



Groupe de concertation et d'influence
en soins infirmiers du Québec

**Proposition de solutions
aux
problèmes actuels des soins infirmiers**

**Nicole Ricard
Claire Thibault**

6 octobre 2021

Introduction

Lors de son allocution à l'ouverture des états généraux à l'OIIQ, le Ministre de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) reconnaissait qu'il y avait plusieurs solutions constructives dans l'article paru dans la Presse+ du 12 mai 2021. Pour donner suite à notre demande de rencontre, Dr Lucie Opatrny nous invitait à prendre contact avec vous Madame Élisabeth Arpin, en tant que directrice nationale des soins infirmiers du MSSS.

La mission du Groupe de concertation et d'influence en soins infirmiers du Québec (GCISIQ) est de promouvoir la contribution des infirmières à l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins infirmiers en concertation avec les équipes des soins infirmiers et les autres professionnelles de la santé. Le GCISIQ est actuellement formé d'infirmières retraitées ou actives professionnellement provenant des divers secteurs d'activités soit, la clinique, la gestion, l'enseignement, la recherche.

Le groupe s'est formé en 2018 pour donner suite à la détresse de plusieurs infirmières. Il se mobilise pour rejoindre le public, les partenaires du réseau et les élus. L'action de ces infirmières et infirmiers qui proviennent de divers secteurs du réseau de la santé, vise à informer, sensibiliser et proposer des conditions gagnantes pour que soit améliorée la qualité et la sécurité des soins et services de même que l'accessibilité à la population

Notre article identifiait diverses voies de solution concernant: 1. Le leadership infirmier; le soutien organisationnel, administratif et clinique; le respect et l'autonomie décisionnelle des infirmières, la planification, le recrutement et la rétention des effectifs et de la charge de travail. Pour chacun de ces thèmes, des orientations, des propositions, ou modalités d'implantation sont exposées. D'autres avenues de solutions ont aussi été identifiées, nous les traitons de façon beaucoup plus succincte mais elles ne sont pas moins importantes pour l'avenir des soins infirmiers.

Nous croyons que l'environnement de travail et les conditions d'exercice des infirmières doivent être modifiées en profondeur. Pour ce faire, il est impératif de s'attaquer aux causes sous-jacentes d'un environnement de travail malsain et insatisfaisant soit, à la culture du milieu, au système organisationnel, aux pratiques de gestion ainsi qu'aux conditions de travail des infirmières. Pour ce faire, le document qui suit traite de 5 propositions et de leurs principales pistes d'action soit :

- 1. Repositionner le leadership infirmier;**
- 2. Proposer un modèle de pratique professionnelle en soins infirmiers qui renforce le soutien de proximité au point de vue organisationnel, administratif et clinique auprès des équipes de soins;**
- 3. Offrir des conditions de travail basées sur une meilleure planification et utilisation judicieuse des ressources, sur une charge de travail juste et sécuritaire, sur la prévisibilité et la stabilité des équipes de soins;**
- 4. Endosser les recommandations des États Généraux de la profession infirmière au regard de la nouvelle norme d'entrée à la profession au niveau du baccalauréat;**
- 5. Demander la création d'une direction générale des soins infirmiers et l'attribution des ressources en adéquation de sa contribution au système de santé.**

