

ALLIER DOTATION ET SÉCURITÉ :
SYNTHÈSE DES DONNÉES PROBANTES SUR LA DOTATION
EN PERSONNEL INFIRMIER ET LA SÉCURITÉ DU PATIENT

Septembre 2006



Canadian Health Services Research **Foundation**
Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé

*...making research work
...pour que la recherche porte ses fruits*

Ce document est disponible sur le site Web de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé **www.fcrrs.ca**.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, communiquez avec la Fondation :

1565, avenue Carling, bureau 700
Ottawa (Ontario)
K1Z 8R1

Courriel : communications@fcrrs.ca
Téléphone : 613-728-2238
Télécopieur : 613-728-3527

This document is available on the Canadian Health Services Research Foundation web site **www.chsrf.ca**.
For more information on the Canadian Health Services Research Foundation, contact the foundation at:

1565 Carling Avenue, suite 700
Ottawa, Ontario
K1Z 8R1

E-mail: communications@chsrf.ca
Telephone: 613-728-2238
Fax: 613-728-3527

ALLIER DOTATION ET SÉCURITÉ :

SYNTHÈSE DES DONNÉES PROBANTES SUR LA DOTATION EN PERSONNEL INFIRMIER ET LA SÉCURITÉ DU PATIENT

Une initiative conjointe de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, du Secrétariat des sciences infirmières du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Le présent rapport s'appuie sur une synthèse de recherche dirigée par Amy Sanchez McCutcheon et Maura MacPhee et sur les délibérations d'un groupe d'experts.

Citer comme suit : « J. Ellis, A. Priest, M. MacPhee et A. Sanchez McCutcheon au nom de la FCRSS et de ses partenaires. (2006). Allier dotation et sécurité : synthèse des données probantes sur la dotation en personnel infirmier et la sécurité du patient. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. www.fcrss.ca. »

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Amy Sanchez McCutcheon, inf. aut., Ph.D.¹

Maura MacPhee, inf. aut., Ph.D.²

Janet M. Davidson, B.Sc.Inf, MASS³

Mimi Doyle-Waters, CM, MBSI⁴

Servane Mason, M.Sc.⁵

Wendy Winslow, inf. aut., M.Sc.Inf.⁶

1. Directrice principale, pratique professionnelle et Chef, services infirmiers, Vancouver Coastal Health Authority; professeure auxiliaire, School of Nursing, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique
2. Professeure adjointe, School of Nursing, Université de la Colombie-Britannique
3. Directrice générale, Vancouver Coastal Health Authority
4. Bibliothécaire, Centre for Clinical Epidemiology and Evaluation, Vancouver Coastal Health Authority et Université de la Colombie-Britannique
5. Coordinatrice de la recherche, méthodes professionnelles, Vancouver Coastal Health Authority
6. Conseillère en politiques des services infirmiers, College of Registered Nurses of British Columbia; professeure auxiliaire, School of Nursing, Université de la Colombie-Britannique

GRUPE CONSULTATIF SUR LA SYNTHÈSE SUR LA DOTATION EN PERSONNEL INFIRMIER ET LA SÉCURITÉ DU PATIENT

Jennifer Ellis¹

Sherri Huckstep²

Norma Freeman³

Carolyn Hoffman⁴

Sandra MacDonald-Rencz⁵

Ann Mann⁶

George Tilley⁷

Barbara Lowe⁸

1. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé
2. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
3. Association des infirmières et infirmiers du Canada
4. Institut canadien sur la sécurité des patients
5. Santé Canada, Bureau de la politique des soins infirmiers
6. Canadian Council for Practical Nurse Regulators
7. Eastern Health
8. Registered Psychiatric Nurses of Canada

Remerciements :

Ce rapport de recherche a été financé par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, le Secrétariat des sciences infirmières du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario ainsi que l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. La Fondation tient à souligner le travail du groupe consultatif, de l'équipe de recherche et des participants à la table ronde.

TABLE DES MATIÈRES

Messages essentiels	i
Résumé	iii
Lexique	iv
Lien entre la dotation en personnel infirmier et la sécurité des patients	1
Objectifs de la synthèse	3
Recommandation 1 : Adopter des plans de dotation efficaces et systématiques dans l'ensemble des organismes embauchant du personnel infirmier	3
Recommandation 2 : Faire en sorte que les patients reçoivent les services d'un personnel infirmier autorisé et hautement scolarisé	6
Recommandation 3 : Faire en sorte que les patients reçoivent les services d'un personnel infirmiers chevronné	7
Recommandation 4 : Favoriser, dans les milieux de travail, l'amélioration des résultats pour les patients, pour le personnel infirmier et pour le système	7
Recommandation 5 : Normaliser les définitions utilisées dans le domaine de la dotation en personnel infirmier pour faciliter la comparaison des conclusions de recherche et pour constituer un corpus étoffé de données probantes à l'appui des politiques et des pratiques	9
Conclusion	11
Annexe 1 : La démarche de synthèse	12
Annexe 2 : Participants à la table ronde	13
Références	16

MESSAGES ESSENTIELS

- La santé, la sécurité et le bien-être des patients dépendent au premier chef de la fiabilité et de la justesse des méthodes de dotation en personnel infirmier, premier responsable des services individuels parmi tous ceux qui donnent des services de santé.
- Il faut sans tarder revoir les méthodes de dotation en personnel infirmier, qui ne conviennent plus au contexte actuel et qui peuvent mener tant les patients que le personnel infirmier à faire des concessions à la limite du tolérable. Il importe avant tout de proposer et de préserver des conditions de travail favorables pour le personnel infirmier et pour son maintien en poste afin d'améliorer la qualité des services, ce qui englobe la sécurité des patients.
- Les services infirmiers directs qui leur sont prodigués chaque jour représentent l'un des principaux facteurs déterminants du bien-être des patients.
- Le personnel infirmier fait partie de tout un réseau de soignants. Toute action entreprise pour augmenter la sécurité des patients doit s'inscrire dans un mouvement concerté de divers groupes soignants pour améliorer la qualité des services.
- La recherche de résultats supérieurs pour le patient par une dotation améliorée en personnel infirmier passe nécessairement par l'amélioration de l'organisation, de la prestation et de la gestion des services de santé.
- La dotation en personnel infirmier n'a rien de simple. Pour être efficace et systématique, le plan de dotation doit tenir compte de la complexité inhérente à la prestation de services aux patients et de la concordance à établir entre la composition des ressources humaines (compétences, effectif, formation et expérience) et les besoins des patients. Seules des personnes qualifiées devraient préparer de tels plans.
- Le rapport comporte cinq recommandations :
 1. Adopter des plans de dotation efficaces et systématiques dans l'ensemble des organismes embauchant du personnel infirmier.
 2. Faire en sorte que les patients reçoivent des services de personnel infirmier autorisé et hautement scolarisé.
 3. Faire en sorte qu'ils reçoivent des services de personnel infirmier chevronné.
 4. Encourager et soutenir l'amélioration des résultats pour le patient, le personnel infirmier et le système dans les milieux de travail.
 5. Normaliser les définitions utilisées dans le domaine de la dotation en personnel infirmier pour faciliter la comparaison des conclusions de recherche et pour constituer un corpus étoffé de données probantes à l'appui des politiques et des pratiques.
- Ces cinq recommandations pourront servir de fondement aux plans de dotation systématiques. Chaque unité, service ou programme devra se doter de son propre plan systématique, qui tiendra compte des besoins en dotation établis pour assurer la qualité des services de santé et qui sera élaboré en collaboration avec le personnel infirmier, suivant un modèle de gouvernance partagée. Chaque plan devra énoncer clairement des options, des conséquences attendues et des solutions de rechange si les objectifs de dotation ne sont pas atteints.

RÉSUMÉ

La dotation en personnel infirmier peut faire toute la différence pour les patients. Selon diverses recherches, il existe un lien très étroit entre l'insuffisance de l'effectif infirmier et l'incidence des résultats indésirables pour les patients. Le présent rapport énonce des recommandations éclairées par des données probantes qui visent à améliorer les résultats sur la santé des patients par des méthodes novatrices de dotation en personnel infirmier. Il conjugue les conclusions d'une table ronde formée de décideurs et les constatations du rapport de recherche *Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier*, sous la conduite d'Amy Sanchez McCutcheon¹.

