

Crise mondiale, solution collective : *Faire face à la crise mondiale du personnel infirmier*

UN RAPPORT DE GLOBAL NURSES UNITED (GNU)
MAI 2025



GNU

Global Nurses United
Unidad Global de Enfermeros/as
Unidade Global de Enfermeiros/as
Union syndicale des infirmiers(ères)
du monde
국제 간호사 연대

RÉSUMÉ

Ce rapport examine la crise mondiale de la dotation en personnel infirmier qui affecte les systèmes de santé dans le monde entier. S'appuyant sur des recherches menées dans le monde entier et sur l'expérience collective de nos syndicats membres, nous montrons dans quelle mesure le manque de personnel met en danger à la fois les infirmières et les patients, tout en nuisant à la qualité des soins de santé. La crise se manifeste différemment d'une région à l'autre - le Nord connaît un exode de la main-d'œuvre en raison des mauvaises conditions de travail, tandis que le Sud est confronté à une grave pénurie de ressources - mais les causes profondes sont communes : sous-évaluation du travail infirmier, protection inadéquate des travailleurs, perturbations technologiques sans surveillance adéquate et désinvestissement systémique dans les infrastructures de santé publique. Ce rapport explique en détail comment l'action collective organisée par les infirmières s'est avérée la plus efficace pour obtenir des réformes significatives, en particulier une législation sur le ratio infirmière/patient. Nous concluons que le renforcement des droits du travail et l'habilitation des infirmières à plaider en faveur d'améliorations sur le lieu de travail sont des éléments essentiels de toute solution efficace à la crise mondiale de la dotation en personnel infirmier.



CRISE MONDIALE DU PERSONNEL INFIRMIER

Le manque de personnel est une question d'une importance capitale qui préoccupe les infirmières du monde entier.^{1,2} De nombreuses études ont montré que le manque de personnel est le problème critique qui affecte la satisfaction professionnelle, la sécurité des patients et la qualité générale des soins de santé, y compris les infections associées aux soins de santé, dans différents pays du monde.^{3,4,5,6} Des charges de travail plus élevées pour les infirmières dans les pays à revenu élevé, moyen et faible ont été associées à la mortalité à l'hôpital, aux infections nosocomiales et aux erreurs de médication chez les patients, ainsi qu'à des niveaux élevés de détresse morale, de blessures par piqûres d'aiguilles et d'objets tranchants, d'absentéisme et d'intention de quitter leur emploi chez les infirmières de tous les pays.⁷

La crise du personnel infirmier se manifeste différemment dans les pays du monde entier, avec des différences particulièrement notables entre le Nord et le Sud. Dans les pays du Nord, la crise du personnel infirmier est principalement due au fait que les infirmières quittent le marché du travail en raison de mauvaises conditions de travail et d'une détresse morale, alors que les pays du Sud sont confrontés à des défis importants, notamment le sous-financement, des infrastructures limitées et défectueuses, très peu de professionnels de la santé, et un lourd fardeau de maladies infectieuses et de problèmes de santé maternelle et infantile en raison d'un manque cruel de ressources et d'inégalités sociales.⁸

La documentation sur la crise du personnel est abondante. En Afrique subsaharienne, une étude a révélé que si la densité d'infirmières et de sages-femmes a considérablement augmenté entre 2004 et 2013 (de 5,6 à 12,44 pour 10 000 habitants), la tendance ne s'est pas poursuivie les années suivantes.⁹ Étant donné que les infirmières jouent un rôle fondamental dans l'éducation à la santé dans cette partie du monde, les chiffres ci-dessus sont particulièrement frappants.¹⁰ De même, une enquête menée dans huit hôpitaux européens de quatre pays a mis en évidence l'intention des infirmières de quitter leur hôpital ou leur profession, les infirmières des Pays-Bas étant celles qui ont le plus l'intention de quitter leur établissement.¹¹ Aux Philippines, environ 4 500 postes sont vacants dans les hôpitaux publics en raison des bas salaires, des longues heures de travail et de l'absence d'avantages sociaux.¹² Le Canada,¹³ les États-Unis,¹⁴ la Grèce,¹⁵ le Royaume-Uni,^{16,17} le Brésil,¹⁸ l'Afrique du Sud,¹⁹ la Chine,²⁰ le Vietnam, la Malaisie, la Thaïlande, Singapour,²¹ et le Japon²² ne sont que quelques-uns des nombreux pays du monde qui ont également documenté le problème des sous-effectifs d'infirmiers et d'infirmières.

Cette crise n'est pas sans solution. Un grand nombre d'études ont montré que les politiques relatives au ratio minimum d'infirmières par patient améliorent effectivement les niveaux de dotation en personnel infirmier ainsi que la santé et la sécurité des patients et des infirmières.^{23,24,25}

Bien que nous soutenions avec enthousiasme cette approche politique, nous sommes conscients que les propositions politiques et la recherche ne suffiront pas à pousser les gouvernements à améliorer la crise de la dotation en personnel infirmier. Depuis des décennies, de nombreuses organisations internationales telles que l'Organisation internationale du travail,^{26,27} l'Organisation mondiale de la santé,^{28,29} et le Conseil international des infirmières³⁰ ont proposé des solutions politiques pour résoudre le problème, mais n'ont suscité que peu de mouvements volontaires de la part des gouvernements et de l'industrie. Les infirmières, les travailleurs de la santé et les patients doivent exercer une pression organisée et formuler des demandes collectives pour que les protections et les réformes de base soient inscrites dans la loi.

Le manque de personnel touche de nombreux aspects de la santé et de la sécurité des infirmières et des patients. La résolution de cette crise mondiale est essentielle à la capacité des infirmières à protéger, défendre et fournir des soins de la plus haute qualité à leurs patients.