1. Repositionner le leadership infirmier

L'exercice des responsabilités de la direction des soins infirmiers (DSI) dans tous les établissements de santé pose des défis considérables. Outre leur rôle responsabilité légale au point de vue de la qualité et sécurité des soins (LSSS, 1971), les DSI portent la vision des soins infirmiers et jouent un rôle stratégique quant au développement et à l'évolution des pratiques infirmières. Cependant, au cours des dix dernières années, aux grés des diverses réformes du système de santé, le statut des directions de soins a subi de nombreux changements dans l'ensemble du réseau. Il en résulte que la légitimité du mandat légal de la DSI est à géométrie variable encore en 2020 dans des établissements hautement complexes. Pourtant, les décisions des établissements ont un impact majeur sur la pratique infirmière et sur la qualité des soins. En effet, les infirmières représentent 49 % de l'ensemble du personnel soignant. Le personnel en soins infirmiers (infirmières, infirmières auxiliaires et PAB) et cardiorespiratoires constituant les équipes soignantes forment 29 % de l'ensemble des effectifs du réseau de la santé et des services sociaux. Or, la crise actuelle démontre clairement que les conditions essentielles à la réalisation de la mission des directions de soins doivent faire l'objet de changements en profondeur au point de vue de la gouvernance et des structures organisationnelles. Pour ce faire, le positionnement de la directrice des soins infirmiers (DSI), et de son équipe, dans les instances stratégiques décisionnelles doit faire l'objet d'un changement de culture organisationnelle. La légitimité du rôle des DSI sur le plan stratégique, systémique et opérationnel doit être mieux reconnue et soutenue. Les PDG, soucieux de mobiliser le plein potentiel des soins infirmiers au bénéfice de la population du Québec, auraient avantage à redonner aux directions de soins infirmiers (DSI), le statut, le pouvoir et les leviers essentiels pour influencer l'environnement de soins, les conditions d'exercice des équipes de soins infirmiers et ainsi pleinement à améliorer l'accessibilité, l'intégration et la qualité des services de santé.

Recommandations-solutions :

Revoir la structure organisationnelle, la culture et les pratique de gestion permettant à la Direction de soins infirmiers d'assurer un leadership stratégique dans la planification, l'organisation et l'évaluation des ressources de soins infirmiers. Plus concrètement :

- La DSI doit relever directement du Président-Directeur Général de l'établissement et doit être en autorité directe;
- La direction des soins infirmiers, membre du comité de direction, doit être directement impliquée dans toutes décisions stratégiques, financières, administratives et cliniques qui touchent à la planification, l'organisation et l'évaluation des soins infirmiers;
- Identifier et implanter des critères de compétence pour la nomination de DSI qui auront une fonction hiérarchique plutôt que conseil;
- Soutenir les DSI par de la formation continue et du mentorat;
- Revoir le modèle de gouvernance en soins infirmiers avec la collaboration du CECII;
- Tous les cadres infirmiers, cadres conseils, cadres supérieurs et de proximité devraient être sous la responsabilité de la DSI;
- La DSI, en collaboration avec les CII, est responsable de la qualité et sécurité des soins et de la gestion des risques ; elle dispose des ressources nécessaires à son mandat;
- Augmenter le champ d'action, le pouvoir et les ressources du CII;
- Les services ou unités de vie dont la majorité du personnel est constitué de soins infirmiers (CHSLD; hôpital; CLSC;) doivent relever de la direction des soins infirmiers;

- Les directions des ressources humaines et des finances jouent un rôle conseil auprès des DSI.

2. Proposer un modèle de pratique professionnelle en soins infirmiers qui valorise l'autonomie décisionnelle, la responsabilisation, le leadership clinique, la pleine utilisation des compétences infirmières et leur le développement professionnel

Il est de plus en plus démontré que les dernière réformes du courant managérialisme centré sur la centralisation, le contrôle des coûts et de la performance n'ont pas eu les effets escomptés tant sur le plan des coûts de la qualité des services (Dupuis, Farinas, 2010). De plus, la crise actuelle indique clairement que ce modèle bureaucratique mécaniste n'est pas adapté à des organisations humaines complexes comme les services de santé. Les pratiques de gestion découlant de ce modèle nuisent à la capacité des professionnels d'utiliser pleinement leurs compétences et leur jugement clinique en fonction de leur rôle professionnel.(Dupuis, Farinas, 2010). Ces pratiques ont des effets délétères sur les sentiments d'appartenance, de valorisation, de respect et sur la motivation au travail. Un modèle de pratique professionnelle place au centre de la gestion le jugement expérimenté des professionnels et la compétence. Il incite à mettre au premier plan la responsabilité de chacun et assure que cette responsabilité puisse se développer, s'entretenir et se déployer. L'implantation d'un modèle de pratique professionnelle en soins infirmiers comporte de multiples avantages (D'Amour 2011) :

- il offre une articulation cohérente entre la pratique clinique et la gestion;
- il s'agit d'un outil de gestion qui reflète la conception de la pratique professionnelle de l'établissement et rend visible ses valeurs.;
- il facilite la mise en œuvre des conditions qui ont fait la réputation des «*Magnets hospitals*»;
- Il favorise la mise en place d'un environnement de travail facilitant la pleine occupation du champ d'exercice professionnel;
- Il permet à l'organisation de recentrer la pratique sur l'essence des soins et d'évoluer d'une pratique centrée sur la tâche à une pratique dite professionnelle centrée sur les besoins de la clientèle et les résultats de soins.

