



L'autosuffisance en personnel infirmier dans le contexte de la mondialisation

par
Lisa Little et James Buchan
pour le
Centre international des migrations d'infirmières

L'autosuffisance en personnel infirmier dans le contexte de la mondialisation

Développé pour le Centre international des migrations d'infirmières
et le Centre international des ressources humaines en soins infirmiers

par

Lisa Little et James Buchan

Tous droits réservés, y compris la traduction en d'autres langues. Il est interdit de photocopier ou de photocopier cette publication, de l'enregistrer ou de la transmettre sur quelque support que ce soit, sans la permission écrite du Conseil international des migrations de l'infirmière. Cependant de courts extraits (en dessous de 300 mots) peuvent être reproduits sans autorisation à condition que la source soit indiquée.

Copyright © - 2007 Conseil international des migrations de l'infirmière,
3, place Jean-Marteau, 1201 Genève, Suisse et 3600 Market Street, Suite 400,
Philadelphia, PA.

Introduction

Le Rapport sur la santé dans le monde 2006 de l'Organisation mondiale de la santé désigne les pénuries de ressources humaines comme un obstacle majeur à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Les pénuries d'infirmières touchent de nombreux pays, développés ou en développement. Le Conseil international des infirmières, dans le cadre d'un projet de recherche international sur la force de travail, a montré que les efforts consentis jusqu'ici pour résoudre le manque d'effectifs infirmiers se sont trop souvent révélés fragmentés, inadaptés et dénués de toute perspective à long terme.

Les États sont tous confrontés à la difficulté de mettre en place une planification des effectifs qui permette de répondre à la demande en soins de santé et de stabiliser la force de travail. Rares sont les pays disposant de plans stratégiques pour la réduction des difficultés d'ajustement entre l'offre et la demande en ressources infirmières. Au contraire, nombre de pays développés ont adopté des politiques à court terme comme le recours à la main-d'œuvre immigrée, parfois au détriment des pays en voie de développement. Cette démarche a suscité des appels aux pays développés afin qu'ils mettent en place un modèle dit d'autosuffisance dans leurs efforts pour combattre les pénuries d'effectifs infirmiers et d'autres ressources humaines pour la santé. Le but de cette étude est d'étudier quelles définitions et quels modèles d'autosuffisance existent dans le contexte de la main-d'œuvre infirmière et de discuter de leurs implications au niveau de la prise de décision politique.

Il existe un large consensus au sein des professions de santé quant à la nécessité, pour les pays développés, de disposer d'effectifs de professionnels de la santé suffisants pour diminuer leur dépendance vis-à-vis des pays en voie de développement. Une bonne planification des ressources humaines pour la santé requiert d'augmenter les investissements consacrés à la formation des infirmières, médecins et autres professionnels de la santé, de manière à ce que les besoins de tous les pays puissent être remplis de manière plus harmonieuse.

En 2004, Aiken *et al.*, étudiant les conséquences des migrations d'infirmières en termes opérationnels, relevaient que «la stratégie la plus prometteuse de rééquilibrage des ressources humaines pour la santé au niveau mondial est celle qui consiste, pour les États, à s'assurer d'un apport adéquat et régulier de professionnels de la santé», une stratégie qui implique en particulier que les pays développés agissent de manière plus systématique pour stabiliser et renforcer leur offre domestique d'infirmières (Aiken *et al.* 2004, p. 76). Les auteurs ajoutent que «la dépendance croissante des pays développés en infirmières formées à l'étranger est, fondamentalement, un symptôme de l'échec des mesures prises jusqu'ici et en particulier du sous-investissement dans leurs capacités infirmières».

Des arguments du même ordre ont été avancés pour ce qui concerne la force de travail médicale. L'Association médicale mondiale (AMM) a ainsi adopté une déclaration relative aux directives déontologiques devant régir le recrutement de médecins, recommandant que «les États fassent tout leur possible pour former un nombre de médecins suffisant pour couvrir leurs besoins, dans la mesure des ressources disponibles. Aucun État ne devrait dépendre de l'immigration pour remplir ses effectifs de médecins» (WMA 2003). En mai 2005, la *British Medical Association* (BMA) a organisé une conférence consacrée à la main-d'œuvre internationale pour la santé, en association avec le Secrétariat du Commonwealth et des représentants des États-Unis, du Canada, du Royaume-Uni et de l'Afrique du Sud. Les participants sont tombés d'accord pour constater que les États doivent s'efforcer de parvenir à l'autosuffisance en matière de ressources humaines pour la santé, et sans que cela n'entraîne de conséquences néfastes pour d'autres pays (BMA 2006).

La coalition canadienne HEAL, regroupant une trentaine d'organisations d'employeurs et de professionnels de la santé, aboutit à la même conclusion et identifie l'autosuffisance parmi les dix principes qui devraient guider la planification des ressources humaines pour la santé (HEAL 2006). Aux États-Unis, les auteurs d'une étude intitulée *Human Resources for Health : National Needs and Global Concerns* font également de l'autosuffisance un objectif. Cet objectif doit être atteint par l'innovation et par le renforcement et la stabilisation des capacités fondamentales en matière de formation médicale et aux soins infirmiers, une démarche qui est vue comme un moyen de limiter la dépendance des États-Unis envers d'autres pays, et en particulier les pays en voie de développement (Penn Consortium for Human Resources in Health 2006). L'utilisation des expressions «fondamentale» et «limiter la dépendance» indique bien qu'un certain niveau d'immigration est jugé nécessaire ou acceptable. La nécessité de parvenir à l'autosuffisance est également mentionnée dans deux documents de portée internationale : le *Joint Learning Initiative Report* et le rapport du Conseil international des infirmières (CII) intitulé *Pénurie mondiale de personnel infirmier : domaines d'action prioritaire*. Le rapport de la *Joint Learning Initiative (JLI)* conclut que les pays riches ont tout intérêt à parvenir à l'autosuffisance compte tenu du caractère inéquitable, risqué et irréfléchi du recours à la main-d'œuvre immigrée; l'autosuffisance est, par contre, un principe raisonnable et équitable (JLI 2004 p. 106). Le rapport du CII indique qu'«il est capital de comprendre l'importance du renforcement des capacités nationales pour une meilleure gestion des déséquilibres internes entre offre et demande de main-d'œuvre. Ce renforcement concerne d'ailleurs aussi bien les pays riches que pauvres» (CII 2006 p. 12).

Nous nous proposons ici d'analyser ce que recouvre exactement la notion d'«autosuffisance», de plus en plus souvent appliquée au contexte de la force de travail infirmière. Il n'est en effet pas toujours facile de déterminer son sens, ni de comprendre comment elle s'applique à la planification des ressources humaines pour la santé et comment elle influence les politiques de santé. On doit également se demander s'il s'agit d'un concept applicable (ou même souhaitable), et quel serait l'impact d'une décision d'autosuffisance sur les systèmes de santé et les infirmières elles-mêmes.

Il n'existe pas de consensus général sur la définition ou la mesure de l'autosuffisance en matière de planification des ressources humaines pour la santé, ni même sur la question de savoir si elle est souhaitable ou réalisable. L'objectif de notre étude est de présenter la définition de l'autosuffisance dans ses rapports avec la planification des ressources humaines pour la santé. Pour ce faire, nous étudierons certains exemples réalisés ou projetés d'autosuffisance du point de vue de leurs forces et faiblesses, ainsi que de leur impact sur les systèmes de santé et sur les infirmières. Nous identifierons en outre les facteurs facilitant ou au contraire compliquant l'autosuffisance, et proposerons des indicateurs de mesure.

1. Définitions de l'autosuffisance

La notion d'autosuffisance s'applique dans une variété de contextes. Selon le dictionnaire le Grand Robert, l'autosuffisance se dit d'un pays ou d'un groupe qui produit suffisamment pour subvenir à ses besoins. Il est difficile d'appliquer cette définition telle quelle au contexte de la planification de la main-d'œuvre pour la santé. Par contre, nous pouvons examiner comment ce terme est appliqué dans d'autres secteurs, ce qui nous donnera un bon point de départ pour une transposition au secteur de la santé.

Dans d'autres domaines, le terme «autosuffisance» est souvent utilisé pour décrire un marché qui dispose d'une capacité de production domestique suffisante pour répondre aux besoins ou à la consommation. Un marché autosuffisant n'a ainsi pas besoin d'importer de biens pour couvrir une demande exprimée. Dans l'agriculture, on parle d'autarcie quand un pays produit une quantité de produits alimentaires équivalente à la consommation de ses habitants. Par exemple, «depuis le milieu des années 1980, le Bénin produit une quantité de patates douces, de cassave, de maïs, de millet, de haricots et de riz suffisante pour couvrir ses besoins en nourriture de base» (Encyclopedia Brittanica 2006a). De même, on parle souvent d'autosuffisance dans le domaine énergétique. «Au début des années 1970, l'économie [danoise] dépendait, pour plus de 90% de ses besoins énergétiques, de produits pétroliers importés. Depuis lors, la découverte de pétrole et de gaz naturel dans le secteur danois de la mer du Nord a permis au pays d'atteindre une autosuffisance partielle à cet égard. Les centrales à charbon produisent 90% de l'électricité du Danemark, alors que cette proportion n'atteignait que 10% en 1970» (Brittanica 2006b).