LES CONDITIONS DE TRAVAIL DOIVENT S'AMÉLIORER

Il n'y a pas de pénurie d'infirmières désireuses et prêtes à s'occuper de nos communautés; en revanche, il y a une pénurie de conditions de travail sûres et favorables pour les infirmières d'aujourd'hui et de demain. Partout dans le monde, les pays ont connu une augmentation des maladies infectieuses, de la violence au travail et d'autres problèmes de sécurité au travail qui menacent à la fois le recrutement et la fidélisation de leurs infirmières. Compte tenu de la nature détaillée du travail infirmier et de ces défis, il n'est pas surprenant que la profession connaisse un exode constant.

En tant que profession de soins présentant une nette disparité entre les sexes, les infirmières doivent se battre pour être valorisées de manière appropriée, tant au niveau de la rémunération concrète que de la perception du public. L'impact du travail dans des conditions dangereuses et en sous-effectif sur les infirmières est désastreux et contribue largement aux taux de rotation élevés. De nombreuses recherches ont mis en évidence les taux élevés et le lourd tribut payé par les infirmières, souvent qualifiés d'« épuisement professionnel ». Par exemple, des études menées aux États-Unis, en Europe et aux Philippines ont montré que l'épuisement professionnel était l'une des principales raisons pour lesquelles les infirmières quittaient la profession.^{31,32,33,34} Cependant, l'épuisement professionnel en tant que concept ne rend compte que d'une partie de l'impact sur le travailleur et, par définition, attend du travailleur qu'il se conforme aux exigences de l'employeur. Les termes « détresse morale » et « préjudice moral » sont beaucoup plus précis et décrivent l'étendue de l'injustice dont souffrent les travailleurs.³⁵ Le préjudice moral est l'effet délétère à long terme, émotionnel, psychologique, comportemental, spirituel et/ou social qui résulte du fait d'être placé dans des situations où l'on est incapable de faire ce que l'on sait être juste en raison de contraintes situationnelles ou institutionnelles.³⁵ Le manque de personnel est l'un des principaux facteurs de détresse morale et de préjudice chez les infirmières.³⁶ Des recherches ont montré que les infirmières travaillant dans des environnements de travail sains, dotés d'un personnel et de ressources adéquats, étaient plus satisfaites de leur travail et souffraient moins de détresse morale.³⁷

Les infirmières ont besoin et méritent d'effectuer leur travail qualifié et salvateur dans des conditions de sécurité. Les syndicats infirmiers jouent un rôle essentiel dans la mise en œuvre de cette sécurité vitale. Les administrateurs des soins de santé ne sont pas prêts à donner la priorité aux divers besoins des infirmières sur le lieu de travail, et les infirmières organisées remettent en question leur hypothèse commune selon laquelle les travailleurs ne sont que des numéros dans une formule conçue pour contrôler les coûts et produire des profits. En plaidant pour des contrats solides et applicables et en donnant du pouvoir à ceux qui n'en ont pas, les infirmières organisées du monde entier ont transformé ce à quoi ressemblent réellement des soins de santé de qualité et sont les premières expertes en matière d'améliorations concrètes des conditions de travail.

LA VIOLENCE SUR LE LIEU DE TRAVAIL NE PEUT PERDURER

La violence sur le lieu de travail dans le secteur des soins de santé est une tendance mondiale dévastatrice. Un rapport conjoint de l'OMS, de l'OIT, de l'ISP et du CII, publié en 2002, définit clairement la violence au travail comme « des incidents au cours desquels des membres du personnel sont maltraités, menacés ou agressés dans des circonstances liées à leur travail, y compris lors des trajets domicile-travail, ce qui constitue une menace explicite ou implicite pour leur sécurité, leur bien-être ou leur santé ».³⁸ Ce n'est pas la première fois que la violence au travail est mentionnée dans la littérature académique; c'est en 1992 que Lipscomb et Love notent que la violence au travail est une préoccupation « émergente » dans le domaine des soins de santé.³⁹ En 2025, la violence au travail n'est plus une préoccupation émergente; elle est plutôt devenue



une préoccupation dominante. Vingt-trois ans après la publication de lignes directrices internationales visant à prévenir et à traiter la violence au travail, les infirmières continuent de subir des violences mentales, physiques et émotionnelles avec une régularité alarmante. Pour exemple, entre huit et trente-huit pour cent des travailleurs de la santé subissent des violences physiques à un moment ou à un autre de leur carrière.⁴⁰

Nous n'avons pas besoin d'une preuve supplémentaire qu'il s'agit d'un problème international qui prolifère, et nous ne manquons pas non plus de cadres que nous pouvons utiliser pour mettre fin à la violence sur le lieu de travail. Nous savons que des effectifs sûrs, une évaluation et une intervention médicales précoces, ainsi que des mesures de sécurité physique appropriées (systèmes d'alarme, aménagement des bureaux, etc.) contribuent à prévenir la violence au travail.⁴¹ D'autres mesures de prévention de la violence peuvent inclure des plans de sécurité élaborés avec la participation des employés et spécifiques à chaque unité et/ou niveau de soins, ainsi que d'autres interventions culturellement spécifiques et sensibles propres à chaque pays.

Les moyens de parvenir à l'élimination de la violence au travail sont aussi variés que les points de vue de notre société mondiale, mais chaque choix possible a quelque chose en commun : la certitude que la violence contre les travailleurs est inacceptable. Tout aussi inacceptables, cependant, sont les solutions axées sur des mesures punitives et répressives à l'égard des patients. Les patients sont souvent confrontés à des processus pathologiques qui affectent leur cognition, leur mobilité et leur bien-être général.⁴² Pénaliser les patients pour un comportement résultant de leur maladie est une mesure réactive insuffisante pour lutter contre la violence, tout comme le fait de blâmer le personnel infirmier pour le comportement des patients. Si les patients sont une source courante de violence sur le lieu de travail, ils sont loin d'être la seule source et il est donc crucial d'axer les solutions sur les problèmes systémiques et structurels qui alimentent la violence dans le monde entier.