2.1 Se doter d'un modèle de pratique professionnelle en soins infirmiers qui renforce le soutien organisationnel, administratif de proximité aux équipes de soins

Actuellement, les cadres se voient attribuer plusieurs unités de soins souvent sur des sites différents et parfois assez éloignés les uns des autres. Ils consacrent donc grande partie de leur temps en réunion en dehors de l'unité de soins, éloignés des problèmes et enjeux quotidiens. Il est aussi fréquent que ces cadres ne détiennent pas de formation en soins infirmiers et sont peu outillés pour porter la vision des soins infirmiers. L'une des principales critiques de la centralisation réside dans sa gestion à distance, dépersonnalisée, déconnectée de la réalité du terrain ainsi que par le manque de soutien de proximité administratif et clinique accordé aux équipes de soins.

Il ne suffit pas d'avoir un nombre suffisant de personnel soignant nécessaire pour assurer la qualité des soins. Il faut que les équipes soignantes puissent recevoir le soutien clinique et l'encadrement administratif essentiels à leur exercice professionnel dans tous les milieux de

soins. Selon Penconek et al. (2021), les études démontrent que les cadres infirmiers de premier niveau jouent un rôle central pour créer un environnement de travail sain, pour promouvoir la satisfaction des infirmières et réduire l'attrition¹. Toujours selon ces auteurs (2021) ce qui engendre de l'insatisfaction chez les cadres infirmiers de premier niveau est un taux d'encadrement trop grand et une surcharge de travail. De plus, une des sources de satisfaction est le soutien social entre cadres et professionnels.

Il importe de changer le modèle de gouvernance afin d'assurer une gestion de proximité et l'assurance d'un soutien clinico-administratif au quotidien de l'équipe soignante. Il faut s'assurer que les infirmières qui encadrent les unités de soin/de vie détiennent la formation, les compétences cliniques et une vision claire de la nature des soins infirmiers, de la pratique professionnelle en soins infirmiers et de son organisation.

Recommandations-solutions :

- Impliquer les cadres infirmiers et le CII dans la réflexion et le choix d'un modèle de pratique professionnelle et son fonctionnement;
- Implanter les éléments d'une d'organisation décentralisée, apprenante, professionnelle;
- Clarifier le rôle des gestionnaires de proximité au plan du soutien clinico-administratif, de l'optimisation des processus de soins et des conditions de l'environnement de travail;
- Rétablir les postes de cadre infirmier de proximité et revoir à la hausse les taux d'encadrement et ce, par des infirmières;
- Accorder aux cadres de proximité les leviers et le pouvoir nécessaires à la planification et mobilisation des équipes de soins;
- Assurer la formation et le mentorat des cadres infirmiers pour parfaire leurs compétences en leadership de proximité visant à offrir le soutien clinico-administratif nécessaire à la stabilité des équipes;
- Établir des normes pour le temps de présence de l'infirmière cadre au sein même de l'unité de soins/de vie;
- Dans les unités de soins de séjour de 24 heures, à l'urgence, dans les cliniques externes ainsi que dans les autres programmes qui dispensent en majorité des soins infirmiers (SAD;CLSC; CHSLD), le cadre doit être une infirmière;
- Soutenir la recherche pour établir le taux d'encadrement nécessaire de jour de soir et de nuit pour assurer la qualité des soins et le soutien aux soignants en fonction de divers contextes de soins;
- Mettre en place un programme de soutien, d'attraction et d'incitatifs à la carrière de gestionnaire pour augmenter le bassin de candidatures intéressées par les postes de gestion

2.1 Se doter d'un modèle de pratique professionnelle en soins infirmiers qui renforce le soutien clinique, éducatif et l'innovation auprès des équipes de soins

Il a largement démontré que les infirmières cliniciennes spécialisées ont un impact significatif pour permettre aux infirmières d'occuper pleinement leur champ de pratique, favoriser l'innovation, l'intégration et la rétention des jeunes recrues. Cependant, de nombreux facteurs ont empêché la pleine actualisation de ce rôle. Au cours des dernières années des coupures drastiques du nombre de poste des conseillères en soins ont eu des

impacts désastreux sur l'avancement de la pratique infirmière. En raison de ces coupures de nombreuses innovations ont été abandonnées et d'autres ralenties ce qui a eu des effets indésirables sur la motivation et le développement professionnel des infirmières. Le rôle modèle de l'infirmière clinicienne spécialisée et son soutien clinique sont des éléments fondamentaux d'un modèle de pratique professionnelle centré sur les meilleures pratiques et les résultats de soins.

Recommandations-solutions :

- Former un comité de travail d'ICS visant à :
 - recréer une communauté de pratique d'infirmières cliniciennes spécialisée (ICS);
 - développer une vision commune de leur rôle d'ICS en s'inspirant des cadres de référence dans le domaine;
 - clarifier les liens de collaboration et de complémentarité avec la DSI, les cadres de proximité et autres cadres conseils;
- Faire en sorte que les ICS relèvent de la DSI;
- Clarifier les liens de collaboration et de complémentarité entre les ICS, les cadres infirmier de proximité (IC, AIC) et la DSI;
- Revoir le cadre de pratique des ICS et les conditions d'exercice favorisant l'actualisation de leur rôle; (rôle modèle, mentorat, rétention, intégration, formation, innovation);
- Redonner aux ICS un statut cadre conseil;
- Uniformiser les exigences pour détenir le titre d'ICS (formation maîtrise);
- Augmenter le nombre d'infirmières cliniciennes spécialisées (ICS) basées sur les unités soins leur permettant d'intervenir cliniquement comme modèle de rôle auprès des infirmières;
- Augmenter le nombre d'ICS basées sur les unités de soins en facilitant leur rôle de soutien clinique des équipes;
- Faire en sorte que les ICS passent 60% de leur temps en soins directs à la clientèle et dans une seule spécialité;
- Augmenter le nombre de spécialités d'ICS;
- Faciliter la collaboration entre le CII, les ICS et les IPS dans l'évaluation de la qualité des soins;
- Distinguer le rôle de conseillère en soins (gestion de projet) de celui de l'ICS;
- S'inspirer du cadre de référence Pan Canadien : *Renforcer le rôle de l'Infirmière clinicienne spécialisée au Canada* afin de développer une vision partagée de ce rôle parmi les gestionnaires;
- Former comité d'experts constitué des universités, de gestionnaires, des ICS pour s'assurer d'une compréhension commune des exigences et conditions d'exercice du rôle de pratique avancée (ICS et IP);
- Éliminer les nombreuses appellations qui portent à confusion et revenir au titre d'ICS;
- Harmoniser et faciliter le processus d'utilisation et d'application des ordonnances collectives auprès des infirmières et infirmières auxiliaires;
- Soutenir et accompagner les infirmières dans la pleine utilisation de leur champ d'exercice;
- Soutenir et accompagner les infirmières dans l'utilisation des ordonnances collectives et la prescription infirmière;
- Encourager et soutenir les infirmières à se donner un plan de développement professionnel;
- Soutenir l'innovation, la créativité, la recherche par des prix reconnaissance;
- Rehausser les activités de mentorat et de coaching et d'intégration dans chaque milieu;

- Offrir un programme de préceptorat ou de mentorat pour toutes les infirmières novices;
- Favoriser des plans d'intégration progressif facilitant la rétention des novices;
- Libérer les infirmières pour participer aux activités du CII, à des projets de recherche et d'innovation;

3. Offrir des conditions de travail basées sur une meilleure planification et utilisation judicieuse des ressources, sur une charge de travail juste et sécuritaire, la prévisibilité et la stabilité des équipes de soins.

Pour contrer la pénurie d'infirmières, l'OIIQ en 2007, présentait un mémoire proposant une nouvelle approche de planification des effectifs. En 2008, la table nationale de concertation en soins infirmiers présentait au MSSS un ensemble de recommandations à cet effet. Dans quelle mesure ces recommandations des plus judicieuses ont-elles été mises en application? Plus récemment, des projets pilotes, une collaboration MSSS-FIQ, portant sur la dotation du personnel, ont été mis sur pieds. À notre connaissance, il appert qu'aucun rapport officiel n'a été produit pour donner suite à ces projets qui ont en grande partie été abandonnés malgré leur utilité certaine. Même si de nombreuses solutions ont été proposées, il faut reconnaître des difficultés majeures dans la planification des ressources et dans les pratiques de dotation du personnel soignant dictées davantage par le contrôle des coûts contribuant à la sous-dotation, à une mauvaise utilisation des ressources, à l'émergence de conditions de travail intolérables et à la création d'une pénurie artificielle sans précédent.

Pour garantir que les instances administratives des établissements prennent au sérieux les résultats de ces processus la planification des effectifs et la dotation doivent être uniformisés, obligatoires et avec reddition de compte. L'information sur la dotation de personnel infirmier doit être publique.

3.1 Établir un plan stratégique des effectifs requis en soins infirmiers et standardiser les mécanismes de dotation visant à assurer des soins de qualité et sécuritaires

Recommandations-solutions :

- Créer un comité national d'experts dans le domaine de la planification stratégique des effectifs et de la dotation du personnel soignant relevant de la DSI National en lien avec les DSI des établissements ;
- Se doter, sur le plan national, d'un processus de planification des effectifs et de dotation en soins infirmiers transparent, basé sur des données probantes et les meilleures pratiques; (voir résumé en annexe Harrington et al., 2020);
- Arrimer les recommandations du comité national au niveau des établissements;
- Redonner aux DSI, gestionnaires, chefs d'unité de soins/de vie et aux infirmières de l'équipe soignante le plein contrôle sur le processus de dotation;
- Assurer le soutien nécessaire (technique/informatique, administratif, évaluatif) permettant l'implantation rigoureuse et la généralisation de ces processus dans les divers milieux;
- Assurer la disponibilité des outils pertinents à la planification des effectifs et à la dotation (acuité des soins; collecte de données)
- Évaluer le processus de dotation du personnel requis sur une base régulière selon le type de clientèle;

- Rendre publique les données sur la dotation du personnel infirmier pour chaque installation de chaque établissement;
- Prévoir des mécanismes réguliers de suivi et d'ajustement au processus de dotation ainsi qu'une reddition de compte;
- Faire une refonte du système de dotation des postes pour les moderniser, les rendre attractifs;
- Décentraliser les systèmes de dotation des postes bacheliers au niveau du chef d'unité administrative pour raccourcir le cycle de dotation des postes;
- Procéder au recrutement du personnel ou à la dotation de postes à l'aide d'entrevues de sélection afin de cibler les intérêts des infirmières, d'attirer les talents et spécialiser les pratiques;
- Moderniser le système de recrutement des infirmières fondé sur les compétences et les intérêts;

3.2 Assurer une charge de travail juste et sécuritaire, la prévisibilité des horaires et la stabilité des équipes de soins

- Démontrer une volonté politique et en engagement ferme pour éliminer le temps supplémentaire obligatoire (TSO) ;
 - Déterminer officiellement une date pour mettre fin au TSO comme pratique de gestion;
 - Clarifier les situations au cours desquelles le TSO peut être utilisé comme mesure d'exception;
 - Prioriser les activités cliniques essentielles;
 - Rationaliser l'offre de services dans chaque établissement en fonction des effectifs disponibles ;
 - Regrouper les effectifs en soins infirmiers et au besoin réduire temporairement l'offre de services;
- Établir des ratios minimaux soignant/patient pour chaque catégorie de clientèle et par catégorie de soignant et selon le niveau de complexité des soins;
- Consentir à une sur dotation des effectifs pour s'assurer une couverture des absences imprévisible et éviter le recours au TSO;
- Constituer des équipes de travail stables;
- Viser 80% de postes à temps complet;
- Rehausser les postes à temps partiel à 7 jours quinzaine;
- Offrir des postes attractifs, qui tiennent compte de la conciliation travail/famille; (4 jours\32 heures) (poste de nuit : 9 jours) (Quarts de travail de 12hres);
- Éliminer les tâches qui ne sont pas du ressort des soins infirmiers en prévoyant des travailleurs de soutien;
- Redonner aux infirmières le contrôle sur leur horaire de travail;
 - Établir un système d'autogestion des horaires par période de 6 mois;
 - Instaurer un climat de collaboration et de responsabilité collective dans la planification des horaires et l'organisation du travail;
 - Faciliter la conciliation travail-famille-étude par des modalités souples d'étalement des heures de travail
- Établir une norme nationale pour réglementer le nombre maximum d'heures; travaillées par un soignant par 24 heures et par semaine;
- Rétablir l'équité dans les horaires entre le personnel du réseau et celui des agences;
- Réduire le recours à la main d'œuvre indépendante;
- Sevrer progressivement le système de santé des agences;

- Offrir des incitatifs pour le rapatriement dans le réseau public des effectifs perdus (agence, retraite prématurée);
 - Rehausser le soutien Informatique.
4. **Formation : Endosser les recommandations des États Généraux de la profession infirmière au regard de la nouvelle norme d'entrée à la profession au niveau du baccalauréat.**
 5. **Demander la création d'une direction générale des soins infirmiers et l'attribution des ressources en adéquation de sa contribution au système de santé. Placer les soins infirmiers au cœur des décisions de politiques (OMS)**

ANNEXE

Harrington dans ses travaux propose cinq (5) étapes pour établir une dotation de personnel valable et pérenne². En voici une adaptation au contexte québécois :

- a) Déterminer le niveau d'acuité et de besoins de soins infirmiers d'un groupe spécifique de patients
 - À partir des plans d'intervention de chaque patient et/ou d'outils de mesure validés dans ce domaine
 - À partir d'instruments de mesure reconnus tels l'autonomie fonctionnelle la mesure de la charge de travail...
 - Suite à des consultations du CII, du Comité des usagers, des bénéficiaires et leurs familles et des syndicats
- b) Déterminer le niveau actuel de dotation de personnel soignant (infirmière et infirmière auxiliaire et préposé aux bénéficiaires).
 - Heures travaillées/patient/catégorie de personnel actuel
 - Soustraire le temps de formation, de réunions, etc.
- c) Identifier le niveau de dotation nécessaire pour répondre aux besoins en soins infirmiers des patients
 - À partir de recommandations d'experts et de la recherche
 - Le Rapport de projet CIRANO peut être utile
- d) Examiner les données complémentaires permettant d'évaluer l'adéquation entre les besoins soins infirmiers et la dotation actuelle (omission de soins, indicateurs de qualité, rapports d'incidents et accidents, réadmissions, rapports d'Agrément, rapports d'enquête, plaintes, attrition, absences maladie
- e) Identifier l'écart entre la dotation de personnel actuel et les effectifs requis basés sur l'acuité ou les besoins de soins.

Pour compléter ces informations, il faudra aussi :

- Comptabiliser les absences des trois dernières années;
- Établir le niveau de sur dotation de personnel pour répondre aux besoins;
- Tenir compte du type d'environnement de soins et des lieux physiques;
- Tenir compte de l'expérience et de la formation du personnel soignant du groupe cible de patients;

- Tenir compte des droits de pratique
- f) Établir la mixité des catégories de personnel soignant requis

Une fois le nombre de soignants établi pour chaque quart de travail, il faudra établir les proportions de chaque catégorie de personnel infirmier nécessaire.

Références

- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2019, **Les soins infirmiers en pratique avancée : Un cadre pancanadien**. Ottawa: Ontario, 60p. <https://cna-aiic.ca/fr/pratique-soins-infirmiers/la-pratique-des-soins-infirmiers/>
- Conseil International des Infirmières (2020). **Directives sur la pratique infirmière avancée**. Genève: Suisse, 43p. ISBN: 978-92-95099-72-2
- D'Amour, D., (2011), **Gestion des services infirmiers et modèles de pratique professionnelle**. Conférence donnée au Colloque des cadres, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne.
- Dupuis, A. Farinas, L. (2010) **Vers un appauvrissement managérialiste des organisations de services humains complexes ? Pratiques sociales et pratiques managériales : des convergences possibles ?** Volume 22, numéro 2, printemps 2010.
- Harrington, C., Dellefield, M.E, Halifax, L., Fleming M.L. et Bakerjian, D. (2020), **Appropriate Nurse Staffing Levels for U.S.** Nursing Homes Health Services Insights, Volume 13: 1–14.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2016), **Réflexion sur le rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée**. Montréal, 25p. ISBN (978-2-89229-681-5)
- Penconek, Tatiana et al. (2021), **Determinants of nurse manager job satisfaction: A systematic review**, International Journal of Nursing Studies, Février.