Les patients sont aujourd'hui plus malades et requièrent plus de services spécialisés et de soins de courte durée. Or, l'effectif infirmier n'a pas augmenté malgré cette hausse des besoins des patients – en fait, dans le sillage de l'intense restructuration qui a marqué les années 90, il serait même moins nombreux. Les surcharges de travail et les conditions astreignantes grèvent la capacité du personnel infirmier à offrir des services de santé de qualité. Désormais, il ne faut plus voir la dotation en personnel infirmier comme un problème de gestion ni comme une dépense, mais plutôt comme une activité centrale ayant des répercussions sur l'ensemble du régime de santé. Toute forme de thérapie, qu'il s'agisse de médicaments à administrer, d'actes médicaux ou d'éducation en matière de santé, ne peut être efficace que si le personnel infirmier peut véritablement la donner, au moment opportun et de la bonne façon. Si nous avons vraiment à cœur le bien-être de la population canadienne, alors il faut cesser de penser qu'une dotation adéquate en personnel infirmier constitue une dépense excessive, et constater au contraire à quel point il est rentable d'investir dans la qualité et la sécurité.

Il faut souligner à cet égard qu'une dotation améliorée en personnel infirmier fera de multiples gagnants. Les patients obtiendront de meilleurs résultats en matière de santé et le personnel infirmier bénéficiera d'une plus grande satisfaction professionnelle et, du coup, l'absentéisme au travail s'en trouvera réduit et le taux de maintien en poste plus élevé¹. Les hôpitaux et le régime de santé en général bénéficieront quant à eux d'une réduction du temps d'hospitalisation et, par conséquent, de leurs coûts. Selon une étude, les économies attribuables à la réduction du temps d'hospitalisation devraient compenser pour presque la moitié de la hausse des coûts de main-d'œuvre². Enfin, étant donné que notre régime de santé est financé par l'État, c'est la population canadienne en entier qui bénéficiera des progrès, des économies et des réductions de coûts qui découleront de la qualité accrue des services de santé.

La qualité de la dotation en personnel infirmier n'est pas seulement une affaire de chiffres. L'éducation, l'expérience, les compétences collectives et le potentiel de leadership sont autant de facteurs déterminants de la qualité de la dotation. Des études ont notamment conclu que les risques de décès à l'hôpital diminuent en présence de personnel infirmier hautement scolarisé³. Une autre étude menée au Canada révèle que plus le personnel infirmier est chevronné, moins les patients sont exposés à des risques de décès⁴.

Ce rapport préconise la prise de décision éclairée par des données probantes en matière de dotation en personnel infirmier afin d'améliorer les résultats pour les patients. Pour l'heure, le corpus de données probantes disponibles sur la dotation en personnel infirmier et les résultats pour les patients se limite presque exclusivement aux établissements hospitaliers ou aux services de soins de courte durée. Il existe très peu de recherche en contexte communautaire ou de soins de longue durée. Qui plus est, les chercheurs se sont intéressés surtout au personnel infirmier autorisé et fort peu au personnel infirmier psychiatrique et auxiliaire autorisé, ou au personnel de pratique avancée telles que les infirmières praticiennes et les infirmières cliniciennes spécialisées. Afin de n'oublier aucun groupe de personnel infirmier réglementé et aucun secteur de la santé publique et communautaire, la démarche de cette synthèse s'appuie sur les recommandations éclairées par des données probantes de décideurs experts en matière de dotation en personnel infirmier et de sécurité des patients. Ces décideurs, en plus de partager leurs connaissances, ont contribué à la définition de pistes d'intervention très précises qui font l'objet des recommandations formulées aux présentes.

Ce rapport arrive à point nommé pour stimuler le débat et l'action. Il marque l'aboutissement du travail acharné et de la collaboration hors du commun des groupes et des personnes qui ont contribué à ce travail de synthèse.

¹ On trouve à l'[annexe 1](#) une description exhaustive de la démarche suivie pour réaliser ce travail de synthèse.

LEXIQUE

Qualité des services de santé : capacité des services de santé d'augmenter les possibilités de résultats positifs sur la santé des patients, compte tenu de l'état actuel des connaissances professionnelles⁵.

Sécurité du patient : fait pour le patient d'être à l'abri des blessures accidentelles ou, de façon générale, de tout préjudice causé par des services de santé prodigués pour l'aider⁶.

Résultats pour le patient : effets ou résultats manifestes de l'intervention du personnel infirmier ou du contexte de soins pour les patients⁷.

Événements indésirables : incidents fortuits et nuisibles menant à une blessure ou au décès et qui peuvent être associés directement au processus de prestation de services de santé au client⁸.

Dotation en personnel infirmier : processus visant à déterminer et à fournir un effectif suffisant et possédant un éventail de compétences collectives conformes aux besoins des patients traités à l'intérieur d'un programme, d'une unité ou d'un environnement de soins donné⁹.

LIEN ENTRE LA DOTATION EN PERSONNEL INFIRMIER ET LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

Les patients sont aujourd'hui plus malades et requièrent plus de services spécialisés et de soins de courte durée. Or, l'effectif infirmier n'a pas augmenté malgré les besoins accrus des patients. À titre d'exemple, dans les hôpitaux de la Pennsylvanie, aux États-Unis, malgré une hausse de 21 % du degré d'acuité des soins à fournir entre 1991 et 1996, l'effectif infirmier est resté stable¹⁰. Le pire dans tout cela est que les données pointent en fait vers une baisse des effectifs. Mus par des impératifs d'efficacité et de compressions des coûts, les hôpitaux canadiens se sont précipités tête baissée dans une restructuration massive dans les années 90. Le personnel infirmier forme la majorité des groupes soignants et, de ce fait, coûte très cher aux gouvernements et aux employeurs. Par conséquent, il représente une cible de choix des compressions de personnel. La restructuration devait au départ ralentir les dépenses sans nuire à la qualité des services de santé. Malgré ces bonnes intentions, elle a provoqué des changements de fond dans la conception, la gestion et la dotation des unités.

La décennie qui vient de s'écouler a connu un déclin soutenu du processus de dotation : le personnel infirmier autorisé a été remplacé par du personnel non autorisé et des aides; on a réduit le nombre des auxiliaires autorisés¹¹; des dirigeants d'expérience ont pris une retraite anticipée¹² et des jeunes abandonnent tout bonnement la profession¹³. La détérioration de la qualité des services (due à une dotation inefficace) n'est pas passée inaperçue au Canada. Dès 2001, on s'inquiétait au sujet de la sécurité des patients¹⁴. De toutes parts, on réclame une amélioration du régime. Le personnel infirmier se trouvant au coeur de la prestation des services, il joue un rôle capital dans le bien-être et la sécurité des patients. Le personnel infirmier œuvre sur la « ligne de front dans la majorité des régimes de santé, et tous s'entendent sur son rôle clé dans la qualité des soins¹⁵ ». C'est l'avis unanime de la communauté internationale.

Les décisions sur la dotation en personnel infirmier ont un impact direct pour les patients. De multiples recherches ont montré le lien étroit entre les niveaux de dotation en personnel infirmier et l'incidence des événements indésirables pour les patients. Cinq études d'envergure ont conclu que des niveaux réduits de dotation en personnel infirmier conduisaient à un taux supérieur de décès chez les patients¹⁶. D'autres études portant sur les événements indésirables non mortels ont montré un lien de cause à effet entre la baisse du niveau de dotation en personnel infirmier et l'augmentation des crises cardiaques, des chocs, des erreurs de médication, des chutes, des plaies de lit, des ulcères, de la formation de caillots, des saignements du tractus gastro-intestinal supérieur et des infections des voies respiratoires et urinaires. Manifestement, les décisions concernant la dotation en personnel infirmier devraient être abordées en tenant compte autant de la sécurité des patients que des coûts.

Qu'entend-on au juste par « dotation en personnel infirmier »? En fait, le nombre d'infirmières et d'infirmiers affectés à un secteur ou une unité n'est qu'un aspect de la dotation. Outre l'effectif à prévoir, il faut également s'assurer que le personnel infirmier possède les compétences, l'expérience et la formation requises, que le modèle de dotation est adapté à la situation et qu'il s'insère dans une équipe de soignants judicieusement composée. Comptent tout autant le type de soutien et de leadership offerts, deux facteurs déterminants pour habiliter le personnel infirmier à fournir les services dont les patients ont besoin. Nul besoin de préciser que la mise en concordance des modèles de dotation et des besoins des patients relève de la haute voltige et que quiconque s'y adonne doit prendre en compte tous les éléments susmentionnés, et d'autres éventuellement. Le document *Cadre d'évaluation pour déterminer l'incidence des décisions sur la composition du personnel infirmier*, publié par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, présente une excellente vue d'ensemble des facteurs déterminants de la dotation en personnel infirmier¹⁷.

