

INFO NURSING

VOLUME 44 NUMÉRO 2 AUTOMNE 2013



MISSION POSSIBLE

CRÉER UNE CULTURE DU PROFESSIONNALISME

| 24

13 | RENOUVELLEMENT DE L'IMMATRICULATION EN LIGNE 2014 : ÉVITEZ LES FRAIS DE RETARD, RENOUVELEZ TÔT!

15 | ALPHABÉTISME EN SANTÉ : POUR UN SERVICE FAVORISANT L'EMPOWERMENT DE LA CLIENTÈLE

27 | LE DROIT DE PRESCRIRE DES II



Association des infirmières et infirmiers
DU NOUVEAU-BRUNSWICK



Le 28 mai, l'AINB a reconnu cinq infirmières exceptionnelles (de g. à d.) :

Prix de mérite : formation : Rose McCloskey

Membre à vie : Lucille Auffrey

Prix de mérite : administration : Suzanne Robichaud

Excellence en pratique clinique : Sherry Gionet

Prix de mérite : pratique clinique : Liette Mainville

Pour d'autres photos du Forum, voir la page 51.



Page couverture

L'AINB a tenu le Forum sur invitation *Le visage changeant du professionnalisme* le 29 mai à l'hôtel Delta Fredericton. Les infirmières ont eu l'occasion de figurer sur la couverture d'*Info Nursing* en achevant la phrase « Je suis professionnelle parce que... » Voir l'article de suivi et d'autres photos à la page 24.



13 Renouveau de l'immatriculation en ligne pour 2014



15 Alphabétisme en santé : pour un service favorisant l'empowerment de la clientèle



24 Mission possible : créer une culture du professionnalisme



27 Le droit de prescrire des II



20



47

11 Des infirmières branchées : comment les médias sociaux et les outils numériques peuvent améliorer la santé et les soins de santé

Élargir la trousse d'outils infirmiers : pourquoi les infirmières doivent connaître les médias sociaux et les outils numériques
Par Rob Fraser, chroniqueur invité

20 Qu'est-ce qui cloche dans cette photo?

Par Liette Clément

21 II du N.-B. lauréates de la Médaille du jubilé de diamant de la reine Elizabeth II

22 Enquête auprès des membres : vos rétroactions amènent des changements en 2013-2014

31 Assurer l'avenir du rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée dans les provinces Maritimes

Par Eleanor Kenny, Gloria Smith, Mallory Drost et Melissa Hilchey

39 Certification de l'AIC

43 Le processus d'étude du comportement professionnel de l'AIINB

Rencontre avec Lorraine Breau, l'experte-conseil en réglementation : étude du comportement professionnel de l'AIINB

46 Documents de l'AIINB récemment révisés

47 Le changement, les défis et les choix - aller de l'avant... les réflexions de France Marquis sur son cheminement comme présidente de l'AIINB
Par France Marquis

le pouls

- 5** Chronique de la présidente
- 7** Chronique de la directrice générale
- 8** Échos du Conseil

- 40** Demandez conseil
- 42** Calendrier des activités
- 44** Décisions : étude du comportement professionnel

L'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick

Une profession infirmière façonnée par les infirmières pour la santé de la population du Nouveau-Brunswick. L'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick est un organisme de réglementation professionnel voué à la protection du public et au soutien de la profession infirmière. Elle remplit sa mission en veillant à la promotion et au maintien de normes de formation et de pratique infirmières, et en faisant la promotion de politiques publiques favorables à la santé.

..... Conseil d'administration de l'AIINB



Darline Cogswell
Présidente



Brenda Kinney
Présidente désignée



Chantal Saumure
Administratrice, Région 1



Jillian Lawson
Administratrice, Région 2



Amy McLeod
Administratrice, Région 3



Josée Soucy
Administratrice, Région 4



Linda LePage-LeClair
Administratrice, Région 5



Annie Boudreau
Administratrice, Région 6



Rhonda Shaddick
Administratrice, Région 7



Fernande Chouinard
Administratrice
représentant le public



Wayne Trail
Administrateur
représentant le public



Edward Dubé
Administrateur
représentant le public

Publié trois fois par année par l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, 165, rue Regent, Fredericton (N.-B.) E3B 7B4. Les opinions exprimées dans les articles signés sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les politiques et opinions de l'Association.

Articles

Les articles présentés pour publication doivent être envoyés par voie électronique à jwhitehead@aiinb.nb.ca environ deux mois avant la publication (mars, septembre et décembre) et ne pas dépasser 1 000 mots. Le nom, les titres de compétence, les coordonnées et une photo pour la page des collaborateurs doivent accompagner le texte proposé. Les logos, éléments visuels et photos d'une résolution suffisante pour l'impression sont les bienvenus. La rédactrice examine et approuve les articles, et elle ne s'engage pas à publier tous les textes proposés.

CONCEPTION ROYAMA DESIGN

TRADUCTION JOSÉ OUIMET

RÉDACTRICE JENNIFER WHITEHEAD

Tél. : 506-458-8731; Télécop. : 506-459-2838;
1-800-442-4417; courriel : jwhitehead@aiinb.nb.ca

Postes Canada, convention de la Poste-publication

n° 40009407. Tirage 10 000. ISSN 1482-020X.

© L'Association des infirmières et infirmiers du N.-B., 2013

Bureau de direction

ROXANNE TARJAN *directrice générale*

courriel : rtarjan@aiinb.nb.ca

PAULETTE POIRIER

adjointe de direction-secrétaire corporative

459-2858; courriel : ppoirier@aiinb.nb.ca

Services de la réglementation

LYNDA FINLEY *directrice des services de la réglementation /*

registraire

459-2830; courriel : lfmley@aiinb.nb.ca

ODETTE COMEAU LAVOIE

experte-conseil principale en réglementation

459-2859; courriel : ocomeauavoie@aiinb.nb.ca

DENISE LEBLANC-KWAW

experte-conseil en réglementation : immatriculation

459-2856; courriel : dleblanc-kwaw@aiinb.nb.ca

LORRAINE BREAU

experte-conseil en réglementation : étude du comportement

professionnel

459-2857; courriel : lbreau@aiinb.nb.ca

LOUISE SMITH

experte-conseil en réglementation : immatriculation

459-2855; courriel : lsmith@aiinb.nb.ca

ANGELA BOURQUE

adjointe administrative : services de la réglementation

459-2866; courriel : abourque@aiinb.nb.ca

STACEY VAIL

adjointe administrative : immatriculation

459-2851; courriel : svail@aiinb.nb.ca

ERIKA BISHOP

adjointe administrative : immatriculation

459-2869; courriel : ebishop@aiinb.nb.ca

Pratique

LIETTE CLÉMENT *directrice de la pratique*

459-2835; courriel : lclement@aiinb.nb.ca

VIRGIL GUITARD *expert-conseil en pratique infirmière*

783-8745; courriel : vguitard@aiinb.nb.ca

SHAUNA FIGLER

experte-conseil en pratique infirmière

459-2865; courriel : sfigler@aiinb.nb.ca

SUSANNE PRIEST

experte-conseil en pratique infirmière

459-2854; courriel : spriest@aiinb.nb.ca

DAWN TORPE *experte-conseil en pratique infirmière*

459-2853; courriel : dtorpe@aiinb.nb.ca

JULIE MARTIN *adjointe administrative : pratique*

459-2864; courriel : jmartin@aiinb.nb.ca

Services corporatifs

SHELLY RICKARD

chef, services corporatifs

459-2833; courriel : srickard@aiinb.nb.ca

MARIE-CLAUDE GEDDRY-RAUTIO

commissaire-comptable

459-2861; courriel : mcgeddry@aiinb.nb.ca

Communications

JENNIFER WHITEHEAD *chef des communications et relations*

gouvernementales

459-2852; courriel : jwhitehead@aiinb.nb.ca

STEPHANIE TOBIAS

adjointe administrative : communications

459-2834; courriel : stobias@aiinb.nb.ca



Ancora Imparo – J'apprends encore...

Une plaque accrochée dans mon bureau me rappelle sans cesse que j'apprends encore... ANCORA IMPARO. Quelle autre profession m'aurait permis de connaître des expériences aussi enrichissantes et de telles possibilités de croissance personnelle et professionnelle? Ma passion demeure mes patients, des étrangers qui me laissent leur fournir des soins et les soutenir à travers les défis de la vie. C'est un grand privilège.

Que signifie la profession infirmière pour vous? Vous souvenez-vous de la fierté que vous avez ressentie à l'obtention de votre diplôme? J'ai fièrement porté mon uniforme blanc et mon épinglette d'infirmière! Au cours des derniers mois, j'ai eu l'occasion de m'entretenir avec des infirmières diplômées à la veille d'entamer cette formidable profession et d'exercer leur métier, ce qui m'a amené à jeter un regard sur mes 36 années de carrière.

J'ai d'abord été infirmière de soins généraux, puis formatrice, surveillante et, plus récemment, infirmière gestionnaire; j'ai toujours choisi de rester dans des postes où j'interagis quotidiennement avec les patients. Une des grandes influences qui m'ont façonnée en tant qu'infirmière a été mon engagement et ma participation dans le Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (SIINB) et dans l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (l'AIINB).

En tant que représentante d'unité pour les infirmières gestionnaires/surveillantes au bureau de direction du SIINB, j'ai participé au premier comité de négociation du contrat de travail des surveillantes et gestionnaires. J'ai éprouvé de la fierté quand les infirmières syndiquées ont accepté un nouveau barème de droits afin que le SIINB puisse se doter de ressources financières lui permettant de lutter pour obtenir une rémunération équitable et de meilleures conditions de travail pour les infirmières.

Un autre défi important auquel font face tous les jours les professionnels de la santé est le fait que les coûts montent en flèche dans le système sans pour cela que les résultats pour la santé de nos patients s'améliorent. L'AIINB réclame une réforme des soins de santé primaires depuis plus de 30 ans et elle continuera à souligner, en s'appuyant sur des recherches fondées sur des preuves, les rôles que les infirmières immatriculées et les infirmières praticiennes pourront jouer pour favoriser cette réforme. J'ai hâte de soutenir l'AIINB dans la

poursuite de sa collaboration avec le gouvernement en vue de faire avancer le cadre pour les soins de santé primaires récemment annoncé, et j'espère aussi avoir votre appui lors de la campagne électorale de 2014 afin de maintenir cette initiative comme une priorité absolue auprès de tous les partis politiques.

Au cours des deux prochaines années, je serai votre représentante nationale au conseil d'administration de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), où seront élaborés des règlements administratifs qui contribueront à établir la future structure de gouvernance de l'AIIC. Comme vous le savez, l'AIIC a pris de l'ampleur et changé au cours de ses 100 ans d'histoire. Elle s'engage maintenant sur une nouvelle voie, une voie que j'ai hâte de mieux connaître et de faire avancer pour contribuer à façonner avec mes collègues nationales l'avenir de notre profession.

Avec votre soutien, j'espère pouvoir maintenir la stabilité financière de l'AIINB afin qu'elle puisse poursuivre avec vigueur son travail de maintien des normes de formation infirmière et d'exercice de la profession, tout en faisant la promotion de politiques publiques favorables à la santé dans l'intérêt du public.

Les infirmières du Nouveau-Brunswick bénéficient toujours de la confiance du public. Vous avez le privilège d'encourager une image positive de la profession. Représentez votre profession avec fierté. À l'instar de Marilyn Quinn, présidente du SIINB, je vous invite à porter votre épinglette d'II et à vous présenter fièrement comme une infirmière ou un infirmier immatriculé. Je crois fermement que, tous ensemble, nous pouvons influencer les soins de santé au Nouveau-Brunswick.

J'ai hâte de travailler avec vous et pour vous pendant les deux prochaines années. J'ai eu la chance d'avoir une carrière formidable, un conjoint qui me soutient et trois fils qui m'apportent une grande joie. J'ai l'intention de continuer à défendre les soins infirmiers, la profession et nos patients. J'entreprends ce voyage avec humilité et je vous suis reconnaissante pour la confiance que vous m'avez accordée. ■

DARLINE COGSWELL, présidente
presidente@aiinb.nb.ca

COLLABORATEURS

à ce numéro



Nathalie Boivin



Liette Clément



Mallory Drost



Rob Fraser



Virgil Guitard



Melissa Hilchey



Eleanor Kenny



France Marquis



Susanne Priest



Gloria Smith



Dawn Torpe

11

.....

ROB FRASER, II
Chroniqueur invité

27

.....

DAWN TORPE, II, M.Sc.inf.
Experte-conseil en pratique infirmière, AIINB

48

.....

FRANCE MARQUIS, II, M.Sc.inf.
Présidente sortante, AIINB

15

.....

NATHALIE BOIVIN, II, Ph.D
Professeure, Secteur Science infirmière, UdeM, campus de Shippagan

31

.....

ELEANOR KENNY, II, M.Sc.inf.
Étudiante

GLORIA SMITH, II, M.Sc.inf.
Étudiante

MALLORY DROST, II, M.Sc.inf.
Étudiante

MELISSA HILCHEY, II, M.Sc.inf.
Étudiante

20

.....

LIETTE CLÉMENT, II, M.Éd.
Directrice du Service de la pratique, AIINB

40

.....

SUSANNE PRIEST, II
Experte-conseil en pratique infirmière, AIINB

VIRGIL GUITARD, II
Expert-conseil en pratique infirmière



En ces temps difficiles, parlons plus fort

L'été tire à sa fin, l'automne est à nos portes, et la parution de ce numéro d'*Info Nursing* à ce temps-ci de l'année évoque chaque fois le début d'un nouveau cycle. Depuis l'assemblée générale annuelle en juin, l'équipe de l'AIINB travaille avec ardeur à planifier proactivement l'année qui vient, avec des projets stimulants et de nouvelles initiatives pour 2014. Je tiens à remercier personnellement chacune et chacun d'entre vous qui s'est fait un devoir d'assister à l'AGA. Votre présence est essentielle pour que l'AIINB progresse dans l'exécution de son mandat. Je tiens aussi à féliciter les cinq lauréates exceptionnelles des prix de l'AIINB, dont vous trouverez la photo sur la couverture intérieure. C'est vous, leurs pairs, qui avez présenté leur candidature, et l'honneur qui leur a été conféré sera certainement un point fort de leur vie professionnelle. Mes félicitations également aux autres candidates; il n'y a pas d'honneur plus grand que de recevoir la reconnaissance de vos collègues pour votre engagement à l'égard de notre profession. Merci aux personnes qui ont assisté au Forum sur le professionnalisme de l'AIINB. En trouvant Ros Moore, II et responsable principale des soins infirmiers au gouvernement écossais, l'équipe de l'AIINB savait que la discussion serait dynamique et stimulante. Nous la remercions infiniment d'avoir accepté notre invitation, ainsi que le gouvernement écossais d'avoir appuyé sa participation. Les présentations tirées du forum peuvent être visualisées sur le site Web de l'AIINB (www.aiinb.nb.ca). Je vous enjoins de prendre le temps de les regarder. Notre travail dans ce domaine se poursuivra; nous prévoyons offrir le webinaire de nouveau et tenir des séances en personne à différents endroits de la province. Il est clair que nous ne manquons pas de « professionnalisme » parmi nous, ce qui s'est avéré évident au cours de nos délibérations et, ensemble, nous allons améliorer les choses.

En août, John McGarry, président-directeur général du Réseau de santé Horizon, a rencontré l'équipe de gestion de la profession infirmière de l'AIINB afin de discuter des défis auxquels la régie de la santé fait face tandis qu'elle s'efforce d'atteindre les objectifs financiers fixés par le gouvernement tout en maintenant et en améliorant la qualité et la sécurité des services de

santé. Cette réalité suscite de l'incertitude tant pour le public, puisqu'il s'agit de l'accès aux soins, que pour les employés du système. Notre système de santé n'a pas été créé pour fournir des emplois; il a été créé pour fournir des services de santé essentiels à la population du Nouveau-Brunswick, services qui devraient être de la même qualité que ceux fournis ailleurs au Canada et dans le monde. En tant que contribuables et bailleurs de fonds du système, nous ne nous attendons à rien de moins.

Dans un récent commentaire, l'Institut Fraser continue à mettre en doute l'efficacité, le coût et les résultats de notre système et s'interroge sur la valeur pour le public d'avoir un système à but non lucratif comparativement à la privatisation ou à un modèle hybride. Toutefois, une analyse qui compare notre système canadien à d'autres sans prendre en compte le cadre de politiques sociales qui soutient et améliore les déterminants de la santé est incomplet et inexact.

Comme toujours, l'AIINB appuie un système de santé universel et public. Les données probantes continuent à montrer que ce modèle est le plus efficace et le plus efficace. Les professionnelles des soins infirmiers, aussi bien les II que les IP, ont démontré combien leur contribution au système est essentielle lorsque leurs connaissances et leurs compétences sont optimisées. L'AIINB a l'intention de continuer à faire sa part pour s'assurer que ces données probantes soient bien à l'avant-plan tandis que nous nous efforçons de relever de tels défis au Nouveau-Brunswick.

Enfin, je tiens à remercier notre présidente sortante, France Marquis, pour son leadership et son engagement à l'égard de l'AIINB et de notre profession. Nous vous souhaitons de la santé et du succès dans votre vie personnelle et professionnelle. Nous tenons aussi à accueillir notre nouvelle présidente, Darline Cogswell. Vous avez su démontrer votre engagement à l'égard de la profession et de l'AIINB, et nous attendons avec plaisir de voir votre leadership à l'œuvre au cours des deux prochaines années. ■

ROXANNE TARJAN, directrice générale

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION A TENU UNE RÉUNION LES 27 ET 28 MAI AU SIÈGE SOCIAL DE L'AIINB À FREDERICTON

Examen des politiques

Le Conseil a examiné des politiques dans les domaines suivants :

- Exercice de l'autorité
- Limites dans les prises de décisions de la directrice générale
- Relations entre le Conseil et la directrice générale

Nouvelle politique

Le Conseil d'administration a approuvé la nouvelle politique EA-16, Perfectionnement du Conseil.

Révision proposée aux règlements administratifs

Résolution de modification - Le Conseil d'administration a approuvé les révisions proposées à la modification des règlements administratifs 12.01, 12.02, 12.06 et 13.07 de façon à permettre au Conseil d'approuver le recours à d'autres modes de scrutin valides et fiables pour l'élection des membres au Conseil, à soumettre aux membres à l'assemblée générale annuelle.

Rendement de l'organisme

Contrôle - Le Conseil a approuvé les rapports de contrôle pour les politiques sur les limites dans les prises de décisions de la directrice générale, l'exercice de l'autorité et les relations entre le Conseil et la directrice générale.

Nomination au Conseil d'administration et aux comités

Élections 2013 - Des élections ont eu lieu pour remplir les postes de présidente désignée et d'administratrice, régions 2, 4 et 6. Les résultats ont été annoncés durant l'assemblée annuelle de 2013. Le mandat de ces nouvelles élues s'étend du 1^{er} septembre 2013 au 31 août 2015.

Félicitations, et merci à toutes les personnes qui ont présenté leur candidature. Les personnes élues sont :

Présidente désignée

- Brenda Kinney

Administratrices

- Région 2 - Jillian Lawson
- Région 4 - Josée Soucy
- Région 6 - Annie Boudreau

Postes vacants au Conseil d'administration

Le Conseil est composé de 12 membres, dont 3 sont des membres du public. Le rôle des administrateurs représentant le public est de fournir au Conseil le point de vue non infirmier de la collectivité et des consommateurs sur des questions qui ont trait aux soins infirmiers et aux soins de santé au Nouveau-Brunswick.

Le mandat de Roland Losier, administrateur représentant le public, prend fin

le 31 août 2013. Ce poste doit être rempli par une nomination du ministre de la Santé à partir d'une liste de candidatures soumise par l'AIINB. Le mandat du poste est de deux ans à compter du 1^{er} septembre 2013.

Le Conseil a approuvé les trois candidatures suivantes :

- Edward Dubé, Edmundston (N.-B.)
- Pauline Fournier, Petit-Rocher (N.-B.)
- Gérald Pelletier, Beresford (N.-B.)

Nomination d'une administratrice pour la Région 3

Le Conseil a approuvé le processus suivant pour la nomination : les II de la Région 3 ont été informées du poste vacant au Conseil, et on leur a demandé de faire connaître leur intérêt pour le poste en présentant un formulaire de mise en candidature, leur C.V. et un bref énoncé expliquant la raison pour laquelle elles se présentaient. Puis, le Conseil allait choisir une remplaçante ou un remplaçant parmi les candidatures présentées. Le mandat s'étend du 1^{er} septembre 2013 au 31 août 2014.

Comité de direction

La présidente et la présidente désignée sont membres du comité de direction, qui comprend aussi deux administratrices régionales et une administratrice ou un administrateur représentant le public. Le Conseil a nommé les membres suivants à un mandat d'un an allant du 1^{er} septembre 2013 au 31 août 2014 :

- Chantal Saumure, II
Administratrice, Région 1
- Linda LePage-LeClair, II,
Administratrice, Région 5
- Wayne Trail
Administrateur représentant le public

Comité consultatif de la formation infirmière

- Dawn Haddad, infirmière responsable de la formation du personnel, Hôpital régional de Miramichi, Miramichi (nouvelle)
- France Chassé, infirmière enseignante, Université de Moncton, Edmundston (nouvelle)

- Claudia McCloskey, infirmière enseignante, Université du Nouveau-Brunswick, Moncton (nouvelle)

- Lynn Comerford, infirmière clinicienne chevronnée, Hôpital public d'Oromocto (reconduction)

Comité des plaintes

- Michelle Cronin, infirmière de soins généraux, centre de soins palliatifs Bobby's Hope House, Saint John (nouvelle)
- Solange Arseneau, coordonnatrice des nouveaux produits et des présences, Réseau de santé Vitalité, Zone 6, Bathurst (nouvelle)
- Gail Dupéré, surveillante/coordonnatrice de l'informatique, Hôpital régional de Campbellton, Campbellton (nouvelle)
- Jeannita Sonier, enseignante à la retraite, Neguac, membre du public (reconduction)
- Albert Martin, enseignant à la retraite, Saint-Basile, membre du public (nouveau)

Comité de discipline/révision

- Jenny Toussaint, infirmière gestionnaire, Hôpital régional d'Edmundston, Edmundston (nouvelle)
- Claudette Finnigan, infirmière de la santé publique, Santé publique, Bathurst (nouvelle)
- Marie Chase, infirmière responsable de la formation du personnel, Hôpital régional Dr Everett Chalmers, Fredericton (reconduction)
- Cindy Crossman, infirmière de soins généraux, services de santé, Mount Allison University (reconduction)
- Monique Mallet-Boucher, infirmière enseignante, Université du Nouveau-Brunswick, Moncton (reconduction)
- Paul Rousselle, infirmier gestionnaire, Hôpital régional Chaleur, Tétagouche-Nord (reconduction)
- Charles Flewelling, enseignant à la

retraite, Moncton, membre du public (reconduction)

Comité consultatif de la formation infirmière

Le Conseil a approuvé la reconduction de Janet MacDonnell et de Lynne Thériault-Sehgal et la nomination de Martha Vickers au comité thérapeutique des infirmières praticiennes pour le mandat allant du 1^{er} septembre 2013 au 31 août 2015.

*Pour d'autres renseignements ou pour présenter des candidatures, les membres peuvent consulter le site Web de l'AIINB ou appeler sans frais au 1-800-442-4417.