En outre, on ne saurait trop insister sur le fait que le manque de personnel augmente considérablement le risque de violence au travail dans les établissements de soins de santé. Les infirmières confrontées à une forte pression temporelle et à des interruptions fréquentes - conséquences courantes du manque de personnel - sont presque deux fois plus susceptibles de subir des violences au travail.⁴³ En conséquence, la recherche sur la prévention a montré que l'amélioration des niveaux de personnel réduit efficacement les taux de violence au travail.⁴⁴ La prévention de la violence au travail est un élément essentiel pour mettre fin à la crise du personnel infirmier et protéger la sécurité des infirmières et des patients.

LA PRÉVENTION DES MALADIES INFECTIEUSES DOIT ÊTRE UNE PRIORITÉ

Global Nurses United (GNU) a publié une proposition qui démontre que le changement climatique a des effets délétères sur la santé⁴⁵, et dans le spectre envahissant du changement climatique se trouve un agresseur particulièrement bien connu : les maladies infectieuses. Les maladies pathogènes humaines s'aggravent facilement en raison des effets du changement climatique, qui rapproche les personnes et les agents pathogènes, augmente le taux de croissance de nombreux micro-organismes et étend la portée des vecteurs de maladies tels que les moustiques et les tiques.^{46,47,48} Ceci, à son tour, place une demande accrue sur le personnel infirmier mondial pour soigner les personnes exposées à ces agents pathogènes, car les maladies infectieuses sont souvent virulentes et peuvent nécessiter de multiples interventions aiguës.

Les infirmières sont donc exposées à un nombre disproportionné de maladies infectieuses. Les infirmières ont toujours soigné des patients atteints de maladies infectieuses, prêtes à intervenir pour protéger leurs patients en cas d'épidémie. Mais trop souvent, les employeurs du secteur



de la santé ont imposé que nous nous mettions en danger sans les protections nécessaires pour nous garder en sécurité et à l'abri des infections. L'impact sur les infirmières et les familles a été stupéfiant : au cours des 15 premiers mois de la pandémie de Covid, on estime qu'au moins 150 000 travailleurs de la santé sont décédés dans le monde à cause de la Covid-19, ce qui représente une perte stupéfiante de vies humaines et d'expertise.⁴⁹ Il est essentiel pour la sécurité et la survie des infirmières du monde entier que les hôpitaux, les gouvernements et d'autres organismes riches en ressources mettent à leur disposition une éducation, une formation et un équipement de protection individuelle adéquats.

La sécurité des effectifs est également une mesure essentielle pour protéger le personnel infirmier et les patients des maladies infectieuses. Ce n'est qu'à cette condition que les patients infectieux peuvent être dépistés efficacement, isolés et soignés rapidement afin de limiter la propagation des maladies infectieuses. La sécurité des effectifs est essentielle pour donner aux infirmières le temps d'enfiler et de retirer correctement les équipements de protection individuelle et de suivre les protocoles de sécurité essentiels, car les soins aux patients atteints de maladies infectieuses peuvent nécessiter plus de temps.^{50,51} En effet, des recherches ont montré que les infirmières avaient 62 % de chances en moins de subir une blessure par piqûre d'aiguille dans les hôpitaux mieux dotés en personnel⁵² et que la dotation en personnel infirmier était un facteur prédictif indépendant des expositions mucocutanées des infirmières.⁵³ La protection des infirmières et des patients contre les maladies infectieuses est un élément essentiel pour faire face à la crise de la dotation en personnel infirmier et protéger la sécurité des infirmières et des patients.

LES INFIRMIÈRES MÉRITENT UN MEILLEUR HORAIRE DE TRAVAIL ET UNE MEILLEURE RÉMUNÉRATION

En tant que plus grand contingent de travailleurs de la santé sur la scène mondiale,⁵⁴ les infirmières ont la capacité unique d'améliorer la santé de toutes les nations et de leurs habitants par le biais des soins infirmiers. Les soins infirmiers comprennent une multitude de tâches qualifiées différentes qui nécessitent un effort intentionnel et intelligent, comme l'évaluation de la tête aux pieds ou l'évaluation de la tolérance d'un patient à une procédure. Les infirmières sont souvent présentées comme des guérisseuses qui tiennent la main, ce qui est vrai dans une certaine mesure; la tenue de la main et la guérison sont des avantages que les patients retirent des soins infirmiers, mais il est important de reconnaître que ces avantages vont de pair avec des connaissances médicales avancées et spécifiques appliquées de manière cohérente aux soins quotidiens du patient. Il ne s'agit pas seulement de soins et de compassion, mais aussi de talent et de science.

Les infirmières souffrent souvent de la perception qu'a le public de leur travail en tant que travail de soins, dont la qualité et la nécessité peuvent être difficiles à quantifier en raison de leur nature.⁵⁵ En effet, les infirmières continuent d'être sous-payées pour l'intensité et la durée de la charge de travail qu'elles gèrent. Les infirmières travaillent selon des horaires variés, avec une structure de travail commune qui consiste en des quarts de travail programmés allant de 8 à 16 heures à la fois. Il n'existe pas de norme mondiale, ce qui est compréhensible compte tenu des besoins disparates des différents pays; cependant, cela incite les gestionnaires des soins de santé à empiéter sur les employés dans les domaines où la législation et le droit du travail sont faibles. Les infirmières sont souvent incitées à travailler plus longtemps, au détriment des soins aux patients et de leur propre épanouissement⁵⁶, tandis que les solutions systémiques visant à améliorer la fidélisation des infirmières, telles que l'augmentation des salaires et des avantages sociaux ou l'adhésion à un syndicat, sont découragées au profit de la génération de profits. Les infirmières comme Rama Devi en Inde, qui s'est effondrée et est décédée d'un arrêt cardiaque attribué au stress professionnel⁵⁷, méritent d'exercer un travail sans souffrances qui pourraient provoquer leur fin de vie. Les gens font



souvent remarquer que les soins de santé sont une question de vie ou de mort pour les patients, mais nulle part il ne devrait être considéré comme normal que les travailleurs de la santé soient confrontés à leur propre mort lorsqu'ils prodiguent des soins aux patients.

