



## **Dotation en personnel infirmier sûre, fondée sur des données probantes**

Les soins infirmiers sont un service fondamental dans tous les soins de santé. Une « dotation en personnel infirmier sûre » signifie qu'un nombre approprié d'infirmières munies d'un mélange adéquat d'éducation, de compétences et d'expérience, est disponible en tout temps et dans tout le continuum de soins, de telle sorte que les besoins des patients soient satisfaits ; et que l'environnement et les conditions de travail permettent au personnel de prodiguer des soins de qualité. Une dotation en personnel infirmier sûre est un élément déterminant de la sécurité des patients et de la qualité des soins dans les hôpitaux, dans la communauté et dans tous les contextes où des soins sont prodigués. Les effectifs d'infirmières insuffisants ou inadéquats augmentent le risque de soins compromis, d'apparition d'événements indésirables au détriment des patients, de résultats cliniques moins bons, de décès de patients hospitalisés et d'expérience négative des patients au contact des soins<sup>1-7</sup>. Le fait de disposer d'effectifs insuffisants ou inadéquats de personnel infirmier par rapport aux besoins des patients entraîne également des charges de travail insupportables et nuit à la santé et au bien-être du personnel<sup>4,5,8</sup>. La recherche suggère que l'investissement dans des niveaux de dotation en personnel infirmier sûrs, efficaces et répondant aux besoins peut être rentable, améliorer la santé des patients et prévenir sa détérioration, et ainsi réduire la durée et l'intensité des interventions de soins de santé<sup>9,10</sup>. Les preuves qui s'accumulent témoignent de l'importance d'une dotation en personnel infirmier sûre pour assurer la sécurité des patients dans tous les secteurs des soins de santé.

Plusieurs éléments conditionnent une dotation en personnel infirmier sûre, fondée sur des données probantes :

- une évaluation en temps réel des besoins des patients ;
- une évaluation locale du niveau de dotation en personnel infirmier nécessaire pour assurer tel ou tel service ;
- l'existence de modèles de prestation de soins infirmiers et interdisciplinaires qui permettent aux infirmières de travailler dans la pleine mesure de leur domaine d'exercice ;
- l'application de bonnes pratiques dans le domaine des ressources humaines, pour recruter et fidéliser le personnel infirmier ;
- des milieux de travail sains, des politiques et services en matière de santé et de sécurité au travail qui favorisent une pratique professionnelle de haute qualité ;
- des systèmes de planification de la main-d'œuvre garantissant que l'offre de personnel correspond aux besoins des patients ;
- l'application d'outils pour mesurer la charge de travail et sa gestion ;
- l'établissement de listes de service, pour faire en sorte que la planification réponde aux fluctuations prévues de la charge de travail ;



- des indicateurs permettant d'évaluer l'impact de la dotation en personnel infirmier sur les soins ; et des politiques pour orienter et favoriser les meilleures pratiques dans tous ces domaines<sup>9,11,12</sup>.

Il importe de disposer d'une dotation de base adéquate en personnel infirmier muni d'une gamme de compétences pouvant être déployées de manière à répondre, en temps réel, à une acuité des patients fluctuante et évolutive. Des systèmes de planification des ressources humaines qui alignent les besoins des patients et des communautés sur l'offre de soins infirmiers devraient être en place.

La définition d'exigences optimales en matière de dotation de personnel est une question complexe. Actuellement, un certain nombre d'outils de planification et de modélisation des ressources humaines existent pour faire correspondre les besoins des patients et les exigences du service avec les effectifs et les compétences nécessaires en matière de soins infirmiers. La fiabilité de ces outils dépend de l'existence de données de très bonne qualité au sujet des patients et de la dotation en personnel. Ces outils doivent être appliqués conjointement au jugement professionnel<sup>13</sup>. Le leadership et l'engagement des infirmières sont cruciaux, de même que l'octroi aux infirmières de l'autonomie nécessaire en matière de budgétisation, de conception et d'application des modèles et outils de dotation. On a montré que les infirmières cadres jouent un rôle vital au niveau des conseils d'administration, en tant que chefs de file professionnels assumant une autorité visible<sup>9</sup>.