Prix de l'AIINB pour 2013

Le Conseil a accepté les recommandations du comité de sélection des prix pour l'attribution des prix de 2013. Les prix ont été remis lors du banquet de remise des prix de 2013, qui a eu lieu le 29 mai 2013. Les lauréates sont :

- Rose McCloskey
Prix de mérite : formation
- Suzanne Robichaud
Prix de mérite : administration
- Liette Mainville
Prix de mérite : pratique infirmière
- Sherry Gionet
Prix d'excellence en pratique clinique
- Lucille Auffrey
Membre à vie

Documents de l'AIINB

Le Conseil a approuvé :

Documents :

- *Compétences de niveau débutant pour les infirmières immatriculées du Nouveau-Brunswick* (2013, révision)
- *Programme de maintien de la compétence* (2013, révision)

Énoncé :

- *La violence en milieu de travail* (retrait)

*Tous les documents et énoncés sont affichés sur le site Web de l'AIINB ou peuvent être obtenus en appelant sans frais au 1-800-442-4417.

Comité consultatif de la formation infirmière

Le Conseil a approuvé les recommandations du comité, à savoir que le programme de baccalauréat en sciences infirmières de l'Université du Nouveau-Brunswick soit approuvé pour une durée de cinq ans, et que le programme de baccalauréat en sciences infirmières de l'Université du Nouveau-Brunswick remette un rapport d'étape d'ici le 31 mai 2014 pour décrire les mesures prises afin de donner suite aux recommandations du rapport de l'équipe de l'examen d'approbation qui nécessitent un suivi d'ici un an.

Présentations

Maurice Robichaud et Pamela Mackay, de Connexions +, ont donné un aperçu des résultats de l'enquête récente menée auprès du public et des membres, dont le but était de déterminer les préoccupations et les priorités des membres et de mesurer la compréhension du public et des infirmières immatriculées et des infirmières praticiennes du rôle de réglementation de l'AIINB et des responsabilités des II et des IP en tant que professionnelles de la santé réglementées. Les constatations seront prises en compte dans la planification et les futures initiatives de l'AIINB.

Barbara Mildon, présidente de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), et Rachel Bard, directrice générale, ont donné au Conseil un aperçu de l'évolution de la gouvernance à l'AIIC et expliqué comment les changements proposés auront une incidence sur qui sera membre de l'AGA, qui aura le droit de vote et qui sera à la table de son conseil.

Chantal Leonard, chef de la direction de la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada (SPIIC), a donné au Conseil un compte rendu sur la SPIIC.

Prochaine réunion du Conseil

La prochaine réunion du Conseil d'administration aura lieu au siège social de l'AIINB les 16, 17 et 18 octobre 2013.

Les observateurs et observatrices sont les bienvenus à toutes les réunions du

Le blogue de la présidente de l'AIINB

Voulez-vous des nouvelles de votre présidente? L'AIINB lancera en octobre un blogue de la présidente qui fournira des faits saillants des réunions du Conseil de l'Association ainsi que des mises à jour régulières sur le conseil de l'AIIC et autres activités pertinentes qui touchent la profession infirmière au Nouveau-Brunswick.

Rendez-vous sur le site Web de l'AIINB (www.aiinb.nb.ca) vers la fin d'octobre pour le premier billet du blogue de Darline.

L'AIINB accueille un nouveau membre au sein de son personnel



Dawn Torpe, II, M.Sc.inf., d'Oromocto, a accepté le poste d'experte-conseil en pratique infirmière auprès de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (AIINB). Mme Torpe, qui est entrée en fonction le 17 juin 2013, apporte plus de 30 ans d'expérience infirmière en prestation de soins cliniques et en gestion. Avant de se joindre à l'AIINB, elle était au Réseau de santé Horizon. En tant que

membre du Service de la pratique, elle offrira des services de consultation, fera l'élaboration et la promotion de normes d'exercice et appuiera l'orientation stratégique de l'Association sur des questions reliées à la profession infirmière.

À venir cet automne : des ateliers pour les enseignantes

Plus tard cet automne, le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard offriront un atelier régional à l'intention des enseignantes qui préparent leurs étudiantes à faire l'examen NCLEX-RN en 2015. Cet atelier interactif d'une journée, présenté par le NCSBN (National Council of State Boards of Nursing), abordera les sujets suivants :

- Évaluation du contenu des programmes d'études en regard du plan d'examen détaillé
- Catégories du plan d'examen
- Répartition du contenu

Les personnes qui participeront à l'atelier auront aussi l'occasion de faire des exercices de rédaction de questions et d'examiner les différents types de question.

La séance aura lieu le 1^{er} novembre 2013 à l'hôtel Delta Beauséjour à Moncton (N. B.). Des renseignements sur l'inscription sont affichés sur le site Web de l'AIINB.



L'AIINB est ravie que les membres veuillent en savoir davantage sur les infirmières de première ligne; c'est la raison pour laquelle nous lancerons une nouvelle série dans *Info Nursing* pour mettre en vedette des II et IP. Ces profils montreront des infirmières à l'œuvre au Nouveau-Brunswick; ils seront axés sur des aspects plus concrets et plus pratiques, y compris les rôles et responsabilités de la profession infirmière au quotidien. Pour ce faire, nous avons besoin de votre appui! Pour lancer cette initiative, nous faisons appel à vous pour :

- proposer des titres pour cette nouvelle série – veuillez envoyer vos suggestions à aiinb@aiinb.nb.ca d'ici le 31 octobre;
- monter une base de données d'II et d'IP qui pourraient faire l'objet d'un profil – l'infirmière doit être avisée que son nom sera proposé et elle doit donner son accord. Les coordonnées de l'infirmière (nom, adresse de courriel, numéro de téléphone) doivent donc être fournies à l'AIINB (aiinb@aiinb.nb.ca).

Ensuite, l'AIINB communiquerait avec l'II ou l'IP proposée pour lui donner des renseignements sur ce qui est attendu, dont les questions d'entrevue préliminaires, ainsi que les exigences de publication comme la date limite et le nombre de mots. La longévité de cette série dépendra de l'intérêt manifesté par les membres.

Aidez l'AIINB à faire de cette série un succès! Nous avons hâte d'avoir de vos nouvelles.

Nouvelle série mettant en vedette des II et des IP

52 %

des aidants naturels participent à des activités sociales en ligne reliées à la santé.

**72 %**

des utilisateurs d'Internet ont recherché des renseignements sur la santé en ligne

60 %

des adultes font un suivi en ligne de leur poids, de leur alimentation ou de leur activité physique



Consultez le site PewInternet.org/topics/health pour obtenir des données très intéressantes sur les différentes utilisations d'Internet, des médias sociaux et des appareils mobiles dans le domaine de la santé.

Élargir la trousse d'outils infirmiers

pourquoi les infirmières doivent connaître les médias sociaux et les outils numériques

Par ROB FRASER

Les médias sociaux ne sont pas une tendance que les infirmières peuvent négliger. Comme toute technologie, les médias sociaux évoluent. Nos connaissances changent et s'élargissent, et il en est de même pour la technologie, car toute nouvelle technologie débute par une idée, qui est ensuite appliquée et mise à l'essai, ce qui nous permet d'apprendre et

d'apporter des améliorations. De nos jours, aucun clinicien ne remet en question l'utilité d'un sphygmomanomètre, que nous appelons couramment un brassard pour tension artérielle. Mais, même cette technologie a d'abord été accueillie avec scepticisme. Ainsi, une revue médicale déclarait : « Le sphygmomanomètre est l'une des distractions les plus ridicules que nous ayons jamais tenté d'imposer à l'attention de la profession ». Bien sûr, cet énoncé nous semble absurde aujourd'hui. À l'époque, les appareils étaient assez étranges et pas très précis, et on n'en connaissait pas vraiment toutes les ramifications. Chaque technologie commence quelque part; ainsi, la première incarnation de la souris informatique, dont la mise au point a pris des années, était une balle de quilles.

Alors, à quel stade de leur évolution les médias sociaux sont-ils rendus? On peut d'abord comprendre les médias sociaux comme des outils pour échanger et discuter entre des êtres humains. C'est une définition facile à comprendre - elle pourrait aussi s'appliquer aux livres. Toutefois, les outils que nous utilisons changent rapidement. L'utilisation des médias

sociaux est mieux comprise aujourd'hui; ils sont vus comme des outils d'échange et de discussion d'information au moyen d'Internet et d'applications mobiles.

Cette définition désigne la plupart des services et de la technologie Web auxquels pensent spontanément les gens lorsqu'il est question de médias sociaux, dont la liste pourrait être longue. Le terme « outil numérique » élargit la catégorie pour englober les ordinateurs, les services Internet et les applications mobiles. Parler d'outils numériques plutôt que de médias sociaux peut nous aider à considérer les choses autrement. Il est facile de comprendre ce qu'est un outil. Chaque jour, nous utilisons différents outils, que ce soit des crayons, un marteau, des ciseaux et ainsi de suite. Les outils numériques offrent simplement des fonctionnalités et des buts différents. Par exemple, Facebook et LinkedIn sont des réseaux sociaux, alors que SlideShare et YouTube servent à échanger du contenu.

Lorsqu'on décide d'utiliser des outils numériques, il est important d'en considérer la fonction et les buts possibles. Tout d'abord, cela nous aide à éviter de ressentir un certain décourage-



MISSION POSSIBLE

LE SAVOIR-VIVRE POUR TOUS!

Inscrivez-vous des maintenant!

L'AIINB poursuit ses initiatives pour faire connaître le concept de professionnalisme dans la pratique infirmière en offrant un webinaire sur les suggestions de stratégies pour favoriser le savoir-vivre, tel que formulées par les II et les IP du Nouveau-Brunswick lors du forum sur invitation organisé dans le cadre de la réunion annuelle de l'AIINB de 2013. Joignez-vous à nous le 16 octobre à 14 heures.

Les II et les IP du Nouveau-Brunswick, de même que les employeurs, sont invités à se joindre à ce webinaire qui sera livré en direct par Virgil Guitard, expert conseil à l'AIINB. Les étudiantes infirmières sont aussi invitées à participer en sollicitant le support de leurs enseignantes pour l'inscription. Ce webinaire sera d'une durée approximative de 45 minutes.

L'INSCRIPTION EST OBLIGATOIRE SI VOUS DÉSIREZ PARTICIPER et doit se faire avant le 14 octobre en ligne sur le site Web de l'AIINB, par courriel à aiinb@aiinb.nb.ca ou en composant le 1-800-442-4417.

Webinaires enregistrés

Le leadership : la responsabilité de chaque infirmière immatriculée

La tenue de dossiers : pourquoi tous ces documents?

La sécurité avant tout! La gestion des II ayant d'importants problèmes reliés à leur pratique

Visitez notre site Web (www.aiinb.nb.ca) pour voir les séances enregistrées.

ment devant encore un nouveau site Web ou une nouvelle application. Au lieu d'ajouter un nom de plus à une longue liste d'outils, concentrez-vous sur ce que l'outil peut faire et sur son utilité. Ensuite, concentrez-vous sur ce que vous pouvez apprendre de son utilisation, qui elle aussi pourrait changer ultérieurement. Il n'y a plus grand monde qui tape à la machine à écrire, mais le fait de savoir taper est une compétence utile. Il est essentiel de changer sa façon de voir afin de comprendre comment les outils numériques peuvent créer de nouvelles possibilités. Si les fournisseurs ne le font pas, d'autres le feront, et c'est quelqu'un d'autre qui façonnera l'avenir de la santé et des soins de santé.

En 2010, la planète a dépassé les deux milliards d'utilisateurs d'Internet, et un sondage a estimé que 59 % des adultes y ont recherché des renseignements sur la santé au cours de la dernière année. Le monde vire au numérique, ce qui signifie que la recherche, la formation et la pratique en soins infirmiers peuvent évoluer aussi, ce qui se produit déjà. Les infirmières se servent de Facebook pour

faire de la gestion de crise, soutiennent les aidants naturels sur Twitter et échangent du matériel éducatif destiné aux patients avec des collègues de différents organismes et de différents pays.

L'accès à Internet ne se limite pas aux ordinateurs. Près de 85 % des adultes ont un téléphone cellulaire, et 53 % des appareils sont des téléphones intelligents sur lesquels on peut télécharger des applications sur la santé. Au cours des deux dernières années, le contenu offert dans l'iTunes App Store est passé de 2 993 à 13 619 applications reliées à la santé. La recherche révèle que 150 millions d'applications sur la forme physique ont été téléchargées en 2012. La recherche clinique sur les applications montre également que celles-ci peuvent avoir une incidence sur la santé.

Les tendances pointent toutes vers un intérêt croissant à l'égard des outils numériques reliés à la santé. Malheureusement, la majorité des fournisseurs de soins de santé n'ont pas adopté ces outils dans les débuts ni innové dans le domaine. De nombreuses applications dans la catégorie santé sont

axées sur l'alimentation quotidienne, l'indice de masse corporelle ou le suivi de l'activité physique. Très peu servent à gérer les maladies chroniques ou sont intégrées à la pratique en soins de santé. C'est là où les infirmières peuvent changer la pratique et créer de nouvelles possibilités pour l'utilisation des médias sociaux. Depuis toujours, les infirmières sont des personnes d'action, des chefs de file et des innovatrices. Les infirmières devraient et doivent commencer à intervenir dans la manière dont ces outils sont utilisés et se pencher sur les moyens à prendre pour avoir une incidence sur ce qui importe le plus.

Chaque fois que des outils sont utilisés, il y a un risque. À mesure que les infirmières adoptent les outils numériques, il est essentiel de réfléchir également sur les questions éthiques et professionnelles que cette utilisation soulève. Malheureusement, on entend des histoires d'infirmières qui ont été congédiées pour manquement à l'obligation de confidentialité ou autre infraction à un règlement. Cela ne signifie pas que les infirmières ne peuvent pas ou ne devraient pas utiliser

2014

RENOUVELLEMENT DE L'IMMATRICULATION EN LIGNE

LE 15 NOVEMBRE DATE LIMITE POUR LES RETENUES À LA SOURCE

Les membres qui participent au régime de retenues à la source de leur employeur pour payer leurs droits d'immatriculation doivent procéder au renouvellement en ligne d'ici le 15 novembre. Après le 15 novembre, l'AIINB doit retourner à l'employeur les droits payés par retenues à la source, et le membre devra renouveler son immatriculation en ligne en utilisant une carte de débit ou de crédit.

LE 1^{ER} DÉCEMBRE DATE LIMITE ADMINISTRATIVE

La date limite administrative de l'AIINB est le 1^{er} décembre 2013 pour le renouvellement de l'immatriculation. Cette date limite donne assez de temps pour traiter les demandes de renouvellement avant l'expiration de l'immatriculation le 31 décembre 2013.

LE 1^{ER} JANVIER DATE LIMITE DE L'IMMATRICULATION

Les immatriculations renouvelées après le 1^{er} janvier 2014 feront l'objet d'un droit pour paiement tardif de 56,50 \$. Une infirmière qui exerce la profession sans détenir une immatriculation valide contrevient à la *Loi sur les infirmières et infirmiers* et pourrait se voir facturer des frais additionnels de 250 \$ plus taxe pour exercice non autorisé de la profession.

Le renouvellement de l'immatriculation en ligne débute le 1^{er} octobre 2013 et se termine le 31 décembre 2013 à 16 heures. Un rappel par courriel à ce sujet sera envoyé aux membres au début d'octobre. Si votre adresse de courriel a changé, veuillez communiquer avec les services d'immatriculation au 1-800-442-4417 ou au 1-506-458-8731.

NOUVEAU CETTE ANNÉE...

Révision du Programme de maintien de la compétence et des feuilles de travail

Le Programme de maintien de la compétence a fait l'objet d'une révision, et la documentation révisée est affichée en ligne. Les feuilles de travail du PMC pour les II ont été révisées pour 2014 afin de prendre en compte les *Normes d'exercice pour les infirmières immatriculées* de 2012 de l'AIINB.

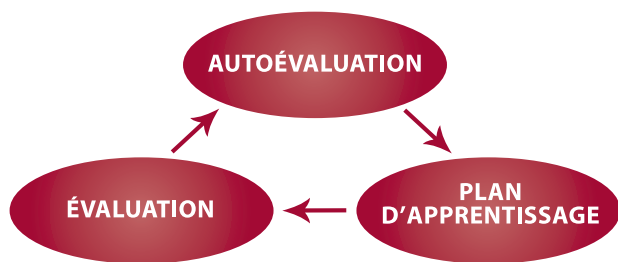
Nouveauté pour le paiement en ligne

Les membres pourront payer leurs droits d'immatriculation lors du renouvellement en ligne en utilisant une carte de débit.

Renouvelez en ligne au moyen de votre compte « Mon profil »

Cette année, les membres pourront accéder au module de renouvellement de l'immatriculation en ligne au moyen de leur compte sécurisé « Mon profil ». Il suffira d'entrer le nom d'utilisateur et le mot de passe pour ouvrir une session. Si vous n'avez pas créé de profil l'année dernière, vous pouvez le faire en cliquant sur le lien Créer mon profil sur la page d'accueil de l'AIINB. Il suffit ensuite de suivre les instructions à l'écran.





Programme de maintien de la compétence (PMC)

Pour renouveler votre immatriculation en vue de l'année d'exercice 2014, vous devez avoir :

- rempli une autoévaluation pour déterminer vos besoins d'apprentissage :
- les II évaluent leur pratique en se fondant sur les *Normes d'exercice pour les infirmières immatriculées* de l'AIINB;
- les IP évaluent leur pratique en se fondant sur les *Normes d'exercice pour les infirmières praticiennes en soins de santé primaires* de l'AIINB;
- préparé et mis en œuvre un plan d'apprentissage qui décrit vos objectifs d'apprentissage et vos activités d'apprentissage;
- évalué les effets de vos activités d'apprentissage sur votre pratique;
- indiqué sur le formulaire de renouvellement de l'immatriculation que vous avez satisfait aux exigences du PMC pour l'année d'exercice 2013.

Les documents du PMC sont affichés sur le site Web de l'AIINB (www.aiinb.nb.ca). De nouvelles feuilles de travail interactives pour le CCP sont en élaboration; elles seront mises à votre disposition au cours des prochains mois par l'entremise de votre compte « Mon profil ».

Vérification du PMC

La conformité au PMC est surveillée au moyen d'une vérification annuelle. En août 2013, un groupe choisi au hasard d'II et d'IP ont reçu un avis leur demandant de remplir le questionnaire de vérification du PMC ayant trait à leurs activités au titre du PMC pour l'année d'exercice 2012. Ces membres doivent répondre au questionnaire en ligne au plus tard le 30 septembre 2013, avant le renouvellement de l'immatriculation.

Vérification du statut de l'immatriculation pour les employeurs et les membres

En application de la *Loi sur les infirmières et infirmiers*, les employeurs sont tenus de vérifier chaque année si les infirmières à leur emploi détiennent une immatriculation valide de l'AIINB. Un moyen rapide et efficace de vérifier le statut d'immatriculation du personnel infirmier est d'aller sur le site web de

l'AIINB et d'accéder au système de vérification de l'immatriculation de la façon suivante :

1. Allez sur le site Web de l'AIINB à www.aiinb.nb.ca;
2. Sélectionnez Services d'immatriculation en haut de l'écran;
3. Sélectionnez Vérification des infirmières immatriculées;
4. Sélectionnez l'option 1 afin de vous inscrire à titre d'employeur si ce n'est pas déjà fait (cette option permet de créer une liste d'infirmières plus tard en utilisant l'option 2);
5. Sélectionnez l'option 2 si vous êtes déjà enregistré à titre d'employeur auprès de l'AIINB. Entrez votre mot de passe et vérifiez l'immatriculation de l'infirmière une première fois en entrant son nom et son numéro d'immatriculation (si cette étape a déjà été effectuée, une liste des noms et du statut d'immatriculation s'affiche automatiquement);
6. Sélectionnez l'option 3 afin de vérifier l'immatriculation d'une infirmière en particulier sans avoir à utiliser un mot de passe.

Les infirmières peuvent aussi utiliser le système de vérification d'immatriculation pour vérifier leur propre statut un jour ouvrable après avoir effectué leur renouvellement en ligne. ■

2014

RENOUVELLEMENT DE L'IMMATRICULATION EN LIGNE

Heures d'ouverture

Le bureau de l'AIINB est ouvert du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30. Veuillez noter : le bureau sera fermé les 25, 26 et 27 décembre 2013 et le 1^{er} janvier 2014.

Pour obtenir de l'aide au sujet de toute question relative à l'immatriculation, veuillez communiquer avec les services d'immatriculation au 1-800-442-4417 (sans frais au N.-B.) ou au 506-458-8731.



ALPHABÉTISME EN SANTÉ : POUR UN SERVICE FAVORISANT L'EMPOWERMENT DE LA CLIENTÈLE!



PAR NATHALIE BOIVIN

Le Conseil canadien sur l'apprentissage (2008) estime que « 60 % des adultes canadiens sont incapables d'obtenir des renseignements et des services de santé, de les comprendre et d'agir en conséquence, et de prendre eux-mêmes les décisions appropriées relatives à leur santé » (p. 5). Dans un contexte de rationalisation des services et de pressions accrues à prendre

en charge sa santé, comment assurer que l'information transmise aux clients leur permet de prendre une part active à la gestion de leur santé et à effectuer des choix éclairés? L'alphabétisme en santé pourrait être un élément clé de succès. Cet article offre des informations sur l'alphabétisme en santé et propose des pistes d'interventions éprouvées.



Saviez-vous que 60 % des adultes canadiens, de 16 à 65 ans, sont incapables d’obtenir des renseignements et des services de santé, de les comprendre et d’agir en conséquence, et de prendre eux-mêmes les décisions appropriées relatives à leur santé? (Conseil canadien sur l’apprentissage [CCA], 2008, p. 5.) L’alphabétisme en santé, aussi appelé littératie en santé, désigne cette capacité de trouver l’information portant sur la santé, de l’évaluer, de l’utiliser pour prendre des décisions et de naviguer dans le système de santé. Au Nouveau-Brunswick, et encore plus dans les régions francophones, les statistiques d’alphabétisme en santé insuffisant dépassent 70 %. Si ces résultats vous surprennent, consultez la carte interactive de la littératie en santé disponible au : www.ccl-cca.ca/cclflash/healthliteracy. Force est alors de constater que la majorité des adultes du Nouveau-Brunswick présente des difficultés de lecture, d’écriture ou de compréhension de l’information reliée à la santé. Les intervenants du secteur de la santé sont-ils conscients de ceci? Ont-ils la formation nécessaire pour travailler avec des clientèles présentant des défis d’alphabétisme? Existont-ils des pratiques exemplaires pour travailler avec une clientèle présentant un niveau insuffisant d’alphabétisme?

Une information pas toujours facile à comprendre

L’accès à l’information par la clientèle n’est pas une option mais une nécessité. Or, les recherches démontrent que, de façon générale, 50 % de l’information

transmise au client lors d’une rencontre avec un intervenant de la santé est oubliée immédiatement ou mal comprise (Kessels, 2003; Crane, 1997). Terminologie médicale utilisée, inquiétude reliée à son problème de santé, froideur de l’environnement de soins, sentiment d’infériorité face à l’intervenant et gêne sont autant d’obstacles à la communication « intervenant-client ». Lorsque la composante « alphabétisme insuffisant » s’ajoute, jumelée à la honte, la compréhension de l’information et des messages diffusés devient encore plus difficile.

Des intervenants qui surestiment les capacités d’alphabétisme de leurs clients

La surestimation des capacités d’alphabétisme de la clientèle par les professionnels de la santé est fréquente. À titre d’exemple, mentionnons la recherche effectuée aux États-Unis par Kelly et Haidet. Ils ont évalué les capacités d’un groupe de 12 médecins, oeuvrant en première ligne, à estimer le niveau d’alphabétisme de clients. La majorité de ces médecins, cumulant en moyenne une quinzaine d’années d’expérience, ont surestimé les habiletés des clients et ce, de façon encore plus importante lorsque ces clients appartenaient à des minorités visibles (Kelly et Haidet, 2007). De même, le sondage effectué par la Prince Edward Island Literacy Alliance (PEILA) auprès de 99 professionnels de la santé anglophones a révélé que plus de la moitié d’entre eux sous-estimait la situation

d’alphabétisme insuffisant des insulaires (PEILA, 2008). Comme il n’existe aucune donnée pour les professionnels de la santé du Nouveau-Brunswick, l’Équipe alpha-santé a entrepris une recherche afin de dresser un portrait de la situation. Un sondage, accessible en ligne, a été distribué à l’automne 2010 et au printemps 2011. Au total, 858 professionnels de la santé, étudiants dans ce domaine et leurs formateurs du Nouveau-Brunswick et de l’Île-du-Prince-Édouard francophones ont participé à ce sondage autoadministré. Le tableau 1 présente les résultats recueillis et indiquent que la majorité surestiment les capacités d’alphabétisme de leurs clients. En fait, que les répondants soient des professionnels de la santé, des étudiants ou des formateurs, seuls 15 % ont réussi à estimer correctement la prévalence des difficultés d’alphabétisme chez leurs clients.

La surestimation des capacités d’alphabétisme de la clientèle par les professionnels de la santé les incite à continuer à utiliser un niveau de langage élevé, de la terminologie médicale ou des outils d’enseignement écrits inadaptés à leur clientèle. Ceci constitue un obstacle à la compréhension du client, à sa pleine appropriation de l’information et donc, à son utilisation pour la prise en charge de sa santé.

Le professionnel de la santé, source privilégiée d’information

Ceci est d’autant plus préoccupant que l’enquête sur les attitudes des Canadiens à l’égard de l’apprentissage, menée par le Conseil canadien sur l’apprentissage, révèle que les Canadiens tirent leur information sur la santé de différentes sources dont les plus importantes sont le médecin de famille (73 %), les autres professionnels de la santé (69 %), la famille et les amis (69 %), ainsi que les journaux et les magazines (64%), Internet (62 %) ou les livres et la télévision (50 %) (CCA, 2009). Comment faire pour que ces sources privilégiées d’information que sont les professionnels de la santé contribuent à faciliter l’accès, la compréhension et l’utilisation de l’information par la clientèle?

TABLEAU 1 Estimation de la prévalence d’alphabétisme insuffisant chez la clientèle par catégorie de répondants au sondage, automne 2010 et printemps 2011

Pourcentage de la clientèle avec un alphabétisme insuffisant	Professionnels de la santé	Étudiants dans le domaine de la santé	Formateurs dans le domaine de la santé
Moins de 15 %	26	33	31
15 à 30 %	35	34	36
31 à 45 %	22	17	14
46 à 60 %	10	9	8
61 à 75 %	5	5	5
75 % ou plus	1	1	3

Source : Boivin, Arsenault et Gaucher, 2011



Société de protection
des infirmières et infirmiers
du Canada

infoDROIT^{MD}

La supervision

Vol. 20, n° 1,
février 2012

La supervision comprend l'orientation initiale, l'inspection périodique et, au besoin, l'application de mesures correctives. Il s'agit du processus actif de diriger, assigner, déléguer, guider, surveiller l'exécution d'un acte pour en influencer le résultat. La supervision peut être directe (présence constante ou au besoin durant l'activité) ou indirecte (au moyen de directives écrites ou verbales)¹. La responsabilité de supervision peut incomber à la fois aux établissements de santé et aux infirmières.

Les établissements de santé

Les établissements de santé doivent établir des systèmes sécuritaires pour leurs patients. Ils s'acquittent de cette responsabilité, entre autres, au moyen de la supervision efficace de leur personnel. La jurisprudence a établi qu'en cas de supervision inadéquate, les établissements de santé peuvent être tenus directement et indirectement responsables des fautes de leur personnel, y compris leur personnel infirmier. Les administrateurs peuvent s'acquitter de leur devoir de supervision en déléguant cette responsabilité à des infirmières de première ligne comme les chefs d'unité ou les chefs d'équipe. Cela a été clairement illustré dans une cause où une infirmière gestionnaire avait été avisée qu'une nouvelle infirmière éprouvait des difficultés à s'acquitter d'une charge normale de travail. L'infirmière gestionnaire a donc demandé à la chef d'équipe de surveiller de près cette nouvelle infirmière. Durant un quart de nuit, la chef d'équipe lui a tout de même assigné un cas particulièrement lourd. Quand la nouvelle infirmière a avoué qu'elle avait du mal à assumer sa charge de travail, la chef d'équipe l'a rabrouée. La chef d'équipe n'a pas tenté d'obtenir de détails quant à la nature de ces difficultés ou demandé le support d'infirmières plus expérimentées. En conséquence, la patiente n'a pas bénéficié d'une intervention en temps requis. Le tribunal s'est penché sur la conduite de l'infirmière gestionnaire et de la chef d'équipe. Il a conclu qu'étant donné les faiblesses qui avaient déjà été notées, l'infirmière gestionnaire devait « s'assurer que la nouvelle infirmière s'acquittait de ses tâches de telle façon à ce que les patients bénéficient d'une norme de soins appropriée². » [trad.] Il a également conclu qu'il était raisonnable et conforme à la norme de diligence d'avoir délégué cette responsabilité à la chef d'équipe.

Les infirmières

Chef d'unité ou chef d'équipe

La supervision compte généralement parmi les fonctions de la chef d'unité ou chef d'équipe. Dans le cas ci-dessus, le tribunal a noté qu'on avait délégué à la chef d'équipe la responsabilité de s'assurer que les soins infirmiers prodigués seraient exécutés de façon compétente. Il a déterminé qu'au contraire, l'infirmière inexpérimentée avait été « forcée de dépasser ses limites et n'avait pas fait l'objet d'une supervision adéquate³. » [trad.] Il a ainsi conclu que la chef d'équipe avait manqué à la norme de soins infirmiers dans l'exécution de ses fonctions d'assignation de travail et de supervision.

Il se peut qu'une infirmière responsable ne puisse elle-même superviser ou surveiller en tout temps le personnel infirmier. Cependant, il existe d'autres options, comme demander à des infirmières plus expérimentées d'agir à titre de personnes-ressources pour certains membres

**Nouveau défi pour
les infirmières
autorisées :
la supervision des
soins à plus d'un
site**

Toute
une gamme
de services

du personnel ou à l'égard de certaines pratiques. Parfois, les infirmières qui doivent superviser d'autres travailleurs de la santé peuvent avoir à le faire à distance, comme, par exemple, quand elles sont responsables des soins à plusieurs sites d'un établissement de soins prolongés. Dans de tels cas, il est de pratique courante de s'acquitter de cette responsabilité par téléphone, ce qui présente les mêmes risques que toute autre provision de soins par téléphone. La chef d'équipe ou infirmière responsable qui reçoit une demande téléphonique s'interrogera d'abord si elle dispose de renseignements suffisants pour bien évaluer l'état du patient et émettre les directives de soins nécessaires. La qualité de la communication relève des deux parties. Elle peut être améliorée si les renseignements relatifs au patient sont présentés d'une manière structurée, qui pourrait comporter les étapes suivantes: décrire brièvement la situation actuelle, fournir les renseignements au sujet du patient qui sont pertinents au motif de l'appel, présenter ses conclusions et, finalement, ce qui est attendu de l'infirmière responsable⁴. Celle-ci devrait cependant être prête, au besoin, à se rendre sur les lieux pour évaluer elle-même la situation ou à prendre d'autres mesures appropriées pour que la situation du patient soit évaluée en temps utile.

Supervision des étudiants

Les professeurs connaissent les exigences académiques et compétences cliniques à acquérir et perfectionner durant un placement clinique. La fonction de supervision des professeurs s'étend au milieu clinique, où elle est aussi d'ordinaire partagée avec une infirmière autorisée qui agit comme précepteur. Même si les étudiantes peuvent être tenues responsables de leurs actes et de leurs décisions, les instructeurs et les précepteurs doivent exercer un moindre ou plus important degré de supervision, selon les circonstances. Une bonne communication entre les professeurs et les précepteurs permettra de déterminer le type et le niveau de supervision requis par chaque étudiante⁵.

Considérations pertinentes à la gestion des risques

- En tant que chef d'unité ou de superviseur, peut-on facilement vous rejoindre? Si non, avez-vous identifié des délégués? Le nouveau personnel de votre unité ou le personnel nouvellement qualifié sait-il à qui demander de l'aide, au besoin? Vous assurez-vous d'avoir bien compris la nature et l'étendue d'un problème qu'on vous rapporte avant de réagir?
- Demandez-vous conseil à un collègue expérimenté ou à l'infirmière responsable lorsque vous avez des doutes quant à votre évaluation de la situation ou quant à la façon de procéder?
- Êtes-vous prêtes, vous aussi, à aider des collègues qui ont besoin de conseils même si vous n'occupez pas officiellement un poste de supervision, dans l'intérêt de la sécurité des patients?
- Savez-vous à qui vous adresser, au sein de l'équipe de soins ou de la structure administrative, lorsque la situation dont vous avez à traiter dépasse votre champ d'autorité?

Pour toute question, veuillez contacter la SPIIC au **1-800-267-3390** ou visitez notre site Web à **www.spiic.ca**.

1. Saskatchewan Registered Nurses' Association, « The Practice of Nursing: RN Assignment & Delegation », 2004, en ligne : http://www.srna.org/images/stories/pdfs/nurse_resources/2004_RN_assignment_delegation.pdf (accès : Le 20 juillet 2011) et Ordre des infirmières et des infirmiers de l'Ontario, « Les mécanismes d'autorisation », 2011, en ligne : http://www.cno.org/Global/docs/prac/51075_AuthorizingMechFR.pdf (accès : Le 2 décembre 2011).
2. *Granger (Tuteur à l'instance) v Ottawa General Hospital*, [1996] OJ n° 2129 au para 86 (Div gén Ont) (QL).
3. *Ibid*, aux paras 83 à 88.
4. Institute for Health Care Improvement, « SBAR Technique for Communication: A Situational Briefing Model » en ligne : <http://www.ihc.org/knowledge/Pages/Tools/SBARTechniqueforCommunicationASituationalBriefingModel.aspx> (accès : Le 13 octobre 2011)
5. Ethyllynn Phillips, « Managing Legal Risks in Preceptorships », *Canadian Nurse* 98, 9, octobre 2002, p. 25-26. Version française « Préceptorat et gestion des risques juridiques » disponible au site Web www.spiic.ca.

Autres infoDROITS connexes : *Délégation de tâches à d'autres travailleurs de la santé, Conseils téléphoniques*, disponibles au site Web www.spiic.ca.

N.B. Dans ce bulletin, le genre féminin englobe le masculin et inversement, quand le contexte s'y prête.

LE PRÉSENT BULLETIN SERT STRICTEMENT À DES FINS D'INFORMATION. LA PRÉSENTE PUBLICATION NE PEUT ÊTRE CONSIDÉRÉE COMME L'AVIS JURIDIQUE D'UN AVOCAT, D'UN COLLABORATEUR À LA RÉDACTION DU PRÉSENT BULLETIN OU DE LA SPIICTM. LES LECTEURS DEVRAIENT CONSULTER UN CONSEILLER JURIDIQUE POUR OBTENIR DES CONSEILS SPÉCIFIQUES.

©Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada

www.spiic.ca 1.800.267.3390 info@cnps.ca



Terminologie médicale utilisée, inquiétude liée à son problème de santé, froideur de l'environnement de soins, sentiment d'infériorité face à l'intervenant et gêne sont autant d'obstacles à la communication « intervenant-client ». Lorsque la composante « alphabétisme insuffisant » s'ajoute, jumelée à la honte, la compréhension de l'information et des messages diffusés devient encore plus difficile.

Alphabétisme en santé

suite de la page 16

Miser sur des interventions complexes

Plusieurs intervenants utilisent déjà des interventions simples pour faciliter la compréhension de l'information par la clientèle. Ainsi, le recours à des textes rédigés en langage simple, l'utilisation d'illustrations et de documents audiovisuels sont autant d'exemples d'interventions simples qui facilitent l'accès et la compréhension de l'information par les clients. Bien qu'ils constituent des pas dans la bonne direction, l'efficacité de ces interventions est limitée. Clement, Ibrahim, Crichton, Wolf et Rowlands (2009) proposent de miser plutôt sur des interventions complexes. Les interventions complexes sont une combinaison d'interventions simples qui sont coordonnées et organisées de façon à s'adapter aux besoins et aux caractéristiques du client. Cette combinaison d'interventions simples est assortie de moyens efficaces de vérifier la compréhension du client, tels que la méthode « teach back ». De plus, il y a aussi offre de formation portant sur l'alphabétisme en santé aux professionnels de la santé. Au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard francophones, la majorité des 858 répondants au sondage de l'équipe alpha-santé a indiqué n'avoir jamais reçu de formation pour dépister les difficultés d'alphabétisme d'un client ou encore, pour travailler avec cette clientèle (Boivin, Arsenault et Gaucher, 2011).

Adopter des mesures universelles

Rudd (2010), Wynia et Osborne (2010), Mancuso (2009) et l'Association canadienne de santé publique (CPHA, 2006) recommandent d'adopter une approche universelle en lien avec l'alphabétisme. Selon ces auteurs, une telle approche bénéficie à tous les clients, quel que soit leur niveau d'alphabétisme. Ainsi, les professionnels de la santé devraient assumer que leurs clients présentent des difficultés à comprendre et à utiliser l'information transmise lors d'une interaction avec un intervenant de la santé. Mandatés par l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), DeWalt, Callahan, Hawk, Brouckson, Hink, Rudd et Brach ont préparé une boîte à outils (Health Literacy Universal Precautions Toolkit) facilitant la mise en œuvre de cette approche universelle. Prendre part à une formation portant sur l'alphabétisme en santé, normaliser et encourager la pose de questions par le client, vérifier sa compréhension adéquatement, aménager l'environnement physique des installations pour en faciliter l'accès sont autant d'interventions suggérées avec des pistes concrètes pour y arriver.

Formation portant sur l'alphabétisme en santé

Depuis avril 2011, une formation portant sur l'alphabétisme en santé (www.alphabetismeensante.ca) est disponible en ligne, gratuitement et en français. Des approches sont en cours afin de travailler à une traduction de cette formation pour les intervenants anglophones. La formation est offerte à tous les intervenants du secteur de la santé, les étudiants dans ce domaine et

leurs formateurs. Cette formation est le fruit d'une collaboration entre sept apprenants adultes, le ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail, la Fédération d'alphabétisation du Nouveau-Brunswick (FANB) et le Secteur Science infirmière de l'Université de Moncton, Campus de Shippagan, site de Bathurst (UMCS).

À l'heure actuelle, 11 leçons sont disponibles en ligne. Chaque leçon exige environ une heure. Les leçons procurent de l'information, des témoignages, des trucs concrets permettant d'adopter une approche qui devient un outil d'appropriation de l'information pour la clientèle. L'utilisateur de la formation peut télécharger un certificat attestant qu'il a effectué un ou plusieurs modules de formation. Les résultats recueillis auprès des utilisateurs indiquent que cette formation a une incidence favorable sur leurs connaissances, leurs attitudes et leurs pratiques (Saintonge, 2011).

Les gens qui préfèrent les médias sociaux tels que Facebook ou Twitter pourront recevoir des informations, quiz, trucs en devenant des adeptes de ces comptes.

L'invitation vous est donc faite d'entreprendre cette formation!

Et si le Nouveau-Brunswick devenait le leader canadien en matière d'alphabétisme en santé. Le défi est lancé. À nous tous, et toutes, de le relever!

Pour consulter les références, aller à www.nanb.nb.ca/downloads/NathalieBoivinreferences-F.pdf



Qu'est-ce qui **CLOCHE** dans ces photos?



En mai dernier, l'AIINB a tenu un forum sur invitation sur la question du professionnalisme dans la profession infirmière. Les données probantes qui ont été présentées montrent une corrélation positive entre le professionnalisme, les résultats obtenus par les clients et la qualité du milieu d'exercice. Les discussions en petits groupes durant le forum ont confirmé que l'on attend des II qu'elles se montrent professionnelles dans tout ce qu'elles disent et dans tout ce qu'elles font.

Durant les discussions, de nombreuses personnes qui œuvrent dans les milieux d'exercice ont mentionné l'utilisation répandue des dispositifs de communication personnels au travail, durant les heures ouvrables. La plupart d'entre nous ont un dispositif de communication personnel dans notre sac à main ou notre poche. Cet appareil nous permet d'être plus que jamais informés et reliés aux autres. On peut nous joindre partout, en tout temps, et nous ne sommes jamais plus qu'à quelques clics de notre famille et de notre réseau social. Il y a cependant lieu d'établir un équilibre entre notre vie personnelle et nos responsabilités professionnelles. Ainsi :

.....

Communications personnelles au travail : évitez les comportements non professionnels!

Pour organiser notre travail et notre vie, il y a des points à considérer lorsqu'on utilise la technologie à des fins personnelles au travail. Répondre à des appels personnels, vérifier ses courriels et envoyer des messages textes alors qu'on interagit avec un patient est impoli et non professionnel. De plus, un tel usage pourrait contrevenir aux politiques de l'établissement et même compromettre votre emploi, ou encore vous déconcentrer lors de l'exécution de tâches essentielles, augmentant la possibilité d'erreurs et le risque de procédures judiciaires reliées à la responsabilité professionnelle. Les patients qui sont témoins de l'utilisation d'un dispositif technologique par des professionnels de la santé peuvent avoir des craintes relativement à la protection de leur vie privée (est-ce que l'infirmière parle de moi?), sans compter le risque d'infraction potentielle ou réelle à la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé* (consulté dans Internet en juillet 2013 : http://w3.rn.com/News/news_features_details.aspx?Id=31824).

En tant qu'organisme de réglementation des II et des IP du Nouveau-Brunswick, l'AIINB ne réglemente pas

l'utilisation des technologies de communication électroniques dans le milieu de travail. Il est prouvé que l'utilisation de ces technologies peut donner et donne lieu à des résultats positifs pour les clients. Mais lorsque l'utilisation des technologies de communication à des fins personnelles rivalise avec les soins aux clients, les II doivent considérer la possibilité qu'elles contreviennent aux normes d'exercice, au code de déontologie et aux politiques de l'employeur.

Selon les normes de l'AIINB, il est attendu des II qu'elles se comportent, interagissent et communiquent de manière professionnelle et qu'elles projettent une présence professionnelle en tout temps. Dans le milieu d'exercice, les II établissent avec les clients et leurs proches des relations professionnelles et thérapeutiques qui doivent être axées sur les besoins du client. Une relation de confiance soutenue, qui constitue le

fondement d'une communication significative, implique conséquemment des efforts conscients pour établir et maintenir la nature thérapeutique de la relation. Lorsqu'une II interrompt les soins qu'elle est en train de fournir pour utiliser un dispositif de communication à des fins personnelles, elle brise le lien de confiance avec le client.

Le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* exige que les II fournissent des soins compatissants en utilisant des paroles et un langage corporel appropriés ainsi qu'en faisant des efforts pour comprendre et satisfaire les besoins des autres en matière de soins de santé. Cela implique notamment que l'II est présente pour le client en montrant qu'elle est concentrée sur son travail et qu'elle n'est pas distraite par des préoccupations personnelles lorsqu'elle est au travail.

Il incombe aux infirmières immatriculées d'exercer un jugement

raisonnable et de faire preuve de présence professionnelle dans leurs interactions avec les clients. Choisir de répondre à un appel personnel ou d'envoyer un message texte alors qu'on est en train d'interagir avec des clients ou des collègues projette la mauvaise image, sans compter que les interruptions qui ne sont pas reliées aux soins peuvent donner lieu à des erreurs qui mettent la sécurité des patients en péril et à des manquements aux politiques de l'employeur.

Alors, je vous le demande... qu'est-ce qui cloche dans cette photo?

L'AIINB aimerait connaître votre opinion sur le sujet. N'hésitez pas à me faire part de vos commentaires en m'écrivant à lclement@aiinb.nb.ca. Tous les commentaires reçus seront considérés comme anonymes et serviront à éclairer les futures initiatives de l'AIINB visant à créer une culture du professionnalisme. ■

II du N.-B. lauréates de la Médaille du jubilé de diamant de la reine Elizabeth II



Lors d'une cérémonie spéciale qui a eu lieu à Ottawa le 5 mai 2013, 30 infirmières immatriculées et infirmières praticiennes ont été reconnues pour leur remarquable contribution aux soins infirmiers et aux soins de santé en leur décernant la Médaille du jubilé de diamant de la reine Elizabeth II.

L'AIINB est fière de souligner les deux lauréates du Nouveau-Brunswick, Lisa Guidry, II, IP (Rothsay, N.-B.) et Natalie Haché Losier, II (Dieppe, N.-B.) ■



Vos rétroactions amènent des changements en 2013-2014

NOTE DE LA RÉDACTION : Au nom de l'Association, nous tenons à vous remercier sincèrement d'avoir pris le temps de participer à la récente enquête effectuée auprès des membres de l'AIINB et fait part de votre opinion sur les points que nous pouvons améliorer. Le questionnaire a pris en moyenne 19 minutes à remplir, tandis que l'AIINB a mis des semaines à examiner et à analyser tous vos commentaires. Félicitations à Pascale Losier, II, gagnante du tirage au sort de l'iPod.

En avril 2013, l'AIINB a mené une enquête auprès des membres afin de cerner les priorités et d'éclairer les efforts de l'AIINB visant à améliorer la compréhension par les infirmières immatriculées et les infirmières praticiennes du rôle de réglementation de l'Association et de leurs responsabilités en tant que professionnelles de la santé réglementées.

Un questionnaire a été envoyé à 6 615 II et IP (celles et ceux qui ont fourni une adresse de courriel à l'AIINB), ce qui représente environ 80 % du nombre total de membres immatriculés de l'AIINB. Au total, 1 225 membres (20 %) ont participé, la majorité des répondants (41 %) étant âgés de 45 à 54 ans et comptant plus de 20 années d'expérience infirmière.

L'enquête était divisée en trois parties :

1. Le mandat de l'AIINB
2. Les communications et les liens de l'AIINB
3. Données graphiques

91 % des II/IP estiment que l'autoréglementation est très ou extrêmement importante pour la profession infirmière, et 85 % ont déclaré avoir une « assez bonne » compréhension du mandat de l'AIINB.

De plus, vous avez évalué la mesure dans laquelle l'AIINB réussit, à la lumière de ce mandat, à atteindre ses objectifs.

- Objectif 1 : Protection du public **efficace à 97 %**
- Objectif 2 : L'autoréglementation professionnelle **efficace à 95 %**
- Objectif 3 : Politiques publiques favorables à la santé **efficace à 90 %**

Une série de questions suivait pour déterminer la sensibilisation des II/IP aux ressources de l'AIINB, dont :

- Nomes de formation et d'exercice
- Normes d'approbation des programmes de formation infirmière
- Compétences de niveau débutant
- Exigences d'admission à la profession
- Programme de maintien de la compétence
- Étude du comportement professionnel

Fait étonnant, seulement 52 % des II/IP connaissaient un peu ou ne connaissaient pas le processus de l'étude du comportement professionnel de l'AIINB.

À VENIR! L'AIINB prévoit présenter un webinaire pour expliquer plus en profondeur le processus de l'étude du comportement professionnel... restez à l'écoute pour les détails, qui seront publiés dans *Info Nursing* et le cyberbulletin *La flamme virtuelle* et affichés sur le site Web de l'AIINB.

Plus de 36 % des II/IP ont déclaré que devenir membre d'un comité pourrait les intéresser, mais elles veulent plus d'information sur le rôle et les attentes, l'engagement en temps, etc.

L'AIINB publiera des articles récurrents dans *Info Nursing* et ajoutera une rubrique sur son site Web pour souligner le travail des comités, le rôle que les membres y jouent ainsi que les attentes et l'engagement en temps. Les membres ont aussi suggéré que les réunions aient lieu par téléconférence, qu'un remplacement de salaire soit offert et que le lieu des réunions soit raisonnablement accessible afin d'encourager et de faciliter la participation. Ces suggestions sont déjà des réalités.

Bien que peu d'II/IP aient ouvert des modules d'apprentissage en ligne de l'AIINB, 49 % ne savaient pas que ces modules existaient, mais avaient l'intention d'en prendre connaissance. Bon nombre ont déclaré avoir eu de la difficulté à ouvrir les modules ou que les sujets ne les intéressaient pas.

De même, peu d'II/IP ont participé à un webinaire de l'AIINB en raison de l'heure de diffusion, de l'accessibilité ou d'un manque d'intérêt à l'égard des sujets traités. De plus, 30 % ont offert des suggestions de présentations pour

l'avenir, dont :

- Le professionnalisme/savoir-vivre
- Les soins infirmiers et la santé communautaire
- Les rapports et la collaboration entre les II et les IAA
- Le rôle de l'IP

LE PROCHAIN WEBINAIRE DE L'AIINB, qui portera sur le professionnalisme/savoir-vivre et prendra en compte les rétroactions reçues lors du Forum de l'AIINB tenu en mai, est prévu pour le 16 octobre 2013. Les détails pour s'y inscrire se trouvent en page 16.

À VENIR! L'AIINB est en train d'élaborer un webinaire sur les soins en collaboration pour mieux cerner les rôles des II et des IAA dans les milieux de soins de santé.

Plus de 60 % des II/IP lisent le cyberbulletin La flamme virtuelle de l'AIINB et ont plaisir à la recevoir. Cela étant dit, quelques répondants ont déclaré avoir fourni leur adresse de courriel, mais NE PAS recevoir le cyberbulletin.

Les efforts se poursuivront pour faire en sorte que les équipes de soutien TI du ministère de la Santé et des deux régions régionales de la santé IT s'assurent que le cyberbulletin de l'AIINB n'est pas filtré comme un pourriel.

95 % des II/IP estiment que l'AIINB communique de façon efficace! Une vaste majorité (80 %) préfère les communications directes par courriel à toute autre méthode.

Ainsi, 83 % des répondants considèrent que la revue *Info Nursing* accroît leur sensibilisation à la pratique infirmière et à la profession infirmière.

Même si quelques II/IP ont déclaré qu'à leur avis, *Info Nursing* est du « gaspillage de papier », l'AIINB cherche constamment à améliorer la revue, puisque c'est notre seul moyen garanti de communi-

quer avec les 8 900 II/IP de la province ainsi qu'avec un auditoire plus large d'intervenants en santé, à savoir le gouvernement, les établissements de formation, les bibliothèques et d'autres organismes de réglementation. Au cours des quatre dernières années, l'AIINB :

- a éliminé un numéro de la revue, qu'elle a remplacé par quatre numéros par année du cyberbulletin;
- est passé à un papier recyclé certifié par le FSC;
- offre, sur demande, des versions électroniques de la revue et du rapport annuel.
- De plus, l'AIINB lancera une nouvelle série mettant en vedette des II et des IP en première ligne. Voir les détails en page 10.

Bien que nous reconnaissons que la participation à l'AGA et au forum/congrès de l'AIINB aient augmenté depuis quelques années, seulement 32 % des II/IP qui ont répondu avoir participé à une de ces activités au cours des cinq dernières années ont souvent cité comme obstacle leur incapacité à s'absenter de leur travail.

Parmi les suggestions pour accroître la participation :

- avoir un endroit ou une heure plus accessible;
- recevoir une invitation;
- offrir un remplacement de salaire.

À la lumière de cette information, l'AIINB a l'intention :

- de mieux faire connaître ces activités par des invitations directes envoyées par courriel à toutes les II/IP un mois avant la tenue de l'AGA et du forum/congrès;
- d'améliorer l'accessibilité au moyen d'un projet pilote de diffusion en continu de l'AGA et du forum/

congrès, d'une durée de trois ans.

Les élections au Conseil d'administration de l'AIINB ont maintenant lieu par scrutin postal. Bien que ce mode ait accru la participation d'environ 30 %, le coût augmente année après année. La vaste majorité des répondants appuient une transition par l'AIINB vers le vote électronique/en ligne.

- L'AIINB lancera un processus électoral en ligne et par téléphone à compter de 2014. Restez à l'écoute pour les détails.

On apprend que 87 % des répondants consultent ces ressources au moins une fois par année. Cela étant dit, il reste quand même plus de 13 % qui n'ont jamais consulté les ressources mentionnées.

L'AIINB reconnaît qu'un manque de sensibilisation est peut-être la raison pour laquelle ces ressources ne sont pas consultées, et elle l'intention d'optimiser les outils de communication dont elle dispose :

- en publiant régulièrement des rappels au sujet des ressources proposées dans *Info Nursing* et dans le cyberbulletin *La flamme virtuelle*;
- en élaborant des modules d'apprentissage en ligne ou des webinaires visant à promouvoir ces ressources et à expliquer comment elles soutiennent la pratique infirmière.

.....

C'était un portrait des rétroactions que nous avons recueillies grâce à l'enquête de l'AIINB. Encore une fois, nous vous remercions d'avoir fait connaître votre opinion sur les points que nous pouvons améliorer. L'AIINB reconnaît qu'elle peut et doit continuer à améliorer les moyens de soutenir la pratique infirmière et de réglementer la pratique des infirmières immatriculées et des infirmières praticiennes afin d'assurer des soins infirmiers sécuritaires, compétents et conformes à l'éthique pour tous les gens du Nouveau-Brunswick. ■



À son Forum par invitation *Le visage changeant du professionnalisme*, l'AIINB a demandé à des infirmières et infirmiers d'achever la phrase « Je suis un/e professionnel/le parce que... » pour illustrer la couverture d'*Info Nursing*.

MISSION POSSIBLE CRÉER UNE CULTURE DU PROFESSIONNALISME

Par SUSANNE PRIEST

L'AIINB s'est donné comme objectif de susciter la discussion sur le professionnalisme dans l'exercice de la profession infirmière, ce qu'elle fait grâce à diverses initiatives dont la publication d'articles de revue, des présentations en personne, des forums virtuels et des enquêtes auprès des membres. Jusqu'à présent, les discussions ont porté sur le concept de professionnalisme en soins infirmiers et sur ses divers éléments, à savoir : la présence professionnelle, l'utilisation des médias sociaux et le savoir-vivre.

Il faut savoir que le professionnalisme englobe également les aspects du comportement, de l'apparence et de la communication. On attend de nous que nous « soyons » professionnelles, que nous « paraissions » professionnelles et que nous « agissions » comme des professionnelles.

Pour certains, le professionnalisme évoque une notion englobant aussi bien les bonnes manières, la formation et l'apparence que des éléments précis comme le comportement individuel, les compétences professionnelles et le titre du poste. D'autres voient le professionnalisme comme une façon d'être et d'agir au travail sans prendre en considération l'incidence que les comportements dans la vie personnelle peuvent avoir sur la profession infirmière – incluant les affichages sur les médias sociaux et les styles de vie à l'extérieur du travail.

Peu importe la définition que les II et les IP ont du professionnalisme, l'initiative sur ce sujet a suscité beaucoup de réactions, et les infirmières et infirmiers ont indiqué que le professionnalisme est un sujet qui doit être abordé. Le présent article fait suite à la présentation donnée au Forum sur invitation de l'AIINB qui a eu lieu le 30 mai 2013, intitulée *Mission possible : créer une culture du savoir-vivre*. Il vise à fournir de l'information sur le sujet du savoir-vivre et à inciter les II et les IP à adopter des stratégies qui favorisent une culture du savoir-vivre en soins de santé, ce qui améliorera le professionnalisme dans l'exercice de la profession infirmière.

Qu'est-ce que le savoir-vivre?

Le savoir-vivre est le fait d'appliquer les règles de politesse et implique tous ces petits sacrifices que l'on fait pour vivre de manière respectueuse avec les autres.

Il ne s'agit pas d'aimer tout le monde, mais bien de décider de penser avant de parler et de faire preuve de respect à l'égard des gens qui nous entourent. Le savoir-vivre peut être de convenir d'être en désaccord, de discuter de ses différends, ou d'offrir une critique civilisée qui n'est ni brusque ni brutale, mais aussi factuelle et objective que possible (Lower, 2012). Le savoir-vivre vise les paroles, les écrits et le langage corporel.

Pourquoi faire preuve de savoir-vivre?

Le savoir-vivre peut être le fondement des relations, et les relations sont la pierre angulaire des équipes de soins de santé collaboratives et de la relation thérapeutique infirmière-client. Une équipe de soins de santé dont les membres communiquent efficacement, se respectent les uns les autres et travaillent ensemble, sera plus productive et plus innovatrice, travaillera dans un climat plus agréable et fournira des services de qualité aux clients confiés à ses soins. En d'autres termes, faire preuve de savoir-vivre peut mener à une productivité accrue, à un personnel en meilleure santé et à des clients plus en sécurité.

Le contraire est également vrai. Un comportement qui manque de savoir-vivre peut miner la confiance parmi le personnel et faire craindre les répercussions. Un manque de confiance et un sentiment d'intimidation pourraient inciter des membres de l'équipe des soins de santé à s'abstenir d'exprimer une opinion valide ou de contribuer de manière significative à l'équipe. Il est facile de voir comment une communication déficiente découlant d'un manque de savoir-vivre parmi des professionnels de la santé pourrait donner lieu à des soins non sécuritaires aux clients, à une utilisation accrue des congés de maladie par des employés qui cherchent à éviter l'environnement de travail, et même à des démissions pour fuir un environnement toxique. Il n'y a pas de place en soins de santé pour les comportements condescendants ou les commentaires grossiers. Le client dépend d'une équipe hautement fonctionnelle qui échange de l'information pour fournir des soins sécuritaires, compétents et conformes à l'éthique.

La gravité accrue de l'état des clients, les défis en matière de dotation, le

travail par quarts et des responsabilités accrues constituent régulièrement la réalité des II. Une autre réalité est que l'on trouve dans le milieu de travail des collègues appartenant à des générations différentes dont les valeurs à l'égard du travail et de la vie sociale et familiale diffèrent. Par exemple, les styles de communication varient d'une génération à l'autre et entre les hommes et les femmes, et les normes sociétales font une plus large place aux communications électroniques et aux messages textes, et moins aux contacts visuels et au toucher.

Les facteurs de stress combinés à une main-d'œuvre multigénérationnelle dont les valeurs et les normes diffèrent créent des conditions propices aux malentendus, aux sentiments froissés, au langage corporel négatif et aux sautes d'humeur. En d'autres termes, un stress élevé et un kaléidoscope de travailleurs de la santé peuvent mener à un manque de savoir-vivre.

Résultats de recherche sur l'incidence du manque de savoir-vivre

Il y a quelques années, une recherche a été menée en Nouvelle-Écosse et en Ontario sur les différences entre les générations en ce qui concerne le niveau de détresse, les attitudes et le manque de savoir-vivre parmi les II. Les résultats recueillis au moyen d'un questionnaire d'auto-évaluation ont été analysés et ont révélé ce qui suit (Leiter et coll., 2010) :

- La génération X a signalé un plus grand manque de savoir-vivre de la part des collègues et des surveillantes que les membres de la génération du baby-boom.
- La génération X a signalé éprouver une plus grande détresse, y compris l'épuisement, un sentiment de cynisme, l'intention de changer d'emploi et des symptômes physiques de stress.
- L'épuisement et le désir de quitter son milieu d'exercice présentaient une forte corrélation avec un manque de savoir-vivre de la part d'une surveillante.
- Le manque de savoir-vivre de la part des collègues présentait un lien significatif avec le désengagement psychologique. +

Une étude subséquente a cherché à savoir si un manque de savoir-vivre au travail exacerbait le rapport entre les facteurs de stress et la tension due au travail pour les travailleurs hospitaliers de la Nouvelle-Écosse et de l'Ontario (Oore, D. et coll., 2010). Ces travaux de recherche ont donné lieu aux constatations suivantes :

- Le manque de savoir-vivre est relié à un éventail d'effets physiques et psychologiques.
- Un respect à la baisse est symptomatique d'un environnement de travail présentant un déficit de savoir-vivre.
- Le manque de savoir-vivre des collègues a une incidence négative sur la santé mentale.
- Un manque de savoir-vivre de la part d'une personne dans un poste de surveillance a un impact négatif prononcé sur les membres du personnel, ceux-ci rapportant des effets sur leur santé physique.
- Les interventions en milieu de travail qui visent le manque de savoir-vivre atténuent l'incidence sur le personnel des facteurs de stress reliés au travail.
- Il est important pour les collègues de s'entraider quand l'un d'eux est sous pression.

S'engager à faire preuve de savoir-vivre

Imaginons un milieu de travail où chaque membre du personnel s'engage à être responsable de ses actes, vise l'excellence, écoute activement et communique avec respect. Imaginons

un milieu de travail sans commérages, où les réalisations personnelles ou professionnelles sont soulignées par des félicitations sincères. Imaginons le temps que l'on économiserait si les employés s'engageaient à échanger des connaissances expertes et à travailler ensemble, et même à offrir leur aide sans qu'on le demande. Ça semble trop beau pour être vrai? Le savoir-vivre est une « mission possible »!

Mission possible : le savoir-vivre pour tous

Si on travaille en soins de santé, cela signifie qu'on peut se retrouver à passer des jours fériés, des fins de semaine et de longs quarts de travail ensemble, aussi bien le jour que la nuit. Si on travaille à temps plein, il se peut qu'on voie nos collègues plus souvent que les membres de notre propre famille. En conséquence, d'un point de vue personnel, il vaut réellement la peine de faire tous les efforts pour rendre le milieu de travail agréable. De plus, en tant que professionnelles de la santé réglementées, les II ont la responsabilité de faire preuve de savoir-vivre. Les énoncés descriptifs qui suivent, tirés du document révisé des *Normes d'exercice pour les infirmières immatriculées* (AIINB, 2012), relèvent des comportements et des actes qui exigent du savoir-vivre :

- L'énoncé descriptif 3.2 stipule que l'II communique efficacement et respectueusement avec les clients, les collègues et d'autres.
- L'énoncé descriptif 3.7 stipule que l'II préconise des milieux d'exercice de qualité et y contribue.
- L'énoncé descriptif 4.1 porte sur la présence professionnelle et ajoute

que l'II donne l'exemple par son comportement professionnel.

En résumé, le fait de contribuer à rendre le milieu de travail plus civilisé ou à réaliser la « Mission possible : le savoir-vivre pour tous » est avantageux sur le plan personnel, et l'employeur aussi en bénéficie; de plus, c'est une exigence réglementaire. Encore plus important, le savoir-vivre est propice à une meilleure collaboration au sein de l'équipe des soins de santé, puisque l'information y est échangée, les opinions y sont valorisées et l'objectif de l'équipe est l'excellence des soins aux clients.

Stratégies pour créer une culture du savoir-vivre

- Identifiez les déclencheurs qui vous font perdre patience ou suscitent une réaction négative de votre part.
- Ne sautez pas aux conclusions. Essayez de maintenir votre objectivité. Soyez prompt à écouter et lente à parler.
- Si des commérages viennent à vos oreilles, faites le canard! Laissez glisser les commérages comme l'eau sur le dos d'un canard. SOYEZ UN CANARD!
- Exercez-vous à donner des félicitations : dites merci lorsqu'il y a lieu et, si on vous félicite pour quelque chose que vous avez réalisé avec de l'aide, partagez le mérite.
- Convenez d'être en désaccord (si les clients ne courent pas de risques et que les politiques de l'employeur, les normes et les mesures législatives sont respectées).
- Faites-vous entendre (de manière respectueuse, bien sûr) lorsque vous êtes témoin d'un comportement qui manque de savoir-vivre. Exercez-vous à répondre de façon succincte mais polie de sorte que vous puissiez vous rappeler cette réponse dans le feu de l'action.
- Plaidez en faveur du savoir-vivre dans votre milieu de travail.
- Présentez vos excuses si vous manquez de savoir-vivre dans vos

Le professionnalisme et le savoir-vivre en tournée

L'équipe du Service de la pratique de l'AIINB planifie une tournée de la province pour donner en personne une présentation sur le professionnalisme et le savoir-vivre dans la profession infirmière. Cette présentation s'adresse aux II et aux IP. Pour nous aider à déterminer les endroits où offrir cette possibilité éducative, nous vous invitons à soumettre un formulaire de demande électronique www.aiinb.nb.ca/index.php/pratique/consultations. La préférence sera accordée aux groupes de 20 personnes ou plus.



Le droit de prescrire des II

Par DAWN TORPE

Accorder le droit de prescrire aux infirmières immatriculées (II) est un concept qui gagne en popularité au Canada. En juin 2012, le rapport de la Commission nationale d'experts de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), *Un appel à l'action infirmière*, recommandait que le champ d'exercice des II soit élargi pour englober le droit de prescrire dans le but de soutenir les soins aux patients et la viabilité du système de santé. Dans une entrevue publiée en décembre 2012 dans le *Globe and Mail*, Barb Mildon, présidente l'AIIC, affirmait que « les preuves sont claires et convaincantes : l'établissement d'ordonnances par les II apporte des avantages aux patients et améliore l'accessibilité aux services de santé ». Elle a souligné les données probantes de l'expérience du Royaume-Uni, où les II ont commencé à rédiger des ordonnances à la fin des années 1990, avec l'attribution de privilèges limités en ce sens accordés aux infirmières de quartier et aux infirmières visiteuses. Ce rôle a évolué; aujourd'hui, des infirmières spécialement formées prescrivent des traitements et ont un accès complet aux médicaments du formulaire de médicaments assurés britannique.

Au Canada et aux États-Unis, le droit de prescrire des II est relié à l'élaboration des rôles en pratique avancée et est limité principalement à la

Surveillez la prochaine discussion virtuelle de l'AIINB sur le droit de prescrire des II qui aura lieu vers la fin de novembre. Les détails paraîtront dans le cyberbulletin de novembre et sur notre site Web www.aiinb.nb.ca.

pratique des infirmières praticiennes (IP); aux États-Unis, les ICS, les infirmières sages-femmes et les infirmières anesthésistes ont aussi le droit de prescrire, ce qui n'est pas le cas dans d'autres pays, où les II doivent obtenir une certification ou une formation supplémentaire pour intégrer l'établissement d'ordonnances à leur pratique. Les facteurs les plus souvent cités à l'origine de l'intégration du pouvoir de prescrire par les II sont les suivants : 1) la revendication d'un accès plus efficace aux médicaments par les patients; 2) la nécessité de mieux utiliser les compétences et les connaissances des infirmières; 3) une utilisation efficace du temps de tous les professionnels de la santé; 4) une réduction de la charge de travail des médecins; 5) la nécessité de pallier la pénurie de médecins.

Les variations considérables d'un pays à l'autre dans les lois sur le droit de prescrire créent des différences dans les types de médicaments que les infir-

mières peuvent prescrire et l'ampleur des privilèges reliés au droit de prescrire. Les II ont obtenu le droit de prescrire de façon autonome au Royaume-Uni, en Irlande, en Nouvelle-Zélande, en Australie, en Suède et dans plusieurs pays africains. Toutefois, bien que les II dans ces pays soient autorisées à rédiger des ordonnances de façon autonome, leur champ d'exercice et leur liberté d'agir varient considérablement selon qu'il existe ou non des protocoles et des formulaires de médicaments assurés et, le cas échéant, selon les limites imposées par de telles mesures.

Au Canada, la tendance vers le droit de prescrire de façon autonome des II prend différentes voies, qui dépendent des priorités en matière de santé et des besoins de la population.

- Au Québec, les II veulent être autorisées à prescrire des médicaments préventifs (p. ex., contraceptifs oraux, médicaments pour cesser de fumer) et des médicaments pour traiter des problèmes de santé mineurs (infections du tractus urinaire, infections transmissibles sexuellement).
- Au Manitoba, on propose que l'établissement d'ordonnances par les II soit axé sur l'amélioration de l'accès





Tout est dans la relation infirmière-client

www.aiinb.nb.ca

La relation thérapeutique EST LE fondement sur lequel s'appuie la prestation des soins infirmiers. Les II ont comme engagement l'élaboration et la mise en œuvre de pratiques exemplaires par l'acquisition, l'application critique et l'évaluation continuelles de connaissances, d'attitudes, d'habiletés et de jugements pertinents. Ce module d'apprentissage en ligne profitera aussi bien aux infirmières immatriculées qu'aux étudiantes infirmières dans leur pratique infirmière et leur fera mieux connaître tous les aspects de la relation infirmière-client. Elles sauront mieux comment :

- établir une relation thérapeutique infirmière-client;
- fixer et définir les limites de la relation;
- reconnaître les situations dans lesquelles la démarcation entre les comportements professionnels et les comportements non professionnels est floue, et y remédier;
- mettre fin à la relation d'une manière professionnelle;
- maintenir une relation professionnelle avec le client et ses proches une fois la relation thérapeutique terminée.

En tant que membre ou étudiante infirmière au Nouveau-Brunswick, vous avez accès gratuitement aux modules d'apprentissage en ligne par le truchement du site Web de l'AIINB (www.aiinb.nb.ca) à votre convenance, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. De plus, le module permet de reprendre là où on a laissé la dernière fois.



ÉGALEMENT OFFERT
L'usage problématique de substances dans la formation infirmière.

dans trois domaines distincts de la pratique infirmière : infections transmissibles sexuellement, santé de la reproduction, et santé des voyageurs.

- En Alberta, des modifications sont réclamées en vue d'accorder aux II un droit de prescrire qui est limité aux médicaments de l'annexe I pour qu'elles soient en mesure de répondre à des besoins particuliers de populations données. On s'attend à un pouvoir de décision en la matière qui sera limité et clairement défini dans un outil de soutien clinique et soutenu par une relation professionnelle en collaboration avec une IP ou un médecin.
- En Ontario, l'AIIO a publié en juin 2012 un rapport intitulé *Primary solutions for primary care* [Solutions primaires pour les soins primaires]. Ce rapport propose une approche en deux étapes pour élargir le rôle des II en soins primaires et recommande d'autoriser les II à rédiger des ordonnances.
- En Colombie-Britannique, les II qui ont obtenu une certification dans l'un de trois domaines (pratique en région éloignée, II comme premières intervenantes et santé de la reproduction) peuvent poser des diagnostics et traiter leurs clients de façon autonome en utilisant des outils d'aide à la prise de décisions.

En mai 2013, l'AIIC a animé une table ronde pancanadienne sur la question de l'établissement d'ordonnances par les II. Le but de la discussion était de poser les bases d'un cadre d'action capable de soutenir la formation, la réglementation et le déploiement au Canada d'II en mesure de poser des diagnostics en cas de maladie ou de blessure et de prescrire des tests et des traitements (incluant, mais sans s'y limiter, des médicaments).

L'AIINB surveille les initiatives et les projets qui se déroulent partout au pays. À l'heure actuelle, aucune mesure n'a été prise pour accorder aux II le droit de prescrire de façon autonome dans la province. Les gens du Nouveau-Brunswick bénéficient déjà des services de nos IP en soins de santé primaires,

L'Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie

Énoncé de position : Sécurisation culturelle pour les membres des Premières nations, les Inuit et les Métis

Contexte

Les membres des Premières nations, les Inuit et les Métis occupent une place fondamentale dans l'histoire et l'avenir du Canada. Leur diversité et détermination sont exprimées de manière évidente dans leur nombreuses langues, cultures, pratiques, expressions artistiques et perspectives sur le monde contribuant ainsi au paysage autochtone sur lequel repose le Canada.

En tant qu'infirmières et infirmiers nous comprenons que la culture est bien plus que les croyances, pratiques et valeurs. Nous comprenons qu'il s'agit d'une structure socio-politique aux relations de pouvoir sous-jacentes, lesquelles ont été promulguées dans une optique relationnelle au cours de l'histoire. Il a été démontré que le manque de sécurisation culturelle entre le personnel infirmier et les patients engendre des résultats défavorables, des soins de piètre qualité et prive les patients de leurs droits. La sécurisation culturelle nous mène bien au-delà de la sensibilisation et de la reconnaissance des différences. Alors que les compétences culturelles portent sur les aptitudes, les connaissances et les attitudes des professionnels de la santé, la sécurisation culturelle, quant à elle, se concentre sur les écarts de pouvoir inhérents à la fourniture de soins de santé et vise à corriger les inégalités par le biais de l'éducation et des changements au sein de la pratique.

Les membres des Premières nations, les Inuit et les Métis du Canada occupent une place sociale, économique et politique unique fondée sur des antécédents historiques qui ont contribué à former des hiérarchies de pouvoir inégales au sein de la société canadienne. La santé des Autochtones est une problématique complexe qui reflète les désavantages historiques tels que le colonialisme, le racisme, les maladies introduites et l'imposition d'institutions culturelles et politiques entraînant la perte de territoire, de nourriture traditionnelle et de style de vie, les pensionnats et la séparation forcée de familles saines, la pauvreté, le chômage et les logements inadéquats.

Le travail infirmier en sidologie englobe les soins et traitements à une population très diversifiée d'hommes, de femmes et d'enfants des Premières nations, Inuit et Métis aux besoins à la fois uniques et à multiples facettes. Étant donné plusieurs facteurs sociaux, économiques et politiques, les Autochtones constituent un pourcentage proportionnellement élevé de tous les nouveaux cas de VIH diagnostiqués. Un aspect important pouvant favoriser l'amélioration de la santé chez les personnes des Premières nations, inuit et métisses, est la capacité des professionnels et des organismes de soins de santé à procurer des soins compétents et culturellement adaptés. En plus d'exiger des connaissances spécialisées sur les méthodes de traitement et de diagnostic complexes et en constante évolution, les infirmières et les infirmiers en sidologie doivent être également conscients du racisme, des relations de pouvoir et des répercussions négatives de l'exclusion sociale, des stéréotypes négatifs et de la victimisation sur la santé de leurs clients.

Le personnel infirmier doit travailler avec une méthode fondée sur les points forts avec tous leurs clients et communautés. La recherche, les données et les soins cliniques devraient être encadrés par l'individu ou par la communauté et présentés dans un langage reposant sur les forces afin d'éviter une stigmatisation accrue.

Afin de procurer l'expertise nécessaire dans les soins en sidologie culturellement adaptés, le personnel infirmier a besoin d'avoir plus que des compétences et des connaissances acquises dans les programmes de base en sciences infirmières. Il est généralement admis que les infirmières et les infirmiers ayant des connaissances et des compétences spécialisées sont plus efficaces et prodiguent des soins plus sécuritaires, plus adaptés et davantage empreints de compassion. Des soins en sidologie culturellement adaptés comprennent notamment :

Méthode fondée sur les points forts – Une méthode axée sur les points forts en soins infirmiers offre une base véritable permettant aux personnes de prendre leur santé et leur vie en mains de manière significative et durable. Le personnel infirmier devrait tenir compte des critères positifs des ressources et de la détermination de l'individu. Les membres des Premières nations, les Inuit et les Métis devraient être encouragés à jouer un rôle moteur dans leurs propres services de soins et à tirer parti de leurs ressources personnelles et communautaires de motivation et d'espoir.

Autoréflexion – Les infirmières et les infirmiers devraient réfléchir à leurs propres attitudes, croyances et expériences culturelles et comprendre mieux la notion de privilège et la manière dont le pouvoir est vécu, reçu et perçu dans la relation entre le personnel infirmier et le client.

Comprendre la théorie postcoloniale – Les infirmières et les infirmiers devraient comprendre la relation existante entre la colonisation, les pensionnats et les traumatismes historiques et générationnels et leurs répercussions sur les disparités et iniquités en matière de santé. Idéalement, cette formation et ces expériences devraient être menées par des personnes de descendance autochtone.

Un respect et un engagement global des membres des Premières nations, des Inuit et des Métis et de leurs cultures qui impliquent une communication efficace des membres des Premières nations, des Inuit et des Métis dans le cadre de la recherche et de la planification des services de soins de santé et dans la reconnaissance du caractère unique et de la diversité des communautés des Premières nations, inuit et métisses. Les données de recherche et les données sanitaires au niveau communautaire devraient être encadrées et appartenir aux membres des Premières nations, aux Inuit et aux Métis afin d'éviter de produire une stigmatisation accrue dans les communautés.

Reconnaître le savoir autochtone – Les infirmières et les infirmiers devraient comprendre que les systèmes d'information autochtones sont dynamiques, continuellement influencés autant par leurs propres expériences et créativité, que par leurs relations avec les systèmes externes. Le savoir autochtone est spécifique à chaque communauté, nation et famille. Les infirmières et les infirmiers devraient respecter la pratique et l'intégration en soins de santé de guérison traditionnelle, de médecine, de tradition orale, de savoir et de sagesse transmis oralement.

Énoncé de position

L'énoncé de position de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie est le suivant :

- Les membres des Premières nations, les Inuit et les Métis constituent une population diverse, vibrante qui contribue à la force, au courage et au savoir de nos communautés.
- Les membres des Premières nations, les Inuit et les Métis sont aux prises avec des obstacles à la santé et au bien-être en raison des effets d'une histoire de colonialisme et de racisme continu au sein de la société en générale et dans les soins de santé.
- Le racisme est un déterminant social de la santé qui doit être traité, exploré, contesté et changé en vue d'assurer que tous les soins soient culturellement adaptés.
- Qu'afin de procurer une prévention optimale, la promotion de la santé et des soins aux membres des Premières nations, aux Inuit et aux Métis, les infirmières et les infirmiers doivent acquérir le savoir et les compétences nécessaires en matière d'histoire autochtone, de colonialisme, de traumatismes générationnels et de pratiques de sécurisation culturelle.
- Les infirmières et les infirmiers reconnaissent que toutes leurs interactions avec les clients sont de nature biculturelle et qu'ils doivent comprendre leur rôle de « porteurs » de culture et examiner leurs propres réalités, attitudes et croyances.
- Les infirmières et les infirmiers doivent reconnaître le pouvoir qu'ils possèdent en tant que personnel infirmier et ses répercussions sur les autres ; la sécurisation culturelle est déterminée par la personne à qui nous prodiguons des soins.
- Les infirmières et les infirmiers devraient travailler en collaboration avec leur association pour identifier et traiter les problématiques susceptibles d'empêcher les clients d'avoir recours aux services.
- Les soins infirmiers devraient être entrepris autant que possible avec les commentaires du client et/ou quiconque identifié par le client comme faisant partie de sa communauté, de sa famille, ou de sa structure d'appui ou encore un(des) tiers important(s).
- Les infirmières et les infirmiers de soins en sidologie doivent s'engager envers un perfectionnement professionnel continu afin d'obtenir et de maintenir un niveau de compétences culturelles.
- Afin de maximiser les résultats des clients, les programmes de formation en sciences infirmières et les milieux de travail devraient faire tout leur possible pour recruter et garder des infirmières et infirmiers de descendance autochtone, inuit et métisse.

Pour consulter les références, aller à www.canac.org/Positions/Cultural Safety FPS.pdf

Échos du Conseil

suite de la page 9

Conseil d'administration. Veuillez communiquer avec Paulette Poirier, adjointe de direction-secrétairerie corporative, à ppoirier@aiinb.nb.ca ou au 506-459-2858 /1-800-442-4417.

97^e assemblée générale annuelle et Forum sur invitation

La 97^e assemblée générale annuelle et le Forum sur invitation ont eu lieu les 28 et 29 mai 2013 à l'hôtel Delta Fredericton. Environ 250 II ont assisté aux deux journées de réunion. Le rapport de l'auditeur et les faits saillants des activités en cours et futures ont été présentés.

Pour les membres intéressés, le rapport annuel de 2012, y compris le rapport de l'auditeur de 2012, est affiché sur le site Web de l'AIINB sous Au sujet de l'AIINB/Rapports annuels (www.aiinb.nb.ca).

Forum sur invitation :

Le visage changeant du professionnalisme

L'AIINB a tenu un forum sur invitation pour les membres et les intervenants afin de rappeler aux infirmières immatriculées

qu'elles sont censées faire preuve de présence professionnelle et donner l'exemple par leur comportement professionnel au travail. Les discussions ont montré notamment comment le professionnalisme peut interpellé les infirmières de multiples générations et influencer les réalités actuelles du milieu de travail dans le domaine des soins de santé. Les présentations sur vidéo sont affichées sur le site Web de l'AIINB.

Conseil d'administration 2013-2014

- Darline Cogswell, II, *présidente*
- Brenda Kinney, II, *présidente désignée*
- Chantal Saumure, II, *administratrice, Région 1*
- Jillian Lawson, II, *administratrice, Région 2*
- Amy McLeod, II, *administratrice, Région 3*
- Josée Soucy, II, *administratrice, Région 4*
- Linda LePage-LeClair, II, *administratrice, Région 5*
- Annie Boudreau, II, *administratrice, Région 6*
- Rhonda Shaddick, II, *administratrice, Région 7*
- Fernande Chouinard, *administratrice représentant le public*
- Wayne Trail, *administrateur représentant le public*
- Edward Dubé, *administrateur représentant le public*

Assurer l'avenir du rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée dans les provinces Maritimes

Par ELEANOR KENNY, GLORIA SMITH, MALLORY DROST ET MELISSA HILCHEY

Le rôle d'infirmière clinicienne spécialisée (ICS) est l'un des deux rôles en pratique avancée qui sont reconnus au Canada. Selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC, 2009), l'ICS détient une maîtrise ou un doctorat en sciences infirmières et possède une expertise dans une spécialité des soins infirmiers cliniques. Les responsabilités de l'ICS intègrent cinq composantes clés : clinicienne, consultante, enseignante, chercheure et chef de file (AIIC, 2009). La pratique des ICS a une incidence sur les soins aux patients, car elle assure la communication et la collaboration entre les trois sphères que sont le patient/la famille, les infirmières et la pratique infirmière d'une part, et l'organisation/le système d'autre part (Lewandowski et Adamle, 2009; Montgomery et Steinke, 2006). L'ICS a fait son apparition au Canada dans les années 1970 (AIIC, 2008), mais la progression de ce rôle a été plus lente dans les provinces Maritimes que dans le reste du Canada. L'autonomie et la flexibilité qui caractérisent la pratique de l'ICS lui permettent de s'adapter aux besoins toujours changeants du système de soins de santé (AIIC, 2009); mais c'est la nature complexe et dynamique du rôle qui rend ce rôle difficile à définir. Afin de mieux comprendre ce qu'est la pratique avancée et définir le rôle de l'ICS, les auteures ont communiqué, dans le cadre de leurs études supérieures à l'UNB durant la session d'hiver 2013, avec 11 ICS employées dans les Maritimes. Les observations et les rétroactions obtenues de ces ICS ont été regroupées et analysées en fonction de la littérature actuelle, et cette analyse a donné lieu à plusieurs stratégies qui pourraient appuyer la pratique de l'ICS dans les Maritimes.

L'évolution du rôle de l'ICS varie considérablement d'une province à l'autre dans les Maritimes. À l'heure

actuelle, il n'y a aucun poste d'ICS à l'Île-du-Prince-Édouard, et aucune mesure immédiate n'est prévue pour introduire ce rôle dans le système. Selon la perception des ICS dans la région de Halifax, l'avenir de l'ICS en Nouvelle-Écosse est prometteur; le nombre de postes d'ICS dans un large éventail de spécialités cliniques y augmente constamment depuis quelques années. Au Nouveau-Brunswick, la réalisation des entrevues avec les ICS a coïncidé avec la ratification d'une convention collective entre le Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick et le gouvernement du Nouveau-Brunswick, convention qui prévoit un nouveau système de classification. L'entente ne reconnaît pas la formation au niveau de la maîtrise ou du doctorat que doit avoir l'ICS. En conséquence, cette omission représente une menace ou un risque de perdre des postes auparavant réservés aux ICS dans la province. Le seul autre rôle en pratique infirmière avancée dans les Maritimes est celui d'infirmière praticienne (IP), rôle qui constitue une catégorie distincte et exclusive dans les conventions collectives au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse. Malgré l'absence apparente de représentation des ICS dans deux systèmes de classification provinciaux, les ICS des Maritimes reconnaissent la nécessité d'améliorer la compréhension que le public a de leur rôle et de mettre en lumière la valeur qu'elles peuvent représenter pour les patients, les organisations et le système de soins de santé dans son ensemble.

De nombreuses preuves documentaires montrent comment les ICS opérationnalisent leurs rôles en pratique avancée (Avery et coll., 2006; Bailey, Murphy et Porlock, 2011; Bergdahl, Benzein, Ternstedt et Andershed, 2011; Charbach, Williams et

McCormack, 2012; AIIC, 2009; Darmody, 2005; Ingleton, Chatwin, Seymour et Payne, 2011; Lewandowski et Adamle, 2009; Mayo et coll., 2011). L'information obtenue auprès des ICS dans les Maritimes présente de nettes similarités avec ce qu'on trouve dans les références susmentionnées au sujet du rôle et de l'expérience des ICS dans les provinces Maritimes. Il est important de souligner qu'un autre point qui rejoint la littérature mentionnée est que la majorité des ICS dans les Maritimes ont signalé que c'est au rôle de recherche qu'elles consacrent le moins de temps.

Également en accord avec cette littérature antérieure, les ICS reconnaissent que de nombreux résultats positifs découlent de la pratique de l'ICS, dont une amélioration de l'état de santé général, de l'état fonctionnel et de la qualité de vie et une satisfaction accrue des patients et des familles (Bryant-Lukosius, DiCenso, Browne et Pinelli, 2004), des hospitalisations plus courtes, des taux d'infection moins élevés et la promotion d'une pratique fondée sur des preuves et la promotion de la santé (Kleinpell, 2007), ainsi que l'élaboration de programmes qui sont adoptés à l'échelle provinciale ou nationale (Charbach et coll., 2012).

Les observations et les propos des ICS des Maritimes concordent aussi avec la littérature nationale et internationale à propos des obstacles à la pratique avancée; or, ces obstacles sont beaucoup plus nombreux que les facilitateurs. Parmi les obstacles à la pratique des ICS, mentionnons : un manque de compréhension du rôle; un manque de soutien pour la composante recherche du rôle; un manque de soutien de la part des parties prenantes clés, de l'administration et de l'organisation; l'invisibilité du rôle; les contraintes



financières; la culture et le programme de l'organisation (Bryant-Lukodius, 2010; Charbach et coll., 2012; Gerrish et coll., 2012; Krainovich-Miller et coll., 2009; LaSala et coll., 2007; Leary et coll., 2008; Lewandowski et Adamle, 2009). Les facilitateurs de la pratique de l'ICS sont : un rapport positif avec les patients, les infirmières et les autres professionnels de la santé; une visibilité parmi les infirmières de première ligne et les patients; un soutien de l'administration et de l'organisation au sein de laquelle elles travaillent (Avery et coll., 2006; Charbach et coll., 2012; Darmody, 2011). Les partenariats qui sont établis avec des individus, des groupes, des communautés, des organisations, des administrateurs et des parties prenantes sont considérés comme des facilitateurs de la pratique de l'ICS autant parmi les ICS des Maritimes que dans la littérature actuelle (AIIC, 2011; Interprofessional Education Collaborative, 2011; Charbach et coll., 2012).

Une synthèse des conversations tenues avec les ICS, des observations des ICS et de la littérature actuelle sur les ICS a donné lieu à des suggestions de stratégies visant à faire avancer la pratique de l'ICS dans les provinces Maritimes :

- La création de postes d'ICS qui sont fondés sur des données probantes et qui soutiennent les besoins des patients et du milieu de soins (Bryant-Lukosius et DiCenso, 2004; Bryant-Lukosius et coll., 2004). Afin de promouvoir un déploiement optimal du rôle de l'ICS, il est recommandé de suivre le processus PEPPA (processus participatif fondé sur des données probantes et centré sur le patient pour élaborer le rôle des infirmières en pratique avancée) ou un autre cadre de travail similaire.
- Il est nécessaire de procéder à une évaluation continue et à une surveillance à long terme de tous les postes d'ICS (Bryant-Lukosius et coll., 2004). En conséquence, les ICS actuellement en poste doivent mettre les descriptions de poste à jour en collaboration avec la direction de leur organisation afin que les buts du rôle soient convenus mutuellement et clairement définis.
- La composante recherche du rôle de l'ICS doit être renforcée afin d'y inclure deux types de recherche : de la recherche qui démontre la valeur du poste d'ICS en soulignant les résultats positifs au niveau de la personne, des soins infirmiers, de l'organisation et de façon générale (Bryant-Lukodius, 2010), et de la recherche qui intègre une pratique fondée sur des données probantes pour mieux soutenir une pratique efficace par les ICS (Bonis, 2009; Salmond, 2007).
- Le renforcement des partenariats avec les établissements d'enseignement, les intervenants gouvernementaux et les organisations infirmières aura comme effet de rehausser la composante recherche du rôle et de contribuer à l'affectation de fonds suffisants à la recherche (Dluhy et coll., 2007).
- Il faut des processus d'élaboration de politiques qui favorisent la pratique infirmière avancée et des politiques façonnées par l'expertise des infirmières en pratique avancée; l'ICS est bien placée pour faire entendre la voix des patients et des infirmières à la table d'élaboration des politiques de façon à créer une démarche ascendante pour l'élaboration de

+ page 36

Votre passerelle vers des ressources
informationnelles. Pour vous garder à jour,
crédibles, compétents et branchés.

ÊTES-VOUS
branchés?

...aux connaissances en soins infirmiers



L'institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada) est un organisme indépendant sans but lucratif. L'institut recueille et analyse les déclarations d'incidents et accidents liés à l'utilisation des médicaments et formule des recommandations pour améliorer la sécurité des patients.



Le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) offre des services de santé spécialisés et surspécialisés à une clientèle régionale et suprarégionale. L'ensemble de ces services contribue à l'enseignement, à la recherche et à l'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé.
www.chumontreal.qc.ca

Volume 12, numéro 7

Bulletin de l'ISMP Canada

Le 27 juin 2012

Déceler les lacunes à l'égard des connaissances sur l'HYDROmorphone

Plus tôt cette année, l'ISMP Canada a entrepris un sondage auprès des professionnels de la santé pour mieux comprendre l'importance des lacunes à l'égard des connaissances sur l'HYDROmorphone qui pourraient contribuer aux incidents médicamenteux liés à ce médicament. La participation au sondage a été massive. En effet, 4 399 répondants ont rempli le questionnaire en entier ou en partie et 3 476 d'entre eux ont répondu aux questions sur l'évaluation des connaissances. Les réponses nous sont parvenues de toutes les provinces et de tous les territoires, de la part de participants exerçant dans des domaines où ils sont susceptibles de prescrire, de délivrer, de préparer et d'administrer l'HYDROmorphone ou encore d'en surveiller les effets. Le présent bulletin décrit le contexte dans lequel s'inscrit le sondage sur l'HYDROmorphone et fournit un aperçu des principales conclusions que l'on peut en tirer.

Pourquoi effectuer un sondage sur l'HYDROmorphone?

L'HYDROmorphone est l'un des trois principaux médicaments impliqués dans des accidents associés à des préjudices ayant été volontairement déclarés auprès de l'ISMP Canada¹. Au 30 juin 2011, le nombre d'accidents déclarés impliquant l'HYDROmorphone et ayant entraîné des préjudices ou un décès s'élevait à 160. Même si l'on ne peut déterminer le taux d'incidence réelle à partir de déclarations volontaires, le nombre d'accidents préjudiciables liés à l'utilisation des médicaments impliquant l'HYDROmorphone incite à porter une attention particulière à ce médicament.

L'HYDROmorphone est un puissant analgésique de la classe des opioïdes agissant sur le système nerveux central qui est utilisé pour soulager la douleur d'intensité modérée à grave^{2,3}. Ses effets indésirables sont similaires à ceux que l'on associe à d'autres puissants analgésiques opioïdes comme la morphine et le fentanyl, la dépression respiratoire représentant la principale préoccupation liée à l'usage de tels médicaments.

Administrée par voie orale ou par injection, l'HYDROmorphone est environ de quatre à sept fois plus puissante que la morphine^{2,3}. Toute confusion entre ces deux médicaments peut donc entraîner des conséquences désastreuses pour le patient, y compris la mort. Une revue des accidents liés à l'HYDROmorphone qui ont été déclarés à l'ISMP Canada, l'HYDROmorphone et la morphine, suggère aux analystes de l'organisme que les professionnels de la santé ne saisissent pas

bien la différence qui existe entre les deux médicaments au chapitre de la puissance⁴.

Contexte du sondage

L'ISMP a déterminé qu'une évaluation des connaissances des médecins, du personnel infirmier et des pharmaciens sur l'utilisation et l'administration de l'HYDROmorphone s'imposait pour déceler les éventuelles lacunes et que le type et l'ampleur de toute lacune décelée pourraient aider à planifier les interventions visant à réduire les préjudices liés à ce médicament. Le format électronique a été sélectionné pour réaliser le sondage afin de favoriser sa diffusion et donc de maximiser sa portée auprès des intervenants de diverses disciplines. Plusieurs experts-conseils ont participé à l'élaboration du sondage, qui a ensuite été mis à l'essai par les membres du personnel infirmier d'un service de santé régional. La version définitive du sondage comprenait 10 questions sur des données démographiques, 19 questions d'évaluation des connaissances et une question à propos de la fréquence du recours à l'HYDROmorphone dans le cadre du travail du répondant. Les questions du sondage portaient sur les propriétés pharmacologiques de l'HYDROmorphone, ses indications, ses effets indésirables, sa posologie habituelle, le calcul des doses et la différence qui existe entre l'HYDROmorphone et la morphine sur le plan de la puissance.

Le Sondage d'évaluation sur la connaissance de l'HYDROmorphone a été lancé dans le cadre de deux webinaires présentés à l'échelle nationale en février 2012, dont l'un était en anglais (le 9 février 2012) et l'autre en français (le 16 février 2012). Le sondage en ligne a été accessible jusqu'au 4 mars 2012. Après cette date, un lien menant aux questions et aux réponses du sondage était affiché sur le site de l'ISMP Canada (accessible à l'adresse http://www.ismp-canada.org/education/webinars/20120217_hydromorphone_FR/reponsec.pdf

Aperçu des résultats du sondage

Des 4 399 répondants, 3 476 (79 %) ont répondu aux questions sur l'évaluation des connaissances. De ces 3 476 répondants, 2 169 (62,4 %) étaient membres du personnel infirmier, 968 (27,8 %) étaient pharmaciens et 299 (8,6 %) étaient médecins. Quarante (1,2 %) autres répondants ont indiqué que leurs principales fonctions relevaient d'un autre secteur (p.ex. ergothérapie, travail social et services paramédicaux) (Tableau 1).

Tableau 1 : Résultats du sondage d'évaluation sur la connaissance de l'HYDROmorphone, par type de professionnel

	Nombre de répondants (%)	Résultat moyen aux questions visant à évaluer les connaissances (%)
Personnel infirmier	2 169 (62,4)	72,5
Pharmaciens	968 (27,8)	78,8
Médecins	299 (8,6)	81,7
Autres	40 (1,2)	65,6
Total	3 476 (100)	75

Principales conclusions

- La majorité des fournisseurs de soins de santé appartenant aux catégories du personnel infirmier, des pharmaciens et des médecins (3 023 des 3 436, soit 87,9 %), ont répondu correctement à la question portant sur la *différence de puissance*, en reconnaissant que l'HYDROmorphone à 1 mg a un effet approximativement égal à celui de la morphine à 5 mg. Une plus grande proportion des répondants (3 270 des 3 436, soit 95,2 %) a correctement choisi la réponse suivante au sujet de la morphine et de l'HYDROmorphone : « Les deux sont des narcotiques qui sont utilisés dans le traitement de la douleur, mais leur dosage est différent. »

Toutefois, les réponses incorrectes données par le reste des répondants (166 des 3 436, soit 4,8 %) suggèrent que le lien entre la morphine et l'HYDROmorphone n'est pas clair pour tous. Plus précisément, 147 répondants (4,3 %) ont choisi la réponse : « Les deux médicaments sont complètement différents et ont des usages différents », 10 répondants (0,3 %) ont choisi la réponse : « L'HYDROmorphone est une "version diluée" de la morphine », 6 répondants (0,2 %) ont choisi la réponse suivante : « La morphine est la marque de commerce pour l'HYDROmorphone » et enfin, 3 répondants (0,1 %) ont choisi l'énoncé : « L'HYDROmorphone est la marque de commerce pour la morphine ». Ces réponses incorrectes ne laissent croire à aucune tendance particulière liée à l'appartenance des répondants à l'une des disciplines, celles-ci étant toutes représentées dans le groupe des réponses incorrectes.

- Dans toutes les disciplines, les résultats les plus faibles ont été enregistrés pour les questions liées aux *propriétés pharmacologiques* de l'HYDROmorphone, particulièrement celles qui portaient sur le délai d'action, l'effet de pointe et la durée d'action des diverses formulations à libération lente et à libération immédiate, de même que sur le lien entre ces propriétés, la surveillance des patients et la prise de médicaments de secours.
- L'avant-dernier rang revient aux réponses fournies à la question sur le calcul des doses. Cette lacune était

plus importante chez les membres du personnel infirmier. La question consistait à calculer le volume d'HYDROmorphone approprié à administrer par voie intraveineuse à un enfant alors que l'on disposait de la formulation parentérale à plus faible teneur offerte au Canada, soit l'HYDROmorphone à 2 mg/mL en ampoule de 1 mL. Il s'agit là d'une question importante, car la dose de départ pour une personne n'ayant jamais été traitée au moyen d'un opioïde, même dans le cas d'un adulte, est de moins d'une ampoule de la formulation à 2 mg/mL. Il est intéressant de noter que certains répondants ont ajouté un commentaire soulignant qu'ils ne pouvaient pas répondre à cette question puisqu'ils ne travaillaient pas avec des patients en pédiatrie.

- Les autres aspects pour lesquels les résultats ont été faibles comprenaient les suivants :
 - capacité à déterminer la tolérance aux opioïdes (toutes les disciplines);
 - reconnaissance du fait que les patients obèses *ne requièrent pas* des doses plus importantes d'HYDROmorphone (toutes les disciplines);
 - reconnaissance du fait que les patients atteints de maladies pulmonaires obstructives chroniques requièrent des doses plus faibles d'HYDROmorphone (toutes les disciplines);
 - reconnaissance du fait que les patients qui prennent une benzodiazépine requièrent des doses plus faibles d'HYDROmorphone (personnel infirmier et pharmaciens);
 - reconnaissance du fait que les patients âgés requièrent des doses plus faibles d'HYDROmorphone (personnel infirmier et pharmacie);
 - connaissance du facteur de conversion permettant d'obtenir une dose d'hydromorphone pour administration par voie parentérale équivalente sur le plan de l'analgésie à une dose d'HYDROmorphone pour administration orale (personnel infirmier);
 - distinction entre les effets indésirables et les allergies (p. ex., comprendre que la manifestation d'un effet indésirable n'écarte pas la possibilité d'utiliser la morphine) (toutes les disciplines);
 - reconnaissance des signes et des symptômes d'une surdose (médecine).

Les réponses à plusieurs questions ont fait l'objet d'une analyse plus poussée afin de déterminer s'il existe une relation quelconque entre la sélection de la réponse appropriée et les années d'expérience d'un répondant ou le domaine dans lequel il exerce. Pour la plupart des questions, aucune relation claire n'a pu être établie avec l'un ou l'autre de ces facteurs. Par exemple, le nombre de réponses incorrectes a été légèrement plus élevé chez les répondants des soins de longue durée, qui, pourrait-on croire, constituent un groupe susceptible d'utiliser moins fréquemment l'HYDROmorphone que les professionnels des soins de courte durée. Par contre, la majorité des répondants des soins de longue durée ont déclaré qu'ils utilisaient l'HYDROmorphone plus fréquemment que la morphine ou qu'ils l'utilisaient exclusivement.

Prochaines étapes

Le taux de participation à la fois au sondage d'évaluation sur la connaissance de l'HYDROmorphone et aux webinaires qui visaient à présenter le projet témoigne du grand intérêt pour la gestion sécuritaire de l'HYDROmorphone au sein de toutes les disciplines et dans tous les contextes de soins de santé. L'ISMP Canada a reçu de nombreux commentaires positifs à l'égard du projet. Plusieurs organismes ont indiqué leur souhait de recourir au sondage et à ses conclusions locales dans le cadre de leurs programmes de formation.

L'ISMP Canada s'engage à travailler à la mise au point de stratégies visant à améliorer l'utilisation sécuritaire de

l'HYDROmorphone et d'autres opioïdes. Nous effectuons actuellement une analyse globale des accidents liés à l'usage de l'HYDROmorphone qui ont été déclarés volontairement et qui ont pour facteurs contributifs les lacunes des connaissances des professionnels. Nous travaillons également à la planification d'un projet de démonstration visant à soutenir et à évaluer la mise en œuvre de stratégies précises de gestion sécuritaire de l'HYDROmorphone.

Conclusion

Nous espérons que la diffusion des principales conclusions du sondage pourra aider les établissements de soins de santé et les praticiens canadiens à examiner les processus en vigueur au sein de leurs organismes dans le cadre desquels des lacunes de connaissances sur l'HYDROmorphone pourraient donner lieu à une augmentation du risque d'erreur. L'ISMP Canada aimerait bien connaître les idées de personnes ou d'organismes ou les résultats obtenus grâce à des mesures déjà en place afin de mieux comprendre les problèmes décelés et d'améliorer l'utilisation sécuritaire de l'HYDROmorphone et d'autres opioïdes (par courriel à l'adresse emirps@ismp-canada.org ou par téléphone au 1 866 54-ISMP [1 866 544-7672]).

Le rapport complet sur le sondage, y compris une discussion sur ses limites, est accessible à l'adresse suivante : http://www.ismp-canada.org/download/miscpub/ISMPCanada_HYDROmorphoneKnowledgeAssessmentSurveyReport_2012June.pdf.

Remerciements

L'ISMP Canada remercie sincèrement :

- Tous ceux qui ont participé au sondage d'évaluation sur la connaissance de l'HYDROmorphone. Vos réponses sont précieuses et permettront de soutenir nos efforts visant à améliorer la sécurité des patients traités à l'HYDROmorphone.
- Tous ceux qui ont diffusé le sondage d'évaluation sur la connaissance de l'HYDROmorphone au sein de leurs organismes et de leurs réseaux de soins de santé, permettant ainsi d'augmenter sa portée.

L'ISMP Canada remercie aussi spécialement les personnes et les groupes suivants pour leur contribution (en ordre alphabétique) :

- Les experts-conseil : Jocelyn Brown, inf. aut., BA, B.Sc.N., MN, infirmière clinicienne spécialisée en soins palliatifs, Princess Margaret Hospital, Toronto (Ontario); Paul Filiatrault, RPh, B.Sc. (Pharm.), chef, Utilisation sécuritaire des médicaments, Interior Health Region, Kelowna (Colombie-Britannique); Alex Ho, M.D., FRCPC, Service d'anesthésie, St. Michael's Hospital, Toronto (Ontario); Sandra Knowles RPh, pharmacienne spécialiste en utilisation sécuritaire des médicaments, Service de la pharmacie, Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto (Ontario); Salima Ladak, inf. aut., Service du traitement de la douleur aiguë, Toronto General Hospital et coordonnatrice, University Health Network Pain Advanced Practice Nurses Committee, Toronto (Ontario); Patti Madorin RPh, ACPR, B.Sc. (Pharm.), Pharmacienne, Service de sécurité des patients, Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto (Ontario).
- Les personnes et organismes qui ont fourni la documentation utilisée dans la préparation du sondage : Matt Fricker, ISMP (États-Unis); Daniel Lalor, Clinical Excellence Commission, New South Wales, Australie; Sunnybrook Health Sciences Centre et University Health Network, Toronto (Ontario).
- Linda Poloway B.Sc. (Pharm.) FCSHP, chef de projet pour la présente initiative; Lori Taylor, inf. aut., B.Sc.N., candidate à la maîtrise en soins infirmiers et gestionnaire de projet, Corporate Nursing, University Health Network, Toronto (Ontario) et Ian Trimble, B.Sc. (Pharm.), ACPR, candidat au doctorat en pharmacie, Vancouver Island Health Authority, Victoria (Colombie-Britannique), qui ont tous deux participé à cette initiative dans le cadre de leurs études supérieures.
- Les infirmières de la Saskatoon Health Region, qui ont réalisé un essai pratique du sondage.

L'ISMP Canada tient également à remercier Santé Canada de son soutien financier pour ce projet spécial.

Mission possible

suite de la page 26

paroles ou vos gestes. L'erreur est humaine, et le fait de s'excuser pour ses erreurs démontre un engagement envers le savoir-vivre dans le milieu de travail.

En plus d'être un facteur de stress dans un système de soins de santé déjà rempli de stress, le manque de savoir-vivre ne donne jamais de résultats positifs et est souvent préjudiciable à la santé physique et mentale. Il incombe aux employeurs, aux gestionnaires et au personnel de première ligne en soins de santé, de s'employer activement à freiner la propagation du manque de savoir-vivre. Le savoir-vivre est un moyen par lequel les individus peuvent avoir une influence proactive sur eux-mêmes, l'environnement de travail et les bénéficiaires des soins.

Un webinaire intitulé

« Mission possible :

**recommandations pour
choisir le savoir-vivre » est
prévu pour le 16 octobre.**

**Veuillez vous inscrire en
envoyant un courriel à
aiinb@aiinb.nb.ca.**

RÉFÉRENCES

- Leiter, M. P, S. L. Price et H. K. Spence
Laschinger. Generational differences in
distress, attitudes and incivility among
nurses. *Journal of Nursing Management*, 2010,
18, 970-980.
- Lower, J. Civility starts with you. *American Nurse
Today*, 2012, 7 (5), 21-22.
- Oore, D. G., D. LeBlanc, A. Day, M. P. Leiter, , H.
K. Spence Laschinger, S. L. Price et M.
Latimer. When respect deteriorates: Incivility
as a moderator of the stressor-strain
relationship among hospital workers. *Journal
of Nursing Management*, 2010, 18, 878-888. ■



Fondation des infirmières
et infirmiers du Canada

PRÉSENTEZ VOTRE CANDIDATURE À DES BOURSES D'ÉTUDES !

La FIIC appuie l'éducation en soins
infirmiers à l'aide de...

- BOURSES D'ÉTUDES (au niveau du
baccalauréat, de la maîtrise et du doctorat)
- BOURSES DE CERTIFICATION

PARTICIPEZ À LA RECHERCHE !

La FIIC appuie la recherche en soins
infirmiers à l'aide de...

- Programme de partenariats pour la
recherche sur les soins infirmiers
- Compétition sur les lignes directrices sur
les pratiques exemplaires.
- Programme de recherche sur les
techniques de soins

FAITES UN DON !

Appuyez les bourses et la recherche en soins
infirmiers, aujourd'hui et dans l'avenir.

POUR NOUS
JOINDRE ..

Jacqueline Solis
Coordonnatrice de la Fondation
50, rue Driveway, Ottawa (Ontario) K2P 1E2
613-237-2159 poste 242
info@cnf-fiic.ca • www.cnf-fiic.ca

Le droit de prescrire des II

suite de la page 28

qui posent des diagnostics et prescri-
vent des traitements pour les clients
dont elles s'occupent. Leur champ
d'exercice est vaste et va beaucoup plus
loin que le cadre prescrit/limité qui est
proposé ailleurs pour les II. De plus,
l'utilisation de directives, bien que
celles-ci ne soient pas des ordonnances
infirmières, permet aux II du Nouveau-
Brunswick de soutenir les soins aux
clients en faisant des interventions en
temps opportun et fondées sur des
preuves (p. ex., vaccination, ajustement
de la dose d'insuline).

Avant d'envisager toute modification
au champ d'exercice des II du Nouveau-
Brunswick, l'AIINB est d'avis qu'une
analyse approfondie des lacunes doit
avoir lieu pour déterminer si des
résultats positifs pour la santé peuvent
être obtenus en accordant aux II un droit
de prescrire limité. Avons-nous besoin
maintenant que les II puissent rédiger
des ordonnances? ■

Assurer l'avenir du rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée

suite de la page 32

politiques publiques favorables à la
santé (Exworthy, 2008).

- Il faut des outils de communication
et de formation qui informent le
public, les décisionnaires, les
administrateurs et les autres
professions au sujet de l'apport
valable du rôle de l'ICS. Les ICS
devraient envisager de s'engager
dans des campagnes visant à mieux
faire comprendre leur rôle; une
initiative semblable à l'initiative
canadienne sur les IP de 2004 serait
bénéfique. Grâce à cette initiative, les
IP ont pu faire la démonstration de
leur valeur auprès des gouverne-
ments, des parties prenantes et du
grand public; elles se sont acquies un
soutien et ont solidement ancré leur
rôle dans le système de soins de santé
(AIIC, 2008).
- Les ICS doivent faire pression pour
avoir un organisme de réglementa-
tion propre aux ICS qui contribuera à
protéger l'avenir du rôle et qui
soutiendra et favorisera la com-
préhension du rôle et de la valeur de
son apport aux soins de santé.

En conclusion, les progrès concernant
l'ICS sont lents dans les provinces
Maritimes, et les forces politiques
actuelles sous la forme de conventions
collectives et de systèmes de classifica-
tion des emplois menacent d'anéantir
les progrès réalisés jusqu'à présent. La
littérature nationale et internationale a
prouvé la valeur de l'ICS ailleurs, ce qui
peut aussi s'appliquer aux provinces
Maritimes puisque le rôle y est opéra-
tionnalisé de la même façon que dans
d'autres régions du pays. Les stratégies
décrites visent à préserver et à élargir le
rôle de l'ICS dans les Maritimes. Il faut
prendre des mesures immédiates pour
protéger l'avenir de l'ICS dans la région,
et l'implication des ICS, des associations
provinciales et nationales, des diri-
geants organisationnels et des
intervenants gouvernementaux est
essentielle pour faire de l'ICS une chef
de file de grande valeur dans le système
de soins de santé.

Pour consulter les références, aller à
www.nanb.nb.ca/downloads/Clinical_Nurse_Specialist_References_F.pdf. ■

Introduction à la télésanté

Programme de perfectionnement professionnel en ligne
pour les professionnels de la santé

Offert de septembre à décembre 2013

Six bonnes raisons pour suivre ce programme

1. Connaître l'origine de la télésanté.
2. Acquérir ou mettre à jour les connaissances technologiques liées à la télésanté.
3. Connaître les pratiques qui peuvent favoriser l'accessibilité aux soins de santé aux personnes vivant en régions éloignées.
4. Apprendre des stratégies pour encourager le réseautage, le partage de ressources et d'informations entre divers milieux.
5. Aider au développement des services de télésanté à des fins cliniques, éducationnelles et administratives.
6. Découvrir les tendances en télésanté.



« Ce contenu est pertinent à mon domaine puisque je travaille en collaboration avec le programme télénéphro et il est très intéressant de comprendre le développement de la télésanté et son environnement. J'apprécie beaucoup la stratégie pédagogique utilisée. Je trouve que les sections "vérifier vos apprentissages" sont bien développées. De plus, les objectifs nous indiquent bien les informations qui sont importantes dans chacune des sections. »

Karelle Robichaud
Moncton (Nouveau-Brunswick)

Renseignements et inscription

www.umoncton.ca/telesante

(506) 858-4659

edperm@umoncton.ca



UNIVERSITÉ DE MONCTON
EDMUNDSTON MONCTON SHIPPAGAN

Éducation permanente

Le développement de ce cours a été rendu possible grâce à une contribution financière de Santé Canada.



Care to Be the Best

Avoir l'excellence à cœur

Application Periods

Exam Date ➤ April 5, 2014

Initial Certification ➤ September 3 to November 6, 2013

Certification Renewal* ➤ September 3 to December 2, 2013

* Applies to CNA-certified nurses whose certification term ends in April 2014.

Périodes de présentation des demandes de certification :

Date de l'examen ➤ Le 5 avril 2014

Certification initiale ➤ du 3 septembre au 6 novembre 2013

Renouvellement de la certification* ➤ du 3 septembre au 2 décembre 2013

* S'adresse aux infirmières et infirmiers certifiés de l'AIIC dont la certification se termine en avril 2014.

2014

Apply Online ➤ getcertified.cna-aiic.ca

Faites une demande en ligne
➤ obtenircertification.cna-aiic.ca

A product of the
Canadian Nurses Association



Un produit de l'Association
des infirmières et infirmiers du Canada

La webinaire de la SPIIC
L'infirmière,
la documentation
clinique et
le droit



le 25 septembre
Enregistrez-vous aujourd'hui!
www.spiic.ca

Heures d'ouverture et dates importantes

Heures d'ouverture du bureau de l'AIINB : du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30

LE BUREAU SERA FERMÉ		DATES IMPORTANTES	
le 14 octobre	Action de Grâce	du 16 au 18 octobre	Conseil d'administration de l'AIINB
le 11 novembre	Jour de Souvenir	le 1 ^{er} décembre	Date limite administrative du renouvellement de l'immatriculation
du 25 au 27 décembre	Fête de Noël	le 31 décembre	Date limite du renouvellement de l'immatriculation
le 1 ^{er} janvier	Jour de l'An		



CERTIFICATION DE L'AIIC

dans des spécialités infirmières

Décernée par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), la certification dans les spécialités infirmières (compétences) fait partie d'un programme de certification national respecté qui aide les infirmières immatriculées (II) à se tenir à jour en vérifiant leurs connaissances et leurs compétences spécialisées dans leur domaine. Il s'agit d'un programme volontaire qui permet aux II d'ajouter aux bases solides que constituent leur immatriculation à titre d'II et l'expérience clinique acquise dans leur spécialité.

La certification a pour objectif :

1. de promouvoir l'excellence des soins infirmiers par l'établissement de normes d'exercice nationales dans les spécialités infirmières;
2. de permettre aux praticiennes de confirmer qu'elles sont compétentes dans une spécialité;
3. de distinguer, par un titre reconnu, les II qui respectent les normes nationales de leur spécialité.

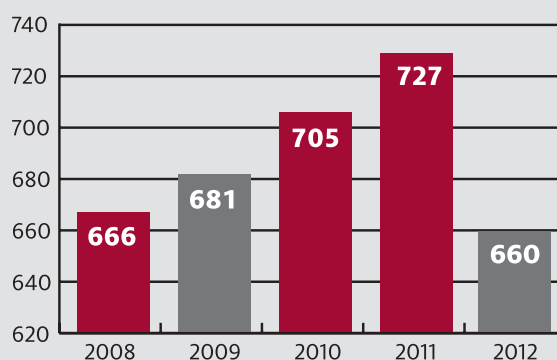
TABLEAU 1 Nombre d'II du Nouveau-Brunswick détenant une certification de l'AIIC en 2012

Soins cardiovasculaires	60
Santé communautaire	**
Soins intensifs	41
Soins intensifs en pédiatrie	0
Soins d'urgence	67
Stomathérapie	*
Gastroentérologie	10
Gérontologie	57
Soins palliatifs	44
Néphrologie	35
Sciences neurologiques	29
Santé au travail	12
Oncologie	58
Orthopédie	26
Périnatalité	55
Soins périopératoires	55
Psychiatrie/santé mentale	60
Réadaptation	11
Médecine-chirurgie	23
Total	660

* Information supprimée pour protéger la vie privée (1 à 4 dossiers)

**Information supprimée pour protéger la vie privée (5 dossiers ou plus)

FIGURE 1 Inscriptions par année



La certification indique aux patients, aux employeurs, au public et aux organismes de réglementation professionnelle que l'infirmière immatriculée certifiée est qualifiée et possède la compétence et les connaissances les plus récentes exigées dans son domaine de spécialité infirmière. L'AIIC offre la certification dans 19 spécialités de la profession infirmière.

En juillet 2013, on comptait 660 certifications valides de l'AIIC dans 19 spécialités et domaines de la pratique infirmière. La figure 1 illustre le nombre d'II certifiées pour la période 2008-2012 au Nouveau-Brunswick.

Pour obtenir d'autres renseignements ou s'inscrire au prochain examen de certification de l'AIIC, veuillez consulter le site Web de l'AIIC à www.cna-aiic.ca ou téléphoner au 613-237-2133/1-800-361-8404.

Les renseignements contenus dans cet article ont été fournis par le service des politiques de réglementation de l'AIIC (2013).

RÉFÉRENCE

Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Service des politiques de réglementation*, 2013.

VOUZ AVEZ DEMANDÉ

.....

En tant qu'infirmière immatriculée (II), que dois-je considérer avant d'établir une relation thérapeutique infirmière-client avec un membre de ma famille?

Établir une relation thérapeutique infirmière-client avec un membre de sa famille peut poser des défis. La relation thérapeutique infirmière-client diffère d'une relation non professionnelle ou d'une relation personnelle en ce que, dans une relation thérapeutique, ce sont les besoins du client qui priment. De par la nature de la relation infirmière-client, il n'est pas recommandé de maintenir à la fois une relation thérapeutique et une relation personnelle avec le client. L'II doit toujours divulguer l'existence de liens personnels avec un client pour que d'autres dispositions soient prises en matière de soins et qu'elle puisse se retirer de l'équipe de soins. Il arrive cependant qu'il n'y ait pas de solution de rechange et que l'II doive fournir des soins à des membres de sa famille (par exemple, une II qui travaille dans une petite communauté). Dans de telles situations, l'II doit réfléchir soigneusement sur sa capacité de maintenir son objectivité si elle décide d'établir une relation thérapeutique infirmière-client avec un membre de sa famille et se demander si cette relation pourrait nuire à sa capacité de répondre à ses besoins en matière de soins. Elle doit aussi s'assurer que le fait de dispenser des soins à un membre de sa famille ne nuit pas au soin des autres clients ou à la dynamique de l'équipe des soins de santé. Avant de prendre sa décision, l'II devrait discuter de la situation avec ses collègues et son employeur. Certains employeurs peuvent avoir des politiques concernant la prestation de soins

infirmiers à des membres de sa famille.

Les *Normes d'exercice pour les infirmières immatriculées* (2012) de l'AIINB précisent que l'II *initie, maintient et conclut la relation thérapeutique infirmière-client*. De plus, le document intitulé *La relation thérapeutique infirmière-client : Norme d'exercice de l'AIINB* décrit les exigences particulières qui s'appliquent à la relation

.....

Avant de fournir des services infirmiers à un membre de sa famille, l'II doit réfléchir soigneusement sur sa capacité de maintenir son objectivité lors de la prestation des soins et se demander si la relation nuit à sa capacité de répondre aux besoins des autres clients.

.....

infirmière-client. Toutes ces attentes s'appliquent, quelle que soit la situation. C'est en gardant cela à l'esprit que la décision doit être prise d'établir ou non une relation thérapeutique avec un membre de sa famille. Enfin, l'II doit, pour décider si elle offrira ou non des services infirmiers à un membre de sa famille, prendre en considération les éléments suivants : *le consentement, les limites professionnelles, la confidentialité et la relation infirmière-client*.

Le consentement

Le consentement protège le droit du client de participer au processus décisionnel éclairé concernant ses soins de santé. Donner, refuser ou retirer son

consentement à des soins, à des traitements ou à une recherche est une étape importante du consentement éclairé. L'II doit reconnaître que certains clients (membres de sa famille) ne se sentiront pas à l'aise d'être soignés par une personne avec laquelle ils sont apparentés. Le client doit être avisé que toutes les options ont été explorées et que, pour l'instant, la seule personne qui peut fournir les soins est l'II qui est membre de sa famille.

Les limites professionnelles

Il peut être particulièrement difficile pour l'II de maintenir des limites professionnelles lorsqu'elle établit une relation thérapeutique avec un membre de sa famille. Lorsqu'un membre de sa famille devient un client, l'II doit clairement indiquer, de manière ouverte et transparente, que la relation doit passer d'une relation personnelle à une relation professionnelle. L'II doit aussi se demander comment elle pourra maintenir les limites, que ce soit au sein de la relation infirmière-client officielle ou en dehors de la relation thérapeutique (p. ex., à la maison ou dans des rencontres sociales), une fois que l'épisode de soins est terminé. La norme d'exercice *La relation thérapeutique infirmière-client* (l'AIINB, 2010) décrit les comportements professionnels attendus de l'II en ce qui a trait au maintien de limites dans les relations avec les clients.

La confidentialité

Un aspect essentiel à considérer avant de prendre la décision de soigner un

Vous déménagez pour la première fois? N'oubliez pas votre assurance locataire

L'assurance locataire n'est peut-être pas une priorité pour les gens qui s'apprêtent à déménager pour la première fois. Selon un sondage TD Assurance, 39 % des locataires canadiens âgés de moins de 35 ans n'ont pas d'assurance locataire.

« Un grand nombre de diplômés récents et de jeunes présument qu'ils n'ont pas besoin d'assurance locataire parce que la valeur de leurs biens ne justifie peut-être pas une protection, explique Sylvie Demers, présidente, groupe Marché de l'affinité, TD Assurance. Vous ne possédez peut-être pas de bijoux ni de meubles de prix, mais pensez au coût de remplacement de votre ordinateur portable. L'assurance locataire représente un moyen économique de vous procurer une protection adéquate en cas d'imprévu. » Mme Demers donne ici quelques conseils pratiques sur les points à considérer dans l'achat d'une assurance locataire.

- **Recherchez les bonnes occasions et les moyens de réduire vos coûts :** L'achat d'une assurance auto et d'une assurance locataire après du même assureur ou par l'entremise d'une association d'étudiants ou de diplômés donne souvent droit à des rabais attrayants. Une prime d'assurance locataire ne coûte pas forcément plus cher que deux billets de cinéma et elle procure la tranquillité d'esprit en cas d'imprévu.
- **Procurez-vous une assurance responsabilité civile :** Beaucoup de gens ne se rendent pas compte qu'ils peuvent être tenus responsables si quelqu'un se blesse sur leur propriété. Si votre propriétaire ne met pas de sel dans l'entrée extérieure pendant l'hiver et que quelqu'un trébuche, il peut être taxé de négligence. Cependant, si quelqu'un perd pied dans votre appartement parce que vous n'avez pas essuyé une flaque, vous pouvez être tenu responsable des frais médicaux, de la rémunération perdue et des dommages-intérêts pour préjudice moral.
- **Familiarisez-vous avec votre protection :** Assurez-vous de bien connaître la franchise de votre assurance locataire (c'est-à-dire le montant que vous assumerez si vous présentez une demande d'indemnisation) et d'en être satisfait, et sachez si votre police offre une protection à la valeur au jour du sinistre ou à la valeur à neuf de vos biens. Il serait bon de communiquer à votre assureur la liste des articles qui présentent une valeur particulière – comme les bijoux, les ordinateurs ou les instruments – car il se peut qu'une protection distincte soit nécessaire.
- **Vaut-il la peine de prendre des risques? :** Les probabilités que quelque chose se produise sont tellement faibles qu'il n'est pas nécessaire de s'assurer. Voici quelques erreurs et problèmes courants qui sont généralement couverts par une assurance locataire :
 - les introductions par effraction;
 - les dommages causés accidentellement à la propriété d'un voisin ou à celle du propriétaire à l'occasion d'une fête;
 - les dégâts causés par le gel et l'explosion de la tuyauterie parce que vous avez omis de fermer l'eau avant de partir pour le congé des Fêtes.

membre de sa famille est la confidentialité. Selon les *Normes d'exercice pour les infirmières immatriculées* (2012), l'II doit respecter la vie privée du client et protéger la confidentialité des renseignements le concernant. Dans le contexte de la relation thérapeutique avec un membre de la famille, l'II possèdera des renseignements personnels sur la santé du client qu'elle n'aurait peut-être pas connus en tant que membre de la famille. L'II doit protéger

la confidentialité des renseignements obtenus dans le cadre d'une relation thérapeutique et éviter de communiquer cette information à quiconque ne fait pas partie de l'équipe des soins de santé. Une II qui participe aux soins d'un membre de sa famille doit réfléchir soigneusement à la manière dont elle pourra assurer la confidentialité et éviter de révéler de l'information au sujet du client à d'autres membres de la famille, même après la conclusion de la relation

thérapeutique infirmière-client. Il est important de connaître les responsabilités juridiques et professionnelles ainsi que les politiques de l'employeur qui traitent de la confidentialité des renseignements sur les clients.

La relation infirmière-client

Une relation thérapeutique infirmière-client prend fin lorsque l'épisode de

DU 25 AU 27 SEPTEMBRE 2013

Symposium sur l'excellence des soins aux aînés à York Foundation

- Journey Wesleyan Church, Fredericton (N.-B.)
- » <http://yorkfoundation.ca/upcoming-events>

DU 2 AU 4 OCTOBRE 2013

Association canadienne des infirmières et infirmiers en pratique avancée Congrès 2013

- The Westin Nova Scotian, Halifax (N.-É.)
- » www.caapn.com/PDF/Biennial_Conference.pdf

DU 2 AU 4 OCTOBRE 2013

Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale - Congrès national 2013

Mental Health Nursing...A Journey of Collaboration, Culture and Change

- Okanagan Grand Resort Hotel, Kelowna (C.-B.)
- » <http://cfmhn.ca/content/cfmhn-2013-national-conference>

LES 3 ET 4 OCTOBRE 2013

5^e Colloque sur le cancer du sein

- Four Point by Sheraton, Edmundston (N.-B.)
- » www.colloquecsnb.ca/conferenciers.htm

LES 4 ET 5 OCTOBRE 2013

Association canadienne des consultantes en lactation

Breastfeeding—It Just makes Good Science

- Delta Beauséjour Hotel, Moncton (N.-B.)
- » www.ilca.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3520

DU 16 AU 18 OCTOBRE 2013

Réunion du Conseil d'administration de l'AIINB

- Siège sociale de l'AIINB, Fredericton (N.-B.)
- » www.aiinb.nb.ca

DU 17 AU 18 OCTOBRE 2013

Atlantic Nursing Informatics Conference
Building Bridges—Making Connections

- Halifax Infirmary, Royal Bank Theatre, Halifax (N.-É.)
- » www.nsnig.ca/

LE 18 OCTOBRE 2013

Collège canadien des leaders en santé
Section du Nouveau-Brunswick -
Journée de formation annuelle

Critical Condition: Why Canada's Health System needs to be dragged into the 21st Century

- Ramada Inn, Moncton (N.-B.)
- » www.cchl-ccls.ca/default1.asp

DU 18 AU 20 OCTOBRE 2013

Association canadienne du soin des plaies

Wound Care Learning Series

- Four Points by Sheraton Hotel, Halifax (N.-É.)
- » <http://cawc.net/en/index.php/educational/institute/registration-information/>

LES 28 ET 29 OCTOBRE 2013

National Reducing Hospital Readmissions & Discharge Planning Conference

- Hyatt Regency Vancouver, Vancouver (C.-B.)
- » www.healthcareconferences.ca/healthcare-conference-events/national-reducing-hospital-readmissions-discharge-planning-conference

LE 1^{ER} NOVEMBRE

L'examen NCLEX - Des ateliers pour les enseignantes

- Delta Beauséjour, Moncton (N. B.)
- » www.aiinb.nb.ca/index.php/nouvelles/note/lexamen_nclex

LES 9 ET 10 NOVEMBRE 2013

Aboriginal Nurses Association of Canada (A.N.A.C.) National Forum

Honouring the Nursing Spirit at the Heart of Aboriginal Healing

- Marriott Vancouver Airport, Richmond (C.-B.)
- » www.anac.on.ca/conferences.php

DU 21 AU 23 NOVEMBRE 2013

3^e Conférence annuelle de CAPWHN
Naviguer les courants du changement

- Hôtel Sheraton on the Falls, Niagara Falls (Ont.)
- » www.capwhn.ca/fr/capwhn/2013_Conference_p3788.html

LES 28 ET 29 NOVEMBRE 2013

National Correctional Services Healthcare Conference

- Ottawa Convention Centre, Ottawa (Ont.)
- » www.healthcareconferences.ca/healthcare-conference-events/national-correctional-services-healthcare-conference

LES 2 ET 3 DÉCEMBRE 2013

National Operating Room Management Conference

- Hyatt Regency Vancouver, Vancouver (C.-B.)
- » <http://cfmhn.ca/content/cfmhn-2013-national-conference>

Soutenir les membres tout en protégeant le public : Processus de l'étude du comportement professionnel de l'AIINB



Avant de vous joindre à l'Association, quel cheminement de carrière infirmière avez-vous suivi, et comment ce cheminement vous a-t-il préparé à un poste à l'AIINB?

J'ai travaillé dans différents milieux, dont l'obstétrique et la gynécologie, la santé publique, la santé communautaire, la formation infirmière (programmes d'II, du B.Sc.inf. et d'IAA), la formation du personnel, les foyers de soins et les services correctionnels au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve. L'expérience que j'ai acquise dans ces différents milieux m'a aidée à comprendre les documents et les détails que nous recevons au sujet de chaque plainte.

En tant qu'experte-conseil en réglementation pour l'étude du comportement professionnel, vous avez un rôle très précis à jouer à l'AIINB. Comment décririez-vous votre poste?

Ma principale responsabilité en tant qu'experte-conseil en réglementation pour l'étude du comportement professionnel est de superviser le processus de traitement des plaintes et de discipline et de veiller à ce que le processus soit équitable pour toutes les personnes concernées. Dans ce rôle, je coordonne, j'organise et j'appuie les comités des plaintes, de discipline et de révision, et je surveille aussi les conditions imposées par les comités de discipline ou de révision.

L'AIINB a récemment mené une enquête auprès des membres qui a

révélé que 52 % des répondants connaissaient seulement « un peu » ou ne connaissaient « pas du tout » le processus de l'étude du comportement professionnel. Que pensez-vous de ce résultat?

La vaste majorité des infirmières fournissent des soins sécuritaires, compétents et conformes à l'éthique, et elles n'ont donc aucune raison de s'attarder au processus de traitement des plaintes et de discipline. De façon générale, les infirmières prennent connaissance du processus de traitement des plaintes et de discipline si elles connaissent quelqu'un qui en fait l'objet ou si elles assistent à une audience du comité de discipline ou du comité de révision.

Selon la Loi sur les infirmières et infirmiers, qu'est-ce qui constitue une plainte?

Une plainte signifie :

« toute plainte, tout rapport ou toute allégation écrite et signée par le plaignant portant sur la conduite, les actions, la compétence, le caractère, l'aptitude, la santé ou l'habileté d'un membre » (*Loi sur les infirmières et infirmiers*, article 27).

Les plaintes ont principalement trait aux points suivants :

Incompétence - erreurs dans l'administration ou la consignation de médicaments, tenue de dossiers

déficiente, défaut d'assurer la sécurité des patients.

Incapacité - l'usage problématique de substances et les problèmes ou troubles de santé physique ou mentale qui nuisent à la capacité de fournir des soins infirmiers sécuritaires, compétents et conformes à l'éthique.

Conduite indigne d'un professionnel - une conduite qui s'écarte des normes établies de la profession infirmière, par exemple : défaut d'évaluer, d'intervenir ou de prendre des mesures appropriées et d'assurer la sécurité d'un patient, communication ou comportement non professionnel, vol, manquement à l'obligation de confidentialité.

Conduite indigne d'un membre - toute conduite susceptible de porter atteinte à la réputation de la profession infirmière ou de l'AIINB, comme une condamnation au criminel ou un vol.

Que se passe-t-il après le dépôt d'une plainte auprès de l'AIINB?

La réception d'une plainte écrite officielle déclenche le processus de traitement des plaintes et de discipline. L'infirmière concernée est rapidement avisée et se voit remettre une copie de la plainte écrite et des documents à l'appui. Un accusé de réception est envoyé au plaignant, qui est prié de fournir tout autre document pertinent le plus tôt possible.

IMMATRICULATION SUSPENDUE

Le 28 janvier 2013, le Comité des plaintes de l'AIINB a suspendu l'immatriculation du membre numéro 028109 en attendant le résultat d'une audience devant le Comité de discipline.

SUSPENSION MAINTENUE

Le 7 février 2013, le Comité de discipline de l'AIINB a constaté que le membre Kymberley Dawn Gillett, numéro d'immatriculation 027907, souffrait, au moment de la plainte, d'une maladie ou d'un état la rendant inapte à exercer la profession infirmière de façon sécuritaire, et que la conduite dont elle a fait preuve dans sa pratique infirmière démontre une conduite indigne d'un professionnel, une conduite indigne d'un membre, de la malhonnêteté et une insouciance à l'égard du bien-être et de la sécurité des patients.

Le Comité de discipline a ordonné de maintenir la suspension de l'immatriculation du membre jusqu'à ce que les conditions soient satisfaites. Par la suite, le membre sera admissible à faire une demande d'immatriculation assortie de conditions.

IMMATRICULATION SUSPENDUE

Le 19 février 2013, le Comité des plaintes de l'AIINB a suspendu l'immatriculation du membre numéro 027964 en attendant le résultat d'une audience devant le Comité de révision.

IMMATRICULATION SUSPENDUE

Le 11 mars 2013, le Comité des plaintes de l'AIINB a suspendu l'immatriculation du membre numéro

027992 en attendant le résultat d'une audience devant le Comité de discipline.

SUSPENSION MAINTENUE

Le 21 mars 2013, le Comité de révision de l'AIINB a constaté que le membre Guillaume Morin, numéro d'immatriculation 028079, souffre d'une maladie ou d'un état le rendant inapte et incapable d'exercer la profession infirmière de façon sécuritaire lorsque sa maladie ou état n'est pas traité ou contrôlé de façon adéquate. Le Comité a aussi constaté que le membre n'a pas satisfait aux normes de la pratique infirmière, que la conduite dont il a fait preuve dans sa pratique infirmière démontre une conduite indigne d'un professionnel, un manque de jugement et d'éthique professionnelle et une insouciance pour le bien-être et la sécurité des patients en n'avisant pas son employeur de sa condition ou état.

Le Comité de révision a ordonné de maintenir la suspension de l'immatriculation du membre jusqu'à ce que les conditions soient satisfaites. Par la suite, le membre sera admissible à faire une demande d'immatriculation assortie de conditions.

CONDITIONS LEVÉES

Les conditions imposées à l'immatriculation du membre numéro 016562 ont été satisfaites et sont donc levées à compter du 19 avril 2013.

IMMATRICULATION SUSPENDUE

Le 22 avril 2013, le Comité des plaintes de l'AIINB a suspendu l'immatriculation du membre numéro 015334 en attendant le résultat d'une

audience devant le Comité de révision.

IMMATRICULATION SUSPENDUE

Le 6 mai 2013, le Comité des plaintes de l'AIINB a suspendu l'immatriculation du membre numéro 025947, en attendant le résultat d'une audience devant le Comité de révision.

RÉPRIMANDÉE

Le 16 mai 2013, le Comité de révision de l'AIINB a constaté qu'Emily Jane Victoria Sipprell, numéro d'immatriculation 026149, n'a pas observé les conditions d'immatriculation qui lui ont été imposées le 7 décembre 2011 par une ordonnance du Comité de révision. Le Comité a aussi constaté que le membre est responsable de sa conduite et de ses actions et que la conduite dont elle a fait preuve dans sa pratique infirmière démontre une conduite indigne d'un professionnel, une conduite indigne d'un membre, de la malhonnêteté et un manque de jugement. De plus, le Comité de révision a réprimandé le membre pour les infractions à son immatriculation assortie de conditions.

Le membre doit verser à l'Association une amende de 1 000 \$ dans un délai de 90 jours suivant son retour à la pratique infirmière. Le membre devra aussi payer, dans un délai de 24 mois suivant son retour à la pratique infirmière, une partie des coûts au montant de 2 000 \$, puis le solde de sa partie des coûts au montant de 4 500 \$ selon l'ordonnance du Comité de révision datée le 7 décembre 2011. Le membre est admissible à présenter une demande d'immatriculation assortie de conditions.

SOYEZ AU COURANT

Envoyez votre adresse de courriel à l'AIINB à aiinb@aiinb.nb.ca et recevez des communications électroniques, dont le cyberbulletin *La flamme virtuelle*.

La flamme virtuelle
VOTRE CYBERBULLETIN DE L'AIINB



Bénéficiez-vous d'une protection?

Tous les membres de la profession infirmière devraient avoir une protection responsabilité professionnelle.

www.spiic.ca

1 800-267-3390

Section : Pour les membres

Nom d'utilisateur : AIINB Mot de passe : assist

Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada

Profil du personnel :

Lorraine Breau

suite de la page 43

Tous les documents reçus du plaignant sont communiqués à l'infirmière visée par la plainte, et elle peut répondre par écrit avant que la plainte soit portée devant le comité des plaintes.

Observez-vous des tendances dans la nature des plaintes reçues? Si c'est le cas, quelles sont-elles et que fait l'AIINB pour y donner suite?

Au cours des dernières années, les plaintes ont surtout porté sur des problèmes d'incompétence comme des erreurs dans l'administration et la consignation de médicaments, une tenue de dossiers déficiente, une communication insatisfaisante, un manque de connaissances, de jugement ou de communication, et un usage problématique de substances.

En ce qui concerne l'usage problématique de substances, l'AIINB a élaboré un document intitulé *Reconnaissance et*

gestion de l'usage problématique de substances dans la profession infirmière et a donné plusieurs présentations sur le sujet à différents endroits dans la province. Un programme d'apprentissage en ligne sur l'usage problématique de substances dans la profession infirmière est maintenant affiché sur le site Web de l'AIINB.

Combien de plaintes l'AIINB reçoit-elle par année en moyenne?

Au cours des deux dernières années, l'AIINB a reçu une moyenne de 10 plaintes par année.

Dans quelle mesure est-il important d'avoir un processus d'étude du comportement professionnel?

En vertu de la loi, l'AIINB est responsable de la réglementation des membres de la profession infirmière au Nouveau-Brunswick. Dans une profession infirmière réglementée, l'étude du comportement professionnel sert à rendre les membres responsables à l'égard du public de la prestation de soins sécuritaires, compétents et

conformes à l'éthique.

Quels sont certains des aspects les plus enrichissants et les plus difficiles de votre poste?

L'aspect le plus enrichissant est de voir une infirmière qui a été suspendue ou dont l'immatriculation a été révoquée être en mesure de reprendre la pratique infirmière de manière sécuritaire, compétente et conforme à l'éthique.

Les situations les plus difficiles sont les cas où le comité de révision ou le comité de discipline décide que, pour protéger le public, le membre ne peut plus exercer la profession.

Comment le processus appuie-t-il les infirmières immatriculées tout en protégeant le public?

Les infirmières et le public sont représentés au comité de discipline et au comité de révision, et ces comités sont composés de trois infirmières et d'un membre du public. En assurant un processus équitable pour toutes les parties concernées, on protège à la fois le public et l'infirmière. ■

Vous avez demandé

suite de la page 41

soins est terminé. Il est important d'expliquer au client (membre de la famille) qu'une fois que l'épisode de soins est terminé, vous n'aurez plus rien à voir officiellement avec les soins infirmiers requis. De plus, les renseignements personnels sur la santé acquis durant la relation infirmière-client ne doivent pas être discutés et, si d'autres soins sont requis, le membre de la famille doit être dirigé vers son fournisseur de soins de santé primaires.

Pour plus d'information, veuillez communiquer avec l'AIINB au 1-800-442-4417 ou par courriel à aiinb@aiinb.nb.ca.

RÉFÉRENCES

.....

Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, Ottawa, l'association, 2008.

Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick. *Le consentement : Directive professionnelle*, Fredericton, l'association, 2011.

Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick. *Normes d'exercice pour les infirmières immatriculées*, Fredericton, l'association, 2012.

Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick. *La relation thérapeutique infirmière-client : Directive professionnelle*, Fredericton, l'association, 2011. ■

Élargir la trousse d'outils infirmiers

suite de la page 12

les médias sociaux. Cela signifie simplement que nous devons discuter et en savoir plus sur les préjudices possibles avant qu'ils ne se produisent.

Les infirmières doivent encourager les conversations au sujet des possibilités et des risques de l'utilisation des médias sociaux. La série « Des infirmières branchées » fera les deux en offrant de l'information plus détaillée sur les enjeux professionnels, ce qui existe déjà et comment commencer, et elle ouvrira de nouvelles perspectives sur les différents médias sociaux.

L'accent sera mis sur l'exploration des outils numériques pour voir comment leur utilisation peut mener à des améliorations en matière de santé et de soins de santé. Espérons que le sujet stimulera les discussions au sein de la profession et vous aidera à voir comment les médias sociaux peuvent s'intégrer à votre trousse d'outils infirmiers.

Pour consulter les références, aller à [www.nanb.nb.ca/downloads/Rob Fraser References French.pdf](http://www.nanb.nb.ca/downloads/Rob_Fraser_References_French.pdf). ■

Documents de l'AIINB

récemment révisés

Les documents de l'AIINB suivants ont fait l'objet d'une révision et sont maintenant affichés sur le site Web.

Les normes de formation infirmière au Nouveau-Brunswick

Les *Normes de formation infirmière au Nouveau-Brunswick* influencent et appuient l'élaboration et le maintien d'une formation infirmière de qualité dans l'intérêt de la sécurité du public. L'objectif ultime des normes est de guider les programmes de formation infirmière dans la préparation d'infirmières immatriculées et d'infirmières praticiennes qui seront en mesure d'exercer leur profession de manière efficace et compétente dans le cadre du système de soins de santé actuel et futur.

[www.nanb.nb.ca/downloads/Standards for Nursing Education in NB french FINAL COPY.pdf](http://www.nanb.nb.ca/downloads/Standards_for_Nursing_Education_in_NB_french_FINAL_COPY.pdf)

Compétences de niveau débutant pour les infirmières immatriculées du Nouveau-Brunswick

Les *Compétences de niveau débutant pour les infirmières immatriculées du Nouveau-Brunswick* décrivent les connaissances, les compétences et le jugement que les infirmières immatriculées de niveau débutant doivent posséder pour être en mesure de fournir des soins sécuritaires, compétents et conformes à

l'éthique dans différents milieux d'exercice. Les compétences servent aussi à guider l'élaboration des programmes d'études et à sensibiliser le public et les employeurs aux attentes qu'ils peuvent avoir en matière de pratique à l'égard des infirmières immatriculées de niveau débutant.

[www.nanb.nb.ca/downloads/Entry level Competencies May 2013_F.pdf](http://www.nanb.nb.ca/downloads/Entry_level_Competencies_May_2013_F.pdf)

Programme de maintien de la compétence : Apprendre en action

En vertu du *Programme de maintien de la compétence*, les infirmières immatriculées (II) et les infirmières praticiennes (IP) du Nouveau-Brunswick sont tenues de démontrer sur une base annuelle comment elles maintiennent leur compétence et améliorent leur pratique. Les II et les IP réfléchissent sur leur pratique par l'autoévaluation, l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'apprentissage et l'évaluation des effets des activités d'apprentissage sur leur pratique infirmière. Le PMC s'applique aux II et aux IP dans tous les domaines d'exercice.

[www.nanb.nb.ca/downloads/CCP Document August 2013_French.pdf](http://www.nanb.nb.ca/downloads/CCP_Document_August_2013_French.pdf) ■



Le changement, les défis et les choix, aller de l'avant. . .

Les réflexions de France Marquis sur son cheminement comme présidente de l'AIINB

Par FRANCE MARQUIS

NOTE DE LA RÉDACTION : Cet article est une version abrégée de l'allocation de la présidente, France Marquis, à l'assemblée générale annuelle de 2013 en mai dernier

Le moment est maintenant venu de vous livrer mes réflexions, mon analyse et mes souhaits les plus chers. Plusieurs thèmes ont émergé au cours de ce bilan, et mon choix s'est arrêté sur ce qui caractérise cette période sociale : le changement et ses acolytes, c'est-à-dire les défis qui l'accompagnent et les choix que nous devons faire pour avancer.

Tout d'abord, je vous confie qu'avant d'amorcer mon mandat à l'AIINB, j'ai moi-même effectué un changement en guise de défi et de réflexion personnelle. En effet, je caressais depuis plusieurs années le désir de me dépasser, physiquement et psychologiquement, en entreprenant une démarche qui était pour moi très inhabituelle. Celles et ceux qui me connaissent bien savent que je suis l'antithèse de l'adepte de

l'activité physique, bien qu'autrement, j'aie de saines habitudes de vie et que je sois en bonne santé. Ainsi donc, à la fin juin 2011, j'ai réalisé une marche d'un peu plus de 350 kilomètres, à raison de 25 km par jour, sur le chemin de Saint-Jacques-de-Compstelle, de Puy-en-Velay jusqu'à Cahors, en France. Évidemment, ce périple, que j'ai choisi, a engendré chaque jour des défis de tout ordre (géographique, physique, psychologique, etc.). Je devais donc puiser dans mes ressources liées à l'endurance, la résilience, la persévérance et la capacité de faire des choix. Peu importe les difficultés rencontrées, je n'ai jamais pensé abandonner, bien au contraire, plus la pente ascendante ou descendante était abrupte et jonchée d'embûches, plus j'avais le goût d'avancer et d'aller plus loin.

Au début de cette expédition, je n'ai pas nécessairement fait le lien avec le mandat de présidence que j'entreprenais deux mois plus tard. Mais croyez-moi, cette expérience de vie m'a été des plus utiles ces deux dernières années, car j'ai



.....

La 97^e assemblée générale annuelle de l'AIINB a eu lieu le 28 mai 2013 à l'hôtel Delta Fredericton.



souvent eu recours à ces mêmes ressources, qui conjuguées aux avis judicieux des membres du Conseil et du personnel de l'AIINB, ont fait en sorte que nous avons pris les meilleures décisions pour la profession et le public. En fait, ma réflexion se résume ainsi : peu importe le changement, qu'il soit choisi, souhaité ou imposé, il faut prendre le temps d'analyser le contexte et les enjeux et recourir à nos ressources internes et externes afin d'avancer dans la bonne direction. Ma philosophie relative au changement adhère à celle de Mahatma Gandhi, qui maintenait que nous devons incarner le changement que nous voulons voir se produire.

À plusieurs égards, ce fut un mandat gratifiant, mais un mandat également teinté de tourments intérieurs, d'incertitudes et d'hésitations. Au cours de ma première année de présidence, je me suis souvent demandé pourquoi fallait-il que ce soit une infirmière, professeure universitaire, qui soit à la barre de l'AIINB au moment où nous devons prendre la décision d'opter pour un examen informatisé adaptatif en provenance des États-Unis. Je n'ai pas

trouvé de réponse, sauf que chaque présidence a son parcours et que le mien fut en quelque sorte, taillé sur mesure.

Au cours de la période entourant la question de l'examen, j'ai parfois eu l'impression d'y laisser mon âme, mais soyez sans crainte, je m'en suis remise, puisque le Conseil a opté pour que nous soyons partie prenante du processus de transition de façon à orienter, un tant soit peu, ce changement. La directrice générale de l'AIINB fait donc partie du comité de planification qui doit veiller à ce que les compétences orientant la formation infirmière canadienne et les besoins des diplômées des deux communautés linguistiques du Nouveau-Brunswick et du pays soient respectés. Comme éducatrice, j'accueille très favorablement un examen informatisé adaptatif dans cette ère où les technologies de pointe sont omniprésentes, facilitant le processus d'évaluation, tout en le rendant plus efficace et efficient. Pour la suite, nous devons avoir confiance dans la capacité de nos représentants de voir à ce que l'examen rencontre les besoins des infirmières et infirmiers débutants qui

amorcent leur carrière dans le contexte canadien.

Outre l'examen, mon souhait le plus cher est de voir l'AIINB continuer à s'améliorer bien longtemps après les célébrations de son Centenaire en 2016 dans la réalisation de son mandat de réglementation, qui est de promouvoir la profession et ses membres et de promouvoir des politiques publiques favorables à la santé pour améliorer le bien-être de l'ensemble de la population du Nouveau-Brunswick. Nous avons 100 ans d'histoire, et ce sont les pionnières qui ont créé cette organisation et celles qui l'ont fait avancer qui en sont le fondement. Je tiens donc à rendre hommage à ces jeunes infirmières de Saint John dont la vision a mené en 1916 à la création de la New Brunswick Association of Graduate Nurses, établie en vertu de la *Registered Nurses Act*, et dont la première présidente officielle a été sœur Corrine Kerr. Depuis, 27 chefs de file lui ont succédé et ont veillé au développement et à l'avancement de l'AIINB. Permettez-moi de mentionner quelques-unes de ces chefs de file : Katherine MacLaggan,

Bernadette LeBlanc (10^e présidente et 1^{re} francophone), Judith Oulton, Yolande Lepage-Cyr, Roxanne Tarjan, Sue Ness, Monique Cormier-Daigle et Martha Vickers.

À celles qui me succéderont pendant plusieurs autres décennies, je souhaite la vision et la sagesse de maintenir les acquis et de favoriser l'épanouissement de l'AIINB comme organisme de réglementation qui poursuit son engagement dans la promotion de la profession et de politiques publiques favorables à la santé de la population. Enfin, je souhaite une très longue vie et un vibrant avenir à cette organisation pour qui j'ai un profond respect et énormément de reconnaissance.

Ce sentiment de fierté découle des réalisations de l'Association et des services qu'elle offre à ses membres. Ils ont été forts nombreux au cours des deux dernières années, augmentant de façon notable la visibilité de la profession. Le forum de discussion de demain portant sur le « Visage changeant du professionnalisme » en est un parfait exemple, et l'invitation lancée aux étudiantes et étudiants de participer aux activités en marge de l'assemblée annuelle en est une autre. Au cours des dernières années, l'AIINB s'est rapprochée de ses membres par l'entremise de son site Web et par une présence accrue dans les régions de la province afin de joindre de plus en plus de membres. On le sait, la conjoncture économique qui prévaut affecte la participation des infirmières et des infirmiers à des événements comme ces deux journées. Il faut ainsi être astucieux et élaborer des stratégies qui permettent de joindre les membres là où ils sont. Le soutien du « Cadre des soins de santé primaires » et la mise sur pied d'un « Service national d'évaluation des compétences infirmières » pour les infirmières formées à l'étranger sont d'autres initiatives de l'AIINB.

Les infirmières et les infirmiers sont des professionnels de la santé à part entière et ils se doivent d'exercer leurs compétences au maximum. Alors, vous devez vous mobiliser et appuyer les organismes qui vous représentent, soit l'AIINB, le SIINB et l'AIIC, dans leurs efforts visant votre épanouissement professionnel. Vous devez exiger la place qui vous revient, car il n'y a pas de substitut pour l'infirmière et l'infirmier immatriculé. Nous devons nous assurer

que l'infirmière immatriculée, l'infirmière clinicienne et l'infirmière praticienne jouent un plus grand rôle au sein de notre système de santé. Les données probantes et les pratiques exemplaires démontrent que l'utilisation judicieuse de l'infirmière contribue non seulement à améliorer les services à la clientèle, mais également à alléger le fardeau financier du système de santé. Alors, je vous exhorte à poursuivre la revendication de la place qui vous revient.

Je vais maintenant prendre quelques instants pour vous parler de la relation que nous avons avec l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). Plus tard ce matin, la présidente de l'AIIC, Barb Mildon, et sa directrice générale, Rachel Bard, donneront une présentation sur les changements à la gouvernance qu'il faut apporter pour assurer le maintien d'une association nationale prospère. Historiquement, les infirmières du Nouveau-Brunswick ont toujours entretenu des liens étroits avec l'AIIC. Cette relation spéciale découle certainement du fait que plusieurs de nos chefs de file de la profession infirmière se sont retrouvées à l'AIIC, et même au Conseil international des infirmières (CII). Nous devons nous efforcer de maintenir et même de renforcer cette relation. L'AIIC est une fédération qui regroupe près de 150 000 infirmières et infirmiers de partout au pays. Cet organisme a beaucoup à offrir, que ce soit en matière de politiques publiques sur la santé avec, par exemple, la récente Commission nationale d'experts, qui préconise la transformation du système de santé pour le rendre plus efficace et plus efficient en ce qui concerne la santé de la population, ou encore la valorisation de la profession grâce à la campagne de sensibilisation sur le rôle des infirmières praticiennes qui a été menée de concert avec l'AIINB, ou la campagne qui est en cours pour optimiser la pratique infirmière immatriculée. L'AIIC se trouve toutefois à la croisée des chemins. Nous devons choisir le chemin qui permettra à l'AIIC de prospérer et de se développer. C'est un choix qui n'ira pas sans heurts, et il nous faut avoir le courage de nos convictions et le courage politique et le courage professionnel de faire le choix qui nous semblent les meilleurs. Nous voulons que l'AIIC soit un organisme

national solide et prospère qui demeurera la meilleure avenue pour assurer l'unité et une visibilité professionnelle à l'échelle nationale et internationale. Je tiens à souligner la récente élection de la présidente sortante de l'AIIC, Judith Shamian, au poste de présidente du CII, à qui j'offre mes plus sincères félicitations. Je profite de l'occasion pour remercier mes collègues au conseil de l'AIIC ainsi que le personnel de l'AIIC, qui travaille sans relâche au succès de l'organisme.

Nous avons entamé la deuxième décennie d'un nouveau siècle, et qui plus est, d'un nouveau millénaire. L'histoire nous montre que les débuts de siècle et de millénaire ont été caractérisés par de profonds changements, défis et choix d'où ont émané des instabilités, des incertitudes, de la confusion, et ce, à tous les niveaux, que ce soit sociopolitique, économique, climatique ou autre. Mais, ce qu'il importe de réaliser, c'est que malgré les guerres, les cataclysmes, la corruption, les abus et les maladies endémiques, épidémiques ou pandémiques, les populations se sont relevées pour mieux embrasser le changement et ses défis, et elles ont avancé. La résilience, la hardiesse, la détermination et la persistance génèrent de l'espoir vers de meilleurs lendemains. En fait, ces périodes ont aussi été marquées par de grandes découvertes et développements. Comme Mark Twain l'énonçait, « Les défis rendent la vie intéressante, cependant les surmonter, c'est ce qui rend la vie significative ».

La profession infirmière ne fait pas exception. De Florence Nighthingale à Virginia Henderson, à Helen Mussalem, à Judith Oulton et à chaque infirmière et chaque infirmier qui, tous les jours, embrasse pleinement son rôle, la profession infirmière évolue et se démarque. Ces chefs de file d'hier et d'aujourd'hui sont une source d'inspiration pour les prochaines générations. À nos chefs de file de demain, qui sont peut-être parmi les étudiantes et étudiants des deux universités qui sont ici avec nous aujourd'hui, je vous remercie d'avoir accepté l'invitation de l'AIINB, et je vous encourage à progresser avec certitude dans votre apprentissage de cette formidable et noble profession. Elle vous fera vivre des moments inoubliables et vous permettra de devenir des

personnes épanouies à tous les niveaux. D'ici la fin de vos études, et au cours de votre carrière, n'hésitez pas, saisissez toutes les opportunités, provoquez les changements, effectuez ceux qui sont souhaités et apprivoisez ceux qui vous sont imposés. Les défis qu'ils engendrent vous conduiront plus loin et plus haut. Alors, posez des questions, revendiquez, mais surtout, proposez des solutions novatrices. Soyez des agents de changements engagés, fiers de votre choix professionnel et poursuivez sur cette lancée au cours de votre carrière.

À ce moment-ci, je tiens à exprimer mes plus sincères remerciements aux membres du Conseil d'administration, et tout particulièrement à ceux qui terminent leur mandat, pour leur engagement à faire avancer la mission de l'association. À ceux qui poursuivent et à ceux qui se joindront à vous en fin de journée, je souhaite une bonne continuité. N'hésitez surtout pas à embrasser le changement, à le remettre en question et à partager votre vision pour l'épanouissement de la profession et de ses membres. Je tiens également à remercier les infirmières et infirmiers qui se sont portés candidats aux élections de 2013. Cette initiative illustre votre engagement et votre intérêt envers la profession et les soins de santé. Je vous souhaite tout le succès désiré.

Je tiens à exprimer ma profonde reconnaissance à chaque membre du personnel de l'AIINB pour l'excellence de votre travail. Je remercie Lynda Finley, directrice des Services de la réglementation, Liette Clément, directrice du Service de la pratique, Shelly Rickard, chef des services corporatifs, et Jennifer Whitehead, chef, communications et relations gouvernementales, pour votre sens de l'initiative et votre leadership. Je remercie Paulette Poirier, adjointe de direction, pour son expertise et son entregent. Et enfin à la dernière, mais non la moindre, Roxanne Tarjan, directrice générale, je tiens à exprimer ma gratitude pour son leadership et son engagement bien sûr, mais aussi et surtout pour son professionnalisme et sa vision. Roxanne entretient une relation symbiotique avec l'AIINB, ayant été membre du Conseil, présidente désignée (1993-1995) et présidente (1995-1997), experte-conseil en pratique infirmière et, finalement, directrice générale depuis

2001. Même si nous n'avons pas toujours eu le même point de vue, nous avons œuvré ensemble pour remplir les mandats de l'Association et assurer son développement. Roxanne, je vous prie de continuer à faire progresser l'AIINB, et je vous remercie sincèrement pour votre écoute et votre appui durant mes deux années comme présidente de l'AIINB.

Je dois également remercier mon employeur pour son appui indéfectible envers cette responsabilité qui me tenait à cœur, et plus particulièrement, le doyen des études, Jacques Paul Couturier. À mes collègues de travail, ma plus grande gratitude pour votre soutien direct et indirect lors de mes nombreuses absences reliées à mes responsabilités de présidente. Vous avez su garder le cap, en développant et en mettant en œuvre un nouveau programme d'études, tout en maintenant la qualité de celui que nous terminions. Je vous en serai éternellement reconnaissant.

Finalement, les derniers, mais non les moindres, les membres de ma famille. Sans leur amour et leur soutien indéfectible, il m'aurait été impossible de réaliser ce projet professionnel. Mon mari et moi sommes très fiers de nos deux filles et de leur famille, à qui je désire rendre hommage. Vous êtes devenues des personnes exceptionnelles et rappelez-vous que suite aux vents et marées, le soleil pointe toujours à l'horizon. Ancrez-vous à vos valeurs, elles vous guideront, et vous mèneront là où il faut. Vous êtes, vous et nos cinq petits-enfants, mon ancrage, mon ressourcement et mon inspiration.

En conclusion, j'invite les infirmières et infirmiers, les étudiantes et les étudiants, l'AIINB et les partenaires à poursuivre l'excellence de leurs services à la population et à promouvoir l'essor de la profession infirmière.

La présidence de l'AIINB fut un privilège qui m'a permis de rencontrer et de côtoyer plusieurs d'entre vous et de représenter les intérêts du public et de la profession. Il s'agit certes d'une fonction exigeante qui m'a habitée, nourrie, passionnée et qui m'a fait grandir. J'espère avoir été à la hauteur de vos attentes.

Je profite de l'occasion pour offrir mes remerciements les plus sincères à la présidente sortante, Martha Vickers, qui a su me conseiller durant mes deux

années comme présidente désignée et au-delà.

Il est maintenant temps pour moi de transférer les pouvoirs à la présidente désignée, Darline Cogswell, à qui je souhaite un mandat calme et enrichissant. Appréciez chaque instant de cette expérience, aussi bien les bons moments que les moments plus difficiles, qui vous rendront plus forte et plus sage. Vos expériences antérieures à différents niveaux vous serviront bien. J'en profite aussi pour vous remercier de votre appui tout au long de ma présidence. Vous êtes une chef de file de qualité pour les infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, la profession et le public. Je quitte rassurée quant à la continuité, et je sais que vous saurez vous acquitter des activités du Conseil et guider la destinée de l'AIINB.

Finalement, je suis très fière de vous confier que je célèbre cette année mes 40 ans de carrière comme infirmière. Mais, c'est également mon 40^e anniversaire de mariage. Alors, je crois, que j'ai maintenant toutes les raisons du monde de célébrer.

Merci beaucoup!

France Marquis, II, M.Sc.inf., présidente de l'AIINB, 2011-2013 ■



Le visage changeant du professionnalisme

Forum sur invitation 2013 de l'AIINB

L'AIINB a été l'hôte d'un forum le 29 mai à l'hôtel Delta de Fredericton. Aller à www.aiinb.nb.ca pour regarder les présentations enregistrées.

Découvrez pourquoi plus de 230 000 professionnels multiplient les économies

Vous pourriez **GAGNER**
une Lexus ES 300h hybride



ou 60 000 \$ comptant*

Joignez-vous au nombre croissant de professionnels qui cumulent les économies en confiant leurs assurances auto et habitation à TD Assurance.

La plupart des assureurs accordent des rabais aux clients qui combinent assurances auto et habitation ou qui ont un bon dossier de conduite. Mais saviez-vous qu'en plus d'offrir ces mêmes rabais, nous proposons des tarifs préférentiels aux membres de l'**Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick**? De plus, vous bénéficierez d'un service personnalisé et d'excellentes protections répondant le mieux à vos besoins. Découvrez combien vous pourriez économiser.

Demandez une soumission

1-866-269-1371

Lundi au vendredi, de 8 h à 20 h

Samedi, de 9 h à 16 h

melochemonnex.com/aainb

Programme d'assurance recommandé par



Association
des infirmières
et infirmiers du
Nouveau-Brunswick



Le programme d'assurances habitation et auto de TD Assurance Meloche Monnex est souscrit par SÉCURITÉ NATIONALE COMPAGNIE D'ASSURANCE. Le programme est distribué par Meloche Monnex assurance et services financiers inc. au Québec et par Meloche Monnex services financiers inc. dans le reste du Canada.

En raison des lois provinciales, notre programme d'assurances auto et véhicules récréatifs n'est pas offert en Colombie-Britannique, au Manitoba et en Saskatchewan.

*Aucun achat requis. Concours organisé conjointement avec Primum compagnie d'assurance. Peuvent y participer les membres ou employés et autres personnes admissibles appartenant aux groupes employeurs ou aux associations de professionnels ou de diplômés qui ont conclu une entente avec les organisateurs et qui, par conséquent, bénéficient d'un tarif de groupe. Le concours se termine le 31 octobre 2013. Tirage le 22 novembre 2013. Un (1) prix à gagner. Comme prix, le gagnant a le choix entre une Lexus ES 300h hybride (prix de vente suggéré du fabricant approximatif de 58 902 \$ incluant les frais de transport, de préparation et autres frais et taxes applicables) ou 60 000\$ canadiens.

Réponse à une question d'habileté mathématique requise. Les chances de gagner dépendent du nombre d'inscriptions admissibles reçues. Règlement complet du concours disponible à l'adresse melochemonnex.com/concours.

*** Le logo TD et les autres marques de commerce sont la propriété de La Banque Toronto-Dominion ou d'une filiale en propriété exclusive au Canada et/ou dans d'autres pays.