Grand temps est venu d'agir sur la dotation en personnel infirmier. Des travaux de recherche successifs ont montré qu'une piètre performance en la matière avait un effet direct sur les résultats pour les patients. Maintenant, la question est de savoir quelle est la nature des changements à apporter et comment y arriver. Tout d'abord, il faudra trouver des façons novatrices et efficaces de susciter l'intérêt et de faire admettre qu'il y a des problèmes. Il faut qu'on reconnaisse

l'incidence directe de la dotation sur les patients, le personnel infirmier de première ligne, la gestion et la haute direction de tous les organismes qui embauchent du personnel infirmier et sur le système de santé. Ensuite, il faudra définir les attentes et les exigences auxquelles devra satisfaire un modèle efficace de dotation en personnel infirmier, et dresser la liste des possibilités et des voies de contournement offertes en situation de pénurie de ressources humaines. Les employeurs doivent s'inspirer des données probantes issues des recherches sur la dotation en personnel infirmier et la sécurité des patients, qui toutes pointent vers les avantages d'une dotation améliorée pour les patients, le personnel infirmier et le système dans sa totalité.

L'une des étapes de la présente démarche de synthèse a été le rapport de synthèse des données probantes, intitulé *Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier*, préparé par une équipe de recherche dirigée par Amy Sanchez McCutcheon (se reporter à l'[annexe 1](#)). Ce rapport et d'autres rapports récents débattent largement de la question des ratios personnel infirmier-patients obligatoires ou prescrits par voie législative. De tels ratios présentent des avantages et des inconvénients mais, le plus souvent, ils entraînent confusion et controverse. Un ratio personnel infirmier-patients fixe (par exemple, un infirmier pour quatre patients) ne tient pas toujours compte de facteurs comme l'acuité, la complexité ou la variabilité des soins requis par un groupe de patients donné. Il peut par ailleurs s'avérer inadapté compte tenu de la compétence, du niveau de scolarité ou de l'expérience du personnel infirmier en place, ou encore des particularités d'une unité, autant d'éléments dont il faut se préoccuper pour faire la dotation en personnel infirmier. En revanche, les ratios peuvent donner certaines orientations quant aux attentes et aux exigences à combler et qui permettront d'établir le nombre d'infirmiers requis pour donner les services. Bref, il est difficile de dire si les ratios seront ou devraient être fixés. Néanmoins, il existe des moyens efficaces, pratiques et économiques d'améliorer dès *maintenant* la dotation en personnel infirmier et les résultats pour les patients. L'une des avenues prometteuses consiste à établir des plans de dotation systématiques, qui prendront en considération tous les éléments énoncés ci-dessus et qui s'appliqueront à des unités de soins précises.

Peu importe la voie qui sera choisie pour améliorer les processus de dotation en personnel infirmier, deux choses sont sûres : 1) il faut agir dès maintenant; 2) cet « agir » doit prendre racine dans les données probantes. Ce rapport fait le point sur les mesures à envisager et les possibilités à saisir telles qu'elles ont été ciblées par des décideurs spécialistes des questions de dotation en personnel et de sécurité des patients, et telles qu'elles se dégagent de la recherche.

OBJECTIFS DE LA SYNTHÈSE

Ce travail de synthèse poursuivait les objectifs suivants :

- exposer les données probantes qui montrent le lien entre la dotation en personnel infirmier et la sécurité du patient;
- formuler des recommandations précises et applicables, éclairées par les données probantes, concernant les mesures à envisager pour résoudre les problèmes de dotation en personnel infirmier et de sécurité du patient;
- proposer des outils et des ressources à tous ceux qui aspirent à améliorer la situation de la dotation en personnel infirmier.

Ce rapport de synthèse intègre les conclusions d'un rapport de recherche publié en 2006, *Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier*, rédigé par Amy Sanchez McCutcheon et coll.¹⁸, ainsi que celles d'une table ronde de décideurs animée en février 2006 par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. La réunion regroupait des décideurs du domaine de la santé ainsi que des experts en matière de dotation en personnel infirmier et en sécurité des patients de divers organismes régionaux, provinciaux et fédéraux. Le rapport de recherche peut être consulté en ligne à www.fcrss.ca. Une description détaillée de la démarche de synthèse ainsi qu'une liste des participants à la table ronde figurent en annexe.

Les cinq recommandations de la synthèse s'appuient sur des données probantes ainsi que sur les orientations données par des experts voués à l'amélioration de la qualité des services de santé (ce qui englobe la sécurité du patient) par l'amélioration du processus de dotation en personnel infirmier. Axé sur la prise de décision éclairée par les données probantes en matière de dotation en personnel infirmier, le présent rapport a été rédigé pour stimuler l'action.

RECOMMANDATION 1 : ADOPTER DES PLANS DE DOTATION EFFICACES ET SYSTÉMATIQUES DANS L'ENSEMBLE DES ORGANISMES EMBAUCHANT DU PERSONNEL INFIRMIER.

Plus précisément :

1. Il faut élaborer des plans de dotation à l'échelle des organismes et des unités, en collaboration avec le personnel infirmier de première ligne, suivant un modèle de gouvernance partagée. Suivant ce modèle, la structure organisationnelle octroie aux infirmiers un droit de regard sur l'exercice de leur profession et sur les décisions administratives.
2. Les plans de dotation doivent prévoir des options pour remédier aux défauts de la dotation – par exemple, l'autorisation d'appeler du personnel d'agence en renfort. Ils devraient en outre stipuler les mesures correctives que l'employeur pourrait mettre en œuvre en cas de défaut de conformité aux plans.
3. Les plans de dotation devraient établir les ratios personnel infirmier-patients, les exigences liées aux compétences; les champs d'exercice; les modèles de dotation ainsi que le niveau de ressources requis pour garantir la qualité des services.
4. Les plans de dotation devraient tenir compte du caractère complexe de la mise en concordance des compétences, du niveau de scolarité et de l'expérience du personnel infirmier et des autres groupes soignants avec les besoins des patients.
5. Les plans de dotation en personnel infirmier doivent être confiés à des personnes qualifiées, à même de rendre des décisions aussi complexes.

Données probantes et justifications

Ces derniers temps, on a beaucoup parlé de l'établissement de ratios personnel infirmier-patients obligatoires au Canada, à juste titre. Les décisions concernant la dotation en personnel infirmier influent énormément sur l'expérience des patients. Les recherches prouvent que des niveaux inférieurs de dotation en personnel infirmier peuvent notamment faire augmenter l'incidence des crises cardiaques, des erreurs de médication, des infections des voies respiratoires, des chutes, et même des décès des patients¹⁹. Les résultats de la recherche sont éloquentes : dès que les niveaux de dotation en personnel infirmier chutent, l'incidence des événements indésirables commence à grimper.

Les patients ne sont pas les seuls à profiter de niveaux de dotation accrus; les infirmières et l'administration des hôpitaux en sortent aussi gagnants. Le personnel infirmier inséré dans une équipe judicieusement composée affiche une plus grande satisfaction au travail, se montre plus dévoué et reste plus longtemps auprès de l'employeur²⁰. Les administrateurs font pour leur part des économies puisque les événements indésirables qui affligent les patients sont à la fois moins nombreux et moins graves, et que les séjours des patients dans les centres hospitaliers sont moins longs²¹. Une étude conclut que les économies attribuables aux séjours raccourcis pourraient compenser pour presque la moitié de la hausse des coûts de main-d'œuvre²².

Il faut faire quelque chose, certes, mais les ratios personnel infirmier-patients obligatoires sont-ils vraiment la meilleure solution? D'aucuns affirment qu'une telle mesure mettrait enfin le holà à des surcharges de travail qui menacent de plus en plus la sécurité du personnel infirmier. D'autres voient un avantage à garantir des chiffres fermes et fixes à des travailleurs surchargés. Concrètement, il faudrait permettre toutes sortes de modèles de plans de dotation, au vu notamment des pénuries actuelles de personnel infirmier et des très fortes possibilités que les ratios soient inatteignables dans la réalité. Par ailleurs, comme l'efficacité et la commodité des ratios imposés n'ont pas été démontrées hors de tout doute, il faut poursuivre la réflexion. On peut par exemple se demander si des ratios personnel infirmier-patients ne sont pas trop rigides et s'il est judicieux d'imposer une mesure qui fait abstraction de l'acuité des soins requis, de l'éventail des compétences au sein d'une équipe et des caractéristiques propres à chaque unité.

Pendant que se poursuivent les recherches sur les ratios, on peut d'ores et déjà compter sur les plans de dotation systématiques comme approche réaliste et pratique de la dotation en personnel infirmier. Cette formule est beaucoup plus qu'une méthode comptable à la disposition des gestionnaires pour établir leurs budgets et combler des postes. Ces plans, préparés selon les caractéristiques précises d'un organisme, tiennent compte des besoins uniques des patients ainsi que des compétences du personnel infirmier et des autres groupes soignants^{23, 24}. Dans son étude des ratios personnel infirmier-patients pour le compte de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers et Santé Canada, Gail Tomblin Murphy précise que les plans de dotation visent à « assurer la conformité entre les infirmières et infirmiers disponibles, le nombre de patients prévu et les caractéristiques de l'organisation²⁵ ».