LA TECHNOLOGIE NE PEUT PAS REMPLACER LE JUGEMENT INFIRMIER

À l'échelle mondiale, le secteur des soins de santé et les gouvernements ont poussé à l'expansion rapide de la technologie comme fausse solution à la crise du manque de personnel qu'ils ont eux-mêmes provoquée. En conséquence, les infirmières doivent de plus en plus lutter contre les employeurs qui utilisent l'intelligence artificielle (IA) et les systèmes algorithmiques pour remplacer le jugement clinique et l'expérience des infirmières, ainsi que les plateformes et les applications visant à déréglementer la profession et à mettre en place des modèles de travail fondés sur l'exploitation.

Aucune technologie ne peut remplacer le jugement professionnel et l'expérience clinique des infirmières, mais celles-ci doivent de plus en plus faire face à la dévaluation de leur pratique professionnelle par l'industrie des soins de santé, qui adopte l'IA et d'autres technologies algorithmiques sur le site. Partout dans le monde, les employeurs du secteur de la santé, de concert avec les entreprises technologiques, ont promis que ces systèmes d'IA pouvaient « optimiser » les opérations de dotation en personnel et de planification, les prévisions cliniques, la surveillance à distance des patients, ainsi que l'automatisation des dossiers et de la prise de notes.⁵⁸ Cependant, lorsque les employeurs utilisent ces systèmes inférieurs aux normes pour remplacer les soins directs, ils risquent de créer des disparités en réduisant la dotation en personnel infirmier, en dévalorisant les soins infirmiers et en dégradant ainsi les soins aux patients.⁵⁹

Le secteur des soins de santé a également cherché à éliminer les droits et les avantages des infirmières en proposant des modèles de travail qui exploitent les infirmières grâce à l'utilisation de plateformes et d'applications technologiques. Les plates-formes et les applications promettent aux infirmières la flexibilité des horaires et l'indépendance, tant dans le Nord que dans le Sud.⁶⁰ Ces modèles augmentent la précarité en éliminant les protections sociales et du travail et en classant à tort les infirmières comme des entrepreneurs indépendants plutôt que comme des travailleurs. Ces plateformes ne sont pas des innovations technologiques, mais plutôt des instruments destinés à contrecarrer les protections du travail, conçus pour priver les infirmières de leurs droits en tant que travailleuses, y compris le droit de s'organiser et de former un syndicat.

En outre, ces plateformes pratiquent ce que la juriste Veena Dubal a appelé la discrimination salariale algorithmique.⁶¹ En violation du principe fondamental d'un salaire égal pour un travail égal, ces plateformes versent aux travailleurs des salaires différents pour le même travail, sur la base d'algorithmes conçus pour trouver le salaire le plus bas que les travailleurs sont prêts à accepter. Les algorithmes des plateformes déterminent les salaires en fonction des affectations précédentes, de la fréquence à laquelle les infirmières font des offres, et même du montant de la carte de crédit ou d'autres types de dettes des infirmières⁶². Les plateformes n'offrent flexibilité et contrôle qu'aux employeurs, et non aux infirmières qui reçoivent des salaires inférieurs après avoir payé des frais de plateforme, pas d'allocations de chômage et, dans certains cas, une responsabilité pour les pertes ou les dommages par le biais de clauses d'indemnisation.

Alors que les employeurs du secteur de la santé utilisent la technologie pour saper la pratique professionnelle des infirmières et les droits des travailleurs, les infirmières continuent de revendiquer un rôle central dans les décisions relatives à la technologie, aux soins aux patients et aux conditions de travail.



LES DROITS DU TRAVAIL SONT ESSENTIELS

Le GNU reconnaît que les infirmières sont soumises à des forces différentes et diverses en fonction de leur position relative dans l'économie mondiale. Les conditions de travail d'une infirmière sont fortement influencées par l'héritage du colonialisme et d'autres inégalités persistantes entre le Nord et le Sud, qui structurent encore la vulnérabilité à la crise climatique, les schémas de migration qui poussent les infirmières à quitter leur pays d'origine, et les ressources disponibles pour les soins de santé dans un pays ou une région donné(e). Les infirmières des différentes régions du monde sont confrontées à des conditions très différentes en ce qui concerne le pouvoir de négociation que nous sommes en mesure d'exploiter au service de nos patients et de notre profession. Il n'en reste pas moins vrai que la syndicalisation et le renforcement du pouvoir des travailleurs sont les principaux moteurs du changement qui permettent aux infirmières d'améliorer leurs conditions de travail, y compris la question cruciale de la dotation en personnel. L'extension et la sauvegarde des protections du travail des infirmières et de notre droit à la négociation collective seront donc d'une importance capitale pour faire face à la crise mondiale des effectifs.