Dans un tout autre contexte, l'autosuffisance décrit parfois la situation d'individus indépendants du point de vue économique et n'ayant de ce fait pas besoin d'une aide financière extérieure. Aux États-Unis, chaque gouvernement étatique dispose d'un «Département de l'autosuffisance» (*Office of Self Sufficiency*) dont la mission est d'aider les familles et les individus à passer d'un état de dépendance vis-à-vis de l'aide publique à l'indépendance économique. De même, les États-Unis et le Canada connaissent des programmes d'autonomisation et d'autosuffisance financière axés sur les familles, le but étant de leur permettre de s'affranchir de la dépendance en logements subventionnés (BC Housing 2006).

Appliquée à la planification des ressources humaines pour les soins infirmiers, une définition de l'autosuffisance pourrait être : «la formation au niveau national d'un stock durable d'infirmières capables de répondre aux exigences du service». Le terme de «stock» peut être encore affiné en analysant l'usage qui en est fait par l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OECD). Le modèle de «production de soins de santé» mis en avant par cette institution définit un stock comme une fonction de facteurs intrants et extrants, de l'offre existante et de la productivité (Simoens, Villeneuve and Hurst 2005). Cette définition englobe également des éléments agissant à une échelle plus large, comme la distribution, la composition, la qualité, la productivité et la rétention de la main-d'œuvre. Cette approche permet d'envisager d'autres options que la simple augmentation du nombre d'élèves infirmiers et infirmières. Citons à cet égard :

- La diminution du taux d'abandon des élèves infirmiers et infirmières.
- L'amélioration de la productivité de la main d'œuvre, soit :
 - augmentation des taux de participation à la force de travail;
 - augmentation des taux d'emploi à temps partiel;
 - élimination des tâches non-infirmières;
 - adoption de nouveaux moyens technologiques.
- L'amélioration de la rétention des travailleurs par l'adoption de mesures incitatives : cadres de travail de qualité, meilleurs salaires, sécurité des travailleurs, mise à disposition des équipements et des fournitures nécessaires, charges de travail raisonnables, entre autres.

L'expression «répondre aux exigences du service» reflète quant à elle

«Les choix socioéconomiques et les valeurs sociales qui sous-tendent un système de soins de santé donné. Par exemple, dans un système de santé où les soins sont financés par l'État et où l'accès au service est garanti en fonction des besoins, le facteur épidémiologique sera le principal déterminant des exigences en matière de ressources humaines. Par contre, dans un système où les soins sont financés par les assurés eux-mêmes et où l'accès aux services est fonction de la capacité et de la volonté de payer, le déterminant principal en matière de ressources humaines résidera dans des facteurs économiques» (Birch *et al.* in Dreesch *et al.* 2005, p. 267).

Une approche centrée sur cette définition inciterait les États à envisager leur stock d'infirmières en relation avec les services nécessaires pour répondre aux besoins de santé de leurs populations. À noter que cette approche ne limiterait ni n'obligerait les États à n'offrir que les services possibles compte tenu des moyens financiers existants : elle permettrait, en réalité, aux pays en voie de développement qui ne disposent pas des ressources économiques indispensables au renforcement de leur stock d'infirmières à un niveau conforme aux exigences du service d'y parvenir en faisant appel à l'aide internationale.

En résumé, cette définition de l'autosuffisance permet de quantifier le stock d'infirmières nécessaires en fonction des exigences du service. Souple, elle reflète les dynamiques de la force de travail infirmière ainsi que les réalités en termes de définition des besoins de santé des citoyens, et des moyens pour les États d'y répondre. La définition est axée sur les infirmières locales, qui sont envisagées comme un élément clé de la réponse aux exigences du service, conformément à la notion de production domestique utilisée dans d'autres secteurs. Cependant, la définition dépasse la seule notion de production. L'expression «stock durable» pointe non seulement vers les réalités économiques et politiques régnant au sein des États, mais elle encourage aussi le dialogue, au sein de ces mêmes États et au plan international, autour des niveaux de stocks domestiques atteignables dans des périodes de temps données. Enfin, cette définition n'exclut pas un certain niveau d'immigration, en tant que facteur secondaire de développement d'un stock durable : en effet, les migrations sont parfois sources d'avantages, comme il sera montré plus loin dans notre exposé.

2. Exemples d'autosuffisance en matière de main-d'œuvre pour la santé

Il existe un certain nombre d'exemples de l'utilisation du terme d'autosuffisance, ou à tout le moins de fixation d'objectifs d'autosuffisance, en matière de planification de la main-d'œuvre pour la santé. Au niveau national, citons l'Iran, l'Australie, Oman, le Malawi et les Caraïbes. Ces cas sont décrits en détail ci-après.

Iran

«En 1985, le Gouvernement iranien a créé un Ministère national de la santé et de la formation médicale. L'objectif était d'améliorer le développement des ressources humaines pour la santé, de manière à mieux répondre aux besoins de santé de la population. De très grands progrès ont été réalisés en matière de disponibilité d'une main-d'œuvre pour la santé et d'un bon mélange des compétences des travailleurs. Le Ministère est chargé de tous les aspects de la planification, de la direction, de la supervision et de l'évaluation des services de santé, en particulier la formation et l'éducation des ressources humaines pour la santé.» Entre 1985 et 2000, le nombre d'étudiants en médecine a augmenté de 27 000 unités et le nombre d'étudiants dans les autres professions de la santé a augmenté d'environ 60 000 unités. Quant au nombre de programmes de formation continue ouverts au personnel médical autorisé, il est passé de 908 en 1998 à 1505 en 2001. «L'approche innovante adoptée par l'Iran en matière de formation et d'organisation de son système médical a permis d'améliorer de manière spectaculaire l'accès aux services de santé à l'échelle de tout le pays, de réduire la dépendance vis-à-vis de la main-d'œuvre et des services étrangers et enfin d'améliorer les principaux indicateurs de santé. Depuis 1984, l'Iran a ainsi été en mesure de renforcer l'offre de médecins (de 14 000 praticiens à 70 000) et de réduire le nombre de patients contraints à suivre un traitement à l'étranger de 11 000 à 200. Enfin le nombre de travailleurs de la santé étrangers est tombé de 3153 à zéro» (JLI 2004 p. 86).

Australie

En 2004, la Conférence des ministres de la santé australiens a adopté un Cadre d'orientation stratégique national pour la main-d'œuvre de la santé qui fixe sept principes devant guider l'application d'une «vision de la main-d'œuvre pour la santé en Australie». Le premier principe est que «l'Australie doit s'efforcer de parvenir, au minimum, à une autosuffisance nationale en termes de main-d'œuvre pour la santé, tout en reconnaissant que cette main-d'œuvre est partie intégrante d'une force de travail mondialisée». Par la suite, la Commission australienne de la productivité a évalué, dans le cadre d'une analyse générale de la politique de main-d'œuvre pour la santé, ce Cadre d'orientation pour conclure que « le principe d'autosuffisance nationale tel qu'exprimé dans le document n'est pas un objectif de politique de main-d'œuvre approprié. En effet, la dimension internationale de la main-d'œuvre pour la santé est appelée à se renforcer, ce qui signifie que l'Australie ne saurait se restreindre à n'avoir recours qu'à des professionnels formés localement. C'est pourquoi la Commission estime que ce principe devrait être assoupli et formulé ainsi : l'Australie devrait, au minimum, viser à produire elle-même les effectifs de travailleurs de la santé nécessaires pour répondre à ses besoins futurs, en évitant toute dépendance excessive envers les professionnels de la santé formés à l'étranger » (Productivity Commission 2005). Dans sa réponse, le Conseil des Gouvernements australiens (COAG) a accepté de revenir sur sa définition originale de l'autosuffisance, «trop restrictive compte tenu du caractère international de la composition de la main-d'œuvre pour la santé» (COAG 2006).

Oman

Le sultanat d'Oman est un petit État du Moyen-Orient. Les expatriés y constituent plus d'un quart des deux millions d'habitants, selon le premier recensement établi en 1993 (Ministry of Information 2006a). En 1998, le sultanat s'est lancé dans un programme d'«omanisation», avec pour objectif de remplacer les expatriés par du personnel national formé localement. L'omanisation – visant non seulement à assurer un emploi à tous les citoyens mais aussi à réduire la dépendance en main-d'œuvre étrangère, ce qui implique l'autosuffisance en termes de ressources humaines – est devenue la première priorité du gouvernement. Celui-ci a fixé l'objectif d'omanisation des services publics à hauteur de 72% des travailleurs. Il a également fixé des objectifs dans six domaines du secteur privé. Plusieurs ministères ont rédigé des études détaillées pointant les difficultés prévisibles et proposant des solutions. Pour le sultan, la jeunesse omanie représente une part vitale de la société. Aucun effort ne sera donc épargné pour lui assurer un futur digne. Dans le même temps, il a exhorté la jeunesse à travailler avec diligence et abnégation au développement du pays, «le travail, quel qu'il soit, étant une vertu». Les médias nationaux ont été mobilisés pour garantir le succès de la campagne.