Bien que les plans de dotation systématiques intègrent des ratios personnel infirmier-patients, ils s'en distinguent considérablement. Dans certaines parties des États-Unis, les plans de dotation sont obligatoires, au même titre que les ratios. Cox et coll. (2005)²⁶ précisent que les plans de dotation obligatoires « exigent généralement de prévoir une stratégie d'appoint pour parer aux éventuelles pénuries de personnel ». Contrairement aux ratios obligatoires, les plans de dotation obligatoires sont aussi uniques et différents que les unités ou les services auxquels ils s'appliquent. Ils peuvent en outre stimuler les échanges entre les membres du personnel infirmier, d'autres groupes soignants, les gestionnaires et les administrateurs, qui tous doivent composer avec les besoins et les ressources propres à leur unité. Les plans de dotation permettraient d'améliorer les conditions de travail de façon aussi efficace que les ratios obligatoires, sinon plus²⁷. Par contre, ils sont moins convaincants pour ce qui est de forcer les employeurs à respecter leur partie de l'entente – ce qui n'est pas non plus une garantie avec les ratios obligatoires. S'il reste beaucoup à faire avant que des ratios puissent être établis – si jamais ils deviennent réalité –, les plans de dotation constituent un outil pratique et tout à fait opportun.

Bien que les plans de dotation systématiques recommandés ici constituent une idée nouvelle, certains organismes ont déjà opté pour cette solution ou envisagent de le faire. Notamment, ils sont appliqués dans quelques États américains. Au Canada, la Colombie-Britannique a déjà admis le potentiel des plans de dotation en personnel infirmier pour endiguer le fléau des surcharges de travail. En fait, la province s'emploie actuellement à trouver des façons de les mettre en œuvre²⁸.

Fort heureusement, il existe des outils pratiques et des ressources pour améliorer la dotation en personnel infirmier. L'État de l'Ohio pourrait servir d'inspiration en la matière. La Ohio Hospital Association a publié un document intitulé *Safe Nurse Staffing*, dans lequel sont exposés 17 principes directeurs pour l'élaboration de plans de dotation en personnel infirmier efficaces²⁹.

Voici quelques-uns de ces principes :

- les plans de dotation doivent tenir compte des besoins individuels, y compris les besoins particuliers des patients, ainsi que des compétences du personnel infirmier et des autres membres du personnel;
- chaque établissement hospitalier devrait élaborer son plan de dotation en collaboration avec tous les intervenants intéressés;
- le plan de dotation devrait tenir compte du nombre, des besoins et de l'acuité des soins de la population des patients visée, des ressources du milieu, des ressources humaines et des compétences du personnel;
- le plan de dotation devrait favoriser une productivité optimale du personnel, ce qui suppose des révisions périodiques et des modifications si nécessaire pour en assurer la pertinence;
- le plan de dotation doit adhérer aux normes en vigueur, y compris celles qui émanent d'organismes d'accréditation et d'autres organismes de réglementation;
- le plan de dotation doit aborder la question des heures supplémentaires et du personnel complémentaire;
- l'élaboration des plans de dotation en personnel infirmier devrait suivre une méthode fondée sur des données probantes.

RESSOURCES ADDITIONNELLES

Association des infirmières et infirmiers du Canada. 2005. Cadre d'évaluation pour déterminer l'incidence des décisions sur la composition du personnel infirmier. www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Evaluation_Framework_2005_f.pdf

Conseil international des infirmières. 2006. Effectifs suffisants = Vies sauvées. www.icn.ch/indkit2006f.pdf

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers. 2005. Enhancement of Patient Safety through Formal Nurse-Patient Ratios: *A Discussion Paper*. www.nursesunions.ca/cms/updir/2005-10-03-Nurse-Patient-Ratio-EN.pdf

Association des infirmières et infirmiers du Canada 2004. La composition du personnel infirmier : une recherche documentaire. http://cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Final_Staf_Mix_Literature_Review_f.pdf

RECOMMANDATION 2 : FAIRE EN SORTE QUE LES PATIENTS REÇOIVENT LES SERVICES D'UN PERSONNEL INFIRMIER AUTORISÉ ET HAUTEMENT SCOLARISÉ.

Plus particulièrement :

1. Les employeurs et les gouvernements devraient encourager le niveau de scolarité le plus élevé possible en sciences infirmières en fonction des besoins des patients. Ainsi, on devrait inciter le personnel infirmier autorisé à faire le baccalauréat, et lui fournir le soutien nécessaire.
2. Les employeurs doivent offrir des possibilités d'éducation et de formation permanentes au personnel auxiliaire autorisé, au personnel psychiatrique autorisé, au personnel infirmier autorisé et au personnel de pratique avancée. Notamment, le personnel devrait avoir la possibilité d'obtenir un certificat en soins intensifs, des cours sur les technologies et autres formations sur place, d'assister à des conférences, de subir des examens de compétences et d'avoir accès à diverses options de perfectionnement professionnel.
3. Les employeurs devraient prendre des mesures pour avoir le plus de bacheliers possible au sein de leur personnel infirmier autorisé et, le cas échéant, fournir des occasions de pratique aux infirmières praticiennes et aux infirmières cliniciennes spécialisées.

Données probantes et justifications

La recherche a montré que plus le personnel infirmier est scolarisé, meilleurs sont les résultats pour les patients. Ainsi, plusieurs études soutiennent que le personnel infirmier possédant un baccalauréat est plus apte à résoudre des problèmes, à s'acquitter de tâches complexes, à communiquer de façon efficace et à démontrer d'autres comportements professionnels essentiels pour la sécurité des patients^{30, 31}. Des travaux de recherche menés au Canada indiquent que les patients hospitalisés sont moins à risque de décès si le personnel infirmier en place est plus scolarisé^{32, 33}. Ces constatations amènent l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada à préconiser le baccalauréat comme norme de formation à l'entrée dans la pratique de la profession infirmière³⁴.

Les patients ne sont pas les seuls bénéficiaires de la présence de personnel hautement scolarisé. Selon une étude menée récemment au Canada³⁵, la satisfaction au travail du personnel infirmier augmente de façon significative lorsque le nombre de bacheliers augmente. Les gouvernements et les employeurs y trouveront aussi des avantages. Bien qu'il faille déboursier au début pour permettre au personnel infirmier de suivre une formation universitaire ou un programme permanent, les bailleurs de fonds économisent à long terme puisque l'amélioration des résultats pour les patients et le système se traduit par des hospitalisations moins longues et des coûts moindres pour l'ensemble du système.

RESSOURCES ADDITIONNELLES

Association des infirmières et infirmiers du Canada. 2005. Dotation en personnel infirmier : lorsque les infirmières ont un baccalauréat ou une formation plus poussée, le nombre de décès chez les patients en chirurgie diminue. www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/RS_Baccalaureate_or_Higher_f.pdf

Nursing Health Services Research Unit. 2006. Educated and underemployed: The paradox for nursing graduands. www.nhsru.com/documents/Series%20%20Educated%20and%20Underemployed%20Final%20Report.pdf

Association canadienne des écoles de sciences infirmières. 2006. Accessible Canadian health care system = Supply of qualified nurses; Supply of qualified nurses = Schools of nursing. www.casn.ca/Newsletter/press_releases/CFNU%20Support%20-%20March%202006.pdf

RECOMMANDATION 3 : FAIRE EN SORTE QUE LES PATIENTS REÇOIVENT LES SERVICES D'UN PERSONNEL INFIRMIER CHEVRONNÉ.

Plus particulièrement :

1. Le personnel infirmier devrait avoir acquis de l'expérience et bien connaître les besoins particuliers des patients avec lesquels il travaille.
2. Le personnel infirmier doit bien connaître et avoir mis en pratique les politiques et méthodes en vigueur dans le lieu d'emploi.
3. Les employeurs doivent chercher le juste équilibre entre personnel infirmier chevronné et débutant.

Données probantes et justifications

S'il est un fait que l'expérience revête différentes significations selon les gens, cette notion revient constamment dans les discussions sur la dotation en personnel infirmier et la sécurité du patient. On peut tantôt associer l'expérience au nombre d'années d'exercice de la profession, tantôt à la connaissance qu'a une infirmière en particulier d'un certain établissement ou d'une population de patients donnée ou encore aux compétences ou aux connaissances pointues qui ont été acquises.

Quelle que soit la définition retenue, l'expérience du personnel infirmier, à l'instar de sa formation scolaire, influe sur les résultats pour les patients. Les recherches n'ont fait que confirmer ce que beaucoup de membres du personnel infirmier, médical, de gestionnaires et d'administrateurs savaient déjà, à savoir qu'il existe un lien entre l'expérience du personnel infirmier et la diminution des événements indésirables. Sachant cela, les employeurs ne devraient pas s'en remettre uniquement à du personnel infirmier et autre qui connaît peu les patients ou les pratiques organisationnelles du lieu de travail.

Des recherches menées sur le thème de la sécurité du patient dans les services de soins intensifs ont révélé que le manque d'expérience du personnel infirmier était la cause directe d'une partie des événements indésirables ou y avait contribué. Les erreurs sont manifestement plus susceptibles de se produire lorsque le personnel inexpérimenté travaille dans un contexte de pénurie du personnel, de supervision insuffisante et auprès de patients plus malades³⁶. De façon encore plus significative, selon une étude canadienne, plus le personnel infirmier d'un service est expérimenté, moins on enregistre de décès des patients³⁷.

RESSOURCE ADDITIONNELLE

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers. 2005. Aller de l'avant: la rétention et la valorisation des infirmières et des infirmiers avec expérience. www.nursesunions.ca/cms/updir/2006-01-26-Experienced-Nurses-Brochure-En.pdf

RECOMMANDATION 4 : FAVORISER, DANS LES MILIEUX DE TRAVAIL, L'AMÉLIORATION DES RÉSULTATS POUR LES PATIENTS, POUR LE PERSONNEL INFIRMIER ET POUR LE SYSTÈME.

Plus particulièrement :

1. Les employeurs doivent instaurer un leadership solide des services infirmiers à tous les échelons organisationnels, depuis les premières lignes jusqu'à la haute direction.
2. Le personnel infirmier, les médecins et tous les autres membres des groupes soignants doivent travailler en collaboration.

3. Les administrateurs et les gestionnaires doivent miser sur l'autonomie de la profession infirmière et accorder au personnel infirmier davantage de contrôle sur l'exercice de sa profession.
4. Les employeurs doivent favoriser l'emploi des technologies et l'innovation pour améliorer la qualité des services de santé.
5. Les gouvernements doivent encourager la recherche en sciences infirmières sur les pratiques exemplaires à mettre en œuvre pour améliorer la qualité des services.

Données probantes et justifications

Bonnes conditions de travail et sécurité des patients vont de pair. C'est ce que révèlent les recherches portant sur les « hôpitaux aimants ». Voilà 25 ans, alors que de nombreux établissements cherchaient des solutions aux pénuries de personnel infirmier, certains ont été qualifiés d'aimants en raison du magnétisme exercé sur le personnel infirmier, qu'ils réussissaient à garder³⁸. Ces hôpitaux aimants offrent au personnel infirmier ce qui fait cruellement défaut à beaucoup d'autres : un fort leadership, une voix et des pouvoirs décisionnels à tous les échelons de l'organisme. Les relations entre personnel médical et personnel infirmier sont apparemment meilleures et l'autonomie laissée à ce dernier ainsi que son droit de regard sur l'exercice de la profession sont supérieurs. Le personnel infirmier qui a l'heur de travailler dans de tels hôpitaux se dit plus satisfait et apprécie grandement l'autonomie et le contrôle dont il jouit sur le choix des ressources requises pour assurer la qualité des services. Une autre étude confirme que les patients tirent également profit des bonnes conditions de travail qui sont la marque de ces hôpitaux qui exercent un réel magnétisme sur le personnel^{39, 40, 41, 42}.

Une bonne capacité de leadership et le soutien accordé par la direction sont gages de l'efficacité du processus de dotation en personnel infirmier et d'un environnement de travail favorable⁴³. De nombreux travaux de recherche confirment l'augmentation du taux de satisfaction et la baisse du taux de roulement du personnel infirmier dans les services où les gestionnaires mettent en pratique ce qu'on a appelé le « leadership transformationnel »⁴⁴. Ce style de gestion consiste à accompagner les changements nécessaires à l'intérieur du système de santé et de l'organisme en prodiguant des encouragements, des rétroactions positives et des marques de reconnaissance personnalisées, sur un fond de communication ouverte. Ces leaders obtiennent un climat de coopération et un esprit d'équipe qui laissent peu de place aux conflits interpersonnels, des conditions fort importantes pour assurer la qualité et la sécurité des services aux patients. Les organismes doivent recruter des gestionnaires qui utilisent ce style de leadership solidaire et participatif, et les former en ce sens⁴⁵.

Les milieux de travail favorables se caractérisent aussi par une étroite collaboration entre le personnel infirmier, les médecins et les autres groupes soignants. La qualité des interactions au sein des équipes soignantes – ce qui englobe la communication, la coordination, la résolution des problèmes et la gestion des conflits – compte pour beaucoup dans le bien-être ressenti par les patients. Plusieurs études se sont penchées sur l'incidence de la relation personnel infirmier-médecins sur les résultats pour les patients⁴⁶. L'une d'entre elles soutient que l'amélioration de cette relation diminue de plus de 25 % le risque de décès des patients sur une période de 30 jours⁴⁷.

Les résultats de recherche montrent les avantages, tant pour les patients que pour le personnel infirmier, de permettre à celui-ci de prendre des décisions qui ont une incidence sur la qualité des services⁴⁸. Les pratiques qui encouragent la gouvernance partagée, l'apprentissage continu et les occasions de promotion et d'avancement professionnel, de même que les horaires souples ont pour effet d'augmenter l'autonomie professionnelle du personnel infirmier, ce qui favorise une culture de respect. Une étude examine en détail un processus de dotation en personnel infirmier fort efficace, l'outil d'évaluation de la complexité du travail (Work Complexity Assessment)⁴⁹. On y trouve le profil d'une équipe d'infirmières autorisées, d'auxiliaires autorisées et d'autres membres qui a appliqué cet outil pour établir une concordance entre des activités professionnelles et six niveaux de connaissances et de compétences requis pour assurer la sécurité et l'efficacité des services. Cette collaboration a permis au personnel de prendre des décisions concernant la répartition des patients en s'inspirant des pratiques exemplaires qu'il avait établies.

La littérature de recherche fait état d'un autre outil de soutien pour l'acheminement des patients et la dotation en personnel infirmier, qui fonctionne tel un feu de circulation tricolore : vert, jaune et rouge⁵⁰. Le personnel infirmier assigne une couleur qui décrit la charge de travail et les gestionnaires utilisent l'information pour avoir le portrait de chaque service et prendre les décisions appropriées sur la dotation. Le personnel infirmier peut en outre demander « l'arrêt » des admissions pour des raisons de sécurité. Ce sont là deux exemples qui montrent que la qualité des services infirmiers augmente quand on permet au personnel infirmier de trouver un « équilibre » entre l'exercice de ses activités et les besoins des patients.

La technologie fournit un autre moyen d'améliorer les services infirmiers et l'environnement de travail en santé. Un examen méthodique de la recherche sur les conditions de travail dans les établissements de services de santé recommande aux organismes d'utiliser les nouvelles technologies pour réduire les distractions et les interruptions et pour optimiser l'échange d'information⁵¹. Les technologies et l'innovation peuvent en outre réduire la demande de services, qui peut faire baisser la demande de services infirmiers, ce qui n'est pas à négliger quand il y a pénurie de personnel.

Un dernier moyen d'améliorer l'environnement de travail consiste à soutenir la recherche en sciences infirmières visant à définir des pratiques exemplaires éclairées par des données probantes. Les organismes qui désirent vraiment augmenter le taux de satisfaction et le maintien en poste du personnel infirmier ainsi que la sécurité des patients devraient adhérer à ces recommandations.

RESSOURCES ADDITIONNELLES

Association des infirmières et infirmiers du Canada. 2006. Soins de santé améliorés, meilleurs résultats pour les patients: la promesse des soins infirmiers électroniques. www.cna-aic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Enursing_June_2006_f.pdf

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. 2006. Healthy work environments best practice guidelines: Developing and sustaining nursing leadership. www.rnao.org/Storage/16/1067_BPG_Sustain_Leadership.pdf

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. 2006. Nursing best practice guidelines. www.rnao.org/Page.asp?PageID=861&SiteNodeID=133

RECOMMANDATION 5 : NORMALISER LES DÉFINITIONS UTILISÉES DANS LE DOMAINE DE LA DOTATION EN PERSONNEL INFIRMIER POUR FACILITER LA COMPARAISON DES CONCLUSIONS DE RECHERCHE ET POUR CONSTITUER UN CORPUS ÉTOFFÉ DE DONNÉES PROBANTES À L'APPUI DES POLITIQUES ET DES PRATIQUES.

Plus particulièrement :

1. Il faut utiliser des termes, des définitions et des critères de mesure uniformes dans les descriptions et les évaluations de la dotation en personnel infirmier.
2. Les milieux de pratique, de gestion et de recherche doivent veiller de concert à ce que les données sur l'administration et la pratique concordent avec les résultats de recherche.

Données probantes et justifications

Tout au long de leurs travaux de synthèse des meilleures données probantes disponibles sur la dotation en personnel infirmier et la sécurité du patient, l'équipe de recherche dirigée par Sanchez McCutcheon a répertorié d'innombrables différences terminologiques d'un pays à l'autre, et même d'une province à l'autre. Ces différences ont compliqué la comparaison directe entre les résultats de recherche⁵².

Les divergences terminologiques n'ont cependant rien d'étonnant puisque, à l'intérieur du pays, on a toujours peine à définir, à diffuser et à mesurer les indicateurs pertinents de la dotation et des ressources humaines. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a parlé notamment des difficultés inhérentes à la collecte de données sur le statut d'emploi et l'accréditation du personnel infirmier auxiliaire et du personnel infirmier autorisé. Dans son document *Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada*, l'ICIS explique qu'« une personne qui n'est pas habituée à travailler avec des données peut éprouver des difficultés à comprendre pourquoi quelque chose d'apparemment aussi simple que le nombre d'infirmières psychiatriques autorisées peut varier en fonction de la définition »⁵³. Il faut à tout prix uniformiser les descriptions des concepts généraux comme *dotation des postes vacants*, *personnel occasionnel* ou *personnel à temps partiel* utilisés par les autorités, les établissements de soins et les organismes. Ce travail d'uniformisation relève principalement de l'ICIS. Dans sa base de données sur les infirmières autorisées, qui contient des données sur la démographie, la scolarité et l'emploi des infirmières autorisées partout au pays, l'ICIS s'emploie à raffiner de plus en plus ses méthodes afin de livrer des tableaux combinant les données à jour sur le travail à temps plein, à temps partiel ou occasionnel. Ces tableaux combinés sont primordiaux aux fins de l'analyse.

On n'a toutefois pas encore trouvé de méthodes homogènes pour décrire et mesurer la dotation en personnel infirmier. Or, sans cette homogénéité, on ne peut justifier la valeur, la rentabilité ni les résultats escomptés de l'embauche de ressources infirmières. Même si on admet ce besoin depuis le début des années 90, on en tient compte dans les projets touchant le personnel infirmier depuis six ans seulement au Canada. Notamment, en 2000, des chercheurs ont examiné un corpus fondamental de données sur la gestion des services infirmiers en fonction des ressources infirmières et financières utilisées dans dix hôpitaux⁵⁴. Les chercheurs voulaient démontrer la validité, la fiabilité et la constance entre les hôpitaux des données sur la dotation et la rémunération. Ils sont parvenus à la conclusion que la comparaison des données ne peut être valide que dans la mesure où les gestionnaires des services infirmiers peuvent s'appuyer sur des rapports financiers et des titres de profession uniformes. Depuis, des chercheurs, des administrateurs et des responsables de politiques ont abondamment réfléchi à des façons de mesurer et de normaliser les services infirmiers, les indicateurs, les besoins en ressources, les résultats et les impacts.

On mise énormément sur l'initiative *Résultats dans le domaine de la santé pour l'amélioration de l'information et des soins* (RSAIS), qui a remplacé le *Nursing and Health Outcomes Project*, pour faire progresser la collecte et l'analyse des données sur les indicateurs de dotation et les mesures des résultats des services de santé⁵⁵. L'initiative, amorcée en 1999, arrive bientôt à l'étape de la mise en œuvre. Elle devrait permettre de recueillir, partout dans la province, des données normalisées sur les résultats des services de santé prodigués aux patients, la dotation et la qualité du milieu de travail dans une vaste gamme de disciplines, dont les services infirmiers. L'objectif est de fournir des données valides, fiables, axées sur les patients, éclairées par la recherche, axées sur les résultats et comparables dans tous les secteurs.

RESSOURCES ADDITIONNELLE

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Health Outcomes for Better Information and Care.
www.health.gov.on.ca/english/providers/project/nursing/nursing_mn.html

CONCLUSION

Le présent rapport a été rédigé pour stimuler les débats et l'action. La surcharge de travail et les conditions stressantes minent la capacité du personnel infirmier à prodiguer des services de santé de qualité. La sécurité des patients et la qualité des services ne devraient jamais être compromises. Le temps est venu de tirer parti de la recherche et de l'expérience pour améliorer de façon stratégique la dotation en personnel infirmier. Les plans systématiques de dotation constituent à notre avis l'avenue la plus pragmatique pour mettre à profit les données probantes pour améliorer la dotation au sein des organismes de santé. Les plans de dotation favoriseront l'intégration des recommandations à des stratégies d'action concrètes.

Il est grand temps de reconnaître l'incidence réelle de la dotation en personnel infirmier sur toutes les sphères d'intervention des services de santé. Toute forme de thérapie, qu'il s'agisse de médicaments à administrer, d'actes médicaux ou d'éducation en matière de santé, ne peut être efficace que si le personnel infirmier peut véritablement la donner au moment opportun et de la bonne façon. Si nous avons vraiment à cœur le bien-être de la population canadienne, alors il faut cesser de penser qu'une dotation adéquate en personnel infirmier constitue une dépense excessive et constater au contraire à quel point il est rentable d'investir dans la sécurité⁵⁶. Lorsque la dotation en personnel infirmier s'améliore, les patients reçoivent de meilleurs services de santé.

ANNEXE 1 : LA DÉMARCHE DE SYNTHÈSE

COMMENT COMBINER LES RÉSULTATS DE RECHERCHE ET LES AVIS D'EXPERTS AFIN D'EN TIRER DES DIRECTIVES SUR LA SÉCURITÉ ET L'EFFICACITÉ DE LA DOTATION EN PERSONNEL INFIRMIER?

La synthèse regroupe les meilleures données probantes disponibles, l'expérience pratique des décideurs et les connaissances approfondies des chercheurs pour formuler des conseils éclairés sur les politiques à adopter. Ce travail de synthèse visait à dégager des recommandations fondées sur les pratiques exemplaires en vue de l'élaboration de politiques sur un domaine précis. Cependant, avant d'en arriver à la forme actuelle du rapport, il a fallu passer par diverses étapes.

Le « processus de délibération » a guidé toute la démarche de synthèse⁵⁷. La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé définit ainsi le processus de délibération : « Un outil utilisé pour en arriver à un pilotage fondé sur des données probantes hétérogènes⁵⁸ ». Ce processus participatif suppose de colliger et de combiner divers types de données probantes afin de proposer diverses pistes d'action. Une des difficultés consiste à gérer l'inclusion et la contribution de groupes intéressés et d'intervenants divers, et d'atteindre un équilibre adéquat entre ces voix. Il faut nommer un président qui dirige et coordonne les activités de synthèse. Pour la rédaction de ce rapport, la tâche a été confiée à l'agente du thème Leadership, organisation et politique des services infirmiers, secondée par un solide groupe consultatif.

Le processus de délibération a débuté en 2004 par un exercice de consultation visant à circonscrire le thème de la synthèse. En février 2005, une table ronde formée de décideurs et de chercheurs venus de partout au pays, ainsi que de représentants des partenaires financiers a permis de détailler les questions de la recherche. Immédiatement après la table ronde, on a lancé un appel de propositions de synthèse des résultats de recherche. Un comité d'examen du mérite s'est réuni en mars 2005, et l'équipe de recherche dirigée par Amy Sanchez McCutcheon a obtenu la subvention de recherche. En novembre 2005, l'équipe soumettait son rapport de synthèse, lequel a subi l'examen des pairs le mois suivant afin d'en confirmer la qualité et la rigueur. Le rapport a été transmis à des experts et à des décideurs spécialisés en dotation en personnel infirmier et en sécurité des patients, qui ont participé en février 2006 à une table ronde de décideurs chargée de formuler des recommandations. Des personnes ont été invitées à réviser le rapport de recherche et à soumettre des recommandations visant à préciser son contenu et à le mettre en contexte. Plus précisément, ces personnes ont eu à déterminer la pertinence et l'applicabilité des résultats de la recherche dans leur contexte; à repérer et, le cas échéant, à combler les lacunes de la recherche, ainsi qu'à étayer ou à raffiner les recommandations afin d'orienter les décideurs. Les résultats de la réunion conjugués au rapport de l'équipe de recherche ont servi de fondement au présent rapport final de synthèse.

Ce rapport final de synthèse énonce des recommandations fondées sur des données scientifiques et sur des avis d'experts. Il doit être distribué à tous ceux qui peuvent apporter et qui apporteront des changements essentiels pour améliorer la qualité des services de santé offerts aux patients, par des méthodes efficaces de dotation en personnel infirmier.

ANNEXE 2 : PARTICIPANTS À LA TABLE RONDE

Liz Ambrose

Analyste principale de la politique, Services infirmiers
Santé Manitoba
Winnipeg (Manitoba)

Andrea Baumann

Vice-présidente associée
Santé internationale, Faculté des sciences de la santé,
Université McMaster
Hamilton (Ontario)

Jeanne Besner

Directrice
Recherche en sciences infirmières et santé
Calgary Health Region
Calgary (Alberta)

Dawn Bollman

Présidente
College of Registered Psychiatric Nurses of Manitoba
Winnipeg (Manitoba)

Cathy Burke

Directrice régionale, Perfectionnement professionnel –
Sciences infirmières
Eastern Health, Health Sciences Centre Site
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador)

Judy Burns

Directrice, SSE - USI
Hospital for Sick Children
Toronto (Ontario)

François Champagne

Agent scientifique de la FCRSS
Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
Université de Montréal
Montréal (Québec)

Diane Clements

Directrice, Direction des services infirmiers
British Columbia Ministry of Health
Victoria (Colombie-Britannique)

Camille Ciarniello

Chef, Gestion du risque et sécurité du patient
Providence Health Care
Vancouver (Colombie-Britannique)

Mariette Damboise

Directrice des services cliniques
Régie régionale de la santé 4
Edmundston (Nouveau-Brunswick)

Helen Edwards

Directrice, Informatique et technologies cliniques
Hospital for Sick Children
Toronto (Ontario)

Della Faulkner

Analyste principale des politiques sur la santé
Association canadienne des soins de santé
Ottawa (Ontario)

Pat Frederickson

Directrice générale et registraire
College of Licensed Practical Nurses of Alberta
Edmonton (Alberta)

Nora Hammell

Directrice, Politiques des soins infirmiers
Association des infirmières et infirmiers du Canada
Ottawa (Ontario)

Carolyn Hoffman

Directrice des opérations, Ontario à C.-B.
Institut canadien sur la sécurité des patients
Edmonton (Alberta)

Sherri Huckstep

Directrice, Secrétariat des sciences infirmières
Min. de la Santé et des Soins de longue durée
Toronto (Ontario)

Catherine Jeffery

Directrice, Développement des services infirmiers
Saskatoon Health Region
Royal University Hospital
Saskatoon (Saskatchewan)

Margaret Gail Johnson

Chef clinique, Réadaptation et orthopédie
Hamilton Health Sciences
Hamilton (Ontario)

Heather K. Spence Laschinger
Professeure et directrice associée
Recherche en sciences infirmières
Écoles des sciences infirmières
Université de Western Ontario
London (Ontario)

Mélanie Lavoie-Tremblay
Professeure adjointe, École des sciences infirmières
Université McGill
Montréal (Québec)

Larry Le Moal
Représentant
Fédération canadienne des syndicats
d'infirmières/infirmiers
Saskatchewan Union of Nurses
Regina (Saskatchewan)

Noreen Linton
Directrice, portefeuille CSI
Calgary Health Region
Calgary (Alberta)

Barbara Lowe
Directrice exécutive
Registered Psychiatric Nurses of Canada
Edmonton (Alberta)

Sandra MacDonald-Rencz
Directrice générale intérimaire
Bureau de la politique des soins infirmiers
Direction générale de la politique de la santé
et des communications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)

Maura MacPhee
Chargée d'enseignement, École des sciences infirmières
Université de Colombie-Britannique
Vancouver (Colombie-Britannique)

Dianne Martin
Analyste principale des politiques
Secrétariat des soins infirmiers
Min. de la Santé et des Soins de longue durée
de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Ann Mann
Présidente
Canadian Council of Practical Nurse Regulators
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Servane Mason
Coordonnatrice de la recherche
Vancouver Coastal Health
Vancouver (Colombie-Britannique)

Raquel Meyer
Boursière au doctorat et agente de recherche
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Barb Mildon
Adjointe de recherche, Chaire FCRSS/IRSC
Groupe de recherche sur les services infirmiers
Toronto (Ontario)

Linda McGillis Hall
Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Jean Morrison
VP principale, Services infirmiers et de santé
Saskatoon Health Region
Saskatoon (Saskatchewan)

Tracy Murphy
Consultante, recherche et développement de produits
Conseil canadien d'agrément des services de santé
Ottawa (Ontario)

Linda Lee O'Brien-Pallas
Professeure et
titulaire d'une chaire FCRSS/IRSC
Groupe de recherche sur l'efficacité,
l'utilisation et les résultats des services infirmiers
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Kaaren Neufeld
Directrice générale et CSI
Hôpital général Saint-Boniface
Winnipeg (Manitoba)

Charles A. Smith

Gestionnaire des soins aux patients
Sunnybrook & Women's College Health Sciences Centre
Toronto (Ontario)

Joan Sawatzky

Vice-doyennre
Affaires scolaires, Collège des sciences infirmières
Université de la Saskatchewan
Saskatoon (Saskatchewan)

Susan Strelloff

Consultante
Bancroft (Ontario)

George Tilley

Chef de la direction
Healthcare Corporation of Eastern Health
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador)

Gail Tomblin Murphy

Professeure adjointe, École des sciences infirmières
Université Dalhousie
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Peggy White

Directrice de projet
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Toronto (Ontario)

RÉFÉRENCES

- ¹ O'Brien-Pallas, L., Thomson, D., McGillis Hall, L., Pink, G., Kerr, M., Wang, S., et al. 2004. « Evidence-based standards for measuring nurse staffing and performance. » In Sanchez McCutcheon 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca
- ² Rothberg, M. B., Ivo, A., Lindenauer, P. K., and Rose, D. N. 2005. « Improving nurse-to-patient staffing ratios as a cost-effective safety intervention. » In Sanchez McCutcheon 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca
- ³ Aiken, L. H., Clarke, S. P., Cheung, R. B., Sloane, D. M., and Silber, J. H. 2003. « Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. » *Journal of the American Medical Association*, 1617-1623.
- ⁴ Tourangeau, A. E., Giovannetti, P., Tu, J. V., Wood, M. 2002. « Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. » In Sanchez McCutcheon 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca
- ⁵ Lohr, K.N. 1990. Institute of Medicine,. « Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicine », vol. 1, rapport d'étude, Washington, D.C., National Academy Press; p. 468.
- ⁶ Institute of Medicine. 2000. *To Err is Human - Building a Safer Health System*, Washington, D.C., National Academy Press.
- ⁷ Blegen, M. A., Goode, C. J., et Reed, L. 1998. « Nurse Staffing and Patient Outcomes », In Sanchez McCutcheon 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier », Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, www.fcrss.ca
- ⁸ Hébert, P. C., Hoffman, C., and Davies, J. M. 2003. *The Canadian patient safety dictionary*. In Sanchez McCutcheon 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca
- ⁹ Dechant, G. M. 2006. Human resource allocation: Staffing and scheduling. In J. M. Hibberd and D. L. Smith (Eds.), *Nursing leadership and management in Canada* (3rd ed., pp. 625-647). Toronto (Ontario) : Elsevier Mosby.
- ¹⁰ Unruh, L. 2003. « Licensed nurse staffing and adverse events in hospitals. » In Sanchez McCutcheon 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca
- ¹¹ Unruh, L. 2003. « Licensed nurse staffing and adverse events in hospitals. » In Sanchez McCutcheon 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca
- ¹² McCutcheon, A., Doran, D., Evans, M., MacMillan, K., McGillis Hall, L., Pringle, D., et al. 2004. « Impact of the manager's span of control on leadership and performance. » In Sanchez McCutcheon 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca
- ¹³ Sochalzki, J. 2002 Study of U.S. Nurses Finds Young Leaving Profession. *Research at Penn*. www.upenn.edu/researchatpenn/article.php?435&hlt
- ¹⁴ Storch, J. L. 2005. « Patient safety: Is it just another bandwagon? » Direction du personnel infirmier In Sanchez McCutcheon 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca

- ¹⁵ Conseil international des infirmières. 2004. « The inadequate supply of nurses is having a negative affect on care outcomes globally. » www.icn.ch/PR13_04.htm
- ¹⁶ Sanchez McCutcheon, A., MacPhee, M., Davidson, J.M., Doyle-Waters, M., and Mason, S. 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca
- ¹⁷ Association des infirmières et infirmiers du Canada, Canadian Council for Practical Nurse Regulators, Association des infirmières et infirmiers auxiliaires du Canada et Registered Psychiatric Nurses of Canada. 2005. Cadre d'évaluation pour déterminer l'incidence des décisions sur la composition du personnel infirmier, www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Evaluation_Framework_2005_f.pdf
- ¹⁸ Sanchez McCutcheon, A., MacPhee, M., Davidson, J.M., Doyle-Waters, M., and Mason, S. 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca
- ¹⁹ Sanchez McCutcheon, A., MacPhee, M., Davidson, J.M., Doyle-Waters, M., and Mason, S. 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca
- ²⁰ O'Brien-Pallas, L., Thomson, D., McGillis Hall, L., Pink, G., Kerr, M., Wang, S., et al. 2004. « Evidence-based standards for measuring nurse staffing and performance. » In Sanchez McCutcheon 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca
- ²¹ Amaravadi, R. K., Dimick, J. B., Pronovost, P. J., and Lipsett, P.A. 2000. « ICU nurse-to-patient ratio is associated with complications and resource use after esophagectomy. » In Sanchez McCutcheon 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca
- ²² Rothberg, M. B., Ivo, A., Lindenauer, P. K., and Rose, D. N. 2005. « Improving nurse-to-patient staffing ratios as a cost-effective safety intervention. » In Sanchez McCutcheon 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca
- ²³ Ohio Organization for Nurse Executives. 2004. Safe Nurse Staffing : A Position Statement of the Ohio Hospital Association Board of Trustees. http://72.14.207.104/search?q=cache:Rqjhm0R5xAlJ:www.ohanet.org/advocacy/state/issues/position/nursestaffing_00NE.pdf+OHIO+hospital+association+nurse+staffing+plans&hl=en&gl=ca&ct=clnk&cd=1
- ²⁴ Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers. 2005. Enhancement of Patient Safety through Formal Nurse-Patient Ratios: A Discussion Paper. www.nursesunions.ca/cms/updir/2005-10-03-Nurse-Patient-Ratio-EN.pdf
- ²⁵ Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers. 2005. Enhancement of Patient Safety through Formal Nurse-Patient Ratios: A Discussion Paper. www.nursesunions.ca/cms/updir/2005-10-03-Nurse-Patient-Ratio-EN.pdf
- ²⁶ Cox, Anderson, Teasley, Sexton, and Carroll. 2005. « Nurses' work environment perceptions when employed in States with and without mandatory staffing ratios and/or mandatory staffing plans. » *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 6(3): 191-197.
- ²⁷ Cox, Anderson, Teasley, Sexton, and Carroll. 2005. « Nurses' work environment perceptions when employed in States with and without mandatory staffing ratios and/or mandatory staffing plans. » *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 6(3): 191-197.
- ²⁸ Health Sciences Association of British Columbia. 2006. Details of Nurses Bargaining Association tentative agreement. www.hsabc.org/viewBulletins.php?nid=346&cat=2

- ²⁹ Ohio Organization for Nurse Executives. 2004. Safe Nurse Staffing : A Position Statement of the Ohio Hospital Association Board of Trustees. http://72.14.207.104/search?q=cache:RqjhmORsxAlJ:www.ohanet.org/advocacy/state/issues/position/nursestaffing_OONE.pdf+OHIO+hospital+association+nurse+staffing+plans&hl=en&gl=ca&ct=clnk&cd=1
- ³⁰ Hickam, D. H., Severance, S., Feldstein A., Ray, L., Gorman, P., Schuldheis, S., et al. 2003. « The Effect of Health Care Working Conditions on Patient Safety. » In Sanchez McCutcheon 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca
- ³¹ Blegen, M. A., Vaughn, T. E., and Goode, C. J. 2001. « Nurse experience and education: Effect on quality of care. » In Sanchez McCutcheon 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca
- ³² Tourangeau, A., Doran, D., Pringle, D., O'Brien-Pallas, L., McGillis-Hall, L., Tu, J. V. et al. 2006. Rapports entre la dotation en personnel infirmier, les milieux de travail infirmier, et les résultats hospitaliers www.fcrss.ca
- ³³ Estabrooks, C. A., Midodzi, W. K., Cummings, G. G., Ricker, K. L., and Giovannetti, P. 2005. « The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. » *Nursing Leadership*, 54(2): 74-84.
- ³⁴ Association canadienne des écoles de sciences infirmières. www.casn.ca; Association des infirmières et infirmiers du Canada. www.cna-aiic.ca
- ³⁵ O'Brien-Pallas, L., Thomson, D., McGillis Hall, L., Pink, G., Kerr, M., Wang, S., et al. 2004. « Evidence-based standards for measuring nurse staffing and performance. » In Sanchez McCutcheon 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca
- ³⁶ Morrison, A. L., Beckmann, U., Durie, M., Carless, R., and Gillies, D. M. 2001. « The effects of nursing staff inexperience (NSI) on the occurrence of adverse patient experiences in ICUs. » In Sanchez McCutcheon 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca
- ³⁷ Tourangeau, A. E., Giovannetti, P., Tu, J. V., Wood, M. 2002. « Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. » In Sanchez McCutcheon 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca
- ³⁸ McClure, M. L., and Hinshaw, A. S. 2002. « Magnet Hospitals Revisited: Attraction and Retention of Professional Nurses. » In Sanchez McCutcheon 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca
- ³⁹ Curtin, L. 2003. « An integrated analysis of nurse staffing and related variables: Effects on patient outcomes. » In Sanchez McCutcheon 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca
- ⁴⁰ Aiken, L. H., Sloane, D. M., Lake, E. T., Sochalski, J., and Weber, A. L. 1999. « Organization and outcomes of inpatient AIDS care. » In Sanchez McCutcheon 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca
- ⁴¹ Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., and Silber, J. H. 2002. « Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. » In Sanchez McCutcheon 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca
- ⁴² Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D.M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., et al. 2001. « Nurses' reports on hospital care in five countries. » In Sanchez McCutcheon 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca

- ⁴³ McCutcheon, A. 2005. « Confronting the nursing shortage. » In Sanchez McCutcheon 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca
- ⁴⁴ Sanchez McCutcheon, A., MacPhee, M., Davidson, J.M., Doyle-Waters, M., and Mason, S. 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca
- ⁴⁵ Bass, B. 1998. « Transformational leadership: Industrial, military, and educational impact. » In Sanchez McCutcheon 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca
- ⁴⁶ Shortell, S. M., Zimmerman, J. E., Rousseau, D. M., Gillies, R. R., Wagner, D. P., Draper, E. A., et al. 1994. « The performance of intensive care units: Does good management make a difference? » In Sanchez McCutcheon 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca
- ⁴⁷ Estabrooks, C. A., Midodzi, W. K., Cummings, G. G., Ricker, K. L., and Giovannetti, P. 2005. « The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. » *Nursing Research*. In Sanchez McCutcheon 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca
- ⁴⁸ Apker, J., Zabava Ford, W., and Fox, D. 2003. « Predicting nurses' organizational and professional identification: The effect of nursing roles, professional autonomy, and supportive communication. » In Sanchez McCutcheon 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca
- ⁴⁹ Forte, P. S., and Forstrom, S. J. 1998. « Work complexity assessment: Decision support data to address cost and culture issues. » In Sanchez McCutcheon 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca
- ⁵⁰ Rozich, J., and Resar, R. 2002. « Using a unit assessment tool to optimize patient flow and staffing in a community hospital. » In Sanchez McCutcheon 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca
- ⁵¹ Hickam, D. H., Severance, S., Feldstein A., Ray, L., Gorman, P., Schuldheis, S., et al. 2003. « The Effect of Health Care Working Conditions on Patient Safety. » In Sanchez McCutcheon 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca
- ⁵² Sanchez McCutcheon, A., MacPhee, M., Davidson, J.M., Doyle-Waters, M., and Mason, S. 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca
- ⁵³ Institut canadien d'information sur la santé. 2004. *Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada*, 2004. www.icis.ca
- ⁵⁴ Hall, L. M., Pink, G. H., Johnson, L. N., and Schraa, E. G. 2000. « Development of a nursing management practice atlas: part 2, variation in use of nursing and financial resources. » *Journal of Nursing Administration*; 30: 440-448.
- ⁵⁵ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. 2006. Health Outcomes for Better Information and Care: Formerly Nursing and Health Outcomes Project. www.health.gov.on.ca/english/providers/project/nursing/nursing_mn.html

⁵⁶ Rothberg, M. B., Ivo, A., Lindenauer, P. K., and Rose, D. N. 2005. « Improving nurse-to-patient staffing ratios as a cost-effective safety intervention. » In Sanchez McCutcheon 2006. « Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. » Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé www.fcrss.ca

⁵⁷ Culyer T and Lomas J. (In press). « Deliberative processes and evidence-informed decision-making in health care – do they work and how might we know? » *Evidence & Policy*.

⁵⁸ Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. 2006. Les données probantes dans la balance : Pour un pilotage éclairé par les données probantes précis, réalisable et acceptable. Résumé de l'atelier tenu le 29 septembre 2005. www.fcrss.ca/other_documents/evidence_f.php