Comme l'a montré ce rapport, les infirmières, où qu'elles se trouvent, sont touchées par cette crise, dont les effets et la gravité varient en fonction du pays et de la région. Les taux de violence au travail sont plus élevés dans les unités de soins où les effectifs sont insuffisants, et les patients sont plus susceptibles de s'agiter dans les unités surpeuplées; à son tour, l'expérience de la violence au travail a un impact direct sur la décision des infirmières de rester ou non dans la profession, ce qui aggrave encore la crise. Les établissements en sous-effectif sont également les premières causes de détresse morale, ce qui contribue à l'abandon de la profession par les infirmières. Même la vulnérabilité des infirmières aux maladies infectieuses est influencée par les niveaux de dotation en personnel, car une dotation en personnel sûre est la base sous-jacente pour que d'autres mesures soient mises en œuvre correctement. Une dotation en personnel sûre garantit que les patients peuvent être triés, dépistés et isolés rapidement; que les patients peuvent recevoir des interventions et des traitements en temps utile; que les travailleurs de la santé ont le temps d'enfiler correctement l'EPI; et une dotation en personnel non sûre est associée de manière significative à des taux accrus de blessures par piqûre d'aiguille et d'expositions au sang et aux fluides corporels.^{51,63}

Bien que les causes de la crise soient multiples et nécessitent des stratégies de redressement tout aussi complexes, le GNU affirme qu'il est primordial de renforcer le pouvoir collectif des infirmières afin d'apporter des changements à nos propres conditions de travail à partir de la base, par le biais de l'organisation, de la défense des intérêts et de la solidarité mondiale. L'histoire a prouvé que seules l'organisation collective et l'action concertée des infirmières en activité peuvent garantir les protections nécessaires sur le lieu de travail pour faire face à ces problèmes de dotation en personnel et aux autres conditions de travail qui y sont liées, et pour empêcher les infirmières de devoir quitter la profession pour leur propre sécurité et leur propre bien-être. Souvent, des mesures telles que les investissements dans l'éducation sont un moyen bienvenu et nécessaire d'attirer davantage d'infirmières dans la main-d'œuvre mondiale, mais elles ne donnent pas intrinsèquement aux infirmières le pouvoir de défendre les droits et la sécurité pour nous-mêmes et nos patients une fois qu'ils sont dans la profession.

En effet, alors que des recherches supplémentaires seront cruciales pour mettre en lumière les différences d'impact de la crise du personnel sur les travailleurs du secteur des soins dans différentes parties du monde, les infirmières ne peuvent pas simplement compter sur la bonne volonté des employeurs ou des gouvernements des États pour répondre aux implications de cette recherche, et nous ne pouvons pas non plus attendre que les décideurs politiques prennent



eux-mêmes l'initiative de protéger nos lieux de travail. De solides protections du travail garanties à la fois au niveau national et mondial sont nécessaires pour faciliter la capacité des infirmières à mobiliser leurs intérêts collectifs par le biais d'outils tels que l'organisation à la base, la négociation collective et le droit de grève pour la protection de nos patients et de notre profession.

En particulier, les ratios de personnel infirmier par patient ont été obtenus grâce à une organisation collective persistante et à l'exercice par les infirmières de leurs droits protégés, que ce soit par la législation ou par la négociation collective. La Californie a obtenu la première loi globale sur les ratios en 1999 (mise en œuvre en 2004), établissant des normes pour toutes les unités dans les hôpitaux publics et privés de l'État. D'autres succès ont été enregistrés, notamment à Victoria, en Australie (convention collective, 2000; législation, 2015), en Corée du Sud (ratios de soins intensifs, 2018), en Colombie-Britannique, au Canada (2023) et, plus récemment, en France (2024, mise en œuvre d'ici 2027). Malgré leur efficacité avérée, ces ratios durement acquis sont continuellement contestés par les acteurs du secteur de la santé qui cherchent à revenir en arrière et à obtenir des dérogations, ce qui exige une vigilance et une mobilisation constantes de la part des syndicats d'infirmières pour défendre et renforcer ces protections vitales pour la sécurité des patients. Ce modèle mondial démontre que le pouvoir des travailleurs est essentiel pour obtenir et maintenir des réformes significatives en matière de dotation en personnel.

Pour résoudre la crise mondiale du personnel infirmier, il faudra plus que de l'éducation et des investissements : il faudra renforcer les droits et les protections des infirmières et de tous les travailleurs. Cela signifie que l'un des principaux défis à relever pour résoudre la crise actuelle des effectifs est l'assaut mondial de plus en plus agressif contre le travail. Partout dans le monde, nous assistons à des attaques sans précédent contre le monde du travail, qui privent les infirmières et les autres travailleurs de droits et de protections durement acquis. Des dirigeants autocratiques et des factions d'extrême droite ont tenté de retirer aux travailleurs le droit d'organiser un syndicat et ont privé des travailleurs déjà syndiqués de leur droit légal de négocier collectivement.^{64,65}

Le droit de s'associer par le biais d'une organisation syndicale est un pilier fondamental de la démocratie. Il n'est donc pas surprenant que nous assistions à une escalade des attaques contre les droits du travail des travailleurs, parallèlement à l'intensification des attaques de nombreux gouvernements nationaux contre la liberté d'expression et le droit de protester et de manifester.⁶⁴ Ces conditions hostiles constituent d'énormes obstacles à la lutte des infirmières et des autres travailleurs pour renforcer leur pouvoir industriel et plaider en faveur de meilleures conditions de travail. Pour résoudre la crise du personnel infirmier, il faudra donc faire face à cet assaut mondial contre le travail. Le GNU continuera à lutter contre ces attaques anti-travailleurs en renforçant les alliances internationales qui font entendre la voix des infirmières et élargissent la portée de notre pouvoir collectif.