Des débats télévisés ont été organisés autour du thème de l'omanisation. Le sultan Qabous s'est dit impressionné par la franchise qui a caractérisé ces débats, estimant qu'aucun objectif ne serait atteint en l'absence de discussion franche. Un Comité de suivi est chargé de contrôler l'application des plans d'omanisation des postes de travail dans les secteurs privé et public (Ministry of Information 2006c). Parmi ses attributions figurent la capacité à déterminer les besoins nationaux en matière de main-d'œuvre, l'élaboration de plans d'investissement et de recrutement pour atteindre les objectifs d'omanisation (en

partenariat avec les autorités compétentes), la préparation de rapports d'étape sur la mise en œuvre du processus dans les secteurs privé et public. Le Comité est composé de membres du gouvernement et de la société civile et fait rapport directement au sultan.

À la fin 1999, le nombre de citoyens omanis employés dans le service public dépassait l'objectif des 72%, pour atteindre 86% dans la plupart des départements. Le gouvernement a même procédé au renvoi de milliers de travailleurs illégaux afin d'ouvrir des postes à ses propres citoyens; d'autres travailleurs illégaux ont choisi de partir (Ministry of Information 2006a).

Au niveau du secteur de la santé :

«Avant 1970, le secteur de la santé n'employait pas plus de 100 personnes, dont seulement 13 médecins. Cependant, à la fin 2003, le Ministère de la santé comptait 18 579 fonctionnaires, dont 2635 médecins et 7340 infirmiers et infirmières. Les citoyens omanis représentent 61% de cette main-d'œuvre. Entre 1998 et 2003, 459 Omanis ont suivi des programmes de formation complémentaire dispensés dans les Instituts de santé : 144 en gestion de la santé, 115 en dialyse rénale, 85 en obstétrique, 74 en soins intensifs, 25 en physiothérapie, 16 en éducation pour la santé» (Ministry of Information 2006b).

Conséquence de l'omanisation, la demande en formation supérieure à Oman a fortement augmenté depuis quelques années. Mais la capacité nationale en la matière ne s'est pas adaptée à cette nouvelle demande (Wilkinson and Alhajri 2005). Le gouvernement a donc décidé d'encourager l'ouverture d'universités et de collèges privés, par l'octroi de subventions pouvant atteindre 50% des coûts de construction et d'équipement de telles institutions. En outre, le gouvernement a mis à la disposition des étudiants des bourses leur permettant de suivre les enseignements des universités et collèges privés. Pour garantir la qualité des programmes proposés par ces établissements, le gouvernement a imposé leur affiliation à des universités étrangères reconnues. Parmi d'autres mesures prises pour garantir la qualité de la formation suite à la multiplication des écoles, citons l'adoption de critères d'assurance qualité pour l'enseignement supérieur et la mise sur pied d'un organisme indépendant chargé de l'accréditation. L'omanisation dépendant de l'augmentation du nombre des étudiants de l'enseignement universitaire, le gouvernement a décidé de réformer l'enseignement secondaire en y introduisant des objectifs de réduction du taux d'abandon et de mise à disposition d'enseignants mieux formés.

Les conséquences des mesures d'omanisation sur le système éducatif ont fait l'objet d'une étude d'impact. Par contre, aucun rapport n'a encore été rédigé sur les effets de cette politique sur la main-d'œuvre ni sur les résultats pour les patients.

Malawi

Le Malawi est un exemple de pays en voie de développement ayant consenti d'importants investissements dans sa force de travail depuis quelques années, dans un effort de parvenir à l'autosuffisance. Le système de santé du Malawi traverse une crise due à un manque de main-d'œuvre : les effectifs ne suffisent pas à garantir un niveau acceptable de soins de santé ni à prodiguer les traitements contre le VIH/sida. «Entre 1999 et 2001, plus de 60% du personnel infirmier (soit 144 infirmières) d'un hôpital de niveau 3 a quitté le pays pour occuper un emploi à l'étranger» (Kingma 2006 p. 12). «Le Conseil des infirmières et sages-femmes du Malawi estime que 1200 infirmières qualifiées vivant dans le pays ont choisi de quitter le secteur de la santé pour accepter d'autres emplois mieux payés ou moins astreignants» (Ministry of Health, Malawi, in Palmer 2006, p. 31). Ces chiffres suggèrent que la pénurie d'infirmières sévissant au Malawi est causée par des facteurs endogènes plutôt qu'exogènes.

En 2004, le Ministère de la santé demandait l'adoption urgente de mesures de rétention du personnel existant et d'incitation au retour des travailleurs ayant quitté la force de travail pour la santé (WHO 2006). «Cette démarche a redonné du souffle au Comité consultatif des ressources humaines [pour la santé] du Malawi, créé en 2002 avec mission de rassembler les principaux intervenants du secteur, mais qui était resté inactif» (Palmer 2006, p. 32). Le Comité vient donc de lancer un plan d'urgence en matière de ressources humaines étalé sur six ans, dont les principales mesures sont :

- L'amélioration du recrutement et de la rétention du personnel malawite;
- Une augmentation des salaires bruts;
- Le recrutement temporaire de médecins et d'infirmières étrangers à des postes critiques, le temps que le personnel malawite soit formé;
- Un renforcement important des capacités nationales en matière de formation;
- L'introduction d'une période obligatoire de service public pour les assistantes de soins infirmiers autorisées formées par l'État;
- Le renforcement des capacités en matière de planification, de gestion et de développement des ressources humaines;
- La reconnaissance de la nécessité de conclure des contrats de travail à plus long terme, pour contrecarrer certains facteurs non financiers affectant la rétention du personnel.

Le programme est soutenu par plusieurs organisations internationales de même que par le gouvernement du Malawi. Son coût est estimé à 278 millions de dollars. «Il est certes encore tôt pour juger, mais l'approche semble avoir un impact positif... On constate une diminution des départs du secteur public. Plus de 700 nouveaux collaborateurs ont été recrutés; 200 candidats attendent une réponse» (WHO 2006, p. 22). Selon Palmer (2006), les mesures d'urgence semblent avoir donné un bon résultat en matière de recrutement et de rétention du personnel, en particulier des cadres de niveaux moyen-inférieur. Par contre, les migrations n'ont apparemment pas diminué en 2005. Cependant, il est probable que les infirmières concernées avaient déjà pris la décision de partir avant le lancement du programme. Il est donc trop tôt pour s'exprimer sur la réussite du

programme dans ce domaine. Palmer (2006) relève encore que l'émigration des infirmières malawites reste préoccupante. En effet la demande en personnel soignant qualifié va augmenter dans les pays riches : il est donc probable que le Malawi continuera de perdre ses meilleurs éléments, d'où la nécessité de former davantage de personnel soignant dont il a strictement besoin pour ses besoins internes. Cependant, on s'attend à ce que le programme permette de prévenir de nouveaux départs d'infirmières du secteur public vers d'autres secteurs pour des raisons liées aux mauvaises conditions de travail. On espère en outre qu'il encourage le retour dans le secteur de la santé de près de 1200 infirmières ayant décidé de travailler dans d'autres domaines.

Caraïbes

Les États des Caraïbes sont confrontés à de graves difficultés liées aux migrations internationales d'infirmières. En 2003, on comptait environ 13 046 postes d'infirmières dans la région. Plus de 3000 postes étaient vacants pendant la période 2001-2003, au cours de laquelle seules 1199 infirmières sont arrivées sur le marché du travail. Plus de 900 infirmières ont quitté la région pendant la même période, résultant en un apport net de 299 infirmières, suffisant pour couvrir 36% seulement des postes (Salmon and Yan 2005). Certains hôpitaux ont dû fusionner leurs unités de soins masculines et féminines et renoncer à des interventions chirurgicales non urgentes. Les coûts cumulés des maladies professionnelles, des actions en justice et de la diminution de l'investissement public dans la formation des infirmières au niveau de base sont estimés à environ 20 millions de dollars (Deyal 2003). Outre ces conséquences financières, les pays des Caraïbes souffrent d'un manque de personnel infirmier capable de fournir des soins de santé de qualité.

Pour lutter contre cette pénurie, les États de la région ont adopté une stratégie d'«émigration contrôlée» respectueuse du droit individuel de choisir son lieu de résidence et de travail. La stratégie comporte six domaines d'intervention fondamentaux : le recrutement et la rétention; l'éducation et la formation; l'utilisation et le déploiement; les conditions d'emploi; les pratiques et politiques de gestion du personnel; et la recherche sur les services de santé (Yan 2006). Cette approche a été conçue pour répondre aux facteurs endogènes et exogènes à l'origine de l'émigration. Les principales parties concernées ont souscrit à une approche générale tenant compte des différentes initiatives déjà engagées par les gouvernements, par l'instance régionale de gestion des soins infirmiers, par les organisations professionnelles d'infirmières et par le secteur privé. Des recommandations ont été adoptées sur cette base, aux termes desquelles, quelle que soit l'option retenue, les États de la région s'engagent à instituer des partenariats et à renforcer leur stratégie de ressources humaines dans le sens d'une extension des programmes de formation actuels et futurs (Caribbean Conference on Temporary Movement 2005). Le financement du programme de gestion des migrations est assuré à hauteur de 699 000 dollars (Yan 2006). Le financement et le soutien sont assurés par la région Caraïbes, les États individuels, l'organisation panaméricaine de santé et d'autres partenaires commerciaux internationaux. Parmi les interventions engagées : amélioration de la production par le recours accru aux praticiennes de niveau intermédiaire et aux travailleurs communautaires; adoption d'une approche par équipe combinée aux transferts des tâches; application de ratios pour la dotation en effectifs; introduction d'un programme

de tutorat; meilleure compensation au profit des prestataires de soins directs. D'autres interventions tendaient à valoriser les infirmières, en particulier une campagne d'action sociale dirigée par Johnson & Johnson et la célébration d'une année de l'infirmière caraïbe.

