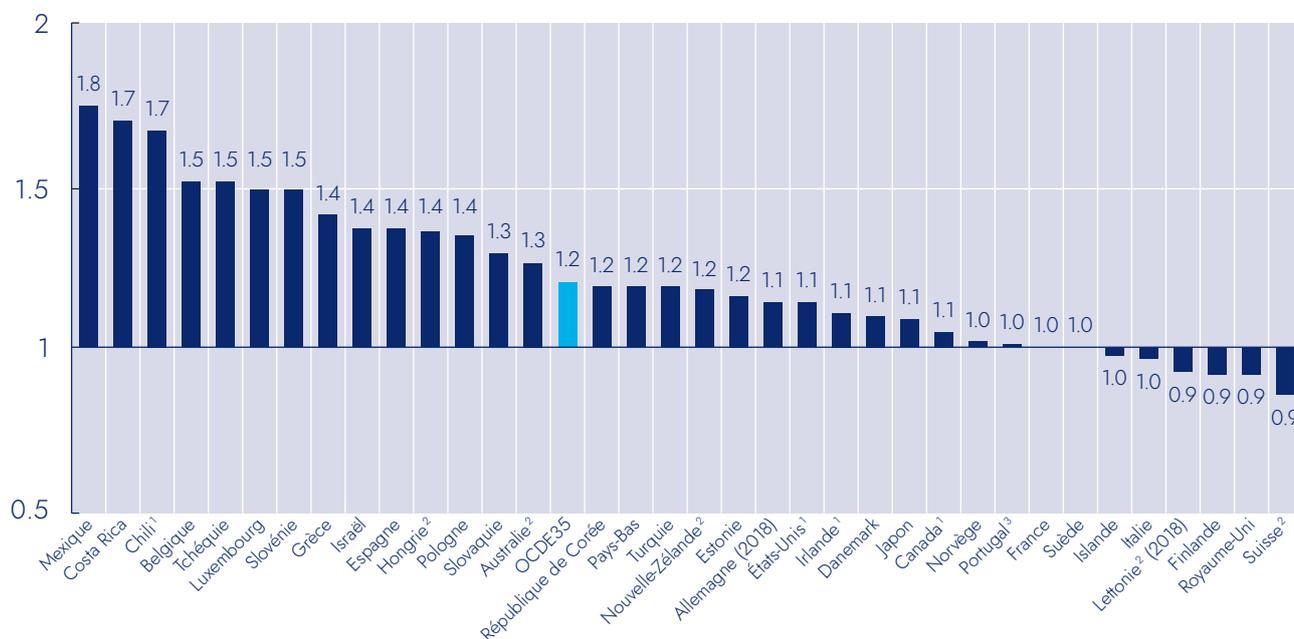
Enfin, les données de certains pays ne tiennent pas compte des revenus annexes, tels que le paiement des heures supplémentaires ; et, à quelques exceptions près, les données nationales ne tiennent pas compte des primes versées pendant la pandémie de COVID-19. Quant aux paiements informels, qui peuvent représenter une part importante du revenu total dans certains pays, ils ne sont pas déclarés.

Les infirmières gagnent environ 20% de plus que le salarié moyen dans les pays de l'OCDE, mais il existe d'importantes variations d'un pays à l'autre

En moyenne, dans les pays de l'OCDE, la rémunération des infirmières qui travaillent à l'hôpital est supérieure de 20% au salaire moyen de l'ensemble des salariés de l'économie (situation 2021). Toutefois, il existe d'importantes variations d'un pays à l'autre. Au Mexique, au Costa Rica, au Chili, en Tchèque, en Belgique, en Slovaquie et au Luxembourg, le revenu des infirmières travaillant à l'hôpital en 2021 était au moins 50% plus élevé que la moyenne de l'ensemble de l'économie. En Slovaquie, cela s'explique en partie par l'inclusion des primes COVID-19 au cours de la deuxième année de la pandémie. En revanche, en Suisse, au Royaume-Uni, en Finlande et en Lettonie, les infirmières gagnent moins que le salarié moyen (Figure 13).

Figure 13: Rémunération des infirmières travaillant à l'hôpital par rapport au salaire moyen, pays de l'OCDE, 2021 (ou année la plus proche)
(OCDE, 2023c)

Ratio par rapport au salaire moyen de chaque pays



1. Aux États-Unis, au Canada, en Irlande et au Chili, les données ne concernent que les infirmières diplômées (d'où une surestimation).
2. Les données pour l'Australie, la Hongrie, la Lettonie, la Nouvelle-Zélande et la Suisse englobent les infirmières « professionnelles associées », ayant des qualifications et des revenus inférieurs.
3. Les données pour le Portugal incluent uniquement les infirmières travaillant dans les hôpitaux du service national de santé (secteur public).

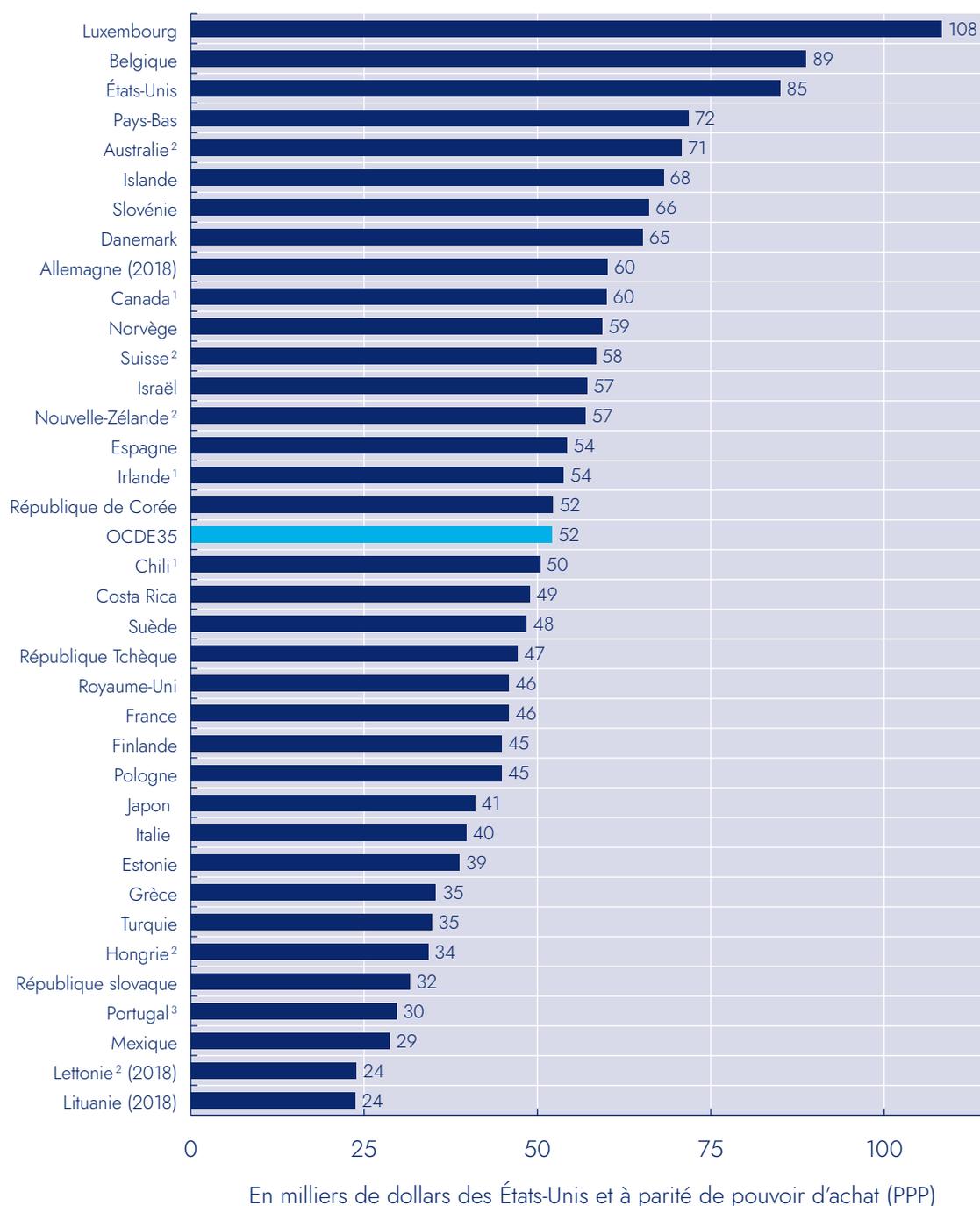
Si le salaire d'une infirmière dans un pays est de 0,9 par rapport au salaire moyen de l'ensemble des travailleurs, une augmentation de 11% du taux de rémunération serait nécessaire pour atteindre le salaire moyen de l'ensemble des travailleurs (en supposant que la moyenne de l'ensemble des travailleurs reste constante) et une augmentation de 33% pour atteindre la moyenne de l'OCDE de 1,2 en 2021, sur la base de données provenant de 35 pays.

La rémunération des infirmières varie du simple au quadruple dans les pays de l'OCDE, même en tenant compte des différences de coût de la vie

Le *Panorama de la santé 2023* compare également la rémunération des infirmières entre les pays sur la base d'une monnaie commune (dollar des États-Unis) et en tenant compte des différences de pouvoir d'achat, afin de donner une indication du bien-être économique relatif des infirmières dans les différents pays et de voir s'il existe des incitations financières à s'installer dans un autre pays de l'OCDE pour obtenir un salaire plus élevé. La figure 14 montre qu'en

2021, le revenu des infirmières au Luxembourg était au moins quatre fois plus élevé que celui des infirmières travaillant en Lituanie et en Lettonie (les données les plus récentes dans ces deux pays portent sur 2018). En général, les infirmières des pays d'Europe centrale et orientale ont les niveaux de rémunération les plus bas de tous les pays de l'OCDE, ce qui explique au moins en partie pourquoi nombre d'entre elles choisissent d'émigrer vers d'autres pays de l'Union européenne. Des mesures ont été prises dans bon nombre de ces pays pour augmenter la rémunération des infirmières au cours de la dernière décennie.

Figure 14 : Rémunération des infirmières travaillant à l'hôpital, en USD et à parité de pouvoir d'achat, 2021 (ou année la plus proche)
(OCDE, 2023c)



1. Aux États-Unis, au Canada, en Irlande et au Chili, les données ne concernent que les infirmières diplômées (d'où une surestimation).
2. Les données pour l'Australie, la Hongrie, la Lettonie, la Nouvelle-Zélande et la Suisse englobent les infirmières « professionnelles associées », ayant des qualifications et des revenus inférieurs.
3. Les données pour le Portugal incluent uniquement les infirmières travaillant dans les hôpitaux du service national de santé (secteur public).

La rémunération des infirmières a considérablement augmenté au cours de la dernière décennie dans certains pays de l'OCDE, mais pas dans d'autres

Au cours de la décennie qui a précédé la pandémie, la rémunération des infirmières a augmenté en termes réels dans la plupart des pays de l'OCDE, comme pour l'ensemble des travailleurs. Le taux de croissance de la rémunération des infirmières a été particulièrement élevé dans de nombreux pays d'Europe centrale et orientale (Hongrie, Pologne, Slovaquie et Tchéquie), où elles ont obtenu des augmentations de salaire de 4% à 5% par an en moyenne en termes réels entre 2010 et 2019, réduisant ainsi l'écart avec les autres pays de l'Union européenne. Les infirmières en Türkiye, en Islande et au Chili ont également obtenu des augmentations de salaire substantielles entre 2010 et 2019 (Figure 15).

En revanche, la rémunération des infirmières a diminué en termes réels entre 2010 et 2019 dans plusieurs pays d'Europe du Sud (Grèce, Italie et Portugal), en Finlande et au Royaume-Uni. Au Royaume-Uni, le revenu des infirmières a augmenté en termes nominaux mais a diminué de plus de 3% en termes réels entre 2010 et 2019, principalement en raison des politiques salariales du secteur public mises en œuvre entre 2011-2012 et 2017-2018.

Afin de mieux valoriser les efforts des travailleurs de la santé de première ligne au cours des deux premières années de la pandémie, les infirmières de certains pays ont obtenu des augmentations de salaire substantielles en termes réels en 2020 et 2021, notamment en Slovaquie, en Estonie, en Hongrie, en Tchéquie et en Slovaquie, ce qui a contribué à réduire l'écart avec les autres pays de l'Union européenne. En Grèce également, la rémunération des infirmières a augmenté de manière substantielle en termes réels, de manière à compenser au moins partiellement la baisse enregistrée au cours des dix années précédentes. Toutefois, la croissance des salaires réels des infirmières a stagné, voire diminué dans plusieurs pays en 2020 et 2021, en raison de l'inflation toujours plus élevée qui a contrebalancé la croissance des salaires. Les infirmières ne sont pas la seule catégorie de travailleurs touchée par ce problème. Dans de nombreux pays, les salaires réels moyens de tous les travailleurs n'ont pas pu suivre l'inflation en 2021. Les données préliminaires pour 2022 indiquent que la croissance des salaires réels des travailleurs du secteur de la santé a diminué davantage que les salaires moyens de tous les secteurs en 2022 dans 24 pays de l'OCDE, mais cette situation ne concerne pas spécifiquement les infirmières (OCDE, 2023d).

Figure 15: Croissance annuelle moyenne de la rémunération du personnel infirmier hospitalier, en termes réels, 2010-19 et 2019-21 (ou années les plus proches) (OCDE, 2023c)



1. Le dernier taux de croissance ne couvre que la période 2019-2020.
 2. Uniquement les infirmières travaillant dans les hôpitaux du secteur public.

Conclusions

Investir dans le personnel de santé en général et dans le personnel infirmier en particulier est essentiel pour améliorer la résistance des systèmes de santé aux chocs futurs et pour répondre aux pressions actuelles liées au vieillissement de la population. Pour attirer un nombre suffisant de nouvelles recrues dans le secteur des soins infirmiers et retenir les infirmières existantes dans la profession, les infirmières doivent recevoir des salaires suffisants.

Certains pays de l'OCDE ont pris des mesures avant et après la pandémie pour augmenter les salaires des infirmières, bien que la croissance des salaires réels des infirmières dans plusieurs pays ait stagné ou même diminué après la pandémie, principalement en raison de la hausse de l'inflation. Les infirmières ne sont évidemment pas la seule catégorie de travailleurs dont le pouvoir d'achat a stagné ou baissé après la pandémie : la croissance des salaires nominaux de tous les salariés dans les pays de l'OCDE a été, en moyenne, inférieure à l'inflation en 2022, ce qui a entraîné une baisse des salaires réels. Bien que des incertitudes considérables subsistent quant au taux d'inflation en 2024 et 2025, l'inflation devrait diminuer progressivement dans la plupart des pays de l'OCDE selon les Perspectives économiques de l'OCDE de novembre 2023 (OCDE, 2023e), ce qui devrait contribuer à rétablir un certain niveau de croissance des salaires réels des infirmières. Cependant, cela ne suffira peut-être pas à rendre la profession plus attrayante que d'autres. L'amélioration des salaires et des conditions de travail est essentielle pour attirer et retenir les infirmières.

Avertissement : les opinions exprimées dans ce chapitre sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement celles de l'OCDE ou de ses États membres. L'auteur assume l'entière responsabilité de toute erreur.

Conclusion et appel à l'action du CII



À la lumière des réflexions des économistes et autres experts que nous avons présentées dans notre rapport, il est évident que le rôle des infirmières va bien au-delà du chevet des patients. Les infirmières jouent un rôle essentiel dans l'amélioration de la santé et de la stabilité économique des sociétés du monde entier. Il est temps que les soins infirmiers soient reconnus au niveau mondial non seulement en tant que profession, mais aussi en tant qu'investissement essentiel pour notre avenir collectif. Notre rapport souligne l'effet positif indéniable des soins infirmiers sur les systèmes de santé et sur les économies, ainsi que pour l'avènement du monde pacifique dans lequel nous voulons tous vivre. Toutefois, la reconnaissance de cet effet positif n'est qu'une première étape : il faut maintenant obtenir un engagement mondial en faveur d'un changement concret pour soutenir et développer la main-d'œuvre infirmière.

Les soins infirmiers, qui constituent l'épine dorsale des systèmes de santé dans le monde entier, contribuent à de meilleurs résultats sanitaires, de même qu'à des économies et à des sociétés plus stables. L'appel à une revalorisation des soins infirmiers est opportun et urgent. Face aux défis sanitaires mondiaux, notamment le vieillissement des populations, les maladies chroniques, l'augmentation du nombre de conflits violents et de pandémies, le rôle des infirmières n'a jamais été aussi important. Pour un avenir en meilleure santé, nous devons investir dans la main-d'œuvre infirmière et dans la formation en soins infirmiers, offrir une rémunération compétitive et de meilleures conditions de travail, et enfin reconnaître les contributions des infirmières à tous les niveaux des soins de santé et de l'élaboration des politiques.

Les avantages économiques des soins infirmiers, notamment l'amélioration des résultats pour les patients, la réduction des durées d'hospitalisation et les économies globales en matière de soins de santé, témoignent de la valeur de notre profession. Les infirmières ne sont pas seulement des prestataires de soins de santé : elles sont aussi des éducatrices, des leaders et des défenseurs de la santé et du bien-être des individus et des communautés. L'avenir des soins de santé est intrinsèquement lié à l'avenir des soins infirmiers. À ce titre, soutenir la main-d'œuvre infirmière n'est pas facultatif, mais indispensable.

Appel à l'action du CII à l'intention des responsables de la santé mondiale et des décideurs politiques

- **Donner du pouvoir aux infirmières.** Adopter des mesures complètes qui permettent aux infirmières d'exercer leur profession dans toute la mesure de leur formation. Favoriser les rôles de leadership et la participation des infirmières à l'élaboration des politiques.
- **Investir dans la formation et le perfectionnement de la main-d'œuvre.** Augmenter le financement consacré à la formation en soins infirmiers et créer de nouvelles possibilités de faire carrière au sein de la profession infirmière.
- **Améliorer les conditions de travail.** Appliquer des mesures visant à améliorer l'environnement de travail du personnel infirmier, y compris des niveaux de dotation adéquats, l'accès aux ressources, des environnements de travail sûrs et un soutien à la santé mentale et au bien-être.
- **Reconnaître le rôle des infirmières et les rémunérer de manière équitable.** Veiller à ce que les infirmières reçoivent des salaires compétitifs qui reflètent leurs compétences, leurs responsabilités et la nature déterminante de leur travail.

- **Promouvoir le rôle des infirmières dans la société.** Mettre en avant les contributions des infirmières à la santé et au bien-être par des campagnes de sensibilisation du public et l'inclusion des infirmières dans les processus décisionnels.

L'application de ces recommandations permet aux infirmières de renforcer les systèmes de soins de santé, de stimuler la croissance économique, de contribuer à la paix mondiale et d'améliorer la santé et le bien-être des individus et des communautés. Il est temps d'agir : investissons dans les soins infirmiers et, par extension, dans la santé et la prospérité de notre communauté mondiale.

Références



- Addati, L., Cattaneo, U., Esquivel, V. & Valarino, I. (2018). *Care work and care jobs for the future of decent work*. Organisation internationale du Travail (OIT).
- Aiken, L. H. *et al.* (2021a). Hospital nurse staffing and patient outcomes in Chile: a multilevel cross-sectional study. *Lancet Glob Health*, 9, e1145-e1153.
- Aiken, L. H. *et al.* (2021b). Value of nurse practitioner inpatient hospital staffing. *Med Care*, 59, 857-863.
- Allan, S. & Vadean, F. (2023). The Impact of wages on care home quality in England. *The Gerontologist*.
- Almalki, M. J., Fitzgerald, G. & Clark, M. (2012). The relationship between quality of work life and turnover intention of primary health care nurses in Saudi Arabia. *BMC Health Services Research*, 12, 314.
- Anthony, B. F. *et al.* (2019). General medical services by non-medical health professionals: a systematic quantitative review of economic evaluations in primary care. *British Journal of General Practice*, 69, E304-E313.
- Asamani J. A. *et al.* (2022). Investing in the health workforce: fiscal space analysis of 20 countries in East and Southern Africa, 2021-2026. *BMJ Glob Health*. Juin 2022;7 (Suppl1): e008416. doi: 10.1136/bmjgh-2021-008416. PMID: 35772807; PMCID: PMC9247660.
- Australian Medical Association (2021). *Putting health care back into aged care* [en ligne]. AMA. <https://ama.com.au/sites/default/files/2021-04/130421%20-%20Report%20-%20Putting%20health%20care%20back%20into%20aged%20care.pdf> [1^{er} février 2024].
- Bakhshi, M. *et al.* (2023). The economics of nurse migration: tracking the costs and contributions of immigrant nurses in the United States. Rapport en ligne. www.cgfn.org/eonm23.
- Bartakova, J. *et al.* (2022). Health economic evaluation of a nurse-led care model from the nursing home perspective focusing on residents' hospitalisations. *Bmc Geriatrics*, 22, 496.
- Benmarhnia, T. *et al.* (2017). Investing in a healthy lifestyle strategy: is it worth it? *International Journal of Public Health*, 62, 3-13.
- Bloomfield, A. (2023). Discours de clôture du symposium sur le leadership dans le secteur de la santé: Inform, Inspire and Feel Valued. Healthcare Leadership Symposium, 2023, Auckland, Nouvelle-Zélande. Ashely Bloomfield.
- Boniol, M. *et al.* (2022). The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage? *BMJ Glob Health*, 7.
- Bonsall, K. et Cheater, F. M. (2008). What is the impact of advanced primary care nursing roles on patients, nurses and their colleagues? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1090-1102.
- Boscart, V. M. *et al.* (2018). The associations between staffing hours and quality of care indicators in long-term care. *BMC Health Services Research*, 18, 1-7.
- Brousselle, A., Benmarhnia, T. & Benhadj, L. (2016). What are the benefits and risks of using return on investment to defend public health programs? *Preventive Medicine Reports*, 3, 135-138.
- Buchan, J. et Catton, H. (2023). Se relever pour reconstruire. Investir dans les personnels infirmiers pour des systèmes de santé efficaces. Conseil internationale des infirmières. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-09/ICN_Recover-to-Rebuild_report_FR.pdf [26 mars 2024].
- Budde, H. *et al.* (2021). The role of patient navigators in ambulatory care: overview of systematic reviews. *BMC Health Services Research*, 21, 1-1166.

- Burton, R. A. (2016). Health policy brief: improving care transitions.
- Caird, J. *et al.* (2010). The socioeconomic value of nursing and midwifery: a rapid systematic review of reviews. Londres: EPPI Centre, Institute of Education.
- California Lifting Children and Families out of Poverty Task Force (2018). *The Lifting Children and Families Out of Poverty Task Force Report* [en ligne] : <https://www.endchildpovertyca.org/wp-content/uploads/2018/11/AB1520-Child-Poverty-Task-Force-Report-and-Recommendations-FINAL.pdf> [1^{er} février 2024].
- Campbell, J. L. P. *et al.* (2014). Telephone triage for management of same-day consultation requests in general practice (the ESTEEM trial): a cluster-randomised controlled trial and cost-consequence analysis. *The Lancet (British edition)*, 384, 1859-1868.
- Catania, G., *et al.* (2024). Nurses' intention to leave, nurse workload and in-hospital patient mortality in Italy: A descriptive and regression study. *Health Policy*, Vol. 143, mai 2024, 105032. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851024000423#bib0013>. [27 mars 2024].
- Chambers, L. W. *et al.* (1977). A controlled trial of the impact of the family practice nurse on volume, quality, and cost of rural health services. *Medical care*, 15, 971-981.
- Chan, R. J. *et al.* (2018). Clinical and economic outcomes of nurse-led services in the ambulatory care setting A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 81, 61-80.
- Checa, C. *et al.* (2022). Effectiveness and Cost-Effectiveness of Case Management in Advanced Heart Failure Patients Attended in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 19, 13823.
- Clarke, A. *et al.* (2004). Randomised controlled trial comparing cost-effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. In: Fulop, N., Allen, P., Clarke, A. & Black, N. (éd.) *Studying the Organisation and Delivery of Health Services*. Routledge.
- Clinton Global Initiative (s.d.). Empowering girls & women. Clinton Global Initiative. <https://www.un.org/en/ecosoc/phlntrpy/notes/clinton.pdf> [16 février 2024].
- Commission for Nurse Reimbursement (2024). *Commission for Nurse Reimbursement: Home* [en ligne]. [16 février 2024].
- Commission on a Global Health Risk Framework for the Future & National Academy of Medicine, Secretariat (2016). *The Neglected Dimension of Global Security: A Framework to Counter Infectious Disease Crises*. Washington (DC): National Academies Press (US)
- Conseil International des Infirmières (2019). Le *Forum international de la main-d'œuvre du CII appelle les gouvernements à agir de manière urgente contre la pénurie mondiale de personnels infirmiers* [en ligne]. Genève, CII. <https://www.icn.ch/fr/actualites/le-forum-international-de-la-main-doeuvre-du-cii-appelle-les-gouvernements-agir-de> [8 janvier 2024].
- Conseil International des Infirmières (2021a). Note d'orientation du CII - La pénurie mondiale de personnel infirmier et la fidélisation des infirmières [en ligne]. Genève, CII. <https://www.icn.ch/fr/node/1297> [21 novembre 2021].
- Conseil International des Infirmières (2021b). *Un an après l'éclatement de la pandémie de COVID-19, le CII met en garde contre un exode d'infirmières expérimentées qui risque d'aggraver les pénuries actuelles* [communiqué de presse]. <https://www.icn.ch/fr/actualites/un-apres-le-clatement-de-la-pandemie-de-covid-19-le-cii-met-en-garde-contre-un-exode> [4 mars 2024].
- Conseil International des Infirmières (2021c). Code déontologique du CII pour la profession infirmière. Genève, CII.
- Contandriopoulos, D. *et al.* (2023a). Pre-post analysis of the impact of British Columbia nurse practitioner primary care clinics on patient health and care experience. *BMJ-Open*, 13, e072812.
- Contandriopoulos, D. *et al.* (2023b). Economic Evaluation of BC's Nurse-Practitioner Primary Care Clinics. Victoria (Canada): Research report prepared for the British Columbia Ministry of Health.

- Contandriopoulos, D. *et al.* (2018). *Analyse des impacts de la rémunération des médecins sur leur pratique et la performance du système de santé au Québec. Rapport de recherche produit dans le cadre de l'action concertée intitulée Regards sur les modes de rémunération des médecins financée par le Commissaire à la santé et au bien-être*, Montréal. https://frq.gouv.qc.ca/app/uploads/2021/05/2015_d.contandriopoulos_remun-med_resume.pdf [24 avril 2024].
- Crowe, M. *et al.* (2019). The clinical effectiveness of nursing models of diabetes care: A synthesis of the evidence. *International journal of nursing studies*, 93, 119-128.
- Dall, T. M. *et al.* (2009). The economic value of professional nursing. *Medical care*, 97-104.
- Davis, K. M. *et al.* (2021). Effectiveness of nurse-led services for people with chronic disease in achieving an outcome of continuity of care at the primary-secondary healthcare interface: A quantitative systematic review. *Int J Nurs Stud*, 121, 103986.
- Delamaire, M.-L. & Lafortune, G. (2010). Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés. *Documents de travail de l'OCDE sur la santé n° 54*. Paris : Organisation pour la coopération et le développement économiques.
- Dierick-Van Daele, A. T. M. *et al.* (2010). Economic evaluation of nurse practitioners versus GPs in treating common conditions. *Br J Gen Pract*, 60, e28-35.
- Dierick-Van Daele, A. T. M. *et al.* (2009). Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 391-401.
- Dorr, D. A., Horn, S. D. & Smout, R. J. (2005). Cost analysis of nursing home registered nurse staffing times. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 840-845.
- Duckett, S. (2005). Interventions to facilitate health workforce restructure. *ANZ Health Policy*, 2. www.anzhealthpolicy.com/content/2/1/14.
- Duckett, S., Breadon, P. & Farmer, J. (2014). *Unlocking skills in hospitals: better jobs, more care*. Melbourne, Vic, Grattan Institute.
- Duckett, S., Breadon, P. & Ginnivan, L. (2013). *Access all areas: new solutions for GP shortages in rural Australia*. Melbourne, Vic, Grattan Institute.
- Dyvik, E. (2024). *Impact of the coronavirus pandemic on the global economy - Statistics & Facts* [en ligne]. Statista. <https://www.statista.com/topics/6139/covid-19-impact-on-the-global-economy/#topicOverview> [8 février 2024].
- Ebright, P. R. *et al.* (2003). Understanding the complexity of registered nurse work in acute care settings. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 33, 630-638.
- Elnakib, S. *et al.* (2021). Providing care under extreme adversity: the impact of the Yemen conflict on the personal and professional lives of health workers. *Social Science & Medicine*, 272, 113751.
- Essuman, A., Agyemang, F. A. & Mate-Kole, C. C. (2018). Long-term care for older adults in Africa: Whither now? *Journal of the American Medical Directors Association*, 19, 728-730.
- Fédération européenne des associations d'infirmières (2022). *Nursing Planetary Health*.
- Evans, R. G., Barer, M. L. & Schneider, D. G. (2010). Pharaoh and the prospects for productivity in HHR. *Health Policy*, 5, 17-26.
- Fall, M. *et al.* (1997). An evaluation of a nurse-led care service in primary care: benefits and costs. *British Journal of General Practice*, 47, 699-703.
- Flor, L. S. *et al.* (2022). Quantifying the effects of the COVID-19 pandemic on gender equality on health, social, and economic indicators: a comprehensive review of data from March, 2020, to September, 2021. *The Lancet*, 399, 2381-2397.
- Flynn, B. C. (1974). The effectiveness of nurse clinicians' service delivery. *American journal of public health*, 64, 604-611.

- Georgieva, K., Sayeh, A.M., & Sahay, R. (2022). How to Close Gender Gaps and Grow the Global Economy. IMF Blog. 8 septembre 2022. International Monetary Fund. <https://www.imf.org/en/Blogs/Articles/2022/09/08/how-to-close-gender-gaps-and-grow-the-global-economy>. [26 mars 2024].
- Glauberger, G., Bray, M. & Freeman, K. (2023). Planetary health and nursing: a call to action. *Hawai'i Journal of Health & Social Welfare*, 82, 120.
- Goryakin, Y., Griffiths, P. & Maben, J. (2011). Economic evaluation of nurse staffing and nurse substitution in health care: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 501-512.
- Gouvernement de l'Irlande (2024). *Framework for Safe Nurse Staffing and Skill Mix* [en ligne]. Irlande: Gouvernement de l'Irlande. <https://www.gov.ie/en/campaigns/25860-framework-for-safe-nurse-staffing-and-skill-mix/> [16 février 2024].
- Grabowski, D. C., O'Malley, A. J. & Barhydt, N. R. (2007). The costs and potential savings associated with nursing home hospitalizations. *Health affairs*, 26, 1753-1761.
- Griffiths, P. (2016). Nurse staffing and patient outcomes: Strengths and limitations of the evidence to inform policy and practice. A review and discussion paper based on evidence reviewed for the National Institute for Health and Care Excellence Safe Staffing guideline development. *Int J Nurs Stud*, 63, 213-225.
- Griffiths, P. et al. (2023). Costs and cost-effectiveness of improved nurse staffing levels and skill mix in acute hospitals: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 104601.
- Griffiths, P. et al. (2021). Beyond ratios-flexible and resilient nurse staffing options to deliver cost-effective hospital care and address staff shortages: A simulation and economic modelling study. *International Journal of Nursing Studies*, 117, 103901.
- Haakenstad, A. et al. (2022). Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 399, 2129-2154.
- Hansen-Turton, T., Ritter, A. & Torgan, R. (2008). Insurers' contracting policies on nurse practitioners as primary care providers: two years later. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 9, 241-248.
- Healthcare Workers Watch - Palestine (2023) [X]. 20 novembre. [Healthcare Workers Watch - Palestine \(@HCWWatch\) / X \(twitter.com\)](https://twitter.com/HCWWatch).
- Helsinki Times (2023). *Tehy survey: Nursing leadership experiencing high turnover due to staffing shortage, workload, and low pay* [En ligne]. Helsinki: Helsinki Times. <https://www.helsinkitimes.fi/finland/finland-news/domestic/23556-tehy-survey-nursing-leadership-experiencing-high-turnover-due-to-staffing-shortage-workload-and-low-pay.html> [4 janvier 2024].
- Hollinghurst, S. et al. (2006). Comparing the cost of nurse practitioners and GPs in primary care: modelling economic data from randomised trials. *British Journal of General Practice*, 56, 530-535.
- Horn, S. D. (2008). The business case for nursing in long-term care. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 9, 88-93.
- Horrocks, S., Anderson, E. & Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*, 324, 819-823.
- Htay, M. & Whitehead, D. (2021). The effectiveness of the role of advanced nurse practitioners compared to physician-led or usual care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 3, 100034.
- Jones, C. B. (2005). The costs of nurse turnover, part 2: application of the nursing turnover cost calculation methodology. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 35, 41-49.
- Jones, R. (2020). Women are on the frontlines in the fight against COVID-19. National Geographic.
- Jutkowitz, E. et al. (2023). Effects of nurse staffing on resident outcomes in nursing homes: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 24, 75-81. e11.

Kennedy, A. (2019). *International Council of Nurses: why nurses are so important for UHC* UHC 2030: <https://www.uhc2030.org/news-and-events/news/partner-insights/international-council-of-nurses-why-nurses-are-so-important-for-uhc-555297/>.

Conseil International des Infirmières (2019). *Le Forum international de la main-d'œuvre du CII appelle les gouvernements à agir de manière urgente contre la pénurie mondiale de personnels infirmiers* [en ligne]. <https://www.icn.ch/fr/actualites/le-forum-international-de-la-main-doeuvre-du-cii-appelle-les-gouvernements-agir-de> [8 janvier 2024].

Kernick, D. & Scott, A. (2002). Economic approaches to doctor/nurse skill mix: problems, pitfalls, and partial solutions. *British Journal of General Practice*, 52, 42-6.

Kerzman, H. *et al.* (2020). Professional characteristics and work attitudes of hospital nurses who leave compared with those who stay. *Journal of Nursing Management*, 28, 1364-1371.

Kim, M. (2016). Nurse turnover costs: A medium-sized hospital case. *AJMAHS*, 6, 41-49.

Kinnersley, P. *et al.* (2000). Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. *BMJ*, 320, 1043.

Kitson, A. L., Muntlin Athlin, Å. & Conroy, T. (2014). Anything but basic: nursing's challenge in meeting patients' fundamental care needs. *Journal of Nursing Scholarship*, 46, 331-339.

Klazinga, N. (2022). *The economics of patient safety: safety in the workplace* [en ligne]. Paris: OCDE. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/wpsd/2021globalconference/niekk1-1.pdf?sfvrsn=1b6716e0_13 [2 février 2024].

Kruk, M. E. *et al.* (2018). Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *Lancet*, 392, 2203-2212.

Kuriakose, R. *et al.* (2020). Patient safety in primary and outpatient health care. *J Family Med Prim Care*, 9, 7-11.

Kwong, E. W. Y. *et al.* (2009). Pressure ulcer development in older residents in nursing homes: influencing factors. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 2608-2620.

Lasater, K. B. *et al.* (2021). Patient outcomes and cost savings associated with hospital safe nurse staffing legislation: an observational study. *BMJ Open*, 11, e052899.

Laurant, M. *et al.* (2009). The impact of nonphysician clinicians - do they improve the quality and cost-effectiveness of health care services? *Medical Care Research and Review*, 66, 36S-89S.

Laurant, M. *et al.* (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, art. n° CD001271.

Lazenby, M. (2020). *Toward a Better World: The Social Significance of Nursing*. Oxford University Press.

Lewis, C., *et al.* (2023). Value-based care: What is it, and why it's needed. Explainer. Commonwealth Fund, 7 février 2023. <https://www.commonwealthfund.org/publications/explainer/2023/feb/value-based-care-what-it-is-why-its-needed>. [26 mars 2024].

Liu, C. F. *et al.* (2020). Outcomes of primary care delivery by nurse practitioners: Utilization, cost, and quality of care. *Health Serv Res*, 55, 178-189.

Liu, J. & Eggleston, K. (2022a). The association between health workforce and health outcomes: a cross-country econometric study. *Soc Indic Res*, 163, 609-632.

Lopatina, E. *et al.* (2017). Economic evaluation of nurse practitioner and clinical nurse specialist roles: A methodological review. *International Journal of Nursing Studies*, 72, 71-82.

Loussouarn, C. *et al.* (2019). Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins. *Revue d'économie politique*, 129, 489-524.

Luangasanatip, N. *et al.* (2018). Cost-effectiveness of interventions to improve hand hygiene in healthcare workers in middle-income hospital settings: a model-based analysis. *Journal of Hospital Infection*, 100, 165-175.

- Marmot, M. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*, 370, 1153-1163.
- Marshall, D. A. *et al.* (2015). Assessing the quality of economic evaluations of clinical nurse specialists and nurse practitioners: A systematic review of cost-effectiveness. *NursingPlus Open*, 1, 11-17.
- Martínez-González, N. A. *et al.* (2014). Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 14, 214-214.
- Martínez-González, N. A. *et al.* (2015). Task-Shifting from physicians to nurses in primary care and its impact on resource utilization: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Medical Care Research and Review*, 72, 395-418.
- Martsof, G. R. *et al.* (2014). Examining the value of inpatient nurse staffing: an assessment of quality and patient care. *Medical Care*, 52, 982-988.
- McGregor, W. *et al.* (2008). Impact of the 2004 GMS contract on practice nurses: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 58, 711-719.
- McHenry, P. & Mellor, J. M. (2022). The impact of recent state and local minimum wage increases on nursing facility employment. *Journal of Labor Research*, 43, 345-368.
- McHugh, M. D. *et al.* (2021). Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals. *Lancet*, 397, 1905-1913.
- McKernan, B. 2020. Health workers targeted at least 120 times in Yemen conflict – report. *The Guardian*.
- McMenamin, A. *et al.* (2023). A systematic review of outcomes related to nurse practitioner-delivered primary care for multiple chronic conditions. *Medical Care Research and Review*.
- Michel, P. *et al.* (2017). Patient safety incidents are common in primary care: A national prospective active incident reporting survey. *PLoS One*, 12, e0165455.
- Morgan, R. *et al.* (2016). How to do (or not to do)... gender analysis in health systems research. *Health policy and planning*, 31, 1069-1078.
- Morilla-Herrera, J. C. *et al.* (2016). A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 290-307.
- Mukamel, D. B. *et al.* (2023). Association of staffing instability with quality of nursing home care. *JAMA Network Open*, 6, e2250389-e2250389.
- Mundinger, M. O. *et al.* (2000). Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: a randomized trial. *JAMA*, 283, 59-68.
- Munga, M. A. *et al.* (2012). Experiences, opportunities and challenges of implementing task shifting in underserved remote settings: the case of Kongwa district, central Tanzania. *BMC International Health and Human Rights*, 12, 1-12.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine Committee on the Future of Nursing 2020–2030 (2021). 'The role of nurses in improving health care access and quality'. *The Future of Nursing 2020-2030: Charting a path to achieve health equity*. Washington, D.C. National Academies Press (États-Unis).
- Ndosi, M. *et al.* (2014). The outcome and cost-effectiveness of nurse-led care in people with rheumatoid arthritis: a multicentre randomised controlled trial. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 73, 1975.
- Needleman, J. *et al.* (2006). Nurse staffing in hospitals: is there a business case for quality? *Health Affairs*, 25, 204-211.
- Nelson-Brantley, H. V., Park, S. H. & Bergquist-Beringer, S. (2018). Characteristics of the nursing practice environment associated with lower unit-level RN turnover. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 48, 31-37.

- Newhouse, R. P. *et al.* (2011). Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. *Nurs Econ*, 29, 230-50; quiz 251.
- NHS England (2018). Introduction of a new Nurse Angiographer role to reduce Catheter Laboratory waits. https://www.england.nhs.uk/atlas_case_study/introduction-of-a-new-nurse-angiographer-role-to-reduce-catheter-laboratory-waits/ [6 mars 2024].
- North, N. *et al.* (2013). Nurse turnover in New Zealand: costs and relationships with staffing practices and patient outcomes. *Journal of Nursing Management*, 21, 419-428.
- Nurse-Family Partnerships (2014). *Maternal and child health outcomes* [en ligne]. Colorado. <https://www.nursefamilypartnership.org/wp-content/uploads/2020/03/NFP-Maternal-and-Child-Health-Outcomes.pdf> [2 février 2024].
- OCDE (éd.) (2018). *Feasibility study on health workforce skills assessment: Supporting health workers achieve person-centred care*, Paris: OCDE.
- OCDE (2019a). *Realising the Full Potential of Primary Health Care* [en ligne]. Paris: OCDE. <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Policy-Brief-Primary-Health-Care-May-2019.pdf> [18 octobre 2023].
- OCDE (2019b). The economic burden of patient safety in primary and ambulatory care, Flying blind. OCDE.
- OCDE (2020). *Realising the Potential of Primary Health Care*. OECD Health Policy Studies, Éditions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2021). *Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID 19 pandemic*.
- OCDE (2023a). Panorama de la santé 2023. Les indicateurs de l'OCDE. <https://www.oecd.org/fr/sante/panorama-de-la-sante/>.
- OCDE (2023b). *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. <https://www.oecd.org/publications/ready-for-the-next-crisis-investing-in-health-system-resilience-1e53cf80-en.htm>.
- OCDE (2023c). Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023. <https://www.oecd.org/fr/sante/base-donnees-sante.htm> [5 mars 2024].
- OCDE (2023d). Perspectives de l'emploi de l'OCDE. https://www.oecd-ilibrary.org/employment/perspectives-de-l-emploi-de-l-ocde_19991274 [5 mars 2024].
- OCDE (2023e). Rétablir la croissance. Perspectives économiques de l'OCDE, novembre 2023. <https://www.oecd.org/perspectives-economiques/novembre-2023/> [5 mars 2024].
- ONU Femmes (2013). Managing labour migration in ASEAN: concerns for women migrant workers. ONU Femmes: Bangkok. <https://asiapacific.unwomen.org/en/digital-library/publications/2013/1/managing-labour-migration-in-asean-concerns-for-women-migrant-workers>.
- ONU Femmes (2021). Beyond COVID-19: A feminist plan for sustainability and social justice. ONU Femmes: New York.
- Orozco, A. P. (2009). Global Care Chains. Gender, Migration and Development. Document de travail 2. Institut des Nations Unies pour la formation et la recherche.
- Organisation internationale du Travail (2019). New job opportunities in an ageing society. Première réunion du groupe de travail sur l'emploi du G20, Tokyo, Japon, 2019.
- Organisation internationale du Travail (2023). *Infirmières et sages-femmes: surchargées, sous-payées, sous-évaluées?* [en ligne]. Genève: OIT. <https://ilostat.ilo.org/fr/nurses-and-midwives-overworked-underpaid-undervalued/> [8 février 2024].
- Organisation internationale du Travail (2024). Travail décent. Organisation internationale du Travail. <https://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang-fr/index.htm>.
- Organisation mondiale de la Santé (2008). *Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines*. Genève, OMS.

- Organisation mondiale de la Santé (2009). Healthy hospitals, healthy planet, healthy people. Addressing climate change in health care settings. Projet de l'OMS pour discussion.
- Organisation mondiale de la santé (2015). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*, Genève, OMS.
- Organisation mondiale de la Santé (2017a). Health employment and economic growth: an evidence base. Genève, OMS.
- Organisation mondiale de la Santé (2017b). Towards long-term care systems in sub-Saharan Africa: WHO series on long-term care. Genève, OMS.
- Organisation mondiale de la Santé (2019). Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce. Genève, OMS.
- Organisation mondiale de la Santé (2020a). *Services de santé de qualité*. Genève, OMS. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services> [2 février 2024].
- Organisation mondiale de la Santé (2020b). La situation du personnel infirmier dans le monde 2020 : investir dans la formation, l'emploi et le leadership. Genève, OMS.
- Organisation mondiale de la Santé (2022a). Soins infirmiers et obstétricaux. Genève, OMS. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/nursing-and-midwifery>.
- Organisation mondiale de la Santé (2022b). *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, OMS.
- Organisation mondiale de la Santé (2022c). Global health and care workers compact: final draft for Member State review. Genève, OMS.
- Organisation mondiale de la Santé (2022d). *Global report on infection prevention and control*. Genève, OMS.
- Organisation mondiale de la Santé (2022e). Couverture sanitaire universelle. https://www.who.int/fr/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1.
- Organisation mondiale de la Santé (2022f). *Long-term care*.
- Organisation mondiale de la santé (2023a). *Couverture sanitaire universelle*. Genève, OMS. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-uhc> [22 février 2024].
- Organisation mondiale de la Santé (2023b). *Health for all: transforming economies to deliver what matters: final report of the WHO Council on the Economics of Health for All*. Genève, OMS.
- Organisation mondiale de la Santé (2023c). "The most important is to stay human": the story of a Ukrainian nurse from Kharkiv caring for patients amid the war. Genève, OMS.
- Organisation mondiale de la Santé (2024). Fair share for health and care: gender and the undervaluation of health and care work. Genève, OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240082854>. [25 mars 2024].
- Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) (2018). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Genève, OMS.
- Organisation panaméricaine de la santé (2019). *Number of older adults with long-term care needs will triple by 2050, PAHO warns* [communiqué de presse] <https://www.paho.org/en/news/1-1-2019-number-older-adults-long-term-care-needs-will-triple-2050-paho-warns> [5 mars 2024].
- Osterveld-Vlug, M. G. (2013). Nursing home staff's views on residents' dignity: a qualitative interview study. *BMC Health Services Research*, 13, 1-9.
- Panagioti, M. *et al.* (2019). Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 366, l4185.
- Park, S. H. *et al.* (2014). Concurrent and lagged effects of registered nurse turnover and staffing on unit-acquired pressure ulcers. *Health Services Research*, 49, 1205-1225.

- Pennings, S. (2020). The Utilization-Adjusted Human Capital Index Policy Research Working Paper no. 9375. Banque mondiale, Washington, DC.
- Perloff, J., Desroches, C. M. & Buerhaus, P. (2016). Comparing the cost of care provided to medicare beneficiaries assigned to primary care nurse practitioners and physicians. *Health Services Research*, 51, 1407-1423.
- Perruchoud, E. *et al.* (2021). The impact of nursing staffs' working conditions on the quality of care received by older adults in long-term residential care facilities: a systematic review of interventional and observational studies. *Geriatrics*, 7, 6.
- Pethybridge, J. (2004). How team working influences discharge planning from hospital: a study of four multi-disciplinary teams in an acute hospital in England. *Journal of Interprofessional Care*, 18, 29-41.
- Randall, S. *et al.* (2017). Impact of community based nurse-led clinics on patient outcomes, patient satisfaction, patient access and cost effectiveness: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 73, 24-33.
- Raven, J., Wurie, H. & Witter, S. (2018). Health workers' experiences of coping with the Ebola epidemic in Sierra Leone's health system: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 18, 1-9.
- Remes, J. *et al.* (2020). Prioritizing health: A prescription for prosperity. McKinsey Global Institute.
- Ridhwan, M. M. *et al.* (2022). The effect of health on economic growth: A meta-regression analysis. *Empirical Economics*, 63, 3211-3251.
- Roblin, D. W. *et al.* (2004). Use of midlevel practitioners to achieve labor cost savings in the primary care practice of an MCO. *Health Services Research*, 39, 607-626.
- Roche, M. A. *et al.* (2015). The rate and cost of nurse turnover in Australia. *Collegian*, 22, 353-358.
- Rodgers, Y. (2020). Migrant women & remittances: exploring the data from selected countries. ONU Femmes.
- Ruiz, P. B. D. O., Perroca, M. G. & Jericó, M. D. C. (2016). Cost of nursing turnover in a Teaching Hospital. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50, 101-108.
- Saikia, D. (2018). Nursing shortages in the rural public health sector of India. *Wārasān prachākōn læ sangkhom / Journal of Population and Social Studies*, 26, 101-118.
- Schoenstein, M., Ono, T. & Lafortune, G. (2016). Skills use and skills mismatch in the health sector: What do we know and what can be done? In OCDE (éd.): *Health Workforce Policies in OECD Countries*. Paris, OCDE.
- Sharma, H. & Xu, L. (2022). Association between wages and nursing staff turnover in lowa nursing homes. *Innovation in Aging*, 6, igac004.
- Shin, J. H. & Bae, S.-H. (2012). Nurse staffing, quality of care, and quality of life in US nursing homes, 1996-2011: an integrative review. *Journal of Gerontological Nursing*, 38, 46-53.
- Shin, J. H. & Hyun, T. K. (2015). Nurse staffing and quality of care of nursing home residents in Korea. *Journal of Nursing Scholarship*, 47, 555-564.
- Shum, C. *et al.* (2000). Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial. *BMJ*, 320, 1038-1043.
- Sitterding, M. C. *et al.* (2012). Understanding situation awareness in nursing work: A hybrid concept analysis. *Advances in Nursing Science*, 35, 77-92.
- Slawomirski, L. & Klazinga, N. (2022). The economics of patient safety: From analysis to action. Paris: OCED.
- Srof, B. J., Lagerwey, M. & Liechty, J. (2023). Nurses' lived experience of peacebuilding. *Nursing Inquiry*, 30, e12591.

- Starfield, B., Yushi, L. & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83, 457-502.
- Stevanin, S. *et al.* (2018). Workplace-related generational characteristics of nurses: A mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74, 1245-1263.
- Sutton, C. *et al.* (2023). Strategic workforce planning in health and social care - an international perspective: A scoping review. *Health Policy*, 132, 104827.
- Szanton, S. L. *et al.* (2021). CAPABLE program improves disability in multiple randomized trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69, 3631-3640.
- Tang, J. H. & Hudson, P. (2019). Evidence-based practice guideline: Nurse retention for nurse managers. *Journal of Gerontological Nursing*, 45, 11-19.
- Tappenden, P. *et al.* (2012). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of home-based, nurse-led health promotion for older people: a systematic review. *Health Technology Assessment (Winchester, Angleterre)*, 16, 1.
- Tchouaket, E., Kilpatrick, K. & Jabbour, M. (2020). Effectiveness for introducing nurse practitioners in six long-term care facilities in Québec, Canada: A cost-savings analysis. *Nursing Outlook*, vol. 68, issue 5, P611-625.
- Teresi, J. A. *et al.* (2013). Comparative effectiveness of implementing evidence-based education and best practices in nursing homes: Effects on falls, quality-of-life and societal costs. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 448-463.
- Tsiachristas, A. *et al.* (2015). Costs and effects of new professional roles: Evidence from a literature review. *Health policy (Amsterdam)*, 119, 1176-1187.
- Uchida-Nakakoji, M. *et al.* (2016). Economic evaluation of registered nurse tenure on nursing home resident outcomes. *Applied Nursing Research*, 29, 89-95.
- Venning, P., *et al.* (2000). Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *Bmj*, 320, 1048-53.
- Wang, H. *et al.* (2023). The economic burden of SARS-CoV-2 infection amongst health care workers in the first year of the pandemic in Kenya, Colombia, Eswatini, and South Africa. Washington, DC : Banque mondiale.
- Warshawsky, N. (2023). Investing in nurse leader development: Enhancing efficiency, quality, and financial performance.
- Wellbeing Economy Alliance (2022). For an economy in service of life. Wellbeing Economy Alliance.
- Wenham, C. (2020). The gendered impact of the COVID-19 crisis and post-crisis period.
- Weston, M. J. (2022). Strategic planning for a very different nursing workforce. *Nurse Leader*, 20, 152-160.
- Winter, V., Schreyögg, J. & Thiel, A. (2020). Hospital staff shortages: Environmental and organizational determinants and implications for patient satisfaction. *Health Policy*, 124, 380-388.
- Wodon, Q. *et al.* (2018). *Missed opportunities: the high cost of not educating girls* [en ligne]. Washington, DC : Banque mondiale. <http://hdl.handle.net/10986/29956> [7 février 2023].
- Woetzel, J. *et al.* (2015). How advancing women's equality can add \$12 trillion to global growth. McKinsey Global Institute.
- Wootton, M. & Davidson, L. (2023). Responding to global emergencies: what has the role of nurses been and what can it be in the future? *Clinics in Integrated Care*, 20, 100166.
- Zangaro, G. (2019). The economic cost and impacts of scope of practice restrictions on nurse practitioners. *Nursing Economics*, 37, 273-283.



Conseil International des Infirmières

3, Place Jean-Marteau
1201 Genève, Suisse
+41229080100
icn@icn.ch
www.icn.ch