Références

1. International Council of Nurses Policy Brief. 2021. *The Global Nursing Shortage and Nurse Retention*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20Policy%20Brief_Nurse%20Shortage%20and%20Retention.pdf
2. Tamata, Adel Tutuo and Masoud Mohammadnezhad. 2022. "A Systematic Review Study on the Factors Affecting Shortage of Nursing Workforce in Hospitals." *Nursing Open*. 10(3):1247-1257.
3. Brooks Carthon JM, Brom H, McHugh M, Sloane DM, Berg R, Merchant R, Girotra S, Aiken LH. 2021. "[Better nurse staffing is associated with survival for black patients and diminishes racial disparities in survival after in-hospital cardiac arrests.](#)" *Medical Care*. 59(2):169-176.
4. Needleman, Jack, Jianfang Liu, Jinjing Shang, Elaine L. Larson, and Patricia Stone. 2020. "Association of Registered Nurse and Nursing Support Staffing with Inpatient Hospital Mortality." *BMJ Quality & Safety*. 29:10-18.
5. Simonetti M, Cerón C, Galiano A, Lake ET, Aiken LH. 2022. "[Hospital work environment, nurse staffing and missed care in Chile: A cross-sectional observational study.](#)" *Journal of Clinical Nursing*. 31(17-18):2518-2529.
6. Jingjing, Shang, Jack Needleman, Jianfang Liu, Elaine Larson, and Patricia Stone. 2019. "Nurse Staffing and Healthcare-Associated Infection, Unit-Level Analysis." *Journal of Nursing Administration*. 49(5):260-265.
7. Assaye, Ashagre Molla, Richard Wiechula, Timothy Schultz, and Rebecca Feo. 2021. "Impact of Nurse Staffing on Patient and Nurse Workforce Outcomes in Acute Care Settings in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review." *JBI Evidence Synthesis*. 19(4):751-793.
8. Buchan, James. 2002. "Global Nursing Shortages: Are Often a Symptom of Wider Health System or Societal Ailments." *BMJ*. 324(7340):751-752.
9. Saralegui-Gainza, Amaia, Nelía Soto-Ruiz, Paula Escalada-Hernández, Adriana Arregui-Azagra, Cristina García-Vivar, and Leticia San Martín-Rodríguez. 2021. "Density of Nurses and Midwives in Sub-Saharan Africa: Trends Analysis Over the Period 2004 – 2016." *Journal of Nursing Management*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.13472>
10. Guilamo-Ramos, V., Thimm-Kaiser, M., Benzekri, A., Hidalgo, A., Lanier, Y., Tlou, S., de Lourdes Rosas López, M., Soletti, A. B., & Hagan, H. 2021. "Nurses at the frontline of public health emergency preparedness and response: Lessons learned from the HIV/AIDS pandemic and emerging infectious disease outbreaks." *Lancet Infectious Diseases*. 18. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30983-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30983-X)
11. Enea, Marco, Laura Maniscalco, Neeltje de Vries, Anke Boone, Olivia Lavreysen, Kamil Baranski, Silvana Miceli, Alessandra Savatteri, Walter Mazzucco, Santo Fruscione, Malgorzata Kowalska, Peter de Winter, Szymon Szemik, Lode Godderis, Domenica Matranga. 2024. "Exploring the Reasons Behind Nurses' Intentions to Leave their Hospital or Profession: A Cross-Sectional Survey." *International Journal of Nursing Studies Advances*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666142X24000596>
12. Asia Pacific Foundation of Canada. 2023. "Exodus of Filipino Nurses Abroad Prompts Plan to Hire Unlicensed Nurses." <https://www.asiapacific.ca/publication/exodus-filipino-nurses-abroad-prompts-plan-hire-unlicensed#:~:E2%88%BC:text=The%20Takeaway,in%20nearly%204%2C500%20unfilled%20positions>
13. Baumann, Andrea and Mary Crea-Arsenio. 2023. "The Crisis in the Nursing Labour Market: Canadian Policy Perspectives." *Healthcare*. 11(13):1954. doi: [10.3390/healthcare11131954](https://doi.org/10.3390/healthcare11131954)
14. Aiken, Linda H., Douglas M. Sloane, Matthew D. McHugh, Colleen A. Pague, and Karen B. Lasater. 2023. "A Repeated Cross-Sectional Study of Nurses Immediately Before and During the Covid-19 Pandemic: Implications for Action." *Nursing Outlook*. 71(1):101903.
15. Tovima.com. 2025. "Greek Hospitals Stretched Thin: Staffing Woes & Packed Wards." <https://www.tovima.com/society/greek-hospitals-stretched-thin-staffing-woes-packed-wards/>
16. Burki, Talha. 2023. "The Nursing Crisis: It is About More than Just Pay." *The Lancet Respiratory Medicine*. 11(5):411-413. [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(23\)00077-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(23)00077-2/fulltext)
17. Dynamic Health Staff. 2024. "The UK's Looming Nurse Shortage Crisis in 2024." <https://dynamichealthstaff.com/blog/the-uks-looming-nurse-shortage-crisis-in-2024/>
18. Bonfim, Daiana, Ana Carolina Cintra Nunes Mafrá, Danielle da Costa Palacio, and Talita Rewa. 2022. "Assessment of Staffing Needs for Registered Nurses and Licensed Practical Nurses at Primary Care Unites in Brazil using Workload Indicators of Staffing Needs (WISN) Method." *Human Resources for Health*. 19(1).
19. Department of Health, Republic of South Africa. 2024. "Report on Nursing Workforce Shortage: The Nursing Cluster Perspective." <https://www.health.gov.za/wp-content/uploads/2024/12/Report-Nursing-Workforce-Shortage-1.pdf>
20. Yin, Lihong, Liwen Qiu, and Guozhou Zhang. 2024. "Past and Present of Registered Nurse in China." *medRxiv*.
21. Hospital Management Asia. 2024. "Snapshot of Nursing Supply and Demand in ASEAN." <https://www.hospitalmanagementasia.com/talent-skills/snapshot-of-nursing-supply-and-demand-in-asean/#:~:text=The%20WHO%20forecasts%20a%20shortage,nursing%20training%20are%20not%20made>
22. Efendi, Ferry, Eka Mishbahatul Mar'ah Has, Rifky Ocatvaia Pradipta, Grace Solely Houghty, Hisaya Oda, and Yuko Tsujita. 2025. *International Journal of Nursing Sciences*. 12(1):3-11.
23. McHugh, Matthew D., Linda H. Aiken, Douglas M. Sloane, Carol Windsor, Clint Douglas, and Patsy Yates. 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*. 1905:1913. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8408834/>



24. Byron, Carlisle, Anjali Perera, Sonja E. Stutzman, Shelley Brown-Cleere, Aatika Parwaiz, and DaiWai Olson. 2020. "Efficacy of Using Available Data to Examine Nurse Staffing Ratios and Quality of Care Metrics." *Journal of Neuroscience Nursing*. 52(2):78-83.
25. McHugh, Matthew D., Linda H. Aiken, Carol Windsor, Clint Douglas, and Patsy Yates. 2020. "Case for Hospital Nurse-to-Patient Ratio Legislation in Queensland, Australia Hospitals: An Observational Study." *BMJ Open*. 10:e036264 doi: 10.1136/bmjopen-2019-036264
26. International Labor Organization. (1977, June 21). R157 - Nursing Personnel Recommendation, 1977 (no. 157). Recommendation R157 - Nursing Personnel Recommendation, 1977 (No. 157). https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=NORMLEXPUB%3A12100%3A0%3A%3ANO%3A%3AP12100_INSTRUMENT_ID%3A312495
27. International Labor Organization. (2018). "Decent Working Time for Nursing Personnel: Critical for Worker Well-being and Quality Care." https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_dialogue/@sector/documents/publication/wcms_655277.pdf
28. World Health Organization. (2020, April 7). "Who and partners call for urgent investment in nurses." *World Health Organization*. <https://www.who.int/news/item/07-04-2020-who-and-partners-call-for-urgent-investment-in-nurses>
29. ICN. (2021, November 4). "World Health Organization and International Labour Organization leaders call for investment and decent work for nurses." https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PR_66_Tedros_Guy_Ryder_FINAL_FR.pdf
https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/PS_C_%20Evidence%20based%20safe%20nurse%20staffing_1.pdf
30. U.S. Bureau of Labor Statistics. (2025, April 2). "Table 1. National Employment and wage data from the Occupational Employment and wage statistics survey by occupation, May 2024 - 2024 A01 results." *U.S. Bureau of Labor Statistics*. <https://www.bls.gov/news.release/ocwage.t01.htm>
31. Aiken, Linda H., Karen B. Lasater, and Douglas M. Stone. 2023. "Physician and Nurse Well-being and Preferred Interventions to Address Burnout in Hospital Practice: Factors Associated with Turnover, Outcomes, and Patient Safety." *JAMA Health Forum*. http://jamanetwork.com/journals/jama-health-forum/fullarticle/2807049?utm_source=ips&utm_medium=email&utm_campaign=author_alert-jamanetwork&utm_content=author-author_engagement&utm_term=1m
32. Enea, Marco, Laura Maniscalco, Neeltje de Vries, Anke Boone, Olivia Lavreysen, Kamil Baranski, Silvana Miceli, Alessandra Savatteri, Walter Mazzucco, Santo Fruscione, Malgorzata Kowalska, Peter de Winter, Szymon Szemik, Lode Godderis, Domenica Matranga. 2024. "Exploring the Reasons Behind Nurses' Intentions to Leave their Hospital or Profession: A Cross-Sectional Survey." *International Journal of Nursing Studies Advances*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666142X24000596>
33. Alibudbud, Rowalt. 2023. "Addressing the Burnout and Shortage of Nurses in the Philippines." *SAGE Open Nursing*. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/23779608231195737>
34. Donahue, A. (2021, September 27). "Deadly Shame: Redressing the Devaluation of Registered Nurse Labor Through Pandemic Equity." *National Nurses United*. <https://www.nationalnursesunited.org/campaign/deadly-shame-report>
35. Rabin, S., Kika, N., Lamb, D., Murphy, D., Am Stevelink, S., Williamson, V., Wessely, S., & Greenberg, N. (2023, August 16). "Moral injuries in healthcare workers: What causes them and what to do about them?" *Journal of Healthcare Leadership*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10440078/>
36. Hiler, C.A., R.L. Hickman, Jr., et al., "Predictors of Moral Distress in a US Sample of Critical Care Nurses," *American Association of Critical-Care Nurses*, 2018, 27(1): 59-66.
37. International Labor Office, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International. (2002). "Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Healthcare Sector." <https://www.who.int/publications/i/item/9221134466>
38. Lipscomb, J. A., & Love, C. C. (1992). "Violence Toward Healthcare Workers: An Emerging Occupational Hazard." *AAOHN Journal : Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 40(5), 219-228.
39. U.S. Bureau of Labor Statistics. (2020, April). "Workplace violence in healthcare, 2018." *U.S. Bureau of Labor Statistics*. <https://www.bls.gov/iif/factsheets/workplace-violence-healthcare-2018.htm#:~:text=From%202011%20to%202018%2C%20there%20were%20156%20workplace%20homicides%20to%20private%20healthcare%20workers%2C%20averaging%20about%2020%20each%20year>
40. World Health Organization. (n.d.). "Preventing violence against health workers." *World Health Organization*. <https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers>
41. National Nurses United. (2021, February). "Injury to None: Preventing Workplace Violence to Protect Health Care Workers and Their Patients." https://www.nationalnursesunited.org/sites/default/files/nnu/documents/0221_HS_WPV_InjuryToNone_Brief.pdf
42. Estry-Behar, M., B. van der Heijden, et al., "Violence risks in nursing--results from the European 'NEXT' Study," *Occup Med*, 2008, 58(2): 107-14.
43. Magnavita, N., 2011, "Violence prevention in a small-scale psychiatric unit: program planning and evaluation," *Int J Occup Environ Health*, 17(4): 336-44.
44. National Nurses United. (2024, February). "High and Rising Rates of Workplace Violence and Employer Failure to Implement Effective Prevention Strategies is Contributing to the Staffing Crisis." https://www.nationalnursesunited.org/sites/default/files/nnu/documents/0224_Workplace_Violence_Report.pdf



45. Global Nurses United. (2023). "Global Nurses' Proposal to Address the Health Impacts of Climate Change." https://www.nationalnursesunited.org/sites/default/files/nnu/documents/1123_01_ENG_COP28_GNU_Statement.pdf
46. Mora, C., McKenzie, T., Gaw, I. M., Dean, J. M., von Hammerstein, H., Knudson, T. A., Setter, R. O., Smith, C. Z., Webster, K. M., Patz, J. A., & Franklin, E. C. (2022). "Over Half of Known Human Pathogenic Diseases Can Be Aggravated By Climate Change." *Nature Climate Change*, 12(9), 869-875. <https://doi.org/10.1038/s41558-022-01426-1>
47. Yu Geng et al. "Anthropogenic activity and climate change exacerbate the spread of pathogenic bacteria in the environment." *Sci.Adv.* 11,eads4355 (2025). DOI:10.1126/sciadv.ads4355
48. Thomson, M. C., & Stanberry, L. R. (2022). "Climate Change and Vectorborne Diseases." *New England Journal of Medicine*, 387(21), 1969-1978. <https://doi.org/10.1056/nejmra2200092>
49. World Health Organization. (2021, October 20). "Health and care worker deaths during COVID-19." *World Health Organization*. <https://www.who.int/news/item/20-10-2021-health-and-care-worker-deaths-during-covid-19>
50. Hessels, A.J., A.M. Kelly, et al., "Impact of infectious exposures and outbreaks on nurse and infection preventionist workload," *Am J Infection Control*, 2019, 47(6): 623-7.
51. Hessels, A.J., T. Wurmser, "Relationship among safety culture, nursing care, and Standard Precautions adherence," *AJIC*, 2020, 48: 340-1.
52. Cho, E., H. Lee, et al., "Factors associated with needlestick and sharp injuries among hospital nurses: A cross-sectional questionnaire survey," *Int J Nurs Stud*, July 2012.
53. Hessels, A.J., J. Guo, et al., "Impact of patient safety climate on infection prevention practices and healthcare worker and patient outcomes," *AJIC*, 2023, 51: 482-9.
54. World Health Organization. (2016). "Strengthening the nursing and midwifery agenda globally." *World Health Organization*. <https://www.who.int/activities/strengthening-the-nursing-and-midwifery-agenda-globally>
55. Folbre, Nancy. (2017, July 6). *The Care Penalty and Gender Inequality*. In: Susan L. Averett, Laura M. Argys, and Saul D. Hoffman (eds), *The Oxford Handbook of Women and the Economy*, Oxford Handbooks. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190628963.013.24>
56. Stimpfel, A. W., & Aiken, L. H. (2013). "Hospital staff nurses' shift length associated with safety and quality of care." *Journal of Nursing Care Quality*, 28(2), 122-129. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e3182725f09>
57. The Times of India. (2024, August 30). "'Overworked' PwD nurse dies of heart attack." *The Times of India*. <https://timesofindia.indiatimes.com/city/hyderabad/pwd-nurse-dies-of-heart-attack-due-to-overwork-and-stress-in-hyderabad-medical-college/articleshow/112907498.cms>
58. Cleveland Clinic. (2024). "How AI Is Being Used to Benefit Your Healthcare." <https://health.clevelandclinic.org/ai-in-healthcare/>
While these corporations are based in the Global North, proponents are pushing adoption of these technologies in developing countries as well. Stanford Medicine. (2025). Generative AI for health in low & middle income countries. Acknowledging funding from Meta. https://indd.adobe.com/view/publication/65c53fb2-708f-4d24-a389-52a67e633e66/u27v/publication-web-resources/pdf/Stanford_SCDH_GenAIWhitepaper_V18.pdf
59. See Joshi, M., Mecklai, K., Rozenblum, R., & Samal, L. (2022). "Implementation Approaches and Barriers for Rule-Based and Machine Learning-Based Sepsis Risk Prediction Tools: A Qualitative Study." *JAMIA open*, 5(2), ooac022.
60. Alanezi, F., & Alanzi, T. (2020). "A gig mHealth Economy Framework: Scoping Review of Internet Publications." *JMIR mHealth and uHealth*, 8(1), e14213;
61. Reem, A. D. (2022). "Investigating the Feasibility of Applying the Gig Economy Framework in the Nursing Profession Towards the Saudi Arabian Vision 2030." *Informatics in Medicine Unlocked*, 30, 100921.
62. Dubal, V. (2023). "On Algorithmic Wage Discrimination." *Columbia Law Review*, 123(7), 1929-1992.
63. Clarke, S.P., J.L. Rockett, et al., "Organizational Climate, Staffing, and Safety Equipment as Predictors of Needlestick Injuries and Near-misses in Hospital Nurses," *AJIC*, 2002, 30(4): 207-16.
64. 2024 ITCU Global Rights Index. <https://www.ituc-csi.org/global-rights-index>
65. Executive Order No. 14251, 3 C.F.R. 14553 (2025). <https://www.whitehouse.gov/presidential-actions/2025/03/exclusions-from-federal-labor-management-relations-programs/>