L'un des éléments de cette stratégie était l'accent mis sur la formation pour répondre, au niveau national, aux besoins en capacités dans divers domaines. Dans ce contexte, les pays des Caraïbes peuvent être répartis en trois groupes : bénéficiaires, fournisseurs et bénéficiaires / fournisseurs. Les bénéficiaires sont de petits États (Îles Vierges Britanniques, Îles Turks-et-Caicos, Îles Abacos) dénués d'une capacité de formation adéquate et dépendant d'autres pays de la région, en particulier du Guyana, pour répondre à leurs besoins. Les pays fournisseurs comprennent le Guyana (le plus gros contributeur dans la région) ainsi que la Dominique et St-Vincent-et-les-Grenadines. Un pays à la fois fournisseur et bénéficiaire est par exemple la Jamaïque, qui reçoit des infirmières d'autres pays de la région et y envoie ses propres infirmières (La Rose 2004). Antigua et la Grenade ont, de leur côté, noué un partenariat aux termes duquel le premier pays peut envoyer des étudiantes dans le second pour y recevoir une formation gratuite. Leur diplôme obtenu, les étudiantes reviennent travailler à Antigua (Yan 2006).

Les États de la région des Caraïbes s'efforcent depuis plusieurs années de concrétiser un modèle régional d'autosuffisance en matière de formation des infirmières. Cette démarche a été encore renforcée par la décision de certaines institutions de formation (comme par exemple l'Université des Indes occidentales) d'ouvrir des annexes décentralisées de leurs campus et de se lancer dans la formation à distance. Un autre facteur positif réside dans le fait que, depuis plus d'une décennie, les infirmières doivent passer un examen uniformisé au niveau régional, de telle sorte qu'une diplômée de n'importe quel pays anglophone des Caraïbes a le droit de travailler dans les autres pays anglophones de la région. Il s'agit là des éléments fondamentaux sur lesquels repose le programme de gestion de l'émigration.

3. Analyse des modèles

En partant des exemples, concepts et modèles présentés plus haut, il est possible de dériver et de détailler des caractéristiques communes, ainsi que de déterminer les conséquences réelles et potentielles des différents types d'autosuffisance sur les systèmes de santé et sur les infirmières.

A. Caractéristiques communes

Citons :

- La collaboration entre plusieurs partenaires;
- L'engagement et le soutien du gouvernement (politique);
- La planification à court terme et long terme (pluriannuelle tout au moins) de la force de travail;

- La collaboration et le soutien de partenaires internationaux dans le cas des pays en voie de développement;
- L'existence de plans pour combler les lacunes prévisibles avec des prestataires de soins de santé formés localement;
- Un renforcement important des capacités nationales en matière de formation;
- Une dépendance réduite envers les travailleurs immigrés, la priorité étant accordée à la production domestique;
- L'importance des investissements financiers.

B. Conséquences pour les systèmes de santé

Du point de vue des systèmes de santé, le passage à l'autosuffisance peut être source d'avantages aussi bien que d'inconvénients. Par exemple, un problème pourrait résider dans la diminution de l'immigration suite à la réduction des opportunités d'emploi pour les travailleurs étrangers. La mondialisation et les migrations en général rendent les États toujours plus multiculturels. Les systèmes de santé s'enrichissent d'infirmières migrantes qui partagent les cultures et croyances de populations très diversifiées : ces infirmières comprennent mieux les attentes de santé des patients et parlent leur langue, deux aspects importants de la fourniture de soins sûrs et culturellement appropriés. Le recours moins fréquent à des travailleurs étrangers risque de déconnecter les infirmières de leurs patients, avec les problèmes que cela peut entraîner en termes d'insatisfaction des clients et de dangers causés par la barrière linguistique. Le fait de disposer d'une main-d'œuvre infirmière reflétant la diversité de la population desservie est bon pour le système de santé. En outre, l'immigration d'infirmières peut entraîner des avantages au plan intellectuel : ces infirmières sont souvent porteuses de nouvelles idées et de meilleures pratiques encore inconnues dans leur pays d'accueil. L'inconvénient de l'autosuffisance est qu'elle risque de brider ce genre d'innovation et donc de nuire à la compétitivité d'un pays sur le marché mondial. Le degré d'impact négatif de l'autosuffisance sur les systèmes de santé dépend de l'approche adoptée par les États et du niveau d'autosuffisance envisagé. Par exemple, le fait de fixer un objectif de 72% de main-d'œuvre «nationalisée», comme à Oman, entraînera des résultats très différents de ceux issus de la décision prise par l'Iran d'éliminer totalement le recours à toute main-d'œuvre étrangère.

D'un autre côté, parvenir à l'autosuffisance pourrait avoir pour effet de renforcer les systèmes de santé dans la mesure où, en renforçant la capacité nationale en matière de planification de la main-d'œuvre et en favorisant la collaboration entre toutes les parties concernées, on parvient à réduire la dépendance envers le recours au recrutement international «de confort», décidé en l'absence de toute réflexion à long terme, et à mettre au contraire l'accent sur des mesures propres à pérenniser le recrutement et la rétention du personnel domestique. Les exemples cités plus haut illustrent le fait que l'autosuffisance exige une planification à long terme ou, à tout le moins, pluriannuelle. Actuellement, de nombreux pays ne disposent pas de plan stratégique pour leur main-d'œuvre pour la santé; quand ils existent, ces plans sont souvent inefficaces et à court terme. La notion d'autosuffisance pourrait par contre encourager le développement de plans stratégiques de gestion à long terme des ressources humaines pour la santé, plans

prévoyant un certain nombre de mesures de recrutement et de rétention du personnel dépassant le cycle politique actuel très bref, qui limite la capacité de planification ainsi que les investissements dans les ressources humaines pour la santé. Remarquons en outre que, dans les exemples déjà mentionnés, les parties concernées se sont toutes réunies pour œuvrer à la réalisation d'un objectif commun. Ainsi au Malawi, on signale que les mesures prises ont eu pour effet de donner un coup de fouet au Comité consultatif sur les ressources humaines pour la santé, qui était auparavant entré en demi-sommeil.

Fréquemment, la planification des ressources humaines pour la santé est conduite indépendamment des politiques d'éducation, de migrations, du travail et professionnelles. Le rapport de la *Joint Learning Initiative* (2004) indique que les stratégies nationales de ressources humaines pour la santé doivent, pour être efficaces, compter cinq dimensions parmi lesquelles la planification des investissements et la capacité à mobiliser les chefs de file et les parties concernées. «Les expériences nationales montrent que l'adoption d'une approche stratégique dans le développement de la main-d'œuvre est susceptible de générer d'excellents gains en termes de santé, que ce soit par l'amélioration de la performance du système de santé national ou par de meilleurs résultats de santé... Ces avancées sont a priori atteignables par tous les pays...» (JLI 2004, p. 65-66).

C. Conséquences pour les infirmières

Le passage à l'autosuffisance au niveau national peut avoir des conséquences aussi bien positives que négatives pour les infirmières. Négatives, car l'autosuffisance risque de diminuer de manière permanente ou temporaire les opportunités d'emploi ouvertes aux travailleurs immigrés, et limiter ainsi leurs perspectives professionnelles et personnelles. Pour de nombreuses infirmières, l'émigration est un moyen d'améliorer leur développement professionnel par l'accès à une formation continue ou formelle souvent inexistante dans leur propre pays. Or le développement professionnel conditionne généralement les possibilités de faire carrière. Pour l'infirmière prête à s'expatrier, l'autosuffisance risque donc de réduire ses possibilités d'expérimenter de nouvelles réalités politiques, professionnelles et culturelles (Kingma 2006 et Buchan 2002). La plupart des infirmières migrantes volontaires choisissent de s'expatrier pour des raisons probablement économiques. À cet égard, diminuer les opportunités d'emplois à l'étranger revient à supprimer les possibilités d'amélioration de la situation économique d'infirmières attirées par de meilleures conditions de vie ou par la possibilité d'entretenir les membres de leur famille restés au pays (Kingma 2006). En outre, l'autosuffisance des pays développés risquerait de réduire les occasions pour les infirmières des pays en voie de développement de trouver la sécurité et le bien-être dans des pays mieux dotés. Par exemple on constate que les pays en voie de développement sont souvent affligés de forts taux de criminalité, de conditions de vie peu sûres ou peu hygiéniques et de conflits civils. «Plus de 95% des migrants originaires d'Afrique du Sud donnent comme motif de leur départ le taux de criminalité» (Padarath *et al.* in Kingma 2006, p. 15).

D'un autre côté, le passage vers l'autosuffisance peut être l'occasion d'une amélioration des conditions de travail des infirmières. En effet, si les États parviennent à traiter, au-delà du traditionnel recours à l'augmentation de la production domestique, les facteurs de la

réention du personnel, les infirmières peuvent s'attendre à des gains substantiels – monétaires et non monétaires. Nous disposons ainsi de preuves concordantes indiquant l'existence d'un lien entre les environnements positifs ou sains avec la satisfaction professionnelle et l'intention de rester (Lowe 2006, Baumann *et al.* 2001, O'Brien-Pallas 2006). Les exemples du Malawi et des Caraïbes illustrent ce potentiel. Les avantages pour les infirmières sont sans doute mieux perceptibles dans les pays en voie de développement, où les infirmières sont contraintes d'œuvrer dans un dénuement parfois extrême.