Certaines organisations de soins de santé ont instauré des niveaux obligatoires et sûrs de dotation en personnel : les données disponibles montrent que cette mesure entraîne une amélioration des résultats pour les patients (recul de la mortalité) et pour les infirmières (rétention, satisfaction au travail, réduction de la charge de travail)<sup>14</sup>. Quels que soient les outils ou les systèmes utilisés pour évaluer et planifier les niveaux de dotation en personnel infirmier, une analyse comparative avec des domaines cliniques comparables et avec des pratiques optimales reconnues peut fournir un point de référence utile. Un ensemble agréé de données en temps réel, accompagné d'indicateurs pertinents et cohérents, doit exister à l'appui de l'élévation des niveaux de dotation pour, si nécessaire, tenir compte des absences normales au sein du personnel. Il devrait également exister des processus d'examen et d'évaluation périodiques, ainsi que des mécanismes de déclaration clairs à l'intention des équipes de direction des organisations, afin que le financement soit suffisant pour préserver la sécurité des patients.

En tout temps, les cadres infirmiers devraient pouvoir, par l'exercice de leur jugement professionnel, contrôler et ajuster le niveau de dotation en personnel infirmier de manière à assurer la sécurité des patients. En cas de dotation insuffisante en personnel infirmier, des ajustements devraient être apportés aux systèmes qui contrôlent le flux ou l'admission des patients afin d'assurer le respect des normes de sécurité.

Quels que soient les environnements de soins de santé, des outils de planification valides et fiables, une dotation en personnel infirmier fondée sur des données probantes et des processus d'examen solides sont nécessaires pour permettre la prestation de soins infirmiers efficaces en toute sécurité.



Un corpus substantiel et toujours plus vaste d'éléments probants démontre qu'il existe un lien entre la dotation en personnel infirmier et les résultats pour les patients<sup>1-7</sup>, notamment un recul des événements indésirables tels qu'ulcères de pression, infections de la voie urinaire, malnutrition et détérioration de la capacité de réaliser les activités de la vie quotidienne. Ont aussi été observés une réduction du nombre des réadmissions à l'hôpital et de la durée des hospitalisations, un risque diminué de complications nosocomiales et une satisfaction des patients en hausse<sup>2,15,16</sup>. Un nombre insuffisant d'infirmières entraîne, d'une part, une réponse inadéquate ou retardée à une détérioration clinique chez un patient, et, d'autre part, une incapacité à prodiguer des soins infirmiers, avec pour résultat des problèmes de santé chez le patient et une augmentation de la morbidité et de la mortalité<sup>17-19</sup>.

Un niveau plus élevé d'infirmières diplômées procure des avantages immédiats : la présence d'une infirmière diplômée supplémentaire pour dix lits est ainsi associée à une baisse du nombre des décès trente jours après un AVC de 11 % à 28 % et, un an après un AVC, de 8 % à 12 %<sup>20</sup>. Les données disponibles montrent que les hôpitaux qui emploient une plus grande proportion d'infirmières titulaires d'un bachelors obtiennent de meilleurs résultats pour les patients et enregistrent des taux de mortalité moins élevés<sup>7</sup>. Les compétences de réflexion critique des infirmières diplômées sont liées à des résultats améliorés pour les patients et à une mortalité réduite. Le fait de remplacer ces infirmières diplômées par du personnel infirmier et de soutien plus nombreux mais moins qualifié ou moins formé (infirmières assistantes diplômées et aides-soignants) est associé à des taux supérieurs de mortalité à l'hôpital, à une baisse de la rentabilité et à une augmentation des événements indésirables (tels qu'erreurs dans l'administration des médicaments et chutes) et enfin à des résultats de santé moins favorables pour les patients<sup>6,7</sup>.

S'agissant du bien-être des infirmières, une dotation insuffisante risque de conduire à une moins bonne satisfaction au travail, à davantage de stress, à l'épuisement du personnel, à une tendance plus grande aux départs et à l'augmentation du taux de rotation parmi le personnel<sup>4-6,8</sup>. Plusieurs études ont montré que cette situation avait des répercussions très importantes en termes de ressources<sup>21,22,23</sup>.

Les pénuries d'infirmières, les coupes budgétaires dans la santé, la répartition inéquitable des infirmières à l'échelle mondiale et la migration des infirmières des pays à faible revenu vers les pays à revenu élevé incitent certaines organisations à essayer d'autres modalités de dotation en personnel et de nouveaux mélanges de compétences. Pour tenter de remédier à une pénurie d'infirmières diplômées et pour réduire leur facture salariale, plusieurs pays remplacent des infirmières diplômées par des agents de santé de soutien et créent de nouveaux rôles, confiés à d'autres personnels que les infirmières diplômées. Ces approches doivent inciter à la prudence car les éléments probants dont nous disposons suggèrent qu'elles risquent d'aggraver les résultats pour les patients et qu'elles ne sont pas nécessairement d'un bon rapport coût-efficacité<sup>24</sup>. Au contraire, les données relatives aux infirmières diplômées démontrent clairement qu'elles sauvent des vies, réduisent les coûts et améliorent la performance des systèmes.



## Prise de position et recommandations du CII

En tant que voix mondiale des soins infirmiers et conscient du fait qu'une dotation sûre en personnel infirmier est déterminante pour préserver tant la qualité que la sécurité des soins prodigués aux patients, le CII affirme les principes fondamentaux suivants.

- Les décisions relatives à la dotation en personnel infirmier doivent répondre aux besoins de soins de santé des clients et permettre la fourniture de soins sûrs, compétents, éthiques, de qualité et basés sur des éléments probants.
- Des systèmes et des politiques de planification des ressources humaines robustes, valides et fondés sur des éléments probants doivent être en place pour faire correspondre l'offre de soins infirmiers avec les besoins de santé des patients et de la population.
- Les décisions en matière de dotation en personnel infirmier doivent être fondées sur des données probantes et appuyées par des systèmes d'information utilisant des données fiables et recueillies en temps réel, des indicateurs convenus, des analyses comparatives et des pratiques optimales.
- Il est essentiel d'ajuster en temps opportun la dotation en personnel infirmier, selon l'évolution des besoins de soins de santé des patients.
- Les infirmières diplômées ne doivent pas être remplacées par des catégories de travailleurs moins qualifiés.
- Il faut identifier des seuils de sécurité relatifs à la dotation en personnel infirmier dans différents milieux.
- Des évaluations de la dotation doivent être faites régulièrement sur la base de preuves actualisées et des meilleures pratiques s'agissant de la relation entre les infirmières diplômées et les intrants du milieu de travail ; et sur la base des résultats enregistrés par les patients, les infirmières, l'organisation et le système.
- La primauté du jugement professionnel de l'infirmière diplômée doit être respectée au moment de déterminer quels effectifs et quels ratios sont nécessaires pour assurer la sécurité.
- Le personnel infirmier chargé des soins directs de même que les responsables des services infirmiers devraient participer à toutes les étapes de la conception et de l'exploitation des systèmes de dotation en personnel infirmier, ainsi qu'à l'élaboration des politiques et à la prise de décision en matière de gestion des ressources humaines.
- Les organisations devraient intégrer au moins une infirmière au niveau exécutif pour assurer la prestation de soins de santé sûrs, efficaces, de haute qualité, éthiques et efficaces. Les infirmières à ce niveau devraient pouvoir exercer leur autorité sur les budgets consacrés aux soins infirmiers, afin de garantir la sécurité de la dotation en personnel.
- Les organisations qui représentent les infirmières devraient être au cœur de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation de politiques et systèmes garantissant une dotation sûre en personnel infirmier.
- Il est essentiel de poursuivre les recherches sur la sécurité des patients, sur la qualité des soins, sur le bien-être du personnel et sur les avantages économiques d'une dotation sûre.



**Le CII encourage les associations nationales d'infirmières, en collaboration avec leurs gouvernements respectifs, à :**

- Sensibiliser et informer le public quant à l'importance d'une dotation en personnel sûre et à l'impact qu'exerce l'infirmière diplômée sur les résultats des patients, des organisations et du système.
- Donner des conseils et des orientations, et appuyer la création et l'application de systèmes de dotation en personnel infirmier sûre.
- Plaider en faveur d'un financement suffisant des soins de santé pour assurer une dotation en personnel infirmier sûre, répondant aux besoins.
- Insister auprès des gouvernements pour qu'ils créent des systèmes efficaces de planification des ressources humaines, pour garantir la disponibilité d'effectifs adéquats de professionnels de santé répondant aux besoins des patients et de la population.
- Faire pression et plaider en faveur de systèmes de dotation efficaces, visant tant la sécurité des patients que la santé et le bien-être du personnel.
- Surveiller l'action des pouvoirs publics et des établissements de soins de santé et leur demander de rendre compte afin qu'ils s'acquittent de leur responsabilité consistant à assurer la sécurité des patients grâce à une dotation en personnel infirmier sûre.
- Travailler avec leurs membres pour fournir des données probantes et des retours d'information sur le fonctionnement des systèmes de dotation.
- Nouer des partenariats avec des organisations de patients afin de sensibiliser le public à l'impact d'une dotation en personnel infirmier sûre sur les patients, les familles et les communautés.
- Soutenir les personnes qui font part de préoccupations liées à la sécurité.
- Cesser de créer des rôles de remplacement pour les infirmières diplômées.
- Encourager des recherches sur la dotation en personnel infirmier qui intègrent une analyse économique.

**Le CII appelle les employeurs du secteur des soins de santé à :**

- Mettre en place des systèmes fondés sur des données probantes pour faire en sorte que la dotation sûre en personnel infirmier soit basée sur des renseignements recueillis en temps réel au sujet des patients.
- Faire en sorte que les infirmières cadres jouent un rôle central dans la conception et le fonctionnement des systèmes de dotation, et qu'elles disposent de l'autorité nécessaire pour ajuster les niveaux de dotation en fonction de l'évolution des besoins des patients, sur la base des données probantes et du jugement professionnel des infirmières.
- Faire en sorte qu'une infirmière en chef, intégrée à la direction de l'organisation, reçoive régulièrement des mises à jour au sujet des systèmes et des niveaux de dotation et puisse les soumettre à des examens et à des évaluations.
- Appliquer des systèmes et des politiques en matière de ressources humaines, ainsi que de santé et de sécurité au travail, basés sur des pratiques optimales elles-mêmes fondées sur des données probantes.
- Instaurer des environnements favorables à la pratique, caractérisés par des effectifs adéquats, des charges de travail raisonnables, le soutien de la hiérarchie, un leadership de grande qualité et la capacité des infirmières de travailler dans toute l'étendue de leur domaine de pratique.



- Créer des mécanismes de consultation, de négociation et de prise de décision partagée entre le personnel et ses représentants. Les dirigeants des organisations devraient défendre et incarner ces valeurs.
- Créer des systèmes transparents destinés à faire rapport – à l’interne, aux conseils d’administration et, à l’externe, aux bailleurs de fonds et au public – au sujet des niveaux de dotation.
- Adopter des mécanismes pour modifier ou interrompre les flux et les admissions de patients en fonction des effectifs infirmiers disponibles. Les cadres infirmiers doivent disposer de l’autorité nécessaire pour interrompre les admissions lorsque la sécurité de la dotation n’est plus assurée et pour autoriser le déploiement à bref délai de personnel supplémentaire dès lors que la sécurité des patients est compromise.
- Appliquer des politiques et des processus pour que les préoccupations en matière de dotation puissent être exprimées et faire l’objet d’enquêtes approfondies, sans nuire à la personne ou aux personnes qui font part de leurs préoccupations et sans que ces personnes n’aient à craindre de représailles.
- Réviser régulièrement les niveaux de dotation et la composition du personnel pour tenir compte de l’évolution des besoins et exigences des patients et de la population.

**Le CII appelle les infirmières à titre individuel, dans leur rôle de cliniciennes, d’enseignantes, de chercheuses, de personnes susceptibles d’influencer les politiques ou de cadres, à :**

- Signaler officiellement les situations où la dotation en personnel infirmier n’est pas sûre.
- Prendre conscience du fait que la dotation en personnel infirmier affecte les résultats enregistrés par les patients, le personnel infirmier, l’organisation et le système.
- Participer à l’élaboration d’outils de planification des ressources humaines, ainsi que de systèmes, politiques et processus de dotation en personnel infirmier, fondés sur des données probantes.
- Exploiter de façon rigoureuse les données tirées de la mesure des résultats pour éclairer la prise de décision concernant les pratiques de dotation sûres et efficaces.
- Mener des recherches sur la dotation en personnel infirmier, y compris des analyses économiques

Adoptée en 2018

## Références

---

- <sup>1</sup> Patrician PA, Loan L, McCarthy M, Fridman M, Donaldson N, Bingham M *et al.* “The association of shift-level nurse staffing with adverse patient events”, *J Nurs Adm* [Internet]. Février 2011 [cité le 20 avril 2018] ; 41(2):64–70. DOI : 10.1097/NNA.0b013e31820594bf
- <sup>2</sup> Aiken LH, Sermeus W, Heede KV, Sloane DM, Busse R, Mckee M *et al.* “Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States”, *BMJ* [Internet]. Mars 2012 [cité le 20 avril 2018] ; 344:e1717. DOI :10.1136/bmj.e1717
- <sup>3</sup> Ball JE, Murrells T, Rafferty AM, Morrow E, Griffiths P. “‘Care left undone’ during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care”, *BMJ Qual Saf* [Internet]. Février 2014 [cité le 20 avril 2018] ; 23(2):116-25. DOI : 10.1136/bmjqs-2012-001767
- <sup>4</sup> Nantsupawat A, Srisuphan W, Kunaviktikul W, Wichaikhum OA, Aunguroch Y, Aiken LH. “Impact of nurse work environment and staffing on hospital nurse and quality of care in Thailand”, *J Nur Scholarsh* [Internet]. Décembre 2011 [cité le 20 avril 2018] ; 43(4):426-33. DOI : 10.1111/j.1547-5069.2011.01419.x
- <sup>5</sup> Aiken LH, Clarks SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. “Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job satisfaction”, *JAMA* [Internet]. Octobre 2002 [cité le 20 avril 2018] ; 288(16):1987-93. DOI : 10.1001/jama.288.16.1987
- <sup>6</sup> North N, Leung W, Ashton T, Rasmussen E, Hughes F, Finlayson M (2013). “Nurse turnover in New Zealand: Costs and relationships with staffing practices and patient outcomes”, *J Nurs Manag* [Internet]. Avril 2013 [cité le 20 avril 2018] ; 21(3):419-28. DOI : 10.1111/j.1365-2834.2012.01371.x
- <sup>7</sup> Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Reinhard B *et al.* “Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study”, *Lancet* [Internet]. Mai 2014 [cité le 20 avril 2018] ; 383(9931):1824-30. DOI : 10.1016/S0140-6736(13)62631-8
- <sup>8</sup> Rafferty AM, Clarke SP, Coles J, Ball J, James P, McKee M *et al.* “Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records”, *Int J Nurs Stud* [Internet]. Février 2007 [cité le 20 avril 2018] ; 44(2):175-82. DOI : 10.1016/j.ijnurstu.2006.08.003
- <sup>9</sup> Duffield C, Kearin M, Johnston J & Leonard J. “The impact of hospital structure and restructuring on the nursing workforce”, *Aust J Adv Nurs*. Juin 2007 [cité le 2018 avril] ; 24(4):42-6. <http://www.ajan.com.au/Vol24/Vol24.4-8.pdf>
- <sup>10</sup> Dall TM, Chen YJ, Seifert RF, Maddox PJ, Hogan PF. “The economic value of professional nursing”, *Med Care* [Internet]. Janvier 2009 [cité le 20 avril 2018] ; 47(1):97-104. DOI : 10.1097/MLR.0b013e3181844da8
- <sup>11</sup> Tierney SJ, Seymour-Route P, Crawford S. “Weighted staffing plans for better prediction of staffing needs”, *J Nurs Adm* [Internet]. Septembre 2013 [cité le 20 avril 2018] ; 43(9):461-7. DOI : 10.1097/NNA.0b013e3182a23e41
- <sup>12</sup> O'Brien-Pallas L, Meyer RM, Hayes LJ, Wang S. “The patient care delivery model: An open system framework - Conceptualization, literature review and analytical strategy”, *J Clin Nurs* [Internet]. Juin 2011 [cité le 20 avril 2018] ; 20(11–12):1640-50. DOI : 10.1111/j.1365-2702.2010.03391.x
- <sup>13</sup> Frost & Sullivan. *Acuity-based staffing as the key to hospital competitiveness: Why the smartest hospitals are tying their nurse labor investment to patient care* [Internet]. Frost & Sullivan : Mountain View, Californie [cité le 20 avril 2018]. <https://www.harrishealthcare.com/wp->

[content/uploads/2017/11/Acuity-Based-Staffing-as-the-Key-to-Hospital-Competitiveness\\_white-paper.pdf](content/uploads/2017/11/Acuity-Based-Staffing-as-the-Key-to-Hospital-Competitiveness_white-paper.pdf)

- <sup>14</sup> Aiken LH, Sloane DM, Cimiotti JP, Clarke SP, Flynn L, Seago JA *et al.* “Implications of the California nurse staffing mandate for other states”, *Health Serv Res* [Internet]. Août 2010 [cité le 20 avril 2018] ; 45(4):904-21. DOI : 10.1111/j.1475-6773.2010.01114.x
- <sup>15</sup> Harrington C, Choiniere J, Goldmann M, Jacobsen FF, Lloyd L, Mcgregor M. “Nursing home staffing standards and staffing levels in six countries”, *J Nurs Scholarsh* [Internet]. Mars 2012 [cité le 20 avril 2018] ; 44(1):88-98. DOI :10.1111/j.1547-5069.2011.01430.x
- <sup>16</sup> Kane RL, Shamliyan T, Mueller C, Duval S, Wilt T. “Nursing staffing and quality of patient care”, *Evid Rep Technol Assess* (Full Rep) [Internet]. Mars 2007 [cité le 20 avril 2018] ; 151:1-115. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK38315/>
- <sup>17</sup> Griffiths P, Jones S, Bottle A. “Is *failure to rescue* derived from administrative data in England a nurse sensitive patient safety indicator for surgical care? Observational study”, *Int J Nurs Stud* [Internet]. Novembre 2012 [cité le 20 avril 2018] ; 50(2):292-300. DOI : 10.1016/j.ijnurstu.2012.10.016
- <sup>18</sup> Ball JE, Bruyneel L, Aiken LH, Sermeus W, Sloane DM, Rafferty AM *et al.* “Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study”, *Int J Nurs Stud* [Internet]. Février 2018 [cité en avril 2018] ; 78:10-15. DOI : 10.1016/j.ijnurstu.2017.08.004
- <sup>19</sup> Griffiths P, Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Briggs J, Maruotti A, Meredith P *et al.* “The association between nurse staffing and omissions in nursing care: a systematic review”, *J Adv Nurs* [Internet]. Mars 2018 [cité le 20 avril 2018] ; prépublication au format Epub . DOI : 10.1111/jan.13564
- <sup>20</sup> Myint PK, Bachmann MO, Loke YK, Musgrave SD, Price GM, Hale R *et al.* “Important factors in predicting mortality outcome from stroke: findings from the Anglia Stroke”, *Age Ageing* [Internet]. Janvier 2017 [cité le 20 avril 2018] ; 46(1):83-90. DOI : 10.1093/ageing/afw175
- <sup>21</sup> Roche MA, Duffield C, Homer C, Buchan J, Dimitrelis S. “The rate and cost of nurse turnover in Australia”, *Collegian* [Internet]. 2014 [cité le 20 avril 2018] ; 4:353-8. DOI : 10.1016/j.colegn.2014.05.002
- <sup>22</sup> Buck de Oliveira Ruiz P, Galan Perroca M, de Carvalho Jerico M. “Cost of nursing turnover in a teaching hospital”, *Rev Esc Enferm* [Internet]. Février 2016 [cité le 20 avril 2018] ; 50(1). DOI : 10.1590/S0080-623420160000100014
- <sup>23</sup> Kurnat-Thoma E, Ganger M, Peterson K, Channel L. “Reducing annual hospital and Registered Nurse staff turnover – A 10-element onboarding program intervention”, *SAGE Open Nurs* [Internet]. 2017 [cité le 20 avril 2018] ; 3:1-13. DOI : 10.1177/2377960817697712
- <sup>24</sup> Duffield C, Diers D, O'Brien-Pallas L, Aisbett C, Roche M, King M *et al.* “Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes”, *Appl Nurs Res* [Internet]. Novembre 2011 [cité le 20 avril 2018] ; 24(4):244-255. DOI : 10.1016/j.apnr.2009.12.004



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 infirmières. Cependant de courts extraits (en dessous de 300 mots) peuvent être reproduits sans autorisation à condition que la source soit indiquée.

---

Copyright © - 2009 Conseil international des infirmières,  
3, place Jean-Marteau, 1201 Genève, Suisse