En conclusion, l'autosuffisance est un terme souvent employé mais qui reste à définir de manière consensuelle. Certaines définitions, comme celle adoptée en Australie, parlent de «permanence» de la main-d'œuvre domestique, alors qu'aux États-Unis on évoque plus volontiers un «noyau stable» d'effectifs. Si les exemples analysés partagent certaines caractéristiques communes, aucune définition unifiée ou convenue n'existe de l'application de l'autosuffisance. L'impact de l'autosuffisance sur les systèmes de santé et sur les infirmières dépend en fait de la nature des modèles considérés. Les plus efficaces semblent être les modèles complets, c'est-à-dire ceux qui prévoient des mesures simultanées de recrutement, de réention et de gestion de la main-d'œuvre dans le respect du droit à l'émigration. Certes l'idée de frontières complètement étanches est incompatible avec le principe de liberté individuelle, et est donc irréaliste. Reste pourtant que le recours au recrutement international risque d'inciter les pays développés à négliger la formation de la main-d'œuvre infirmière locale qui leur serait nécessaire. Cette forme de recrutement leur permet en effet, d'une part, de s'affranchir des coûts de formation induits et, d'autre part, de n'avoir pas à attendre les trois ou quatre ans nécessaires à la formation d'une nouvelle volée d'étudiantes.

En ce qui concerne la planification des ressources humaines pour les soins infirmiers, nous proposons une définition de l'autosuffisance qui pourrait être la suivante : «la formation au niveau national d'un effectif stable d'infirmières capables de répondre aux exigences du service». Le terme «durable» apparaît dans plusieurs autres définitions, suggérant qu'une part importante du stock d'infirmières pourrait être locale. Il tient également compte d'une part du droit des individus à migrer et d'autre part de l'inéluctabilité de ce phénomène, comme l'histoire le montre. Appliqué au niveau des politiques d'action, le terme inciterait les États à développer leur propre stock d'infirmières capables de répondre aux besoins en soins infirmiers. Cette démarche contribuerait en dernière analyse à réduire les pénuries, à limiter leur impact sur les systèmes de santé ainsi que la dépendance vis-à-vis de l'immigration pour couvrir les exigences du service.

4. Obstacles et facteurs facilitant l'application de modèles d'autosuffisance

A. Opportunité

Certains estiment que l'autosuffisance est une notion avantageuse en soi, d'autres pensent le contraire. Comme nous l'avons observé, de nombreuses organisations professionnelles de santé (dont le CII, l'AMM, le BMA et HEAL) approuvent le terme d'autosuffisance tout en reconnaissant aux individus le droit d'émigrer. Ces organisations n'ont pas explicitement défini le terme, mais leur soutien semble être fondé sur des principes fondamentaux de justice sociale et d'égalité d'accès.

De leur côté, certains pays en voie de développement approuveront l'application de ce concept aux pays actuellement importateurs de main-d'œuvre, compte tenu des nombreux départs d'infirmières vers ces nations plus riches qui utilisent la main-d'œuvre immigrée comme solution à court terme à leurs propres déséquilibres structurels en ressources humaines.

«En 2000, plus de 500 infirmières ghanéennes ont quitté leur pays pour trouver un emploi dans des pays industrialisés, soit plus de deux fois le nombre des nouvelles diplômées des programmes de formation aux soins infirmiers cette année-là. Au Malawi, entre 1999 et 2001, plus de 60% du personnel infirmier (soit 144 infirmières) d'un hôpital de niveau 3 a quitté le pays pour occuper un emploi à l'étranger. En Jamaïque, 95% des infirmières formées entre 1978 et 1985 ont été perdues à cause de l'émigration, dans la plupart des cas vers des pays industrialisés» (Kingma 2006, p. 12-13).

Les infirmières locales elles-mêmes sont parfois favorables à une autosuffisance nationale. «De nombreuses infirmières locales pensent que leurs employeurs exercent une sorte de discrimination à l'envers dans leurs rapports avec le personnel resté fidèle» (Kingma 2006, p. 75). Ces employeurs attireraient en effet des infirmières étrangères à coup de bonus, d'indemnités et de conditions de travail qui ne s'appliquent pas aux infirmières locales. Ces dernières considèrent le traitement préférentiel réservé à leurs consœurs étrangères comme une forme de discrimination. En outre, les infirmières recrutées à l'international sont souvent perçues comme une charge par les infirmières locales chargées de les orienter dans leurs nouveaux cadres de travail. Les différences linguistiques et culturelles compliquent encore la situation. Tous ces facteurs risquent d'augmenter le stress et la charge de travail d'infirmières déjà mises sous pression par les pénuries d'effectifs (Kingma 2006). Enfin les infirmières étrangères, et en particulier les nouvelles recrues, sont généralement moins enclines au militantisme et représentent donc un danger potentiel pour les acquis des infirmières locales, car elles sont prêtes à accepter des salaires inférieurs et des conditions de travail moins favorables.

D'un autre côté, un certain nombre d'intervenants risquent de ne pas apprécier outre mesure le concept d'autosuffisance. Citons par exemple les pays développés fortement

dépendants de leur main-d'œuvre immigrée, les États exportateurs d'infirmières ou qui souhaitent le devenir, les agences de recrutement et les infirmières déjà présentes sur le marché du travail international. Les États qui font régulièrement appel à des infirmières étrangères pour combler leurs déficits de main-d'œuvre ne seront pas très enthousiastes à l'idée d'adopter le concept d'autosuffisance, dans la mesure où il limitera leur capacité d'ajustement rapide de l'offre de professionnels de la santé. Ces États seraient contraints d'orienter leurs efforts sur l'amélioration du mélange des compétences et de la productivité de leurs effectifs existants, deux types d'interventions potentiellement délicates au plan politique. Ils devraient en outre adopter une démarche de planification à long terme plus cohérente, notamment sous l'aspect de la production d'un stock régulier de nouvelles infirmières locales. Les coûts induits pour des gouvernements déjà chargés du financement partiel ou total de la formation postsecondaire seraient assez élevés. Dans le court terme au moins, il est probable que ces États jugent plus rentable d'utiliser des leviers politiques à leur disposition pour augmenter l'immigration jusqu'à un niveau correspondant à leurs besoins.

La notion d'autosuffisance, selon le modèle adopté, est par ailleurs impraticable dans certains pays comme les Philippines ou l'Inde qui tirent profit de l'exportation d'infirmières et des transferts de fonds qu'elles génèrent.

«Les fonds envoyés par les travailleurs migrants via le système bancaire formel, les postes ou d'autres institutions financières s'élèvent à 75 - 200 milliards de dollars par an. Ces fonds représentent un important pourcentage du produit intérieur brut de certains pays. En Afrique, et à l'exception du Nigeria et du Cameroun, les transferts de fonds de travailleurs migrants dépassent de beaucoup les investissements étrangers directs et représentent par conséquent une contribution essentielle aux économies nationales» (Kingma 2006, p. 6).

Les agences de recrutement fortement dépendantes du personnel étranger ne seront pas non plus favorisées par l'autosuffisance. On estime en effet qu'une des principales conséquences de la réalisation d'un tel objectif serait une diminution des migrations d'infirmières, étant entendu que des flux minimaux existeront toujours. Sauf à modifier leur bassin de recrutement au profit des professionnelles locales, ces agences subiront d'importants manques à gagner. En effet, «la nébuleuse des opérateurs structurant et organisant les migrations d'infirmières prélève une part significative des gains marginaux incitant en premier lieu les infirmières à émigrer, soit au total entre 20% et 30% des salaires des migrantes...» (Martin in Kingma 2006, p. 110).

Enfin les infirmières souhaitant émigrer peuvent aussi éprouver des réticences vis-à-vis de la notion d'autosuffisance. L'émigration vers des pays plus avantageux est souvent, aux yeux des infirmières, un moyen d'améliorer leurs opportunités professionnelles, leur situation économique, leur sécurité personnelle et leur qualité de vie, ainsi que celle de leurs familles. Une généralisation du recours à des mesures d'autosuffisance entraînerait, pour elles, une diminution des opportunités. D'un autre côté, le recours à l'autosuffisance dans les pays d'origine des migrations pourrait avoir pour effet de réduire les facteurs incitatifs à l'origine des décisions d'émigration.

B. Faisabilité

Si telles ou telles modalités de l'autosuffisance sont acceptables pour certains pays et parties concernées, la question demeure de la possibilité ou non de concrétiser ce concept. Les arguments sont à cet égard très partagés. Les tenants du concept avancent plusieurs raisons favorisant les intérêts de la profession infirmière : l'instauration d'environnements favorables à la pratique; une augmentation de la productivité grâce à des ajustements du profil des qualifications et dans la situation professionnelle; l'introduction de nouveaux rôles et des nouvelles technologies; l'augmentation générale de la richesse des nations.

Certains pays développés peuvent augmenter leur production domestique d'infirmières en renforçant l'attrait de la carrière infirmière. Après sept ans de déclin du nombre des inscriptions aux études de niveau bachelor, les États-Unis ont enregistré récemment un spectaculaire regain d'intérêt pour la profession. Ce phénomène est sans doute imputable à une série de facteurs : couverture médiatique sur la demande croissante en personnel infirmier qualifié, récession économique ayant entraîné des changements dans la structure des marchés du travail nationaux, sans oublier les effets d'une importante campagne de sensibilisation lancée par Johnson et Johnson. Sous l'effet de ces facteurs conjugués, la demande de formation dépasse d'un seul coup la capacité disponible : en 2004, 125 000 demandes d'admission aux programmes de formation aux soins infirmiers ont été rejetées (National League for Nursing 2004). La situation du Canada est comparable : l'Association des écoles de soins infirmiers estime à 3 pour 1 le rapport entre le nombre de candidatures répondant aux critères d'admission et les places d'enseignement disponibles (entretien avec Pat Griffin 2006). Au Royaume-Uni également on constate une forte croissance des demandes d'inscription dans l'enseignement des soins infirmiers ainsi que du nombre des postes financés dans ce secteur (Buchan and Seccombe 2006).

Comme nous le relevions plus haut, le stock d'infirmières est fonction de facteurs intrants et extrants ainsi que de la productivité de la main-d'œuvre existante. L'autosuffisance serait plus facilement applicable si les États ne s'en tenaient pas à la solution traditionnelle de production de nouvelles infirmières locales, et adoptaient par exemple des mesures d'amélioration de la productivité. Le Rapport sur la santé dans le monde 2006 indique que plusieurs études sur la productivité du secteur de la santé ont été menées dans une série de pays, riches et pauvres. «Une étude a récemment chiffré les gains de productivité potentiels du personnel infirmier de deux États africains à respectivement 35% et 26%» (WHO 2006, p. 69). De nombreux pays sont encore loin d'avoir maximisé le potentiel de leurs infirmières : celles-ci disposent rarement des ressources et des structures de soutien nécessaires à l'accomplissement de leur tâche, ne sont pas affectées à des postes où elles pourraient avoir le meilleur impact, ou sont sous-payées, voire pas payées du tout.

Il n'est pas rare que les pays développés connaissent des taux d'emploi à plein temps oscillant entre 40% et 60% et, simultanément, un fort effectif d'infirmières diplômées mais employées dans d'autres secteurs. Ainsi 43% des infirmières employées en Norvège le sont à plein temps, moins de 52% au Canada, 47% au Danemark, 50% en Nouvelle-Zélande et 56% en Suède (CII 2005). Souvent, les infirmières cherchent des postes à plein temps alors que les employeurs préfèrent proposer des postes à temps partiel, pour

augmenter la flexibilité du personnel tout en comprimant leur masse salariale. La précarisation de la main-d'œuvre infirmière entraîne l'insécurité et l'insatisfaction au travail. Or le fait de porter le taux d'emploi à plein temps à 70% permettrait d'augmenter sensiblement la productivité de la main-d'œuvre et de réduire le nombre absolu d'infirmières requises. De même, il est possible d'agir sur cette variable en augmentant le taux de participation des infirmières à la force de travail. Le Kenya et le Nigeria recensent 30 000 infirmières au chômage, l'Afrique du Sud 32 000, tandis qu'en Ouganda, le chômage des infirmières est considéré comme la plus pressante des difficultés de ressources humaines (Oulton 2005).

Une étude conduite en Irlande par Egan et Moynihan (2003) indique que près de 15 000 infirmières et sages-femmes qualifiées vivant dans le pays ont choisi d'exercer une autre profession. Interrogées sur les raisons de cet abandon de la profession, près de 40% des infirmières concernées motivent leur décision par leurs conditions de travail : sous-effectifs, horaires, problèmes au niveau du management, manque de ressources... À la question de savoir si elles pourraient revenir sur leur décision pour autant que davantage d'attention soit accordée à leurs exigences en matière d'affectations horaires, 53% des infirmières interrogées répondent de manière positive. Enfin, l'application de ratios infirmière / patients en Australie a permis le retour de 5000 infirmières dans la force de travail, qui avaient auparavant décidé de quitter la profession à cause d'horaires ingérables (Tomblin Murphy 2005). On voit ainsi comment l'instauration de bonnes conditions de travail pourrait inciter un grand nombre d'infirmières à réintégrer la profession, ce qui aurait pour effet d'aider les États à atteindre leurs objectifs d'autosuffisance et en même temps de réduire leur dépendance envers les infirmières immigrées.

Du point de vue économique, l'Organisation mondiale de la santé estime que «la communauté internationale dispose des ressources financières et technologiques nécessaires à la résolution de ces difficultés» (OMS 2006, p. xv). Aux États-Unis par exemple, la seule Fondation Bill et Melinda Gates, dotée de 29 milliards de dollars, a donné plus de cent millions de dollars en 2005 au profit de la lutte contre le sida, la tuberculose, le paludisme et d'autres problèmes de santé (Villeneuve M. et MacDonald J. 2006). Si des sommes importantes ont ainsi été dégagées pour la lutte contre la maladie proprement dite, les ressources humaines pour la santé indispensables à la fourniture des soins et traitements prévus restent trop souvent négligées et sous-financées.

D'un autre côté, certains facteurs risquent de compromettre toute avancée vers l'autosuffisance. Citons par exemple le fait que le renforcement de la production domestique est un processus dont l'aboutissement nécessite plusieurs années et qu'il est compliqué par des difficultés liées au système de formation, comme par exemple le nombre limité de places de stage et une pénurie prévisible d'enseignants. L'exemple des États-Unis cité plus haut est intéressant dans la mesure où il montre bien pourquoi l'autosuffisance pourrait bien être inatteignable en l'état actuel des choses. En effet, la principale raison du rejet de nombreuses candidatures aux programmes de formation aux soins infirmiers réside dans l'insuffisance des effectifs d'enseignants ainsi que dans des carences au niveau des infrastructures, autrement dit le manque d'espace et de places de stage clinique. Toujours aux États-Unis, l'âge moyen des enseignants titulaires d'un

doctorat est de 53,3 ans. Entre 200 et 300 départs à la retraite interviendront ces dix prochaines années. De plus, entre 220 et 280 enseignants formés au niveau du master pourront faire valoir leurs droits à la retraite entre 2012 et 2018 (Bednash 2006). L'Association des écoles de soins infirmiers du Canada relève l'existence d'obstacles de même nature à l'augmentation de la production domestique (Canadian Association of Schools of Nursing 2004). En 2005, les écoles de soins infirmiers canadiennes indiquaient être à la recherche de 500 enseignantes (Association des infirmières et infirmiers du Canada [CNA-AIIC] 2006). Un rapport du CII note que cette situation de pénurie, prévalente dans de nombreux pays, accentue encore les effets de la pénurie d'infirmières car il devient de plus en plus difficile de former les effectifs nécessaires pour couvrir les besoins futurs (CII 2006).

La capacité des États à planifier correctement leurs ressources humaines pour la santé est un autre facteur limitant les possibilités d'atteindre l'autosuffisance. Parvenir à un état d'autosuffisance demande l'existence d'un certain niveau d'expertise et de qualité techniques ainsi que d'un appareil statistique permettant d'établir des projections précises en matière d'offre et de demande d'infirmières. Selon le Conseil international des infirmières, la capacité de la plupart des pays en termes de planification des ressources humaines est encore faible. Cet état de fait serait imputable avant tout à un manque de données fiables et de compétences dans ce domaine. La planification et la gestion rationnelles des ressources humaines sont de ce fait quasiment impossibles (CII 2006). Le CII ajoute que les pays qui ont adopté des plans formels de gestion des ressources humaines les appliquent souvent mal, voire pas du tout.

Le déclin démographique constitue probablement un autre facteur limitant la capacité de certains pays développés de parvenir à l'autosuffisance. Statistique Canada a ainsi établi des projections montrant qu'en 2030 le nombre des décès dépassera celui des naissances au Canada. La croissance démographique dépendra donc de l'existence d'un solde migratoire net positif. De fait, en 2005/2006, l'immigration comptait déjà pour deux tiers de l'augmentation de la population. À titre de comparaison, l'immigration comptait pour 46% de la croissance démographique canadienne dans les années 1990, et pour 35% dans les années 1980 (Statistique Canada 2006). Cette tendance se retrouve dans d'autres pays membres de l'OCDE. «D'ici à 2025, le nombre de personnes âgées de 15 à 64 ans devrait diminuer de 7% en Allemagne, 9% en Italie et 14% au Japon» (*The Economist* 2006, p. 11). Ces prévisions suggèrent que ces États éprouveront de plus en plus de difficultés à augmenter leur production. Les autres pays confrontés à une diminution des naissances et au vieillissement de leur population n'auront d'autre choix que d'avoir recours à l'immigration pour compléter leur main-d'œuvre. Cependant cette dépopulation ne concernera pas tous les pays : «96% de l'augmentation de la population se produit actuellement dans les régions en développement : Afrique, Asie, Amérique latine. Cette proportion augmentera ces 25 prochaines années» (Villeneuve et MacDonald 2006, p. 65). Malheureusement, cette augmentation n'aura pour effet que d'alourdir encore le fardeau placé sur les systèmes de santé de pays déjà pauvres, notamment en Afrique.

C. Pertinence

La communauté internationale doit lutter contre les pénuries d'infirmières pour répondre aux besoins de santé des populations. Les mesures à prendre comprennent en particulier la réduction des disparités en matière de santé, grâce à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, objectifs fixés par les dirigeants de la planète lors d'une session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2000. La mondialisation a fait des crises sanitaires nationales – VIH/sida, tuberculose, SRAS – des problèmes d'ampleur mondiale. Il est dans l'intérêt bien compris de chacun d'aider les États touchés par ces maladies à prendre toutes les mesures pour éviter une contagion générale. «La réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, et des initiatives de développement en général, est compromise par des investissements insuffisants dans les ressources humaines et par des actions inefficaces en termes de développement durable d'une main-d'œuvre sanitaire correctement formée, motivée et soutenue» (CII 2006, p. 5). Ceci est particulièrement vrai dans les pays en voie de développement. Pour atteindre les objectifs du Millénaire, la Tanzanie par exemple devrait tripler ses effectifs de travailleurs de la santé d'ici à 2015, le Tchad les quadrupler. En comptant «une moyenne de 2,5 travailleurs pour 1000 habitants, les pays de l'Afrique subsaharienne devraient recruter immédiatement un million de médecins, infirmières et sages-femmes supplémentaires. L'Éthiopie à elle seule aurait besoin de 150 000 travailleurs de la santé...» (JLI 2004, p. 72-73).

La plupart des États éprouvent déjà les plus grandes difficultés à remédier aux pénuries, quelles qu'en soient les causes. Ces États sont influencés par plusieurs prises de position de portée internationale. La première d'entre elles est, comme nous l'avons déjà mentionné, le rapport de la *Joint Learning Initiative*, qui recommande explicitement la recherche de l'autosuffisance. Le Rapport sur la santé dans le monde 2006 de l'OMS, par ses recommandations visant au renforcement de la production domestique, à l'amélioration du recrutement et de la rétention ainsi qu'à l'extension de la planification stratégique de la main-d'œuvre pour la santé, pousse implicitement dans ce sens. Enfin, la 59^e Assemblée mondiale de la santé (mai 2006), reconnaissant l'importance d'atteindre les objectifs d'autosuffisance en matière de santé, a adopté une résolution demandant le renforcement rapide de la production de main-d'œuvre pour la santé (AMS 2006). Toutes ces prises de position mettent en avant la nécessité pour les États d'envisager leurs ressources humaines pour la santé comme un véritable investissement et non comme un simple centre de coûts. Elles soulignent enfin l'importance de valoriser la contribution des infirmières aux systèmes de santé.

5. Quantifier l'autosuffisance

L'autosuffisance est un concept complexe aux nombreuses implications pour les systèmes de santé et pour les infirmières. Il est d'une pertinence particulière en ces temps de pénuries d'infirmières et de crises sanitaires internationales. L'application de ce concept aux politiques de ressources humaines peut engendrer de bons résultats pour autant qu'elle se fasse dans le respect du droit individuel à l'émigration et qu'elle soit basée sur la définition donnée dans notre étude. Idéalement, le développement d'un stock durable d'infirmières capables de répondre aux exigences du service doit s'accompagner de mesures générales en faveur du recrutement, de la rétention et de la gestion de la main-d'œuvre. La stratégie d'augmentation de la production domestique d'infirmières doit être accompagnée de mesures de rétention et de renforcement de la productivité de la force de travail infirmière.

Cette approche intégrée de l'autosuffisance suggère que sa mesure quantitative requiert la prise en compte d'une série d'indicateurs envisagés dans la durée. Individuellement et collectivement, les États devront se fixer des objectifs précis et des calendriers de réalisation de ces objectifs. Le tableau 1 propose quelques indicateurs.

Cependant les chiffres ne disent pas tout. Comme tous les indicateurs, ceux que nous proposons doivent être envisagés dans leur contexte. Ce contexte peut être celui d'un modèle régional d'autosuffisance, comme celui adopté aux Caraïbes, ou celui d'un accord bilatéral entre deux États en tant que mesure temporaire pour répondre aux exigences du service, en attendant que le pays importateur ait constitué un stock de base d'infirmières locales. Le contexte peut aussi refléter les déplacements transfrontaliers temporaires d'infirmières en quête d'expérience professionnelle ou de nouveaux titres académiques, et décidées à revenir au pays après coup. Certains gouvernements peuvent en outre choisir de constituer un stock d'infirmières capables de répondre aux besoins du service en introduisant des mesures de prévention de la maladie et de promotion de la santé, dans l'idée de réduire la demande future en services de santé. Une telle démarche diminuera la nécessité de remplacer les infirmières sortant du marché de l'emploi. Toutes ces mesures d'autosuffisance doivent être interprétées dans le contexte des modalités de la planification des ressources humaines au niveau national.

Tableau 1	
Indicateur	Commentaire
1. Dans un pays P à un moment t , rapport entre le nombre d'infirmières formées localement et le nombre infirmières formées à l'étranger.	Cet indicateur est limité en ce qu'il ne représente qu'une mesure brute ne tenant pas nécessairement compte des facteurs dynamiques qu'il recouvre.
2. Proportion d'infirmières formées à l'étranger entrant chaque année sur le marché du travail national.	Mesure de la proportion de nouvelles infirmières formées à l'étranger entrant chaque année dans la force de travail. La mesure de l'apport annuel peut prendre des formes très diverses, en fonction de la disponibilité et de l'accessibilité des chiffres*.
3. Nombre annuel de candidatures valables rejetées par les écoles de soins infirmiers	Cet indicateur représente le potentiel national de recrutement de nouvelles infirmières qui permettrait d'atteindre l'objectif annuel national d'infirmières formées localement.
4. Nombre de places d'enseignement aux soins infirmiers au financement garanti, par rapport au nombre total requis.	Cet indicateur donne une idée de la volonté d'un État d'intégrer à sa force de travail autant d'infirmières formées localement qui le souhaitent, afin de constituer un stock stable et de réduire la dépendance envers les infirmières étrangères.
5. Pourcentage d'infirmières diplômées mais ne travaillant pas dans le secteur infirmier, en comparaison avec d'autres pays.	Stock potentiel d'infirmières domestiques qui pourraient être réintégrées dans la force de travail, réduisant ainsi la dépendance envers le recrutement international.
6. Départs annuels d'infirmières employées dans le secteur infirmier vers d'autres secteurs d'emploi, au niveau national.	Capacité d'un pays à retenir sa main-d'œuvre infirmière.
7. Pourcentage d'infirmières en âge de travailler négligeant de faire renouveler leur permis d'exercer.	La rétention est une stratégie clé pour le maintien d'un stock durable d'infirmières locales. Un pays qui connaîtrait un fort pourcentage d'infirmières choisissant de ne pas renouveler leur permis d'exercer devrait améliorer les mesures incitatives en direction des infirmières.
<p>* Par exemple, de nombreux pays ont institué un examen national conditionnant l'autorisation d'exercer, ou un autre type d'inscription au registre professionnel. Ainsi, l'Examen d'autorisation infirmière au Canada (EAIC), ultime étape du processus d'octroi de l'autorisation d'exercer, doit être réussi par toutes les candidates au titre d'infirmière, qu'elles soient canadiennes (sauf Québec) ou étrangères. En 2005, 13% des candidates passant cet examen pour la première fois avaient reçu une formation à l'étranger (soit 12% des candidates reçues) (CNA 2006). La mesure de cet indicateur varie selon les pays. Au Royaume-Uni par exemple, les infirmières étrangères ne sont pas soumises à un examen mais sont évaluées avant d'être inscrites au registre. Dans ce cas, l'indicateur représente le nombre de nouvelles infirmières étrangères inscrites au registre national des infirmières. En 2002, cette valeur était de 53%, pour tomber à 33% en 2005, une tendance qui peut laisser penser soit que le Royaume-Uni est en train de s'affranchir de la dépendance en infirmières recrutées sur le marché international de l'emploi (Buchan and Secombe 2006), soit que le nombre absolu de postes à pourvoir est en diminution.</p>	

6. Les prochaines étapes

Les appels à l'autosuffisance en matière de ressources humaines pour la santé lancés au niveau international ont porté ce concept au premier plan des ordres du jour des politiques de santé nationales et internationales. Cependant, l'adoption d'une telle politique exige au préalable sa mise en perspective dans le contexte des systèmes de santé et de planification des ressources humaines pour la santé. Dans le cadre de notre étude, l'autosuffisance a été définie comme «un stock durable d'infirmières capables de répondre aux exigences du service», la notion de «stock» intégrant des concepts plus généraux tels que distribution, mélange des compétences, qualité, productivité et rétention du personnel infirmier. Nous avons abordé plusieurs modèles existants ou projetés d'autosuffisance, analysé les conséquences de l'autosuffisance et proposé une définition de travail et plusieurs indicateurs relatifs à ce concept appliqué à la profession infirmière. Les prochaines étapes pourraient être :

- La diffusion de notre étude auprès d'associations nationales d'infirmières, de responsables de la planification des ressources humaines pour la santé et de décideurs politiques pour susciter le dialogue autour du concept d'autosuffisance;
- Chercher à rassembler les professionnels de la santé, les décideurs politiques et les responsables de la planification autour d'une prise de position consensuelle au niveau international quant à la définition de l'autosuffisance et à des indicateurs y relatifs;
- Mettre au point des directives techniques pour l'adoption d'indicateurs consensuels;
- L'instauration de mécanismes internationaux de contrôle des objectifs nationaux en matière d'autosuffisance et de suivi des indicateurs.

Références

- Aiken L, Buchan J, Sochalski J, Nichols B and Powell M (2004). *Trends in International Nurse Migration*. Health Affairs, 23, 3, 69-77, Bethesda, MD, USA.
- Allan H & Larsen J (2003). *We need respect; Experience of internationally recruited nurses in the UK*. Royal College of Nurses, United Kingdom.
- Author Unknown 2006. *The Search for Talent*. The Economist, 381, 8498, The Economist Newspaper Limited, NY, USA.
- Author Unknown (2005). *Framework of Action for a Programme of Temporary Movement of Nurses Agreed at the Caribbean Conference on Temporary Movement: Towards a Trade and Development Approach*. Caribbean Conference on Temporary Movement, Barbados.
- Baumann A, O'Brien-Pallas L, Armstrong-Stassen M, Blythe J, Bourbonnais R, Cameron S et al. (2001). Commitment and Care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system. Canadian Health Services Research Foundation, Ottawa, ON, Ottawa.
- Bednash G (2006). *The State of the Schools*. Human Resources for Health: National Needs and Global Concerns Conference, Philadelphia, PA, USA.
- BC Housing (2006). Family Self Sufficiency Program. www.bchousing.org/tenants/services/innovative/self_sufficiency
- British Medical Association (2005). The Healthcare Skills Drain – A Call to Action. British Medical Association, London, England. www.bma.org.uk/ap.psf/Content/skillsdrain.
- Britannica (2006a). *Self sufficiency*. www.britannica.com/eb/article-55074/Benin
- Britannica (2006b). *Self sufficiency*. www.britannica.com/eb/article-33917/Denmark
- Buchan J (2002). *International Recruitment of Nurses: United Kingdom Case Study*. Buchan, Edinburgh, Scotland.
- Buchan J and Calman L (2004). *The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions*. International Council of Nurses, Geneva, Switzerland.
- Buchan J, Jobanputra R, Gough P and Hutt R (2005). *Internationally Recruited Nurses in London: Profile and Implications for Policy*. King's Fund, London, England.
- Buchan J Seccombe I (2006) *From Boom to Bust? The UK Nursing Labour Market Review 2005/6* Royal College of Nursing, London.
- Canadian Association of Schools of Nursing (2004). *FEDERAL BUDGET 2004: Clear Funding for Nursing Education Needed* [press release]. Canadian Association of Schools of Nursing, Ottawa, ON, Canada.
- Canadian Nurses Association (2006). *Canadian Registered Nurse Examination Bulletin #9*. Canadian Nurses Association, Ottawa, ON, Canada.
- Canadian Nurses Association (2005). *Nurse Practitioners in the Emergency Department*. Canadian Nurses Association, Ottawa, ON, Canada.
- Canadian Nurses Association (2006). *Annual Student Faculty Reports*, Canadian Nurses Association, Ottawa, ON, Canada.
- Conseil international des infirmières (2006). La pénurie mondiale de personnel infirmier: domaines d'action prioritaire. Conseil international des infirmières, Genève, Suisse.
- Conseil international des infirmières (2005). *Nursing Workforce Profile 2005*. Conseil international des infirmières, Genève, Suisse.
- Deyal T (2003). *Hasta la Vista, PARADISE!* Perspectives in Health, 8, 2. www.paho.org/English/DD/PIN/Number17_articles5_4.htm

- Dreesch N, Dolea C, Dal Poz M, Goubarev A, Adams A, Aregawi M et al. (2005). *An Approach to Estimating Human Resource Requirements to Achieve the Millennium Development Goals*. Oxford University Press, London, England.
- Dussault G and Franceschini M (2006). *Not Enough There, Too Many Here: Understanding Geographical Imbalances in the Distribution of the Health Workforce*. Human Resources for Health, 4, 12. www.human-resources-health.com/content/4/1/12
- Egan M and Moynihan M (2003). *An Examination of Non Practising Qualified Nurses and Midwives in the Republic of Ireland and an Assessment of the Intentions and Willingness to Return to Practice*. Irish Nurses Organisation, Dublin, Ireland.
- Griffin P (2005). Personal communiqué with Executive Director of Canadian Association of Schools of Nursing, Ottawa, ON, Canada.
- HEAL (2006). Core Principles and Strategic Directions for a Pan-Canadian Health Human Resources Plan. HEAL, Ottawa, ON, Canada.
- Horrocks S, Anderson E and Sailsbury C (2002) *Systematic Review of Whether Nurse Practitioners Working in Primary Care Can Provide Equivalent Care to Doctor*. British Medical Journal, 324 819-823.
- Joint Learning Initiative (2004). *Human Resources for Health: Overcoming the Crisis*. Harvard University Press, Cambridge (MA), USA.
- Kingma M (2006). *Nurses on the Move: Migration and the Global Health Care Economy*. Cornell University Press, Ithaca, New York.
- La Rose M (2004). *Guyana Provides Majority of Nurses for Caribbean – PAHO Advisor*. Stabroek News, July 18, 2004. www.landofsixpeoples.com/news403/ns407182.htm
- Lowe G (2006). *Creating High Quality Work Environments: Trends, Issues and Challenges*. Canadian Policy and Research Network, Ottawa, ON, Canada.
- Merriam-Webster Online Dictionary (2006). *Self sufficiency*. www.m-w.com/dictionary/self-sufficient
- Ministry of Information, Sultanate of Oman (2006a). *Omanisation Policy*. www.omanet.om/english/misc/omanise.asp
- Ministry of Information, Sultanate of Oman (2006b). *Omanisation Policy – Health Services*. www.omanet.om/english/social/dev4.asp?cat=hist
- Ministry of Information, Sultanate of Oman (2006c). *Omanisation Policy- The Omanisation Follow-up and Monitoring Committee*. www.omanet.om/english/misc/omanise1.asp#3
- National League for Nursing (2004). *Startling data from the NLN's comprehensive survey of all nursing programs evokes wake-up call*. National League for Nursing, USA. www.nln.org.newsreleases/datarlease05.pdf
- O'Brien-Pallas L, Tomblin Murphy G, White S, Hayes L, Baumann A, Higgin, A et al. (2004). *Building the Future: An integrated strategy for nursing human resources in Canada - Research Synthesis*. Nursing Sector Study Corporation, Ottawa, ON, Canada.
- Oulton J (2005). *The Global Nursing Shortage*. Presentation at Building Global Alliance III Conference, Philadelphia, PA, USA.
- Palmer D (2006). *Tackling Malawi's Human Resources Crisis*. Reproductive Health Matters, 14, 27, 27-39, Elsevier, UK. www.rhmjournal.org.uk
- Penn Consortium for Human Resources in Health (2006). *Conclusions of Human Resources for Health: National Needs and Global Concerns. A Research and Policy Retreat*. Penn Consortium for Human Resources in Health, Philadelphia, PA, USA.

- Royal College of Nurses (n. d.). *Here to stay? International nurses in the UK*. Royal College of Nurses, United Kingdom.
- Salmon M and Yan J (2005). *The Caribbean Context: Prelude to Regional Strategies*. Presentation at International Nurse Migration Conference, Bellagio, Italy.
- Simoens S, Villeneuve M and Hurst J (2005). *Tackling Nurse Shortages in OECD Countries*. OECD Health Working Papers No. OECD, Paris, France.
- State of Colorado (2006). *Welcome to the Office of Self Sufficiency*. http://stateboard.cdhs.state.co.us/oss/Self_Sufficiency.html
- Statistics Canada (2006). *Annual Demographic Estimates: Canada, Provinces and Territories 2005-2006*. Statistics Canada, Ottawa, ON, Canada.
- Tomblin Murphy G (2005). *Enhancement of Patient Safety Through Formal Nurse-Patient Ratios: A Discussion Paper*. Canadian Federation of Nurses Unions, Ottawa, ON, Canada. Villeneuve M and MacDonald J (2006). *Towards 2020: Visions for Nursing*. Canadian Nurses Association, Ottawa, ON, Canada.
- Wilkinson R and Alhajri A (2005). *Widening Access to Higher Education – Combining the Quality Imperative with High Growth Rates: Oman*. UNESCO, Paris, France.
- World Health Assembly (2006). 59th WHA Resolutions - Agenda Item 11. 12 Rapidly Scaling Up of Health Workforce Production, WHA, Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (2006). *World Health Report 2006: Working together for health*. World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- World Medical Association (2003). *The World Medical Association Statement on Ethical Guidelines for the International Recruitment of Physicians*. World Medical Association General Assembly, Helsinki.
- Yan J (2006). *Health Services Delivery: Reframing Policies for Global Nursing Migration in North America- A Caribbean Perspective*. Policy, Politics, & Nursing Practice, [supplement] 7, 3, 71S-75S, Sage Publications, New York.

International Centre on Nurse Migration

www.intlnursemigration.org

A global resource for the development, promotion and dissemination of research, policy and information on nurse migration.



Office of the Secretariat

3600 Market Street, Suite 400, Philadelphia, PA 19104-2651 U.S.A
Phone: 215.243.5841 • Fax: 215.367 7497 • Email: info@intlnursemigration.org

International Centre for Human Resources in Nursing

www.ichrn.org

ICHRN is a unique, online resource serving policy makers, planners, educators, associations, employers, regulators, researchers and practitioners in the field of nursing human resources.



3, Place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland