

INFO NURSING

VOLUME 42 NUMÉRO 3 HIVER 2011



L'AIINB LAURÉATE DU PRIX DIALOGUE DU LIEUTENANT-GOUVERNEUR

11 | ÉLECTION 2012 :
APPEL DE
CANDIDATURES

12 | L'AIINB LANCE
UN MODULE
D'APPRENTISSAGE
EN LIGNE

16 | INTIMIDATION AU
TRAVAIL



Association des infirmières et infirmiers
DU NOUVEAU-BRUNSWICK



Un partenariat du PRIIRAN au Burkina Faso. Voir les réflexions de Liette Clément en page 32.

32



Couverture

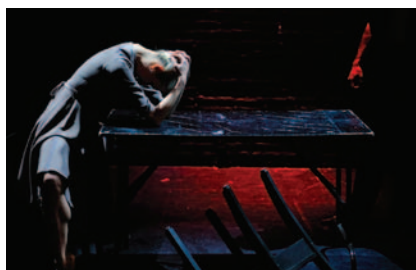
Les photos sont une gracieuseté de Harry Mullin. L'honorable Graydon Nicholas a été l'hôte de la cérémonie de remise des Prix Dialogue du lieutenant-gouverneur à la Résidence du gouverneur le 28 septembre 2011. Trois lauréats ont été récompensés, dont l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick. Voir le discours d'acceptation en page 13.



11 Appel de candidatures : Élections d'administratrices, régions 1, 3, 5 et 7



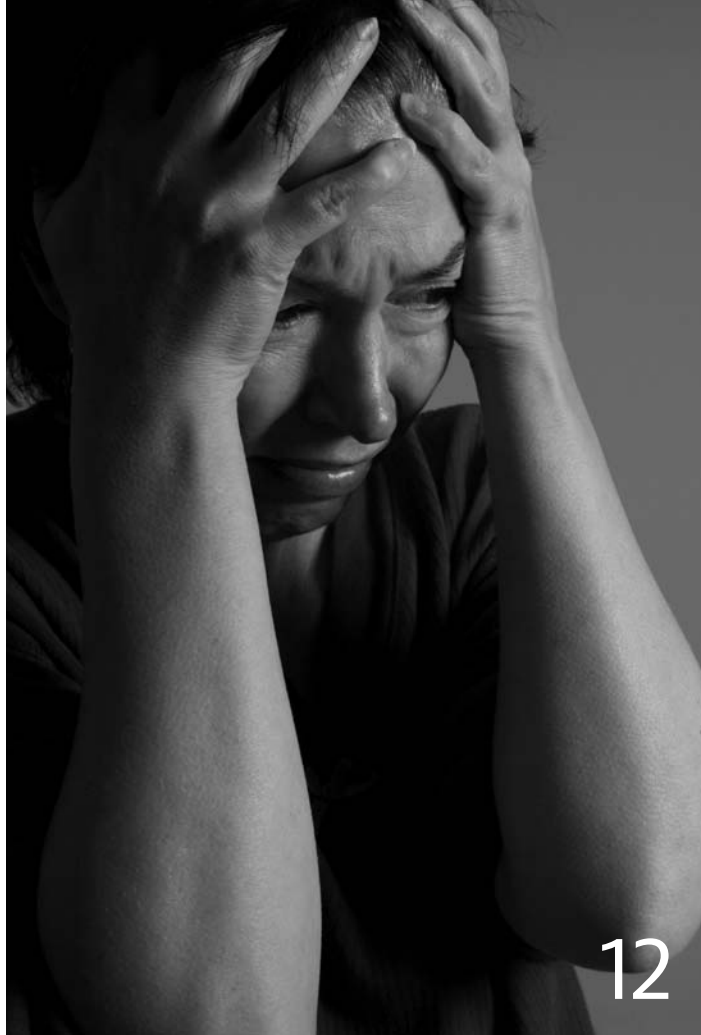
16 L'intimidation au travail au Nouveau-Brunswick



19 La violence faite aux femmes : une préoccupation importante de la profession infirmière



32 Une II reçoit la plus haute distinction du N.-B.



13 L'AIINB : une championne de l'harmonie linguistique

14 Projet d'un programme de doctorat en science infirmière
à l'Université de Moncton en collaboration avec une université francophone
Par Anik Dubé, Suzanne Harrison et Danielle Charron

15 Sommet provincial sur la transformation des soins de santé primaires
Par Bronwyn Davies

25 Les croyances de Florence Nightingale et les soins de santé primaires (SSP)
Par Anne-Marie Arseneault

37 Voici Shelly Rickard, chef des services administratifs

41 Formule de mise en candidature 2012

43 L'AIINB reçoit le Prix Dialogue du lieutenant-gouverneur

le pouls

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

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

Énoncé de vision

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. Dans la
poursuite de sa vision, l'AIINB existe pour les fins suivantes :
protéger le public, promouvoir l'excellence de la
profession infirmière, influencer sur des politiques favorables à la
santé publique dans l'intérêt du public.*

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



France Marquis
Présidente



Darline Cogswell
Présidente désignée



Lucie-Anne Landry
Administratrice, Région 1



Terry-Lynne King
Administratrice, Région 2



Dawn Torpe
Administratrice, Région 3



Noëline LeBel
Administratrice, Région 4



Linda LePage-LeClair
Administratrice, Région 5



Marius Chiasson
Administrateur, Région 6



Deborah Walls
Administratrice, Région 7



Aline Saintonge
Administratrice
représentant le public



Roland Losier
Administrateur
représentant le public



Robert Thériault
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 non sollicités, suggestions et lettres au rédacteur sont bienvenus. Le rédacteur n'est pas tenu de publier tous les articles.

Changement d'adresse

L'avis devrait être donné six semaines à l'avance tout en énonçant l'ancienne et la nouvelle adresse ainsi que le numéro d'immatriculation.

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
no 40009407. Tirage 10 000. ISSN 1482-020X.
© L'Association des infirmières et infirmiers du N.-B., 2011

Bureau de direction

ROXANNE TARJAN *directrice générale*
courriel : rtarjan@aiinb.nb.ca

PAULETTE POIRIER

adjoind de direction-secrétaire corporative
459-2858; courriel : ppoirier@aiinb.nb.ca

Services de la réglementation

LYNDA FINLEY *directrice des services de la réglementation*
459-2830; courriel : lfinley@aiinb.nb.ca

DENISE LEBLANC-KWAW *registraire*
459-2856; courriel : dleblanc-kwaw@aiinb.nb.ca

ODETTE COMEAU LAVOIE
experte-conseil principale en réglementation
459-2859; courriel : ocomeaulavoie@aiinb.nb.ca

JOCELYNE LESSARD
experte-conseil en réglementation : immatriculation
459-2855; courriel : jlessard@aiinb.nb.ca

LORRAINE BREAU
experte-conseil en réglementation : étude du comportement professionnel
459-2857; courriel : lbreau@aiinb.nb.ca

ANGELA CATALI
adjoind administrative : services de la réglementation
459-2866; courriel : acatali@aiinb.nb.ca

STACEY VAIL
adjoind administrative : immatriculation
459-2851; courriel : svail@aiinb.nb.ca

ERIKA BISHOP
adjoind administrative : immatriculation
459-2860; courriel : ebishop@aiinb.nb.ca

Pratique

LLETTE CLÉMENT *directrice de la pratique*
459-2835; courriel : lclement@aiinb.nb.ca

VIRGIL GUITARD *conseiller 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

JULIE MARTIN *adjoind administrative : pratique*
459-2864; courriel : jmartin@aiinb.nb.ca

Services administratifs

SHELLY RICKARD
chef, services administratifs
459-2833; courriel : srickard@aiinb.nb.ca

MARIE-CLAUDE GEDDRY-RAUTIO
commis-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
adjoind administrative : communications
459-2834; courriel : stobias@aiinb.nb.ca



L'AIINB en pleine activité

L'Association a eu un automne occupé. Le renouvellement de l'immatriculation de 2012 bat son plein. Au début de novembre, plus de la moitié des infirmières immatriculées en pratique active avait renouvelé leur immatriculation. Voilà de bonnes nouvelles; nous devrions être en mesure de respecter notre date limite administrative. Veuillez visiter le site Web de l'AIINB à www.aiinb.nb.ca et renouveler votre immatriculation si vous ne l'avez pas encore fait. De notre point de vue, le processus et les systèmes s'améliorent d'une année à l'autre, grâce à votre apport, à l'esprit innovateur du personnel et à notre fournisseur de services TI, *Populus*. La vérification annuelle du Programme de maintien de la compétence de l'AIINB est en cours; environ 177 membres ont été choisis au hasard pour répondre aux exigences de la vérification. Un rapport complet sur les résultats sera présenté au Conseil d'administration à sa prochaine réunion en février 2012.

Avez-vous remarqué la page couverture du présent numéro? En octobre dernier, l'AIINB a reçu le Prix Dialogue du lieutenant-gouverneur du Nouveau-Brunswick pour reconnaître ses efforts visant à appuyer la communication et la collaboration parmi les infirmières immatriculées des deux communautés linguistiques de la province. Recevoir un tel prix est un grand honneur pour l'AIINB et pour vous, les membres. Depuis de nombreuses décennies, l'AIINB soutient la pleine participation des membres grâce à la traduction de ses documents et à la prestation de services de traduction simultanée aux assemblées annuelles et aux forums provinciaux spéciaux. Cet engagement à l'égard des deux langues a renforcé le rôle de réglementation des II de l'Association en permettant à chaque membre d'être entendu sans que la langue soit un obstacle à la communication et à la compréhension. Cette valeur et cet engagement sont des priorités absolues à nos yeux, maintenant et pour l'avenir.

En novembre, l'AIINB a soutenu le lancement de la campagne de sensibilisation aux infirmières praticiennes de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) intitulée *C'est grand temps!* Nous avons eu le privilège de travailler avec l'AIIC au cours de l'été pour préparer ce lancement et profiter de cette occasion unique alors que le gouvernement provincial se penche actuellement sur les soins de santé primaires. La campagne souligne le rôle, l'apport et le potentiel des infirmières praticiennes (IP) pour ce qui est de soutenir et de faire avancer le

système des soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick et la viabilité de nos services de santé publics à but non lucratif. La campagne de sensibilisation aux IP sera déployée dans les capitales des provinces et des territoires partout au Canada au cours des prochains mois. Visitez le site Web www.ipenfin.ca et agissez! Parlez à vos élus, à votre famille, à vos amis. Si le public comprend le rôle et les compétences des infirmières praticiennes et sait ce qu'elles peuvent faire, il acceptera mieux les changements qui, selon nous, sont essentiels pour assurer l'efficacité et l'efficience futures de notre système de santé. Les infirmières immatriculées joueront également un rôle dans ces changements. Tandis que nous allons de l'avant, l'AIINB sera là pour vous soutenir et soutenir votre pratique.

De plus, l'AIIC a accueilli deux forums de la *Commission nationale d'experts : la santé de notre nation*, l'avenir de notre système de santé à Moncton et à Saint John en novembre. Nous incitons les membres à s'informer et à participer. Il suffit d'aller à la page d'accueil de l'AIINB à www.aiinb.nb.ca pour y trouver un lien direct vers le site Web de la commission.

L'AIINB lancera bientôt son premier module d'apprentissage en ligne. Nous avons été en mesure de faire progresser les engagements de notre plan financier à long terme, et nous lancerons le premier module en janvier 2012. Félicitations à l'équipe de l'AIINB et à nos partenaires. Étant donné la réalité financière de la province, nous sommes déterminées à améliorer nos ressources pour appuyer le maintien de votre compétence. Par ailleurs, nous sommes en train de voir comment soutenir les étudiantes infirmières grâce à ces outils. À notre avis, il s'agit d'une occasion unique d'appuyer nos membres enseignantes, d'améliorer notre visibilité auprès des futurs membres, et d'établir des relations efficaces et engagées entre l'AIINB et les membres tout au long de leur carrière. Surveillez l'annonce d'autres modules au cours de l'année qui vient.

Enfin, mais non le moindre, nous avons pensé que les membres aimeraient bien savoir quelle est la pleine valeur des bourses d'études que l'AIINB distribue chaque année. C'est grâce à des investissements réguliers et à la générosité de nos partenaires d'affinité que les bourses ont atteint une telle ampleur : Meloche Monnex et le Groupe Investors. Suivant l'abolition de



Anne-Marie
Arseneault



Danielle Charron



Liette Clément



Bronwyn Davies



Anik Dubé



Judith MacIntosh



Marilyn Merritt-Gray



Virgil Guitard



Suzanne Harrison



Jessica Ryan



Judith Wuest

14

.....

ANIK DUBÉ, Ph.D.(c)

Professeure, Université de Moncton

SUZANNE HARRISON, Ph.D.

Professeure, Université de Moncton

DANIELLE CHARRON, Ph.D.

Professeure, Université de Moncton

15

.....

BRONWYN DAVIES

Directrice, Soins de santé primaires,
ministère de la Santé

16

.....

JUDITH MACINTOSH, B.Sc.inf., M.Sc., Ph.D.

Doyenne adjointe, Recherche et
perfectionnement du personnel enseignant,
Université du Nouveau-Brunswick

19

.....

MARILYN MERRITT-GRAY, II, M.Sc.inf.

Professeure, Université du Nouveau-
Brunswick, Faculté des sciences infirmières
de Fredericton

JUDITH WUEST, II, Ph.D.

Professeure Emerita, Université du Nouveau-
Brunswick, Faculté des sciences infirmières
de Fredericton

25

.....

ANNE-MARIE ARSENEAULT

Professeure à la retraite, École de science
infirmière, Université de Moncton

32

.....

JESSICA RYAN

Il à la retraite, membre à vie de l'AIINB

34

.....

LIETTE CLÉMENT, II, M.Éd.

Directrice de la pratique, AIINB



Susciter le changement : les cinq questions de base

TIRÉ DE : *Notre avenir : Amélioration de l'accès aux soins de santé primaires et à la prestation de ces services au Nouveau-Brunswick*
Document de discussion, novembre 2010

« Le gouvernement provincial reconnaît que des mesures décisives doivent être prises puisque notre système de santé devra relever des défis de taille au cours des prochaines décennies. Nous devons avoir un système de santé novateur et efficace afin de pouvoir offrir des services de santé clinique durables. »

Les maladies chroniques sont désormais l'inducteur de coûts le plus important dans le système de santé. Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC, cycle 3.1), 72 pour cent des Néo-Brunswickois âgés de 18 ans et plus affirment avoir une condition chronique. De ce pourcentage, 38 pour cent affirment vivre avec l'une des maladies décrites par le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé. »

QUOI? - Le récent sommet sur invitation sur les soins de santé primaires organisé par le ministère de la Santé a porté sur les services de santé primaires dans la province; les personnes présentes avaient toutes un intérêt particulier dans le domaine, que ce soit personnel, professionnel ou les deux. Au cours de la journée et demie de présentations et d'ateliers de groupe, les discussions ont parfois dérivé sur les « soins primaires », les soins de première ligne dispensés en grande majorité par des professionnels de la santé. Or, le message de la ministre Dubé et du premier ministre Alward, tout comme celui des conférenciers principaux, était plus large et englobait les principes des soins de santé primaires. Voilà qui, à mon avis, est important et montre que nos dirigeants envisagent une approche beaucoup plus complète de la prestation des services de santé, une approche qui assure un accès en temps opportun et des activités de promotion de la santé et de prévention des maladies, et qui intègre les déterminants sociaux de la santé, reconnaissant qu'une bonne santé ne se limite pas à des services de santé sécuritaires et de qualité.

POURQUOI? - L'extrait qui coiffe ce billet éclaire le pourquoi. Nous ne sommes pas une population en santé ici au Nouveau-Brunswick, et notre état de santé entraîne des dépenses en santé

qui pourraient devenir impossibles à maintenir. De plus, notre état de santé nuit à la productivité de la province et à notre propre qualité de vie. Il nous faut tous « faire face à la musique » et faire notre part pour apporter de réels changements, au niveau personnel pour nous-mêmes, notre famille et notre collectivité, et en tant que professionnelles de la santé pour le système et les clients que nous servons.

QUAND? - La réponse est toute simple : maintenant! Le changement n'est jamais simple, mais il est constant et constitue une réalité dans notre vie personnelle et notre vie professionnelle. Le comité directeur des soins de santé primaires présentera ses recommandations finales à la ministre de la Santé au début de la nouvelle année. Les recommandations seront prises en compte dans le plan de santé que le gouvernement établira pour la province durant son mandat actuel. Le comité, établi sous l'ancien gouvernement libéral, a été reconduit par le premier ministre Alward. Il délibère et se penche sur cette question depuis plus de six ans. Pour certains, cela pourrait être décourageant; toutefois, les relations que les membres du comité ont établies et les preuves qu'ils ont étudiées, ajoutées aux idées claires qui sont ressorties du récent sommet, devraient mener à des recommandations solides, fondées sur des preuves et sur l'expérience, qui traceront la voie à suivre.

OÙ? QUI? - Je combine ces deux questions, car on ne peut pas vraiment les séparer. De toute évidence, je parle du Nouveau-Brunswick. Et précisons que ce changement doit se produire à deux niveaux : du macro au micro, et du système à l'individu. Si nous examinons le secteur de la santé de façon plus globale, nous devons accepter que le client et le système ne tolèrent plus le manque de coordination et d'intégration qui existe depuis si longtemps. Nous avons en main aujourd'hui des preuves solides et convaincantes de l'inefficience et de l'inefficacité créées par la façon dont la prestation des services de santé est organisée. Nous devons faire mieux pour nos clients et pour nous-mêmes, en tant que professionnels de la santé. Imaginez notre satisfaction et l'amélioration des résultats pour la santé lorsque personne ne passe entre les mailles du filet! Cela signifie que



LE CONSEIL D'ADMINISTRATION A TENU UNE RÉUNION LES 12 ET 13 OCTOBRE 2011 AU SIÈGE SOCIAL DE L'AIINB À FREDERICTON

À l'ouverture de la séance, on accueille la nouvelle présidente désignée, les deux nouvelles administratrices régionales, les administratrices régionales reconduites et l'administrateur représentant le public reconduit, en fonction à compter du 1^{er} septembre 2011 :

- Darline Cogswell, II
Présidente désignée
- Terry-Lynne King, II
Administratrice - Région 2
- Dawn Torpe, II
Administratrice - Région 3
- Noëlline LeBel, II
Administratrice - Région 4
- Marius Chiasson, II
Administrateur - Région 6
- Roland Losier
Administrateur représentant le public

Examen des politiques

Le Conseil a examiné et approuvé le

cycle de planification 2011-2012, ainsi que des politiques concernant :

- *L'exercice de l'autorité*
- *Les limites dans les prises de décisions de la directrice générale*

Rendement organisationnel : contrôle

Le Conseil a approuvé des rapports de contrôle relatifs aux limites dans les prises de décisions de la directrice générale.

L'AIINB ouvre un compte Twitter

Avec l'appui du Conseil, l'AIINB entre dans le monde des médias sociaux grâce à ce nouvel outil de suivi médiatique et moyen de promouvoir les activités, soutiens et appuis que l'Association offre aux membres, actuels et futurs, tout en augmentant le trafic vers notre site Web.

Vous pouvez nous suivre ici : www.twitter.com/nanb_aiinb. De plus, un lien direct vers le compte de l'AIINB est affiché sur la page d'accueil de notre site à www.aiinb.nb.ca.

Politiques favorables à la santé publique

Lisa Brazeau, directrice des communications, et Josette Roussel, infirmière-conseillère à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), ont annoncé que le Nouveau-Brunswick sera le premier à mettre à l'essai la campagne nationale de sensibilisation aux IP de l'AIIC intitulée *Infirmières praticiennes, c'est grand temps!* À compter du 17 octobre, cette campagne de 4 semaines éduquera le public sur le rôle de l'IP par des campagnes publicitaires et le site Web www.ipenfin.ca.

Dans le but de constamment améliorer ses services, l'AIINB lancera des modules d'apprentissage en ligne mis au point par le Nova Scotia Community College. Scott Conrad, concepteur pédagogique, a guidé une démonstration sur le module concernant *l'usage problématique de substances*. Il s'agit du premier d'une série de modules d'apprentissage en ligne affiché sur le site Web de l'AIINB afin de soutenir la pratique des infirmières immatriculées.

Vicki Campbell, conseillère en politiques et développement, AIIC, a donné une mise à jour sur le partenariat entre l'AIINB et l'Association Professionnelle des Infirmiers/ères du Burkina (APIIB) dans le cadre du Programme de renforcement des infirmières et infirmiers, de leurs réseaux et de leurs associations nationales (PRIIRAN).

Nominations au Conseil et aux comités

Le Conseil d'administration a approuvé les nominations suivantes :

- Le comité des mises en candidature, composé de Martha Vickers, présidente sortante, en tant que présidente, Noëlline LeBel, admin., Région 4, et Marius Chiasson, admin., Région 6; son mandat est de recruter des candidatures pour remplir les postes d'administratrice régionale vacants.
- Sharon Hall-Kay, II, section de York-Sunbury, scrutatrice en chef de l'élection 2012 à l'AIINB à l'assemblée annuelle de 2012.
- Comité de discipline et comité de révision: Paul Rousselle, membre infirmier (North Tetagouche); Charles Flewelling, enseignant à la retraite (Moncton); Huguette Frenette, conseillère en orientation (Bathurst).

Examen/approbation de documents de l'AIINB

Le Conseil a approuvé les documents suivants :

Nouveau document :

- *Directive professionnelle : Le consentement*

La directive professionnelle sur le consentement aide les infirmières immatriculées à mieux comprendre le concept du consentement et le rôle de l'II dans l'obtention du consentement dans le contexte des *Normes d'exercice* et du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*.

Document révisé :

- *Directive professionnelle : Travailler avec des fournisseurs de soins non réglementés*

De plus, le Conseil a approuvé le retrait de deux documents de lignes directrices et de deux énoncés : *Lignes directrices sur les soins infirmiers dans les camps au*

Nouveau-Brunswick; Lignes directrices sur l'administration des médicaments par du personnel non-infirmier ailleurs que dans des établissements de santé; Délégation d'actes infirmiers aux membres de familles; La délégation des tâches et des procédés infirmiers.

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

Reconnaissance de membres du personnel

Les années de service du personnel suivant ont été reconnues : Denise LeBlanc-Kwaw, registraire depuis 10 ans; Odette Comeau Lavoie et Virgil Guitard, cinq années de service à l'Association.

Prochaine réunion

La prochaine réunion du Conseil d'administration aura lieu au siège social de l'AIINB les 15 et 16 février 2012.

Les observatrices sont bienvenues à toute réunion du Conseil. Veuillez communiquer avec Paulette Poirier, adjointe de direction-secrétaire corporative, à ppoirier@aainb.nb.ca ou au 506-459-2858 / 1-800-442-4417.

Conseil d'administration 2011-2012 de l'AIINB

- *Présidente*
France Marquis
- *Présidente désignée*
Darline Cogswell
- *Administratrice, Région 1*
Lucie-Anne Landry
- *Administratrice, Région 2*
Terry-Lynne King
- *Administratrice, Région 3*
Dawn Torpe
- *Administratrice, Région 4*
Noëlline LeBel
- *Administratrice, Région 5*
Linda LePage-LeClair
- *Administrateur, Région 6*
Marius Chiasson
- *Administratrice, Région 7*
Deborah Walls
- *Administratrice représentant le public*
Aline Saintonge
- *Administrateur représentant le public*
Robert Thériault
- *Administrateur représentant le public*
Roland Losier



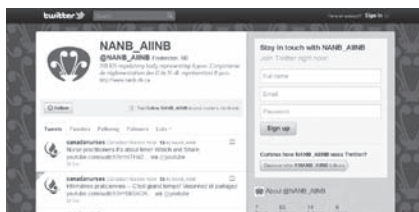


Compte rendu du comité social

LE COMITÉ SOCIAL de l'AINB a ramassé environ 900 \$ cette année grâce aux vendredis décontractés. Les fonds ont été versés aux organismes suivants : banque alimentaire de Fredericton, refuge pour sans-abri, maison de transition et SPCA. Une autre activité de financement qui a eu lieu est la soirée de la Robe rouge de la Fondation des maladies du cœur.

Lors des deux dernières saisons des Fêtes, un encan silencieux a été organisé pour donner à une famille qui le mérite un Noël inoubliable. L'an dernier, l'AINB a réussi à ramasser plus de 500 \$ pour la deuxième année de suite, ce qui a poussé le comité à organiser le 3^e encan silencieux annuel pour la saison des Fêtes qui s'en vient.

Merci au personnel de l'AINB pour son soutien et sa collaboration indéfectibles!



Suivez l'AINB sur Twitter!

L'AINB EST ENTRÉE dans le monde des médias sociaux pour ajouter à sa présence médiatique et comme outil de suivi. Twitter sera aussi une façon de promouvoir les activités, soutiens et appuis que l'Association offre aux membres, actuels et futurs, tout en augmentant le trafic vers notre site Web.

Vous pouvez suivre l'AINB ici : www.twitter.com/nanb_aibn De plus, un lien direct vers du compte de l'AINB est affiché sur la page d'accueil de notre site à www.aibn.nb.ca.



Avis de l'assemblée annuelle

CONFORMÉMENT à l'article XIII des règlements administratifs, avis est donné qu'une assemblée annuelle aura lieu le 31 mai 2012 à l'hôtel Delta, à Fredericton, N.-B. Le but de cette assemblée est d'expédier les affaires de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick.

Les membres actifs et non actifs de l'AINB peuvent assister à l'assemblée annuelle. Seuls les membres actifs ont le droit de vote. Il faut avoir un certificat de membre pour être admise à l'assemblée. Les étudiantes en sciences infirmières sont les bienvenues à titre d'observatrices.

Résolutions pour l'assemblée annuelle

Les membres ayant le droit de vote se prononceront sur les résolutions présentées par les membres actifs avant la date limite prescrite du 11 mars 2012. Par ailleurs, les membres peuvent présenter durant la séance d'affaires des résolutions qui ont trait aux affaires de l'assemblée annuelle.

Scrutin

Conformément à l'article XII, chaque membre actif peut voter sur les résolutions et les motions à l'assemblée annuelle soit en personne, soit par procuration.

Roxanne Tarjan, directrice générale, AINB



Canadian
Nurses Foundation
Fondation des infirmières
et infirmiers du Canada

II lauréates de bourses



HEATHER MCQUINN, II, de Fredericton, a reçu la Bourse du Centenaire AINB-AIIC 2011. Mme McQuinn fait actuellement sa maîtrise à l'Université du

Nouveau-Brunswick, et sa thèse porte sur le rôle de la spiritualité parmi les gens des Premières Nations qui ont surmonté leur dépendance à l'alcool et aux drogues. Depuis 1990, sa passion est le domaine des soins infirmiers en santé mentale dans le milieu clinique, le milieu communautaire et le milieu des soins de santé aigus; elle est également active dans le secteur bénévole. À l'heure actuelle, Mme McQuinn représente le Nouveau-Brunswick au conseil d'administration de l'Association canadienne pour la recherche infirmière.



SERENA JONES, II, de Fredericton, a reçu la Bourse de l'AINB 2011. Après avoir obtenu son B.Sc.inf., Mme Jones a travaillé comme infirmière imma-

triculée au Manitoba en médecine interne, en dialyse et en tant qu'infirmière de vol, avant de décider de revenir au Nouveau-Brunswick pour faire une maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Nouveau-Brunswick. Mme Jones a l'intention de faire sa thèse sur l'intimidation au travail vécue par les nouveaux arrivants au Nouveau-Brunswick.

Félicitations!



Pourquoi devrais-je me porter candidate?

Il s'agit pour vous d'une occasion :

- d'exercer une influence sur les politiques en matière de soins de santé;
- d'élargir vos horizons;
- de tisser un réseau de relations avec des dirigeantes;
- d'améliorer vos aptitudes en leadership; et
- de faire bouger les choses dans la profession infirmière.



Appel de candidatures : Élections d'administratrices, régions 1, 3, 5 et 7

Comment puis-je devenir candidate?

Tout membre actif de l'AIINB peut proposer une candidate ou être proposé comme candidate à un poste au sein du Conseil d'administration de l'Association.

Les candidatures proposées par des membres à titre individuel doivent porter la signature et le numéro d'immatriculation des parties proposantes.

Les candidatures proposées par les sections doivent porter la signature et le numéro d'immatriculation de deux membres du comité exécutif de la section qui ont le statut de membre actif.

Les parties proposantes doivent obtenir le consentement de la (des) candidate(s) visée(s) avant de soumettre ces noms.

Restrictions concernant les candidatures

Seules les candidatures présentées sur

les formulaires appropriés et signées par des membres actifs sont valables.

Aucun membre élu du Conseil ne peut occuper le même poste pendant plus de quatre (4) années consécutives (deux mandats).

Un membre du Conseil est rééligible après une période d'absence de deux ans du Conseil.

Si, à la fin de la période des candidatures, une seule personne est proposée à une fonction ou à un poste, celle-ci est alors élue par acclamation, sans mise aux voix ou scrutin.

Renseignements et résultats des élections

Les renseignements sur les candidates seront publiés dans l'édition du mars 2012 d'*Info Nursing*. Le vote aura lieu par scrutin postal. Les noms des candidates élues seront annoncés à l'assemblée annuelle de 2012 et publiés dans l'édition de septembre d'*Info Nursing*.

L'AIINB accepte maintenant des candidatures en prévision des élections de 2012.

Formule de mise en candidature : page 41

Lauréates 2011 des bourses de l'AIINB

UNB Monnex 1 250 \$ chacune	Lauréates Alison Lynn MacDonald et Natalie Nicole Warren
UdeM Monnex 2 500 \$	Lauréate Amélie Boulay
UNB-AIINB 1 400 \$	Lauréate Rhonda Sydney Vautour
UdeM-AIINB 1 500 \$	Lauréate Lorraine Boudreau
Centenaire AIINB-AIIC Niveau de la maîtrise 5 000 \$	Lauréate Serena Jones
AIINB-niveau de la maîtrise 5 000 \$	Lauréate Heather McQuinn
Prix de la présidente UNB—Bathurst 250 \$	Lauréate Vicki Peterson
Prix de la présidente UNB—Fredericton 250 \$	Lauréate Brittany St. Peter
Prix de la présidente UNB—Moncton 250 \$	Lauréat Adam Comeau
Prix de la présidente UNB—Saint John 250 \$	Lauréate Carmen Daamen
Prix de la présidente UdeM—Moncton 250 \$	Lauréate Cindel Lee Doucet
Prix de la présidente UdeM—Shippagan 250 \$	Lauréate Tania Nancy Friolet
Prix de la présidente UdeM—Edmundston 250 \$	Lauréate Véronik Cormier



Janvier 2012 – L'AIINB lancera des modules d'apprentissage en ligne

L'usage problématique de substances dans la profession infirmière est le premier d'une série de modules d'apprentissage en ligne de l'AIINB visant à offrir aux membres la possibilité d'en apprendre plus sur des questions qui touchent la pratique infirmière et la façon d'appliquer ces connaissances à des situations cliniques réelles. Même si vous avez participé au forum de l'an dernier ou assisté à une présentation à votre lieu de travail, ce module d'apprentissage en ligne offre plus de renseignements pratiques sur *l'usage problématique de substances dans la profession infirmière* dans un environnement convivial, interactif et autodirigé.

Les membres pourront suivre le module gratuitement sur le site Web de l'AIINB à leur convenance, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Le module permet de reprendre là où on a laissé la dernière fois. Ne manquez pas cette possibilité de perfectionnement professionnel qui vous permettra d'ajouter à vos connaissances et qui est admissible au Programme de maintien de la compétence.

La planification est en cours pour les modules d'apprentissage en ligne qui seront offerts en 2012. Les modules traiteront de thèmes qui touchent directement la profession infirmière. Restez à l'écoute pour d'autres renseignements.

Voulez-vous recevoir Info Nursing en format électronique?



L'AIINB OFFRE À ses membres la possibilité de recevoir *Info Nursing* en format électronique. Ne cessant jamais de déployer des efforts pour devenir une association de plus en plus verte, l'AIINB envoie actuellement par courriel un lien direct vers la revue aux parties prenantes et aux membres.

Si vous préférez recevoir dorénavant votre revue *Info Nursing* par voie électronique, veuillez envoyer un courriel à stobias@aiinb.nb.ca.

L'AIINB : une championne de l'harmonie linguistique

NOTE DE LA RÉDACTION: Le 28 septembre 2011, l'AIINB a reçu le prestigieux Prix Dialogue du lieutenant-gouverneur. Suivent les remarques fournies par Dialogue NB et une version abrégée du discours de remerciement de France Marquis.

.....

En tant que plus important groupe de professionnels de la santé dans la province, comptant quelque 8 900 membres, l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (AIINB) soutient ardemment les principes de l'harmonie et du respect entre les communautés francophone et anglophone dans ses activités de tous les jours. Chaque fois qu'elle s'exprime, l'AIINB s'adresse aux deux groupes linguistiques conformément aux valeurs fondamentales du Prix Dialogue du lieutenant-gouverneur. C'est ainsi que chaque document officiel de l'association est disponible dans les deux langues officielles, que chaque réunion de son conseil d'administration et chacune de ses assemblées générales annuelles se déroulent à l'aide d'un service d'interprétation simultanée, et que son site Web et son journal sont offerts dans les deux langues. Il convient de remarquer que des séances d'information sont offertes aux infirmières et infirmiers francophones et anglophones. L'engagement de l'AIINB à l'égard de la dualité linguistique n'est pas requis par la loi. Toutefois, en raison de la diversité linguistique qu'elle place au centre de ses services, l'AIINB est un digne récipiendaire du Prix Dialogue du lieutenant-gouverneur de la province.

L'AIINB est l'un des trois lauréats du Prix Dialogue du lieutenant-gouverneur



France Marquis, présidente de l'AIINB, accepte le Prix Dialogue du lieutenant-gouverneur.
Photos : gracieuseté de Harry Mullin

« C'est un grand honneur et un privilège d'accepter ce prix au nom du Conseil d'administration et des infirmières et infirmiers immatriculés de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick. La mission de Dialogue Nouveau-Brunswick est de favoriser la compréhension, le respect et l'appréciation entre les gens d'expression française et anglaise du Nouveau-Brunswick. Ses objectifs sont de favoriser les échanges parmi les citoyens des deux communautés linguistiques au sujet de leurs besoins, de leurs aspirations et de leurs intérêts par l'entremise du dialogue, de faciliter les rencontres, les interactions et la collaboration entre les deux communautés et, enfin, de voir à ce que l'égalité linguistique soit valorisée et appréciée; or, ce sont des objectifs et des valeurs que partage l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick.

Nous vous remercions sincèrement pour cette reconnaissance de nos réalisations en tant qu'organisme et en tant que communauté dans l'avancement de ces objectifs. Il y a plus de 30 ans, le Conseil d'administration de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick a adopté un plan de communication stratégique qui a façonné l'Association qui se trouve devant vous aujourd'hui. La vision et les valeurs du Conseil sont ancrées dans les valeurs de notre profession, une profession qui exige des connaissances et une expertise avancées, mais aussi une profession qui s'exerce en interaction avec des êtres humains. L'engagement de notre profession à l'égard d'une communica-

tion efficace découle de notre engagement à fournir des soins compétents et conformes à l'éthique aux patients, aux familles et aux collectivités que nous servons. En tant qu'organisme professionnel chargé de réglementer la pratique des infirmières immatriculées dans l'intérêt public au Nouveau-Brunswick, l'Association, tout comme son Conseil d'administration et ses membres, appuie les objectifs stratégiques, les politiques et l'affectation de ressources visant à soutenir et à favoriser la pleine participation des infirmières immatriculées, de nos collègues, des parties intéressées et du public des deux communautés linguistiques du Nouveau-Brunswick à l'avancement de notre profession, des programmes de formation, du code de déontologie, des normes et directives professionnelles, des exigences d'admission à la profession et du processus disciplinaire. Cet engagement, ce débat et ce dialogue ainsi que l'apport sans obstacles des deux communautés linguistiques ont renforcé et enrichi notre Association, notre profession et le système de santé du Nouveau-Brunswick.

Je crois que ce prix nous incitera à continuer de poursuivre notre rôle de chef de file dans le domaine et de démontrer les résultats positifs que le plein engagement des deux communautés linguistiques a apportés tandis que nous remplissons notre mandat et soutenons et faisons avancer la pratique des infirmières immatriculées de la province.

Merci encore pour ce prix, qui est pour nous une source d'inspiration quotidienne. »

—France Marquis, présidente ■

Projet d'un programme de doctorat en science infirmière à l'Université de Moncton en collaboration avec une université francophone

Par ANIK DUBÉ, SUZANNE HARRISON ET DANIELLE CHARRON

À l'aube du XXI^e siècle, la population canadienne nécessite des soins de santé de plus en plus complexes et des programmes de formation infirmière universitaire à la fine pointe; il faut donc pour ces milieux de soins et de formation de plus en plus d'infirmières et d'infirmiers détenant un doctorat en sciences infirmières. En effet, les infirmières détenant un doctorat favorisent et effectuent des recherches qui font progresser les connaissances et l'assise théorique sur lesquelles repose la pratique infirmière. Elles occupent des postes d'enseignantes dans des programmes de formation infirmière, assument un rôle de chef de file au sein de la profession et orientent les politiques sur les soins infirmiers et les soins de santé. Elles sont plus qu'essentiels à la survie de notre profession.

Toutefois, force est de reconnaître qu'entre les provinces canadiennes la concurrence pour recruter les profes-

sionnels de la santé et surtout des professeur(e)s détenant un doctorat en science infirmière représente un défi de taille. L'Université de Moncton, loin des grands centres, opère dans un milieu francophone minoritaire et n'a pas réussi au cours des dernières années à doter ses postes vacants d'enseignement. Ces postes exigent des professeur(e)s détenant un doctorat en sciences infirmières ou inscrits au doctorat et ayant déjà suivi les cours de doctorat.

Pour remédier à cette problématique, en janvier 2010, quelques professeurs en science infirmière de l'École de science infirmière (ÉSI), campus de Moncton, ont créé le comité ad hoc « DOC-SOS » en vue d'explorer des pistes de solutions afin de doter ces postes d'enseignement. Les objectifs de ce comité sont les suivants :

1. L'élaboration et la mise en application de stratégies visant à recruter des professeur(e)s en sciences infirmières (et domaines connexes) détenant un doctorat;
2. La mise au point d'outils, par exemple un sondage ou d'autres moyens, afin de cibler les infirmières ou infirmiers intéressés à poursuivre des études doctorales et à enseigner à l'ÉSI de l'Université de Moncton;
3. L'exploration de la possibilité d'offrir un programme de doctorat en science infirmière à l'Université de Moncton, qui serait possiblement chapeauté par la faculté des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa ou de l'Université Laval à Québec;
4. L'élaboration d'un plan stratégique visant à sensibiliser les étudiantes et les étudiants en science infirmière au niveau du baccalauréat et de la

maîtrise à poursuivre des études aux cycles supérieurs.

Le but de ce communiqué vise à vous informer de notre projet et à vous offrir la possibilité de faire un programme de doctorat en science infirmière à l'Université de Moncton en collaboration avec une université francophone (Université d'Ottawa ou Université Laval). Ce programme de doctorat serait offert à distance et pourrait être suivi à temps complet ou à temps partiel.

Afin de discuter plus en profondeur de ce projet d'envergure avec les personnes-ressources des facultés de sciences infirmières de l'Université d'Ottawa et de l'Université Laval, nous aimerions connaître votre intérêt à faire un doctorat en science infirmière à l'Université de Moncton.

C'est la raison pour laquelle nous vous invitons à répondre à notre sondage qui sera disponible en ligne sur le site Web de l'École de science infirmière de l'Université de Moncton à www.umoncton.ca/umcm-fsssc-scienceinfirmiere.

Les résultats du sondage vous seront communiqués au cours de l'année 2012. Nous vous remercions à l'avance de votre intérêt pour ce projet d'envergure.

Les membres du comité

Pour de plus amples renseignements, les membres du comité sont :

- Danielle Charron, Ph.D., présidente, danielle.charron@umoncton.ca ou 506-858-4261.
- Suzanne Harrison, Ph.D., vice-présidente, 506-858-4342 ou suzanne.harrison@umoncton.ca
- Anik Dubé, Ph.D.(c), secrétaire, 858-4256 ou anik.dube@umoncton.ca ■

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

Sommet provincial sur la transformation des soins de santé primaires

Par BRONWYN DAVIES

Les 200 délégués qui ont participé au tout premier sommet sur les soins de santé primaires dans la province ont convenu que des changements sont nécessaires pour assurer un accès plus facile et plus opportun à des soins de santé primaires de qualité.

Le ministère de la Santé, en partenariat avec le comité directeur provincial des soins de santé primaires, a été l'hôte d'un sommet les 20 et 21 octobre 2011 intitulé *Notre santé, notre avenir : Des soins de santé primaires transformés*. Le sommet faisait suite à une vaste consultation que le ministère a tenue en réponse au document de discussion du comité directeur, publié par la ministre de la Santé en mars dernier. L'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick siège à ce comité directeur.

Les participants étaient surtout des dispensateurs de soins de santé, dont des infirmières et des infirmières praticiennes, des dirigeants communautaires, des responsables de l'élaboration des politiques et des décideurs, des universitaires ainsi que des représentants d'organismes de soins de santé. La ministre de la Santé, Madeleine Dubé, et le ministre du Mieux-être, de la Culture et du Sport, Trevor Holder, étaient également présents.

Le sommet a accueilli trois conférenciers principaux : Dr Rob Wedel, un médecin de famille qui pratique dans la collectivité rurale de Taber, en Alberta; Bill Casey, directeur général des services de santé primaires de Peterborough, en Ontario; et John G. Abbott, chef de la direction du Conseil canadien de la santé.

« Au cœur d'un système de soins de santé viable, on trouve les soins de santé primaires, a dit la ministre Dubé. Viser la transformation des soins de santé primaires est la première étape pour parvenir à un Nouveau-Brunswick plus en santé et à un système de soins de santé fort et efficace. »

Les ateliers de groupe ont traité des sujets suivants, qui étaient regroupés sous les thèmes de l'accès, des équipes

de soins et des modes de vie sains :

- Accès : conception du système de prestation; engagement du patient : le patient comme partenaire; patients sans médecin; prestation de soins en tout temps.
- Équipes de soins : intégration; indicateurs de rendement; rémunération des équipes; gouvernance, responsabilisation et coordination des soins.
- Modes de vie sains : différences sur le plan de la santé; mobilisation des collectivités afin de favoriser des modes de vie sains; modèle axé sur la population; autogestion.

Après une pleine journée de discussion, plusieurs thèmes communs ont émergé des ateliers en groupe. Ce sont les soins en équipe, la collaboration des intervenants et la gouvernance qui semblent avoir été les sujets qui ont suscité le plus d'intérêt chez les délégués au sommet.

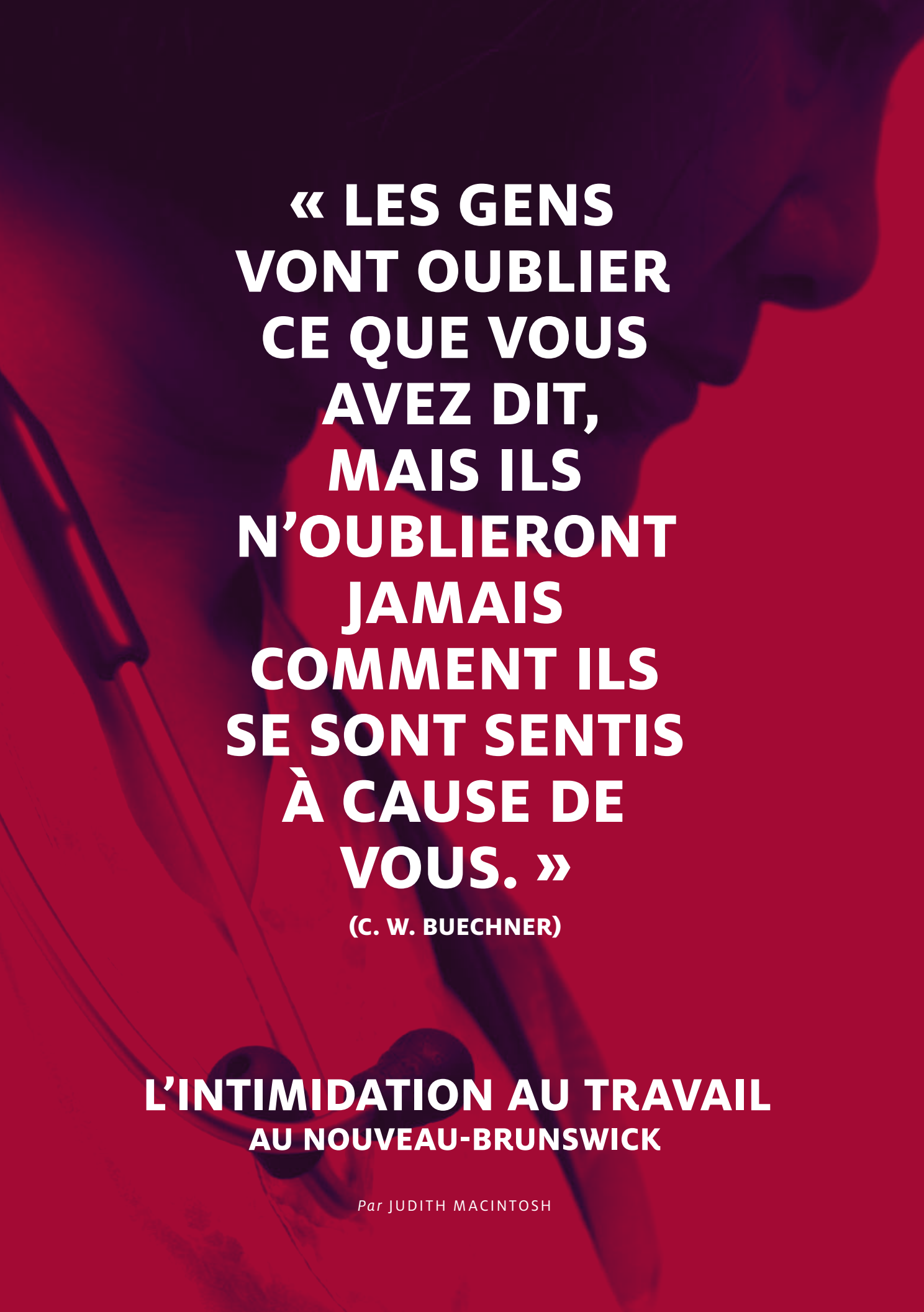
Le deuxième jour, les délégués ont eu l'occasion de donner des rétroactions sur les principaux thèmes qui avaient émergé des ateliers de groupe de la veille. On a remis aux délégués des dispositifs de votation électroniques pour leur permettre de voter sur une série de questions reliées aux principaux thèmes du sommet.

Voici les réponses des délégués :

- Seulement 3 % des délégués sont d'accord pour dire que les modèles de financement actuels pour les professionnels de la santé favorisent une démarche en équipe à l'égard des soins de santé primaires;
- 99 % conviennent que la participation de la collectivité est importante dans l'élaboration d'un modèle de soins de santé primaires;
- 90 % conviennent qu'une démarche en équipe est le modèle préféré pour la prestation des soins de santé

primaires;

- lorsqu'on a demandé aux délégués de voter sur le critère le plus important qui venait ensuite relativement à la formation d'équipes de soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick, plus de 60 % ont convenu que la prochaine étape est la définition d'un modèle de gouvernance;
- 42 % des délégués ont convenu que les collectivités locales devraient avoir la responsabilité de former les équipes de soins de santé, plutôt que les RRS (31 %), les fournisseurs individuels (16 %) ou le gouvernement central (11 %);
- près de 80 % des délégués ont convenu que l'engagement communautaire est le meilleur moyen de créer une culture de vie saine au Nouveau-Brunswick;
- les délégués n'étaient pas unanimes sur la question de savoir si les fournisseurs de soins de santé primaires sont bien préparés pour inciter les gens à adopter des modes de vie sains – 12 % pensent que les fournisseurs sont très bien préparés à le faire, tandis que la majorité, 81 %, estiment que les fournisseurs sont quelque peu ou un peu préparés;
- 93 % des délégués ont convenu que l'amélioration de la santé globale de la population passe par une plus grande collaboration parmi les ministères et les collectivités;
- 88 % des délégués ont convenu que le Nouveau-Brunswick a besoin d'un dossier médical électronique (DME) pour améliorer les soins de santé primaires.
- À la question de savoir si le rendement de l'équipe et les résultats cliniques devraient être reliés au



**« LES GENS
VONT OUBLIER
CE QUE VOUS
AVEZ DIT,
MAIS ILS
N'OUBLIERONT
JAMAIS
COMMENT ILS
SE SONT SENTIS
À CAUSE DE
VOUS. »**

(C. W. BUECHNER)

**L'INTIMIDATION AU TRAVAIL
AU NOUVEAU-BRUNSWICK**

Par JUDITH MACINTOSH

L'article sur l'intimidation au travail publié dans le numéro de juin 2011 de la revue *Infirmière canadienne* et les nombreuses lettres à la rédaction publiées dans le numéro de septembre venant de cibles d'actes d'intimidation au travail soulignent l'importance de cette question cruciale dans les milieux de travail.

Depuis une dizaine d'années, je fais de la recherche sur la question de l'intimidation au travail au Nouveau-Brunswick. Ma recherche a englobé différents milieux de travail; or, bon nombre de mes constatations appuient celles décrites dans la revue *Infirmière canadienne*.

J'utilise l'étiquette « intimidation au travail » pour décrire un comportement répété dans le temps et dont on sait, ou dont on devrait savoir, qu'il n'est pas voulu ou est importun. Le comportement comprend toute violence psychologique (verbale), physique ou sexuelle, du harcèlement ou de l'hostilité à l'endroit d'une autre personne, que cela se passe au travail ou durant le trajet à destination ou en provenance du travail (y compris poursuivre une personne). Si j'emploie le terme « personne ciblée » pour désigner une personne visée par des actes d'intimidation, c'est parce que bon nombre des participants à mes études ne se considèrent pas comme des « victimes ».

Voici quelques points importants que je constate au sujet de l'intimidation au travail :

- Au début, l'intimidation au travail n'est pas facile à repérer. Les gens ne reconnaissent pas immédiatement que l'intense sentiment de détresse qu'ils ressentent est causé par des actes d'intimidation au travail. Souvent, nous internalisons nos expériences, trouvons des excuses pour expliquer l'intimidation et nous efforçons de travailler encore plus fort pour l'éviter.
- L'intimidation fait que les personnes ciblées se sentent seules, pensent que quelque chose cloche chez elles et qu'elles sont à blâmer.
- Les effets de l'intimidation au travail sont graves. Les personnes ciblées connaissent des effets sur plusieurs plans : physique (maux de tête,

fatigue, perturbations du sommeil et des habitudes alimentaires, problèmes de digestion); émotionnel (stress, anxiété, une appréhension à aller travailler, manque de contrôle); social (isolement, retrait de la famille et des amis, négativité); professionnel (réputation ternie, mauvaises références, absences pour maladie, démission de son emploi).

- Le fait de connaître de l'intimidation au travail change la perception que la personne ciblée a du travail et de ce qu'elle en retire. Une personne qui était auparavant un employé dévoué perd tout intérêt à son travail, prend plus de congés de maladie, devient moins engagée et perçoit son emploi comme un travail à faire, sans plus.
- Les effets sur la santé et les relations sociales persistent longtemps après que la personne ne fasse plus l'objet d'intimidation au travail, que ce soit parce qu'elle a quitté le lieu de travail ou parce que l'intimidation a cessé.
- La plupart des personnes ciblées sont des employés dévoués et consciencieux qui aiment leur travail et qui accordent une grande valeur au travail bien fait; mais, l'intimidation change tout cela pour elles.
- Les personnes ciblées par des actes d'intimidation au travail veulent que le comportement cesse et veulent que quelqu'un reconnaisse que le comportement n'est pas approprié et n'aurait jamais dû avoir lieu.
- Les employeurs et les employés sont tous perdants lorsque l'intimidation au travail ne fait pas l'objet de mesures promptement. L'intimidation s'intensifie avec le temps et devient plus difficile à régler à mesure que le temps passe.
- Les personnes ciblées affirment que le soutien des membres de la famille, des amis et des collègues est très important pour les aider à reconnaître et à gérer l'intimidation.
- Les professionnels de la santé qui reconnaissent que les symptômes de la personne ciblée sont peut-être reliés à de l'intimidation au travail sont d'une grande aide; poser la

question « comment vont les choses au travail? » peut mener à un nouveau degré de compréhension.

- Il existe un mythe selon lequel la meilleure approche initialement est de confronter directement la personne ciblée avec la personne qui intimide. Or, c'est souvent impossible, non avisé et dangereux. Une personne ciblée dont l'estime de soi est affaiblie n'est pas en mesure d'affronter une personne puissante; cela risque même d'aggraver la situation. Ce mythe maintient l'idée que la personne ciblée devrait être capable « d'arranger les choses » elle-même.

Pour traiter le problème de l'intimidation au travail en tant que société, il nous faut :

- Adopter des stratégies pour traiter l'intimidation à un niveau personnel, collectif, organisationnel, public et comme objet de politiques, car c'est une question complexe. Les politiques et les procédures font souvent porter aux personnes ciblées la responsabilité d'agir d'elles-mêmes pour faire cesser l'intimidation. Ce n'est pas acceptable, car c'est une approche qui « blâme la victime ». Les personnes ciblées doivent comprendre qu'elles ne sont pas responsables de l'intimidation.
- Faire des interventions visant l'intimidation qui font appel à des groupes de travail entiers, car l'intimidation peut toucher n'importe qui dans le milieu de travail.
- Avoir des ressources humaines et des syndicats qui sont bien préparés à appuyer les personnes ciblées par l'intimidation au travail. À l'heure actuelle, il est rare qu'une personne ciblée y trouve soutien et aide, car ces ressources sont souvent mal dotées ou n'ont pas les connaissances nécessaires pour intervenir. Les personnes ciblées ont l'impression que leurs plaintes ne sont pas prises au sérieux ou que les gens n'ont « agi que pour la forme », donnant aux

Ballet-théâtre
atlantique du Canada

IGOR DOBROVOLSKIY, DIRECTEUR ARTISTIQUE

Au Canada, 1 ou 2 femmes sont assassinées chaque semaine par leur conjoint.

Les femmes âgées entre 15 et 24 ans présentent le taux le plus élevé d'homicide par le conjoint (4 fois la moyenne nationale).

OMBRES DE VIOLENCE

À VENIR :

The Fredericton Playhouse

le 19 janvier 2012

Imperial, Theatre, Saint John

le 15 mars 2012

BILLETS :

38 \$ Adultes

28 \$ Étudiants/aînés

Tél. : 506-458-8344

Prix spécial de 30 \$ pour l'AIINB!
Économisez plus de 20 %

Code promotionnel : SILENT1

Danse professionnelle avec un but

Oeuvre multimédia originale inspirée par les femmes assassinées par un conjoint, ce ballet rappelle leur souvenir à notre mémoire – et exprime notre deuil.

Cette œuvre originale explore la nature humaine grâce à l'art subtil du ballet-théâtre, et elle se veut un catalyseur de dialogue. En plus de nous sensibiliser au problème très grave de la violence familiale et de l'homicide conjugal, cette production pourrait dissuader de passer à l'acte des membres plus jeunes de l'auditoire qui présentent déjà des signes de violence donnée ou reçue.

C'est plus qu'un ballet! Un impact positif sur les gens se traduit par un impact positif sur la collectivité.

LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES : UNE PRÉOCCUPATION IMPORTANTE DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE

Par MARILYN MERRITT-GRAY ET JUDITH WUEST

La violence entre conjoints, aussi appelée violence conjugale, est un problème de santé publique grave¹ qui touche une Canadienne sur trois au cours de sa vie². Les infirmières sont aux premiers rangs pour constater les effets de la violence familiale, en particulier sur les femmes et les enfants. L'AIINB a publié un énoncé sur la violence familiale en 1985 (révisé en 1996)³, qui a été suivi d'un énoncé et de lignes directrices cliniques sur la violence familiale par l'AIIC en 1992^{4,5}. L'inclusion de ce petit livre rouge de lignes directrices cliniques dans *L'infirmière canadienne* nous a sensibilisées à la violence familiale et aux rôles des infirmières à l'égard de cette question importante. Plus récemment, l'AIIC a mis au point des pratiques exemplaires sur la violence faite aux femmes (www.rnao.org/Storage/41/3542_Women_abuse_French.pdf). Le Nursing Network for Violence Against Women, International [Réseau infirmier international sur la violence faite aux femmes] a donné des pistes pour éliminer la violence grâce à une formation infirmière avancée, à la recherche, à la pratique et aux politiques (www.nnvawi.org). Mais, bien que nous soyons faites les championnes de la question de la violence familiale, nos actions auprès des femmes et des

familles que nous voyons dans notre pratique n'ont pas été aussi progressistes. Même si les femmes perçoivent les infirmières et le système de soins de santé comme des ressources accessibles, elles se sentent souvent jugées et en danger lorsqu'elles nous demandent de l'aide. Trop souvent, nous répondons aux survivantes en fonction de croyances et de mythes courants et agissons comme si la violence entre conjoints était une question à laquelle d'autres

sont mieux placés pour répondre. Il y a 20 ans, Marilyn avait comme préoccupation clinique en tant qu'infirmière en santé mentale communautaire de savoir comment aider les femmes qui avaient de la difficulté à quitter un partenaire violent, et c'est ce qui a donné l'élan à notre programme de recherche. Notre travail a contribué à accroître l'ensemble de connaissances dont disposent les infirmières afin de les aider à répondre plus efficacement aux femmes

« Fait important, la plupart de ces problèmes de santé sont propices à des interventions qui s'insèrent tout à fait dans le champ d'exercice des infirmières. »

TABEAU 1 Profil de santé des femmes 20 mois après avoir quitté leur partenaire (N =309)

Profil de santé	% de femmes maltraitées
Signalent être en bonne à excellente santé	62 %
Signalent des problèmes de santé physique qui nuisent au travail ou aux activités habituelles	70 %
Au cours du dernier mois, signalent avoir eu les problèmes suivants :	
• Inquiétude ou tension	• 81 %
• Fatigue	• 78 %
• Difficulté à dormir	• 76 %
• Maux de dos	• 67 %
• Maux de tête	• 65 %
• Difficultés de concentration	• 62 %
• Problèmes intestinaux	• 52 %
• Articulations enflées ou douloureuses	• 46 %
Douleur chronique très débilitante*	35 %
Préhypertension	42 %
Symptômes correspondant à la dépression clinique*	73 %
Symptômes correspondant au TSPT*	48 %

* tel que mesuré par un outil normalisé

maltraitées⁶.

Pourquoi la violence familiale est-elle une préoccupation importante de la profession infirmière?

Au moins un tiers des femmes que nous soignons connaîtront des incidents de violence familiale au cours de leur vie. De plus, en tant que profession à prédominance féminine, nous pouvons assumer qu'environ une collègue infirmière sur trois connaîtra de la violence au sein d'une relation personnelle au cours de sa vie. Chaque année pendant cinq ans, nous avons évalué la santé d'un échantillon communautaire volontaire de 309 femmes (N.-B.=110; Ont.= 110; C.-B.= 89) qui étaient séparées de leur conjoint violent depuis 20 mois en moyenne (voir www.women-health.ca/language.htm pour prendre connaissance des principales constatations). En moyenne, les femmes étaient âgées de 39 ans, elles avaient 13 ans de scolarité,

et elles avaient connu 8,5 ans de violence aux mains du partenaire qu'elles avaient quitté. Leur revenu médian était de 15 684 \$, et 57 % d'entre elles avaient des enfants à leur charge⁷. Nous avons constaté que, contrairement à la croyance populaire, ces femmes possédaient de *nombreuses forces* qui les aidaient à contrebalancer la violence et ses conséquences : 45 % avaient un emploi, 16 % suivaient un programme de formation, 16 % cherchaient du travail et 25 % étaient propriétaires de leur maison. De plus, leurs résultats sur des échelles de mesure normalisées de résilience, de maîtrise, de fonctionnement de la famille et de soutiens sociaux étaient tous *similaires* à ceux obtenus par la population en général.

Quels sont les effets de la violence sur la santé?

Les effets de la violence sur la santé découlent des blessures physiques et du

stress traumatique et chronique de la violence subie; ces effets durent de nombreuses années, bien longtemps après que la femme a quitté son conjoint violent ou que la violence a cessé. Au cours de notre étude de cinq ans sur la santé des femmes qui avaient quitté leur partenaire (voir le tableau 1 pour un profil de santé), nous avons constaté que, en moyenne, les femmes signalaient 12 problèmes de santé actifs et prenaient trois médicaments sur ordonnance⁸.

De façon générale, les taux relatifs aux problèmes de santé des femmes étaient élevés; par exemple, la douleur chronique et la préhypertension présentaient un taux environ deux fois plus élevé que chez les Canadiennes en général. Fait important, la plupart de ces problèmes de santé sont propices à des interventions qui s'insèrent tout à fait *dans le champ d'exercice des infirmières*. Au cours du dernier mois, nos participantes avaient consulté leur médecin de

Que peuvent faire les infirmières maintenant?

- Appelez la VIOLENCE par son nom lorsque vous en êtes témoin, et aidez les autres à en faire autant.
- Présumez que la plupart des femmes (collègues et patientes) font l'objet au cours de leur vie de violence perpétrée par une personne qui est proche d'elles, souvent à de multiples reprises.
- Soulevez la question de la violence faite aux femmes auprès de vos collègues infirmières et discutez-en.
- Parlez de ce que vous pouvez faire collectivement pour créer un milieu de soins de santé plus sécuritaire où les femmes peuvent parler du traumatisme qu'elles subissent ou ont subi, obtenir de l'aide et ne pas se sentir jugées.
- Sachez que la question « Pourquoi ne pas simplement quitter la relation? » n'aide pas et a un effet destructeur.
- Concentrez-vous sur les forces de la femme.
- Demandez-lui ce que vous pouvez faire pour l'aider à être le plus en sécurité possible, autant physiquement que psychologiquement, maintenant et dans l'avenir.
- N'oubliez pas que quitter une relation violente est un processus pour toutes les femmes et que, pour bon nombre, quitter la relation n'est pas la meilleure solution qui s'offre à elles pour l'instant.
- Rappelez aux survivantes d'un traumatisme que la recherche montre que la violence physique et psychologique peut aggraver et, parfois, provoquer des problèmes de santé. Passez en revue les problèmes de santé couramment associés à la violence (douleur chronique, insomnie, symptômes de dépression, angoisse de type TSPT, symptômes gastro-intestinaux et neurologiques, augmentation de la consommation de substances), ainsi que leur lien avec le stress et les blessures causés par la violence.
- Reconnaissez la difficulté d'assumer son rôle de mère en situation de violence. Rappelez-lui que le comportement violent du partenaire A EFFECTIVEMENT une incidence négative sur ses enfants. Insistez sur le fait qu'elle n'est PAS une mauvaise mère parce que le père est violent.
- Prenez connaissance des ressources locales et provinciales dont peuvent se prévaloir les personnes qui sont aux prises avec un traumatisme actuel ou passé (la page 2 de tous les annuaires téléphoniques donne une liste de ressources telles que les maisons de transition, les travailleuses communautaires et les lignes d'écoute téléphonique).



www.spiic.ca

**Société de
protection des
infirmières et
infirmiers du
Canada**

Protection
responsabilité
professionnelle
pour les
infirmières et
infirmiers

Soins de longue durée

Au Canada, vu le vieillissement de la population, la prolongation de la durée de vie et la plus grande complexité des soins médicaux, la demande de soins de longue durée (SLD) ira en augmentant et un plus grand nombre d'infirmières devront soigner ces patients. Il faut donc que les infirmières soient conscientes des risques de préjudice les plus courants de ce segment de la population.

Chutes

Les blessures subies par suite de chutes constituent l'une des principales raisons des admissions pour soins de longue durée et du transfert de patients entre un établissement de soins prolongés et un hôpital de soins de courte durée aux fins de traitement de blessures graves. Soixante-dix pour cent des hospitalisations de patients de 65 ans ou plus sont liées à des blessures graves découlant de chutes accidentelles¹. Il a été rapporté par l'agence *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* que 40% des admissions dans des établissements de soins de longue durée sont directement liées à des chutes, presque la moitié des personnes âgées qui résident dans des établissements de soins de longue durée tombent chaque année et un tiers des personnes qui chutent subissent des blessures graves². Dans un tel cas, une résidente, d'un établissement de soins de longue durée atteint de démence est tombée d'un fauteuil releveur surélevé qui a basculé. Les blessures liées à cette chute ont contribué à son décès³.

Sur une période de 15 ans, 16 % des incidents signalés à la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada (SPIIC) au sujet de patients recevant de soins de longue durée se rapportaient à des chutes. Les patients âgés, en particulier, peuvent subir des blessures graves ou même décéder par suite du trauma causé par une chute. Selon l'information obtenue, certaines chutes auraient été attribuées à un manque de supervision approprié, à des erreurs de médicaments et au mauvais usage d'équipement de transfert. Dans d'autres cas, il a été allégué que les infirmières n'avaient pas bien évalué les patients qui étaient tombés, ce qui a entraîné des retards dans le diagnostic et le traitement des fractures ou autres blessures graves. L'incapacité des patients de communiquer par suite de leur état pathologique ou d'une barrière linguistique a pu aussi contribuer à de tels retards.

Médicaments

L'Institut canadien d'information sur la santé a mené une étude sur l'usage de médicaments auprès de plus d'un million personnes âgées, qui a fait ressortir clairement l'usage répandu des médicaments chez cette population. Selon cette étude, 67 % des personnes de plus de 65 ans prennent au moins cinq types de médicaments; 21 % prennent 10 médicaments ou plus; et 6 % prennent 15 médicaments ou plus⁴. La prise multiple de médicaments augmente le potentiel d'erreurs de médicaments et les effets indésirables dus à l'interaction des médicaments. Par ailleurs, ne pas surveiller adéquatement l'administration des médicaments à des patients d'établissements de soins de longue durée peut entraîner des conséquences graves. Dans un tel cas, un psychiatre a prescrit de l'Haldol pour gérer le comportement verbal abusif d'un patient d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée. Comme le médicament n'a pas produit les résultats escomptés, un omnipraticien a augmenté la dose sans consulter le psychiatre et sans évaluer les effets de la dose plus élevée. L'état de la patiente s'est détérioré et elle a développé une dyskinésie tardive qui l'a rendue complètement spastique⁵.

La communication de renseignements incorrects ou incomplets relativement à des médicaments augmente aussi le risque d'erreurs de médicaments lors de l'admission, du congé ou du transfert de personnes âgées entre des établissements de soins de santé. Afin de prévenir les accidents évités de justesse et les événements indésirables dans de tels cas, Accréditation Canada requiert usage d'un bilan comparatif des médicaments (BCM) aux organisations. La prévention des effets indésirables dus à des médicaments par le biais du BCM est également l'une des stratégies ciblées par le programme *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!*⁶

Abus

Les enquêtes menées par le bureau *Protection for Persons in Care* (PPC) de l'Alberta témoignent de l'étendue de l'abus psychologique et physique, et de l'exploitation financière des personnes âgées soignées par des prestataires de soins de santé.



www.spiic.ca

**Société de
protection des
infirmières et
infirmiers du
Canada**

Protection

responsabilité

professionnelle

pour les

infirmières et

infirmiers

En effet, en un an, le bureau du PPC a reçu 447 rapports d'abus présumé. Ces plaintes sont ainsi réparties : préjudice émotionnel (49 %), omission de remplir l'obligation de fournir les choses nécessaires à l'existence (27 %), préjudice physique (17 %), contact sexuel non voulu (3 %), administration inappropriée de médicaments (2 %) et exploitation financière (2 %). Cinquante-neuf pour cent des victimes d'abus présumé avaient plus de 65 ans, et la tranche d'âge de 81 à 90 ans était la plus fréquemment visée par les rapports. Quelque 82,8 % des présumés coupables étaient des prestataires de services de soins de santé⁷.

La conclusion qu'un prestataire de soins de santé ou un établissement de soins de santé a maltraité un patient peut donner lieu à des conséquences juridiques graves. En effet, les prestataires de soins de santé impliqués dans de telles activités peuvent faire l'objet de mesures disciplinaires prises par leur employeur et leur organisme de réglementation professionnel. Ils peuvent aussi être portés en justice et faire l'objet de sanctions pécuniaires⁸ et d'accusations criminelles. Ainsi, par exemple, après avoir été jugée responsable d'abus physique et psychologique infligé à des résidents d'une maison de soins infirmiers, une infirmière autorisée a été congédiée et son association a résilié sa licence professionnelle⁹. Un aide-soignant vient d'être condamné à huit mois de prison après avoir plaidé coupable à des charges de voies de fait contre quatre résidents vulnérables âgés de 80 ou 90 ans qui souffraient de démence ou de la maladie d'Alzheimer¹⁰. Une poursuite en responsabilité a été également intentée contre une maison de soins infirmiers par suite de l'omission de cet établissement et de son personnel infirmier de fournir un milieu sécuritaire à un résident âgé souffrant de la maladie d'Alzheimer qui était entré dans la chambre d'un résident connu pour son comportement combatif, s'était fait projeté au sol et avait conséquemment subi une fracture de la hanche. La cour a conclu que la maison de soins infirmiers et le personnel soignant avaient manqué à leur obligation de fournir des lieux raisonnablement sécuritaires aux résidents¹¹.

Sommaire

Vous pouvez communiquer avec les infirmières avocates de la SPIIC pour discuter des questions liées à la responsabilité civile professionnelle de votre profession. Pour plus d'information, appeler la SPIIC au 1-800-267-3390 et consulter notre site web au www.spiic.ca.

1. Institut canadien d'information sur la santé, *Rapport du registre national des traumatismes, 2009 : Traumatismes graves au Canada (qui inclut les données 2007-2008)* (Ottawa, Ontario : auteur, 2010), en ligne : www.icis.ca.
2. *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* Collectif national sur la prévention des chutes dans le contexte des soins de longue durée, en ligne : www.saferhealthcarenow.ca.
3. Bureau du coroner en chef de l'Ontario, *Dix-neuvième rapport annuel du Comité d'examen des décès en matière de soins gériatriques et de longue durée pour le Bureau du coroner en chef de la province de l'Ontario*, septembre 2009, pp 16 à 21.
4. Institut canadien d'information sur la santé, *Utilisation des médicaments chez les personnes âgées dans le cadre des régimes publics d'assurance-médicaments au Canada, 2002 à 2008* (Ottawa, Ontario : auteur, 2010), en ligne : www.icis.ca.
5. *Wells (Tuteur à l'instance) v Paramsothy* (1996), 32 OR (3d) 452 (Div Ct (Gen Div)); autorisation de pourvoi à la CA refusée, [1997] OJ no 671 (CA) (QL).
6. *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* Stratégie nationale : Bilan comparatif des médicaments en soins de longue durée, en ligne : www.saferhealthcarenow.ca.
7. Gouvernement de l'Alberta, *Protection for Persons in Care 2008-09 Annual Report*, en ligne : www.seniors.alberta.ca.
8. Par exemple, conformément à l'article 24(2) de la *Protection for Persons in Care Act*, SA 2009, c P-29.1, les individus peuvent faire l'objet d'une amende jusqu'à concurrence de 10 000 \$ et les prestataires de soins de santé jusqu'à concurrence de 100 000 \$.
9. *Snider v Manitoba Assn of Registered Nurses*, [2000] 4 WWR 130 (Man CA); autorisation de pourvoi à la CSC refusée, [2000] SCCA no 102 (QL).
10. *R v Foubert*, 2009 CanLII 64826 (Ont Sup Ct), [2009] OJ no 5024 (QL).
11. *Stewart v Extencicare*, [1986] 4 WWR 559 (Sask QB).

info@cnps.ca
www.spiic.ca

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

Tél 613 237-2092
ou 1 800 267-3390
Télec. 613 237-6300

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 SPIIC^{MD}. LES LECTEURS DEVRAIENT CONSULTER UN CONSEILLER JURIDIQUE POUR OBTENIR DES AVIS SPÉCIFIQUES.

« Le processus de quitter un partenaire violent peut être long et tortueux; il est essentiel d'offrir un soutien qui renforce la confiance en soi et le sentiment de capacité de la femme. »

famille 5 fois plus souvent, s'étaient présentées à une clinique sans rendez-vous 8 fois plus souvent et s'étaient rendues à l'urgence 24 fois plus souvent que les Canadiennes en général. Cependant, plus du double (73 %) avaient des symptômes correspondant à la dépression clinique comparativement à celles qui avaient signalé avoir reçu un diagnostic de dépression d'un professionnel de la santé (31 %); de même, 7 % ont signalé avoir reçu un diagnostic de trouble de stress post-traumatique (TSPT), alors que 48 % avaient des symptômes correspondant à un TSPT allant de léger à grave. Ces constatations laissent croire que les services de santé ne répondent pas aux besoins en matière de santé.

L'analyse des services utilisés par notre échantillon montre que les coûts pour les systèmes de santé et de services sociaux canadiens attribuables à la violence s'élèvent à 11 370 \$ par année par femme, ce qui suppose un coût national annuel de 3,1 milliards de dollars pour les femmes qui ont quitté un partenaire violent au cours des trois dernières années⁹. Ces coûts pourraient en grande partie être réduits par l'offre en temps opportun de services sensibles à ces problèmes et qui reconnaissent et traitent les effets cumulatifs de la violence tout au long de la vie. Dans notre échantillon, 81 % des participantes ont signalé avoir été maltraitées dans leur enfance, 40 % ont dit avoir été agressées sexuellement à l'âge adulte par quelqu'un d'autre que leur partenaire, 59 % ont dit avoir eu plus qu'un partenaire violent, et 78 % ont dit avoir subi des blessures attribuables à la violence.

Que nous ont appris les femmes maltraitées sur la façon de les aider?

Notre théorie de la *reconquête* de soi montre que quitter son conjoint violent est un processus lent et itératif¹⁰. Contrairement à la croyance populaire, les femmes prises dans une relation violente ne sont pas des victimes passives. Presque dès le début des incidents de violence, elles cherchent activement à *contrebalancer la violence*. Pour la plupart des femmes, la violence persiste et érode leur énergie tandis qu'elles prennent des mesures pour *se libérer*, au moins sur le plan affectif, jusqu'à ce qu'elles soient en mesure de faire le travail nécessaire pour *ne pas retourner* et, avec le temps, *aller de l'avant*. Le processus de quitter un partenaire violent peut être long et tortueux; il est essentiel d'offrir un soutien qui renforce la confiance en soi et le sentiment de capacité de la femme. Des possibilités de loisirs, un rehaussement du niveau de scolarité, de nouveaux défis professionnels et des activités bénévoles contribuent à rendre les femmes plus fortes, et ont souvent un effet transformateur. Lorsque la famille et les aidants soutenaient les compétences débutantes et n'abandonnaient pas la femme à son sort quand les défis de la construction d'une vie séparée de l'auteur de la violence la submergeaient, elle était plus susceptible de *ne pas retourner* et, au bout du compte, d'*aller de l'avant*.

Dans notre étude ultérieure sur la promotion de la santé de la famille après avoir quitté un partenaire violent, nous avons constaté que le renforcement était également important pour les familles dirigées par la mère qui faisaient face à une intrusion incessante de la violence qui se poursuivait, à des problèmes de santé physique et mentale, aux « coûts » (être à la hauteur, surveillance) du fait de demander de l'aide et à la baisse de leurs conditions sociales et économiques¹¹. Malgré l'augmentation de l'intrusion après avoir quitté la relation, nous avons constaté que les femmes *renforcent leur capacité de limiter l'intrusion* grâce à des processus naturels comme protéger, faire preuve de prudence dans les liens créés, gérer les besoins essentiels, gérer les symptômes, régénérer la famille, et se renouveler^{12, 13}. À mesure que les familles atteignaient un certain degré de stabilité et de prévisibilité dans la vie quotidienne, elles étaient en mesure de prendre des

risques calculés pour mieux se positionner en vue de l'avenir.

Ce cadre, combiné à nos constatations au sujet de la santé des femmes après avoir quitté une relation violente, a mené à l'élaboration du programme *iHEAL* [Health Enhancement after Leaving], d'une durée de six mois; ce programme d'intervention pour améliorer la santé est conçu pour être offert individuellement dans la communauté par des infirmières et des travailleuses communautaires qui s'occupent de violence familiale en 12 à 14 rencontres¹³. Le but de l'intervention est d'améliorer la qualité de vie et la santé des femmes qui ont quitté un partenaire violent en diminuant l'intrusion et en accroissant leur capacité. Nous avons établi un partenariat avec la Direction des questions féminines du gouvernement du Nouveau-Brunswick et le ministère de la Santé ainsi qu'avec le refuge de deuxième étape Liberty Lane Inc. pour obtenir des fonds des Instituts de recherche en santé du Canada et de la Fondation de la recherche en santé du Nouveau-Brunswick pour examiner la faisabilité de l'intervention dans le contexte du Nouveau-Brunswick. Cinquante femmes ont été recrutées à Fredericton, à Miramichi, à Saint John et à Sussex pour participer à l'étude, qui s'achèvera en août 2012. Ces constatations nous aideront à mieux comprendre le rôle que les infirmières peuvent jouer pour soutenir les femmes maltraitées et améliorer leur santé.

RÉFÉRENCES

1. Graffunder C., R. Noonan, P. Cox et J. Wheaton. Through a public health lens. « Preventing violence against women: An update from the US Centers for Disease Control and Prevention », *Journal of Women's Health*, 2004, 13: 5-16.
2. Statistique Canada. « Enquête sur la violence faite aux femmes », *Le Quotidien*, 1993, Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (1996). Énoncé : La violence familiale
3. Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). Énoncé de position : La

c'est grand temps!



C'est grand temps que les Canadiens aient plus de choix en termes de soins de santé. C'est grand temps qu'on réduise les temps d'attente. C'est grand temps qu'on inclut plus d'infirmières praticiennes dans les équipes de soins de santé.



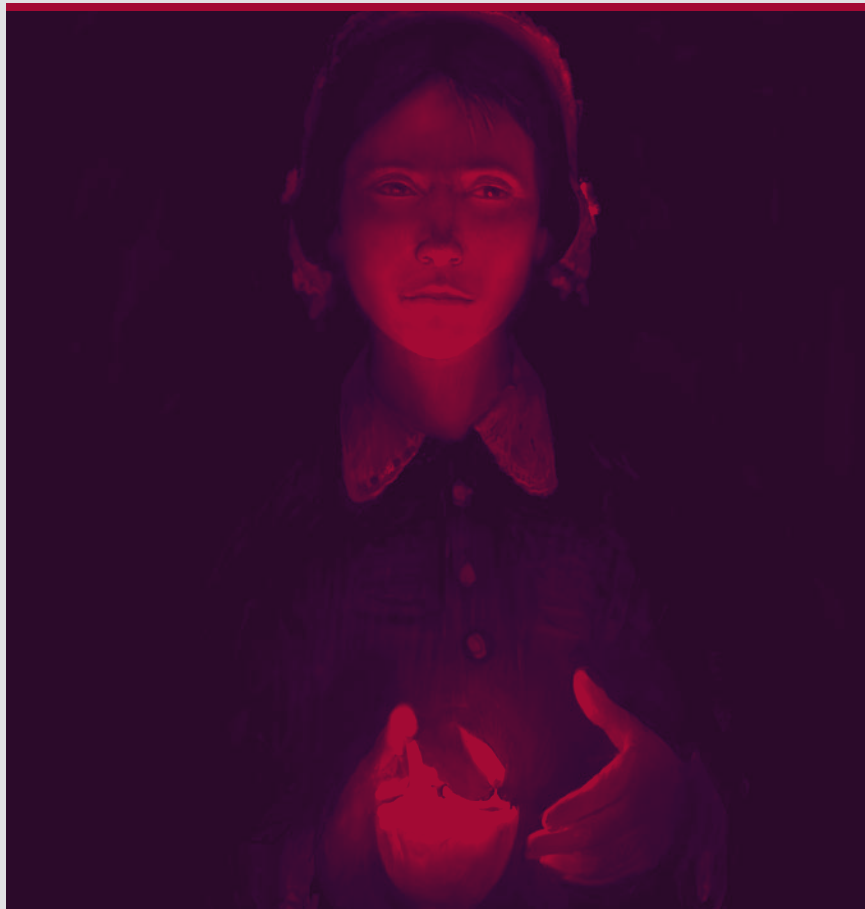
L'infirmière praticienne contribue à améliorer l'accès à des soins de qualité aux Canadiens, grâce à ses études avancées, sa formation et son expérience additionnelles. Dans les centres communautaires, les centres de santé, les bureaux de médecins, les urgences et les établissements de soins de longue durée, l'infirmière praticienne pose des diagnostics et gère les maladies chroniques comme le diabète, elle demande et interprète des examens diagnostiques, elle rédige des ordonnances et bien plus.



Consultez **IPenfin.ca** et faites savoir au gouvernement que vous voulez plus de choix en soins de santé et que vous désirez plus d'infirmières et infirmiers praticiens dans votre région.



c'est grand
Infirmières praticiennes temps!



Les croyances de Florence Nightingale et les soins de santé primaires (SSP)

Par ANNE-MARIE ARSENEAULT

NOTE DE LA RÉDACTION : Cet article est le second volet d'un article initialement publié dans le numéro du printemps 2010 d'Info Nursing (www.aiinb.nb.ca/PDF/INFO-Spring2010-FR-web.pdf) pour commémorer le 100^e anniversaire du décès de Florence Nightingale.

.....

EST-CE QUE LES CROYANCES DE Florence Nightingale en rapport avec la santé publique sont toujours pertinentes? Pour répondre à cette question, des pistes de réflexion sont apportées à la lumière de certaines affirmations de Nightingale, issues de diverses sources. Les principes des SSP servent de trame à cette réflexion.

La Déclaration d'Alma-Ata produite par l'OMS-UNICEF en 1978 a mis de l'avant l'approche des SSP pour atteindre la santé pour tous pour l'an 2000. Cette déclaration de l'OMS identifie des stratégies intersectorielles et centrées sur la communauté visant

l'amélioration de la santé et la réduction des inégalités. Les SSP sont définis comme « les soins de santé essentiels, universellement accessibles à tous les individus, à toutes les familles de la communauté, par des moyens qui sont accessibles et à un prix abordable » (Carroll, 2006, p. 10).

Parmi les valeurs préconisées par les SSP, on retrouve la santé pour tous, la justice sociale et l'équité (Smith dans Stamler et Yiu, 2005). Les cinq principes des SSP sont : l'accessibilité, la participation publique, la promotion de la santé, la technologie appropriée et la collaboration intersectorielle (AIIC, 2000). Chacun de ces principes est présenté et appuyé soit par des idées, soit par des activités de Nightingale.

Accessibilité : Les cinq types de soins, soit la promotion de la santé, la prévention de la maladie, les soins curatifs, la réadaptation, et les soins de soutien et les soins palliatifs sont accessibles à tous, peu importe l'endroit géographique. L'accessibilité signifie que les personnes et les populations reçoivent les bons

soins du bon professionnel au bon moment.

Un des projets de Nightingale sera l'amélioration des conditions de vie et de la santé des personnes dans les infirmeries rattachées aux milieux de travail (*workhouse*). Afin d'améliorer l'accès aux services, elle facilite l'intégration dans cette population des infirmières possédant une formation pertinente. De même, elle appuie le développement des services de santé communautaire, le *District Nursing*, pour rapprocher les infirmières de la population, par exemple en milieu rural (McDonald, 2004). Ainsi, des visites à domicile par ces infirmières permettent aux familles de recevoir des enseignements pratiques pour la prise en charge des soins et du maintien de la santé.

Participation publique : La population et les individus participent à la prise de décisions sur leur propre santé et définissent leurs besoins. Les services sont organisés de manière flexible pour répondre aux besoins de la population.

Le livre de Nightingale, *Notes on Nursing*, publié en 1860, illustre de façon éloquente ce principe. Par ses conseils qui s'adressent aux femmes qui avaient à charge la santé des membres de leurs familles, ce livre devient à cette époque un outil d'auto-apprentissage pour les femmes pour mieux exercer leur rôle de soignante. Nightingale favorise la prise en charge par les personnes de leur situation et encourage leur indépendance plutôt que de recourir à la charité. Dans une lettre adressée à son père en 1850, Florence critique les bienfaiteurs chrétiens qui agissent pour des villageois au lieu de les aider à agir par eux-mêmes (McDonald, 2003). Elle affirme que le rôle des infirmières de district est d'enseigner aux membres de la famille l'art de soigner le malade (Baly, 1993). En plus des services offerts aux malades hospitalisés, elle milite pour l'établissement de services adaptés à des populations cibles, par exemple, aux pauvres, aux femmes enceintes et aux travailleurs.

La promotion de la santé : L'éducation dans le domaine de la santé porte sur les habitudes de vie et les activités de prévention de la maladie. Ces activités visent le maintien de la santé par la connaissance des déterminants de la santé.

Florence Nightingale est reconnue pour ses efforts dans ce domaine. Ses travaux en Crimée visent l'amélioration de la santé et la survie des soldats, tout

en réduisant les facteurs présents dans l'environnement qui contribuent aux taux élevés de mortalité. L'efficacité de ses interventions qui visent à améliorer la qualité de l'environnement, de l'alimentation ainsi que du soutien psychologique aux malades et aux blessés permettront une diminution importante du taux de mortalité. Selon sa vision, toute maladie non prévenue constitue un crime de société (McDonald, 2004).

En 1893, elle démontre que les coûts de la prévention du crime par l'éducation et la réhabilitation des jeunes sont beaucoup moins élevés que les coûts engendrés par la punition et l'incarcération des criminels. Elle avait déjà dénoncé les effets négatifs du tabagisme sur la croissance des jeunes garçons (McDonald, 2004, p. 161).

Les conseils offerts aux femmes dans son livre *Notes on Nursing* démontrent toute l'importance qu'elle attribue à l'environnement pour la promotion de la santé. Entre autres, elle insiste sur la qualité de l'air, la diminution du bruit, la lumière et la propreté. De plus, elle déploie des efforts pour le développement de services de santé dans la communauté. À son avis, les hôpitaux ne peuvent pas s'occuper de tous les malades. Ils sont utiles pour les malades atteints de maladies graves et les personnes qui nécessitant une chirurgie (McDonald, 2004; Baly, 1993).

Ses propos sur la dégradation de

l'environnement en Inde causée par la déforestation et, par conséquent, les dégâts causés par la mousson illustrent de façon convaincante son approche écologique (Dossey, 1999).

La technologie appropriée : *Ce principe appuie les soins adaptés à la communauté. Il insiste sur le développement des compétences, de modèles innovateurs de soins de santé et de recherche.*

Nightingale utilise divers moyens et outils disponibles à son époque pour l'amélioration de la santé des populations visées. Selon elle, l'observation du contexte de soins est une stratégie essentielle pour les soignantes. Sans cette habileté, il est préférable de quitter son métier d'infirmière, malgré des qualités personnelles comme la gentillesse (McDonald, 2004).

Ses recherches et les commissions d'enquête qu'elle dirige au niveau des services de santé visent à identifier les causes des maladies et de mortalité, et cela, dans un but d'amélioration de ces services. À titre d'exemple, elle a étudié la mortalité dans les colonies anglaises et les taux de mortalité chez les élèves des écoles autochtones au Canada (McDonald, 2004). Sa volumineuse correspondance et ses nombreuses publications ont permis de mieux connaître les résultats de ses études.

En lien avec la notion de changement dans la profession, Nightingale déclare qu'*à moins de réaliser des progrès à chaque année, à chaque mois, à chaque semaine, croyez-moi, nous reculons* ([traduction] Ulrich, 1992, p. 10). Ainsi elle démontre sa grande capacité d'agir comme agent de changement, une qualité mise de l'avant par la profession aujourd'hui. L'influence du modèle environnemental de Nightingale est toujours présente dans la formation et la recherche infirmières. À titre d'exemple, le cadre conceptuel de *santé développementale* du modèle McGill s'inspire fortement des « lois de la nature » de Nightingale afin d'explicitier le rôle de l'infirmière dans le maintien et la promotion de la santé (Gottlieb et Gottlieb, 2007).

Le concept de technologie appropriée tel que nous le concevons aujourd'hui trouve tout son sens dans cette anecdote intéressante. Un jour, Florence Nightingale demande à une infirmière responsable des soins d'une jeune fille souffrant de plaies de lit si elle souhaite l'installer sur un matelas d'eau (McDonald, 2004). Ainsi, même à

l'époque, ces technologies sont connues.

La collaboration intersectorielle : *Nightingale reconnaissait que la santé et le mieux-être sont reliés aux politiques économiques et sociales. Les représentants de diverses disciplines collaborent de façon interdépendante. La collaboration inclut la participation à la formulation de politiques gouvernementales, la planification et la prestation des services de soins de santé et leur évaluation.*

Les infirmières collaborent depuis longtemps avec divers professionnels du domaine de la santé. Cependant, la collaboration avec les professionnels de secteurs extérieurs à la santé est moins évidente (Rodger et Gallagher, 2000). Afin d'améliorer la collaboration intersectorielle, l'AIIC a mis au point des outils pour faciliter, entre autres, l'action politique chez les membres de la profession. Nightingale tentait déjà d'actualiser cette approche au niveau des services de santé. En effet, les nombreuses biographies à son sujet font état de ses contacts et des pressions exercées auprès de diverses instances politiques telles que la reine Victoria, les membres du gouvernement, de nombreux fonctionnaires ainsi que des journalistes de la presse écrite pour faire avancer ses projets. De même, ses travaux menés en collaboration avec les réformateurs sociaux de l'époque pour abaisser les taux de mortalité démontrent l'attachement de Nightingale à cette stratégie. Son éducation plutôt libérale, en grande partie à cause de ses efforts personnels, lui a permis d'acquérir des connaissances utiles en histoire et en mathématiques, essentielles à la réalisation de ses projets.

RÉFÉRENCES

- Baly, M. Florence Nightingale à travers ses écrits, Paris, InterÉditions, 1993.
- Bostridge, M. Florence Nightingale: The woman and her legend, Londres, Viking/Penguin, 2008.
- Cook, E. The life of Florence Nightingale, volumes I et II, Londres, Macmillan, 1913.
- Dossey, B.M. Florence Nightingale: Mystic, visionary, healer, Springhouse, Pennsylvania, Springhouse Corporation, 1999.

**Commission
nationale d'experts**



**Joignez-vous à la
CONVERSATION
NATIONALE
et PARLEZ FORT
pour un CANADA
EN SANTÉ**

Accidents liés à l'administration de la digoxine ayant causé des préjudices ou la mort

Depuis 2001, l'ISMP Canada a reçu 414 déclarations liées à l'administration de la digoxine. Dix-huit de ces déclarations étaient associées à des préjudices ($n = 11$) ou à des décès ($n = 7$). Le présent bulletin vise à rappeler aux professionnels de la santé canadiens les dangers associés aux erreurs d'administration de la digoxine, l'un des plus anciens médicaments pour le traitement des affections cardiaques.

Exemple d'accident

Un patient a reçu une ordonnance de digoxine à 0,25 mg, à prendre une fois par jour. À la pharmacie, l'assistant technique en pharmacie et le pharmacien ont tous deux cru que le chiffre « 2 » était un « 7 » et ont interprété par erreur l'ordonnance comme étant : « digoxine à 0,75 mg, une fois par jour ». Quand on a voulu vérifier la pertinence de cette dose en consultant une source d'information sur les médicaments, la dose indiquée pour obtenir une « digitalisation rapide » a été prise pour une dose quotidienne de digoxine adéquate. Plusieurs jours après avoir pris quotidiennement des doses de 0,75 mg du médicament, le patient a eu des nausées et des étourdissements et a dû être hospitalisé.

Aperçu des accidents liés à l'administration de la digoxine déclarés à l'ISMP Canada

Après une analyse approfondie des déclarations faisant référence à des préjudices ou à des décès, quatre types d'erreurs ont été relevés : dose incorrecte ($n = 8$), omission d'une dose ($n = 4$), mauvais médicament ($n = 2$), autres ($n = 4$) (voir le Tableau 1). Notons que la catégorie présentant le plus grand nombre d'accidents entraînant des préjudices ou la mort, soit « dose incorrecte », était la catégorie qui comptait également le plus grand nombre de décès. En effet, six des sept décès signalés étaient liés à une dose incorrecte.

Par ailleurs, cinq des décès étaient associés à la digoxine administrée par voie orale, et les deux autres, à la digoxine administrée par voie intraveineuse. Deux des décès étaient liés à des accidents survenus dans la collectivité, et les cinq autres, en milieu hospitalier.

Renseignements généraux sur la digoxine

La digoxine est un glucoside digitalique utilisé pour traiter l'insuffisance cardiaque congestive et pour maîtriser le rythme cardiaque dans les cas de fibrillation auriculaire^{1,7}.

Elle est offerte sous forme de solution injectable de même que sous forme liquide ou en comprimés pour administration orale. La teneur des comprimés de digoxine est de 0,0625 mg, de 0,125 mg ou de 0,25 mg¹.

L'intervalle thérapeutique (intervalle entre une dose efficace et une dose toxique) de la digoxine est étroit^{1,8}. La digoxine est excrétée principalement par les reins. Les patients âgés seraient plus susceptibles de subir ses effets toxiques, étant donné l'insuffisance rénale liée à l'âge^{1,8}. En outre, un certain nombre de médicaments, de produits à base d'herbes médicinales et d'autres agents peuvent avoir une incidence sur les taux sériques de digoxine^{1,8}.

Les signes et les symptômes courants d'intoxication à la digoxine comprennent la bradycardie (moins de 60 battements cardiaques à la minute), les troubles gastro-intestinaux (p. ex., diarrhée, perte d'appétit, nausées et vomissements), les céphalées et les troubles de la vision (p. ex., lumière clignotante, effet de halo et trouble de la perception du vert et du jaune). Les effets indésirables graves comprennent l'arythmie cardiaque, qui peut entraîner la mort^{1,8}.

Recommandations

Les recommandations suivantes visent à réduire au minimum le risque d'erreurs liées à la posologie de la digoxine, erreurs susceptibles d'entraîner des effets toxiques.

- Les systèmes de prescription électronique doivent être dotés d'alarmes visant à signaler aux praticiens les doses quotidiennes de digoxine qui dépassent les limites normales. Pour les patients qui présentent une insuffisance rénale, la dose devrait être considérablement réduite^{1,4,8,9}.
- Les systèmes de prescription électronique doivent également être vérifiés pour garantir qu'ils sonnent les alarmes appropriées quant aux interactions médicamenteuses

Tableau 1 : Types d'accidents associés à l'administration de la digoxine visés par des déclarations de préjudices *

Type d'erreur	Nombre total d'accidents signalés	Catégorie de préjudice [†] ; nombre de déclarations faisant référence à des préjudices		
		Faible à modéré (Catégories E ou F du NCC MERP)	Grave (Catégories G ou H du NCC MERP)	Décès (Catégorie I du NCC MERP)
Dose incorrecte	96	2	0	6
Omission de dose	177	3	0	1
Mauvais médicament	32	2	0	0
Autres	24	3	1	0
Total	329 [‡]	10	1	7

*Comme ces données proviennent de rapports soumis volontairement, il est impossible de déduire ou de prévoir la probabilité de types d'accidents précis.

[†]Catégories fondées sur le NCC MERP (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention), Index for Categorizing Medication Errors (2001). Accessible à l'adresse <http://www.nccmerp.org/pdf/indexColor2001-06-12.pdf>

[‡]Ce total comprend les données sur tous les accidents associés à l'un des quatre types d'erreurs relevés dans les 18 déclarations de préjudices. Les déclarations d'accidents associés à d'autres types d'erreurs ne sont pas comprises dans ce tableau.

avec la digoxine.

- La surveillance est essentielle pour la prévention de l'intoxication à la digoxine. Par exemple, l'hypokaliémie peut augmenter le risque d'intoxication à la digoxine. Par conséquent, l'administration d'un médicament qui peut entraîner l'hypokaliémie (p. ex., un diurétique, un corticostéroïde ou de l'insuline) doit être associée à une surveillance accrue du patient et de son taux sérique de digoxine⁸.
- Il est essentiel de bien renseigner les patients (ou les membres de leur famille) sur leur traitement à la digoxine, y compris sur la posologie. Les patients qui reçoivent un traitement dans la collectivité doivent indiquer la présence d'un problème avant que les conséquences ne se fassent sentir. En fait, une fréquence cardiaque inférieure à 60 battements à la minute peut

être l'unique signe d'une anomalie du taux de digoxine chez un patient.

De nombreux hôpitaux ont déjà recours à des mesures de protection relativement à l'administration parentérale de la digoxine ou à son administration chez les enfants (p. ex., les doubles vérifications indépendantes) afin de prévenir l'administration de doses incorrectes. Un examen des déclarations d'accidents a révélé qu'il suffit de quelques doses incorrectes pour entraîner la mort. Nous espérons que le fait de mettre en lumière les renseignements sur les accidents déclarés rappellera aux praticiens les dangers associés aux erreurs d'administration de la digoxine et entraînera l'amélioration des systèmes pour garantir un usage sûr de ce médicament.

Références

1. Lanoxin. Base de données de Santé Canada, Recherche de produits pharmaceutiques en ligne. Ottawa (ON), Santé Canada [cité le 7 avril 2011]. Accessible à l'adresse <http://webprod.hc-sc.gc.ca/dpd-bdpp/language-langage.do?url=t.search.recherche&lang=fra> (utiliser le terme de recherche « digoxin » comme principe actif et sélectionner « Lanoxin »).

2. NATIONAL CLINIC GUIDELINE CENTRE FOR ACUTE AND CHRONIC CONDITIONS. « Chronic heart failure: national clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care », ligne directrice n° 108 du National Institute for Clinical Excellence, Londres (R.-U.), Royal College of Physicians, août 2010 [cité le 8 avril 2011]. Accessible à l'adresse <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13099/50514/50514.pdf>.
3. JESSUP, M., W. T. Abraham, D. E. Casey, A. M. Feldman, G. S. Francis, T. G. Ganiats et coll. au nom du 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult Writing Committee. « 2009 focused update: ACCF/AHA guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines », *Circulation*, 2009 [cité le 8 avril 2011], 119:1977–2016. Accessible à l'adresse <http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/CIRCULATIONAHA.109.192064>.
4. HUNT, S. A., W. T. Abraham, M. H. Chin, A. M. Feldman, G. S. Francis, T. G. Ganiats et coll. « ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines » (Comité de rédaction responsable de la mise à jour des « 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure »), *Circulation*, 2005 [cité le 7 avril 2011], 112:e154–e235. Accessible à l'adresse <http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/112/12/e154>.
5. NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR CHRONIC CONDITIONS. « Atrial fibrillation: national clinical guideline for management in primary and secondary care », ligne directrice no 36 du National Institute for Clinical Excellence, London (UK), Royal College of Physicians; 2006 [cité le 8 avril 2011]. Accessible à l'adresse <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg036fullguideline.pdf>.
6. FUSTER, V., L. E. Rydén, D. S. Cannom, H. J. Crijns, A. B. Curtis, K. A. Ellenbogen et coll. « ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines » (Comité de rédaction responsable de la mise à jour des « 2001 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation »), *Circulation*, 2006 [cité le 7 avril 2011], 114:e257–e354. Accessible à l'adresse <http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/114/7/e257>.
7. WANN, L. S., A. B. Curtis, C. T. January, K. A. Ellenbogen, J. E. Lowe, N. A. M. Estes 3rd et coll. au nom du comité de rédaction des « 2006 ACC/AHA/ESC Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation ». « 2011 ACCF/AHA/HRS focused update on the management of patients with atrial fibrillation (updating the 2006 guideline): a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines », *Circulation*, 2011 [cité le 7 avril 2011], 123:104–123. Accessible à l'adresse : <http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/123/1/104>
8. VIVO, R. P., S. R. Krim, J. Perez, M. Inklab, T. Tenner et J. Hodgson. « Digoxin: current use and approach to toxicity », *Am J Med Sci.*, 2008;336(5):423–428.
9. FICK, D. M., J. W. Cooper, W. E. Wade, J. L. Waller, R. Maclean et M. H. Beers. « Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts », *Arch Intern Med.* 2003 [cité le 7 avril 2011], 163:2716–2724. Accessible à l'adresse <http://geriatrics.uthscsa.edu/tools/Beers%20Criteria.pdf>.

Une ordonnance pour de la « Cycloprine », nom désignant le relaxant musculaire cyclobenzaprine, est interprétée comme étant de la cyclosporine, un agent immunosuppresseur.

Une ordonnance de « Cycloprine à 10 mg, per os au coucher », qui devait faire référence au relaxant musculaire cyclobenzaprine, a été entrée dans le système d'un pharmacien comme suit : « cyclosporine à 10 mg, per os au coucher ». Heureusement, l'erreur a été décelée, et la cyclosporine n'a pas été délivrée.

Cycloprine n'est pas un nom générique de médicament. Le nom du médicament générique, « cyclobenzaprine », a été tronqué dans certains noms de marque (p. ex. Riva-Cycloprine) et est donc devenu « cycloprine ».

Le terme « cycloprine » ressemble au nom du médicament « cyclosporine ». En outre, la cyclobenzaprine et la cyclosporine sont toutes deux offertes en comprimés de 10 mg.

Comme indiqué ci-dessus, la cyclobenzaprine est un relaxant musculaire, alors que la cyclosporine est un agent immunosuppresseur. La confusion entre ces deux médicaments peut donc causer un préjudice au patient. Même si, dans le cas résumé ci-dessus, le mauvais médicament n'a pas été remis au patient, l'incident a servi de motif sérieux pour l'instauration de changements. L'ISMP Canada a communiqué avec les fabricants du médicament générique cyclobenzaprine afin de solliciter leur engagement à changer tout nom de médicament contenant le mot « cycloprine ». L'un des fabricants concernés, Laboratoire Riva Inc., a été très réceptif à la suggestion et a accepté de changer le nom de son produit. Pour sa part, Teva Canada a changé le nom de son produit dans le cadre du changement de l'image de ce dernier (plus précisément, Novo-Cycloprine est devenu Teva-Cyclobenzaprine). Ces médicaments nouvellement renommés seront offerts une fois que les stocks actuels auront été épuisés.

L'ISMP Canada rappelle aux praticiens que l'élimination du préfixe (p. ex., le nom abrégé d'un fabricant) d'un nom de marque dans le but de découvrir le nom du médicament générique n'entraîne pas toujours le résultat escompté. Au cours de la présente revue, d'autres noms de marque comportant des versions tronquées du nom du médicament générique ont été relevés. L'ISMP Canada encourage tous les fabricants à éviter d'utiliser des versions tronquées des noms des médicaments génériques pour former les noms de marque des produits. Comme indiqué précédemment, cette pratique peut entraîner la confusion et la formation de noms qui ressemblent, à l'écrit ou à l'oral, à d'autres noms.

La confusion règne toujours à l'égard de l'amphotéricine B classique et de l'amphotéricine B à base de lipides

L'amphotéricine B, antifongique à action générale, n'est pas utilisée de façon courante, et ses diverses formulations ainsi que les conséquences possibles d'une confusion à leur égard peuvent être mal connues des professionnels de la santé. La dose standard de l'amphotéricine B classique (nom de marque : Fungizone) est considérablement plus faible que celle des formulations à base de lipides (AmBisome, amphotéricine B liposomique, et Abelcet, amphotéricine B en complexe lipidique). **La dose de l'amphotéricine B classique (Fungizone) ne devrait jamais excéder 1,5 mg/kg par jour.** Au-delà de cette dose, un arrêt cardiaque ou respiratoire possiblement mortel peut survenir.

Un article publié récemment à ce sujet dans *Dynamics*, revue de l'Association canadienne des infirmiers/infirmières en soins intensifs (intitulé *ALERT: Mix-ups between conventional and lipid formulations of amphotericin B can be extremely dangerous*) offre un aperçu des accidents qui ont été déclarés à l'ISMP Canada. L'article comprend la description d'un imbroglio mettant en cause l'amphotéricine B en complexe lipidique (Abelcet) et l'amphotéricine B classique (Fungizone) ainsi que des suggestions de stratégies visant à éviter qu'une telle situation ne se reproduise. Cet article est accessible à l'adresse <http://www.ismp-canada.org/publications.htm>.

L'ISMP Canada remercie l'Association canadienne des infirmiers/infirmières en soins intensifs (www.caccn.ca) de lui avoir permis de partager avec la collectivité des soins de santé l'information sur l'innocuité des médicaments cités dans le présent document et d'autres renseignements grâce à sa revue *Dynamics*.

© 2011 Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada.

ISMP Canada autorise aux abonnés d'utiliser le matériel contenu dans ses bulletins dans le cadre de bulletins ou d'autres communications internes seulement. Toute autre reproduction de quelque façon que ce soit est interdite sans l'autorisation écrite d'ISMP Canada.

L'ISMP Canada est un organisme canadien qui recueille les déclarations volontaires d'incidents et d'accidents liés à l'utilisation de médicaments et qui a été fondé pour partager les expériences liées aux erreurs de médication. Notre but est de mettre en œuvre des stratégies de prévention et des mesures de sécurité afin de diminuer le risque d'accident préjudiciable et de promouvoir l'utilisation sécuritaire des médicaments dans le milieu de la santé.

Pour déclarer un incident ou un accident lié à la médication à l'ISMP Canada, vous pouvez (1) Visiter notre site Web, à l'adresse http://www.ismp-canada.org/err_report.htm, ou (2) Nous téléphoner : 416-733-3131 ou au numéro sans frais : 1-866-544-7672.

Vous pouvez également communiquer avec l'Institut par courriel : cmirps@ismp-canada.org. L'ISMP s'engage à la confidentialité et à la sécurité de tous les renseignements reçus et respectera la volonté du déclarant quant au niveau de détail à inclure dans ses publications.

Un partenaire clé du Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux

L'AIINB en pleine activité suite de la page 5

la Fondation des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick au milieu des années 1990, les fonds ont été répartis entre l'Université du Nouveau-Brunswick, l'Université de Moncton et la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada. Depuis, l'AIINB continue à contribuer aux deux programmes universitaires et aux bourses de la FIIC. Nos partenaires d'affinité soutiennent la formation infirmière depuis plus d'une décennie. Meloche Monnex offre deux bourses à des II qui suivent un programme d'infirmière praticienne à l'UNB ou à l'UdeM, et le Groupe Investors remet un prix à une étudiante à tous les deux ans en alternance entre les deux universités. De plus, tous les deux ans, RBC remet un prix à la lauréate du prix d'excellence en pratique clinique de l'AIINB. Au total, cela représente un investissement de 37 750 \$ par l'AIINB et des bourses d'une valeur de 20 650 \$ pour les membres de l'AIINB. Voilà de quoi célébrer!

En terminant, au nom du Conseil d'administration, je tiens à vous transmettre ainsi qu'à votre famille nos meilleurs vœux de bonheur pour la saison des Fêtes et une année 2012 en santé!

—FRANCE MARQUIS, présidente ■

Susciter le changement : les cinq questions de base suite de la page 7

chacun d'entre nous est visé par le changement, qui touche notre façon de travailler, les gens avec qui nous travaillons et où et quand nous travaillons. En tant que clients, le changement touche qui fournit les services et où les services sont fournis. Pour nous tous, que nous soyons fournisseurs ou clients, cela signifie une reddition de comptes accrue. En tant que professionnelles, nous entendons souvent que les clients doivent prendre en charge leur propre santé. Je suis d'accord, mais j'ajoute une stipulation importante : les gens ont besoin d'un soutien pour y parvenir, un soutien qui est coordonné et adapté à leur situation personnelle. Nous avons de nouveaux modèles de gestion des maladies chroniques qui font leurs preuves au Nouveau-Brunswick. Le défi est de faire de ces modèles la norme, plutôt que l'exception. Le rendement et des preuves réelles d'efficacité et d'efficience doivent être le moteur du système de santé de l'avenir. Nous ne méritons rien de moins.

—ROXANNE TARJAN, directrice générale ■

La violence faite aux femmes suite de la page 23

violence familiale, Ottawa (Ont.), l'AIIC, 1992.

4. AIIC. Lignes directrices sur la violence familiale à l'intention des infirmières, Ottawa (Ont.), Canada, 1992.
5. Humphreys, J. et J.C. Campbell (éd.). Family violence and nursing practice, New York, Springer, 2010.
6. Ford-Gilboe, M., J. Wuest, C. Varcoe, L. Davies, M. Merritt-Gray, J. Hammerton, P. Wilk et J. Campbell. "Modelling the effects of intimate partner violence and access to resources on women's health in the early years after leaving an abusive partner", Social Science and Medicine, 2009, 68, 1021-1029.
7. J. Wuest, M. Merritt-Gray, B. Lent, C. Varcoe, A. Connors et M. Ford Gilboe. "Patterns of medication use among women survivors of intimate partner violence", Canadian Journal of Public Health, 2007, 98(6), 460-464.
8. Varcoe, C., Hankivsky, O., Ford-Gilboe, M., Wuest, J., & Wilk, P & Campbell, J. "Attributing selected costs to intimate partner violence in a sample of women who have left abusive partners: A social determinants of health approach". Canadian Public Policy, 2011, 37(3), 359-380.
9. M. Merritt-Gray et J. Wuest. "Counteracting abuse and breaking free: The process of leaving revealed through women's voices", Health Care for Women International, 1995, 16, 399-412.
10. J. Wuest, M. Ford-Gilboe, M. Merritt-Gray et H. Berman. "Intrusion: The central problem for family health promotion among children and single mothers after leaving an abusive partner", Qualitative Health Research, 2003, 13(5), 597-622.
11. M. Ford-Gilboe, J. Wuest et M. Merritt-Gray. "Strengthening capacity to limit intrusion: Theorizing family health promotion in the aftermath of woman abuse", Qualitative Health Research, 2005, 15(4), 477-501.
12. Ford-Gilboe, M., Merritt-Gray, M., Varcoe, C., & Wuest, J. (2011). A theory-based primary health care intervention for women who have left abusive partners. Advances in Nursing Science, 34, 198-214.

C'est le temps... d'investir.

Il n'est jamais trop tôt ni trop tard pour commencer à investir. Mais savez-vous quelles sont les options les mieux adaptées à votre mode de vie?

C'est ici qu'un conseiller du Groupe Investors entre en scène pour vous venir en aide. Avec **Le Plan**^{MC}, notre programme de planification financière unique et personnalisé, nos conseillers vous aident à optimiser vos habitudes d'épargne et d'investissement afin de tirer le meilleur parti possible de vos ressources financières.

Communiquez avec nous et découvrez comment **Le Plan**^{MC}, peut contribuer à votre prospérité à long terme.

Linda Nice

Conseillère

linda.nice@investorsgroup.com

(506) 849-3700 p. 233

Le Plan
du  **Groupe Investors**^{MC}

Services Financiers Groupe Investors Inc.

^{MC} Marques de commerce de Société financière IGM Inc., utilisées sous licence par ses filiales.
MPF1343 (10/2007)



Photo: gracieuseté de Harry Mullin

Une II reçoit la plus haute distinction du N.-B.

..... Par JESSICA RYAN

NOTE DE LA RÉDACTION : L'Ordre du Nouveau-Brunswick, établi en décembre 2000, est la plus haute distinction dans la province. L'Ordre vise à reconnaître des personnes qui ont fait preuve d'excellence et dont l'apport au bien-être social, culturel ou économique du Nouveau-Brunswick et de sa population est exceptionnel. C'est avec fierté que nous rendons hommage à l'un de nos membres, Jessica Russell Ryan, lauréate de l'Ordre du Nouveau-Brunswick 2011.

JESSICA RYAN RACONTE : Un jour, je reçois un appel d'un monsieur qui m'annonce que j'ai été retenue pour recevoir « l'Ordre du Nouveau-Brunswick ». J'étais sous le choc et très excitée! Il ajoute que l'information est tout à fait confidentielle jusqu'à ce que le premier ministre ait l'occasion d'en faire l'annonce le jour de la Fête du Nouveau-Brunswick. Entretemps, je peux le dire à ma famille, et d'autres renseignements me parviendront par la

poste. J'ai réfléchi sur ce que ce prix signifie et sur ses objectifs... Je suis arrivée à l'humble conclusion que la réalisation qui me rend la plus fière, c'est ma carrière d'infirmière immatriculée d'une durée de 54 ans, dont 16 à titre de membre non active.

Au cours des premières années, j'ai étudié et j'ai voyagé, me rendant à Québec, à Vancouver et en Californie. Je suis ensuite rentrée dans mon coin de pays pour travailler à l'hôpital Hôtel-Dieu de Bathurst, et l'on m'a alors demandé de me joindre au personnel enseignant de l'École infirmière de l'Hôtel-Dieu. J'ai enseigné les arts infirmiers et les soins infirmiers chirurgicaux pendant 10 ans. Lorsque je suis revenue à la pratique infirmière, j'ai occupé le poste d'infirmière-chef de l'unité de pédiatrie à l'Hôpital Régional Chaleur. Pendant quelque temps, j'ai présidé l'Association for Care of Children in Hospital et j'ai beaucoup fait pour le Centre de soins de santé IWK. Durant la même période, j'ai siégé au

conseil municipal de Bathurst et je suis devenue présidente de la Commission du patrimoine de Bathurst. J'ai été élue présidente de la section de Bathurst de l'AIINB, puis j'ai siégé à son Conseil. Je suis devenue membre du Conseil consultatif sur la condition de la femme, et j'ai eu beaucoup à dire sur nos enfants et les enfants qui vivent dans des conditions de logement inadéquates. L'AIINB a mis sur pied un comité pour le bien-être social et économique de nos infirmières, auquel j'ai siégé et qui a fini par mener à la formation de syndicats pour les infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick. Puis, l'élection d'une candidate au conseil de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada est devenue un sujet pertinent aux réunions de section, et mes pairs ont alors décidé que je devais poser ma candidature. Mes amies ont travaillé très fort, et j'ai été élue pour deux mandats de suite au conseil de l'AIIC.

Par ailleurs, j'ai siégé au comité qui a

élaboré une définition de la pratique infirmière et des normes d'exercice (de juillet 1979 à juin 1980) en compagnie de femmes remarquables, en particulier Evelyn Adam, auteure de *To Be a Nurse*. Les normes ont été adoptées et acceptées partout au Canada, et certaines de ces femmes remarquables sont demeurées de bonnes amies.

J'ai poursuivi ma carrière d'infirmière-chef de l'unité de pédiatrie, tentant toujours de rendre les services fournis aux enfants et à leur famille les meilleurs possible. Parmi les changements les plus importants, je relève la création de salles de jeux et d'un poste permanent de spécialiste du milieu de l'enfant, ce qui beaucoup fait pour l'unité et pour la vie des enfants et du personnel. J'ai aussi été membre du Conseil sur la condition de la femme du Nouveau-Brunswick.

Un matin, je reçois un appel du ministère de la Santé pour me demander si je veux me joindre à une équipe qui à mettre sur pied un programme innovateur appelé « Hôpital extra-mural ». Un bureau est déjà ouvert à Woodstock et étend ses services aux régions de Miramichi et de Bathurst, et on veut que je devienne la première gestionnaire dans la région de Bathurst. J'ai accepté le défi; j'ai donc démissionné de l'Hôpital

Chaleur pour ouvrir l'HEM en janvier 1985. Cela impliquait la mise sur pied d'un hôpital complet à l'extérieur des murs d'un hôpital traditionnel. Nous avons eu des patients immédiatement, car les gens voulaient se faire soigner à la maison. C'était toute une expérience; il fallait de plus, en tant que gestionnaire, que je fasse confiance aux infirmières et à leur capacité de dire la bonne chose. Une infirmière a été embauchée comme infirmière de liaison; son rôle était de faire une évaluation des patients et d'aider les médecins à décider si les soins à domicile étaient la meilleure solution pour le patient. Des ateliers et des cours sur des sujets spéciaux tels que la dialyse à domicile ainsi que des cours intensifs en gestion ont été donnés, et nous avons obtenu notre certificat en santé publique de l'Université d'Ottawa. Le réseau a continué à s'agrandir, et on m'a alors demandé de mettre sur pied d'autres hôpitaux similaires à Dalhousie et à Campbellton.

J'ai pris ma retraite de l'HEM et de la profession infirmière une dizaine d'années plus tard tout en continuant à travailler à un projet fédéral de renoncement au tabac durant les deux années suivantes. Même si je n'exerçais plus la profession infirmière, les aptitudes en

relations humaines et les compétences en gestion que j'ai acquises et les cours en gestion que j'ai suivis m'ont été très utiles lorsque j'ai ouvert un grand musée communautaire, le premier à voir le jour à Bathurst. L'an dernier, le musée a eu l'occasion de raconter l'histoire des 100 ans de soins infirmiers au Nouveau-Brunswick grâce aux collections de l'AIINB et du Musée du Nouveau-Brunswick et aux collections des sœurs des écoles infirmières et des sœurs hospitalières de la région de Chaleur et de la Péninsule acadienne. Notre exposition offrait une vue complète de l'Hôpital extra-mural, des soins palliatifs offerts à domicile et du soutien pastoral offert dans la communauté.

Aujourd'hui, mes temps libres sont consacrés à la famille. J'aime aussi tricoter, jouer aux cartes, jardiner et faire de l'aquarelle. J'ai publié quelques-uns de mes articles préférés, et je garde l'œil sur mes quatre nièces et un petit-neveu. Je change actuellement dans une chorale d'ânés, et je suis fidèle à mon église, à mon club de lecture et à de nombreux organismes de bienfaisance.

Vous pouvez me lire chaque semaine dans le journal local sous la rubrique *Looking Back*.



Transformation des soins primaires *suite de la page 15*

financement, 68 % des délégués ont répondu par l'affirmative.

Maintenant que le sommet a eu lieu, le comité directeur des soins de santé primaires est chargé de créer pour le gouvernement un plan d'action sur le renouvellement des soins de santé primaires dans la province. Ce plan d'action sera présenté au gouvernement au cours de la prochaine année.

Pour en savoir plus sur le sommet ou le processus de consultation, veuillez cliquer sur les liens suivants :

- Sommet sur les soins de santé primaires : www.gnb.ca/0053/phc/summit-f.asp
- Consultation sur les soins de santé primaires : www.gnb.ca/0053/phc/consultation-f.asp

Florence Nightingale *suite de la page 26*

Gill, G. Nightingales: The extraordinary upbringing and curious life of Miss Florence Nightingale, New York, Random House, 2004.

McDonald, L. Florence Nightingale : An introduction to her life and family, « Volume 1, The Collected Works of Florence Nightingale », Waterloo, Wilfrid Laurier University Press, 2001.

Sinoué, G. La dame à la lampe : une vie de Florence Nightingale, Paris, Calmann-Lévy, 2008.

Woodham Smith, C. Florence Nightingale. Londres, Constable, 1950.

Avez-vous déménagé récemment?

Si c'est le cas, n'oubliez pas d'en informer l'Association.

Prière de fournir votre nom, l'ancienne et la nouvelle adresse et votre numéro d'immatriculation.

Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick
165, rue Regent
Fredericton (N.-B.) E3B 7B4
Sans frais : 1-800-442-4417, poste 51
Téléphone : 506-459-2851
Courriel : aiinb@aiinb.nb.ca
Services d'immatriculation -
Changement d'adresse



LA PROFESSION INFIRMIÈRE

S A N S F R O

Liette Clément revient sur une expérience professionnelle tout à fait unique

Le Programme de renforcement des infirmières et infirmiers, de leurs réseaux et de leurs associations nationales (PRIIRAN) vise à renforcer la capacité d'associations nationales et de réseaux régionaux d'infirmières dans le monde afin d'accroître la compréhension des enjeux de la santé dans le monde parmi les infirmières canadiennes. Le PRIIRAN est maintenant présent dans sept pays et une région dans le but d'accroître la contribution de la profession infirmière au renforcement des politiques de santé et des systèmes de santé, d'améliorer la pratique et les soins infirmiers par la

réglementation de la profession, et de consolider le leadership des infirmières et la reconnaissance du public de la contribution importante de la profession infirmière au système de santé et à l'état de santé de la population.

Dans le cadre de la récente mission à Ouagadougou, au Burkina Faso, la prestation d'un atelier de trois jours sur l'influence des politiques publiques et le leadership visait à donner à l'Association professionnelle des infirmières et infirmiers de Burkina (APIIB) de l'information et des outils pour l'aider à renforcer sa capacité de s'organiser afin de devenir une voix forte pour les infirmières et infirmiers du Burkina Faso. Les participants se sont avérés positifs, engagés et concentrés; de plus, ils étaient respectueux des opinions des autres et ont fait preuve d'un délicieux sens de l'humour!

Représenter l'AIINB et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) au cours de cette mission a

certainement été le moment le plus fier de ma carrière d'infirmière – ce fut une occasion que je n'aurais jamais cru pouvoir saisir. Non seulement j'ai dû faire appel à mes connaissances et à mes expériences infirmières de toute une vie pour donner l'atelier, mais j'ai dû aussi plonger profondément dans mon âme et dans mon humanité. Il est impossible de demeurer insensible devant la résilience, l'adaptabilité et la générosité de ces infirmières et infirmiers et collègues. Même si un océan et un monde de ressources nous séparent, nous avons établi un lien professionnel solide et, espérons-le, de longue durée qui influencera à tout jamais la façon dont je perçois mon rôle et mon monde.

Merci à l'APPIB, à l'AIIC et à l'AIINB.

Itinéraire de la mission

JOUR 1—À l'arrivée à Ouagadougou, nous n'avons que très peu de temps pour nous installer avant de nous rendre au bureau de l'APPIB. Sans perdre une



CONTIÉRES

minute, notre groupe s'attelle à la tâche en travaillant avec le coordonnateur des projets de l'APIIB et le conseil d'administration pour finaliser les détails du programme et discuter d'un partenariat financier futur.

JOUR 2—Le lendemain matin, nous visitons un centre médical urbain à Pissy et une clinique de santé rurale à Bazoulé, puis nous rencontrons la coordonnatrice d'Uniterra au Burkina Faso.

JOUR 3—Ce troisième jour, nous rencontrons l'Ordre des infirmiers et infirmières du Burkina Faso et l'APIIB

pour discuter de l'intérêt commun et d'une possibilité de partenariat pour l'adoption d'un code de déontologie et l'élaboration de normes d'exercice. La journée se termine par une rencontre avec le représentant de l'ambassade canadienne et l'APIIB.

JOUR 4—La majeure partie de la journée est consacrée à l'organisation et à la mise sur pied d'une bibliothèque mobile, avant de nous rendre à Koudougou en autobus.

JOUR 5—Jour 1 de l'atelier : le groupe passe la majeure partie de la journée à mettre à jour le plan stratégique

2009-2012 de l'APIIB pour voir si l'association est bien placée pour atteindre les buts et les objectifs du plan global.

JOUR 6—Jour 2 de l'atelier : un atelier dirigé sur la façon d'influencer les politiques publiques (qu'est-ce qu'une politique, le cycle d'élaboration des politiques, comment être stratégique) est donné au groupe.

JOUR 7—Jour 3 de l'atelier : la journée est principalement consacrée à l'éducation du groupe sur des façons de rallier les gens, de mener le changement et de gérer le changement grâce à des jeux de rôles et à des discussions en groupe.

JOUR 8—La dernière journée, le groupe se réunit au bureau de l'APIIB pour tenir une séance de synthèse et faire nos adieux.



VOUS AVEZ DEMANDÉ

.....

J'ai lu que les II doivent obtenir le consentement pour les soins infirmiers qu'elles fournissent. Dois-je obtenir le consentement pour tous les soins infirmiers que je fournis?

LA RÉPONSE À CETTE QUESTION est OUI. L'obtention du consentement pour les soins infirmiers protège le droit du client de gérer ses propres soins de santé grâce à un processus décisionnel significatif. De plus, les clients ont un droit légal à de l'information au sujet de leurs soins et de leur traitement, et ils ont le droit de consentir à des soins infirmiers ou de les refuser.

S'il faut obtenir le consentement du client à des soins infirmiers, un formulaire de consentement doit-il être signé?

Pas nécessairement. Le formulaire de consentement n'est qu'un simple outil qu'on utilise parfois pour obtenir le consentement dans le cas d'une recherche en soins infirmiers ou dans des situations qui, d'habitude, sont déterminées par une politique de l'employeur. Un consentement écrit n'est pas exigé pour les aspects répétitifs et de routine des soins infirmiers. Pour obtenir un consentement à des aspects répétitifs et de routine des soins infirmiers, il faudrait que le client ait la possibilité de participer à l'établissement du plan de soins infirmiers et d'y consentir. Toutefois, les II ne doivent pas oublier que, même si le consentement est obtenu, elles ont toujours la responsabilité de donner de l'information au client lorsqu'elles fournissent des soins.

Si un formulaire de consentement n'est pas exigé, comment l'équipe de soins infirmiers sait-elle que le consentement a été obtenu pour le plan de soins global?

Par la tenue de dossiers. La tenue de dossiers est une étape importante du processus de consentement. La tenue de dossiers ne signifie pas que le client doit signer un formulaire de consentement (qui est un outil), mais que l'II consigne sa pratique au dossier, satisfaisant ainsi aux normes professionnelles. Consigner au dossier la participation du client à l'élaboration du plan de soins montre que la personne a été informée au sujet du plan et y a consenti.

Qu'en est-il de l'obtention du consentement à des soins ou à un traitement fournis par d'autres fournisseurs de soins de santé?

Lorsqu'elle participe à des soins ou à un traitement qui sont fournis par un autre professionnel de la santé (p. ex. : chirurgien, anesthésiste), l'II doit s'assurer que le client a donné son consentement, a été suffisamment informé et comprend les soins ou le traitement proposés. Au besoin, l'II doit prendre la défense du client pour que celui-ci obtienne plus d'informations.

Cependant, les infirmières immatriculées peuvent avoir à être témoins de la signature d'un formulaire de consentement. Selon la Société de

protection des infirmières et infirmiers du Canada, une infirmière, un infirmier ou une autre personne désignée peut servir de témoin quand un client signe un formulaire de consentement même si le client a déjà reçu des explications du médecin. [...] Le fait qu'un formulaire de consentement soit signé par un témoin ne signifie pas que ce dernier a renseigné le client sur les risques reliés à l'intervention et les alternatives thérapeutiques (SPIIC, 1994). Il convient de suivre la politique de l'établissement en ce qui a trait à la durée de validité d'un formulaire de consentement dûment signé auparavant.

Pour d'autres renseignements :

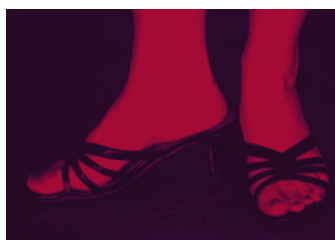
- Directive professionnelle : Le consentement (2011)
- Ou communiquer avec le Service de la pratique de l'AIINB au 1-800-442-4417 ou par courriel à www.aiinb.nb.ca



PROFIL DU PERSONNEL

Mettez-vous à sa place...

Voici Shelly Rickard,
chef des services
administratifs



Veillez décrire pour les membres le rôle de la chef des services administratifs de l'AIINB.

En gros, la personne qui occupe ce poste est chargée de la comptabilité courante, de la préparation du budget annuel et des prévisions budgétaires ainsi que du soutien de la planification financière à long terme. De plus, je gère les locaux de l'AIINB et les relations avec les locataires, les besoins relatifs à la technologie de l'information, les relations d'affinité et les projets d'amélioration des immobilisations. Enfin, mais non le moindre, je suis chargée de la gestion des fonctions reliées aux ressources humaines, dont les politiques du personnel, le régime d'assurance de soins médicaux et la paie. En fait, ce travail me force à rester vigilante!

La planification financière de l'Association exige une reddition de comptes et de la transparence à l'égard des membres. Comment planifiez-vous la stabilité financière dans les périodes d'incertitude économique?

La planification financière à long terme est assurée par un comité spécial nommé à même le Conseil d'administration de l'AIINB, y compris

la directrice générale et la chef des services financiers. À partir de données historiques, des tendances financières actuelles, du nombre de membres actuel de l'AIINB et des projections quant à l'exploitation, nous établissons des prévisions pour une période de quatre ans pour être en mesure de remplir notre mandat, de réaliser les objectifs du Conseil, de répondre aux besoins des membres et d'assurer la stabilité financière de l'AIINB.

Comment votre poste a-t-il évolué depuis que vous vous êtes jointe à l'Association il y a plus de six ans?

Depuis que je suis à l'AIINB, le rôle des services financiers a évolué pour englober des fonctions de gestion reliées aux ressources humaines et à la technologie de l'information, qui relevaient auparavant d'autres services. Mon emploi précédent m'avait donné l'expérience nécessaire, et il a donc été facile de transférer ces autres responsabilités aux services administratifs.

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

Je dirais que la gestion des ressources humaines est à la fois difficile et

enrichissante. Le fait d'embaucher une nouvelle personne qui se joindra à une équipe de cadres et apportera des idées et un enthousiasme renouvelés ajoute un élément de créativité aux processus quotidiens et peut parfois changer la façon dont nous faisons les choses dans l'intérêt du public et des membres. En revanche, recruter et trouver ces compétences particulières chez les gens est toujours un défi!

Quels projets d'envergure ou idées innovatrices aimeriez-vous mettre en œuvre dans un proche avenir?

L'AIINB voudrait avoir un immeuble pleinement et facilement accessible pour nos membres et nos intervenants. Nous avons donc commencé à accumuler un fonds d'amélioration des immobilisations qui prévoit l'installation d'un ascenseur.

Quelles caractéristiques et compétences recherchez-vous lorsque vous recrutez une personne pour travailler à l'Association, qui devra s'intégrer à une petite équipe?

Nous recherchons des personnes professionnelles qui veulent faire partie

SERVICE DE RECOMMANDATION PAR TÉLÉCOPIEUR INFORMATION À L'INTENTION DES PRESTATEURS

De quoi s'agit-il?

Le service de recommandation par télécopieur est un outil fondé sur des preuves qui accroît la portée des services de Téléassistance pour fumeurs en créant des partenariats avec les prestataires de soins de santé. Les usagers du tabac ne sont plus tenus d'entreprendre eux-mêmes la recherche de ressources en matière de renoncement. Il leur suffit de consulter leur fournisseur de soins de santé et de consentir à recevoir un appel de la part d'un spécialiste de Téléassistance pour fumeurs.

Ce service dispense à tous les usagers du tabac des consultations exhaustives et bilingues en matière de renoncement. Tous les appels sont gratuits, confidentiels et offerts à des heures qui conviennent aux usagers. Les spécialistes communiquent de façon proactive avec les candidats dans les 72 heures suivant la réception de la recommandation.

Fonctionnement

Le service met les usagers du tabac directement en contact avec des spécialistes formés en matière de renoncement. Une fois que les professionnels de la santé et les patients ou usagers du tabac conviennent de la pertinence de la démarche, ils remplissent les parties appropriées du formulaire. Les spécialistes communiquent avec les patients dans les 72 heures afin de les aider à élaborer un plan et une stratégie qui leur permettra de faire face aux envies de fumer, au stress et aux symptômes de sevrage. Ils les dirigeront également vers les services de soutien social. Dans le cas de patients hospitalisés, veuillez acheminer le formulaire après leur congé.

Les candidats doivent signer la recommandation et fournir un numéro de téléphone valide ou actuel, sinon celle-ci ne sera pas traitée. Afin de garantir la collecte des données appropriées, le formulaire doit aussi préciser, dans le champ « Nom du lieu de travail », l'organisme dont relève le professionnel de la santé. Une fois les formulaires acheminés, ajoutez-les au dossier des patients pour assurer le suivi au cours de la consultation suivante.

Usagers du service

Le service Téléassistance pour fumeurs s'adresse à tout patient qui désire tenter de cesser de fumer et consent à recevoir un appel proactif de la part d'un spécialiste. Il serait préférable d'offrir aux autres patients une carte portant le numéro et l'adresse du site Web du service. On suggère en outre de les inciter à téléphoner lorsqu'ils seront disposés à le faire.

Efficacité

- *Une démarche opportune* – Le service établit un lien proactif entre les patients et les spécialistes du service. Les usagers évitent ainsi de faire le premier appel, ce qui accroît leurs chances de réussite.
- *Économie de temps* – Bon nombre de professionnels de la santé n'ont pas le temps d'intervenir en profondeur en matière de renoncement au tabac. Le programme met les patients en contact avec les spécialistes en renoncement et leur donne accès à des séances de counseling comportemental exhaustives et personnalisées. Le personnel s'inspire de recherches fondées sur des preuves en matière de pratiques de renoncement exemplaires.

Confidentialité

Les usagers consentent bien sûr à recevoir un appel de la part d'un spécialiste et permettent au service de communiquer, au besoin, avec les prestataires de soins de santé à l'origine de la recommandation. Le consentement n'autorise aucunement la divulgation de renseignements personnels à des tiers.

Voici Shelly Rickard, chef des services administratifs

suite de la page 37

d'un organisme très occupé, qui travaillent bien en équipe, et qui sont passionnées par la profession et sa réputation auprès du public.

Quels ont été les mentors influents et les leçons de la vie qui vous ont le mieux préparés pour ce poste?

J'ai travaillé auparavant dans l'industrie de l'apprentissage en ligne dans un rôle très similaire. Dans mon premier poste « professionnel », le président de l'organisme puis son chef des services financiers ont eu une grande influence

en m'orientant et en m'encadrant dans un rôle de gestion qui est devenu par la suite une poste de direction. Je crois que cette expérience, combinée aux expériences de la vie, m'a permis d'assumer mon rôle actuel et d'offrir en retour mon expérience et mon savoir-faire au personnel et aux membres de l'AIINB.

Outre la gestion des finances, des ressources humaines et de l'entretien de l'immeuble de l'Association, vous êtes une conjointe et la mère de deux enfants et une danseuse à claquettes

de longue date. Comment trouvez-vous un équilibre entre les deux mondes?

Je dirais que ce sont mes cours de danse qui m'aident à trouver cet équilibre. C'est le moment de la semaine qui est uniquement pour moi, loin de mes engagements familiaux, professionnels et bénévoles; c'est le temps de refaire le plein d'énergie en compagnie d'amis formidables et de m'amuser, puis d'attaquer une nouvelle semaine de travail!

L'intimidation au travail au Nouveau-Brunswick

suite de la page 17

personnes ciblées l'impression d'avoir encore une fois été maltraitées.

- Accroître la sensibilisation du public à ce qu'est l'intimidation au travail et au fait que l'intimidation au travail n'est pas acceptable.
- Avoir des politiques en milieu de travail qui traitent des genres de comportements qui se produisent dans le milieu de travail.
- Offrir au personnel de fréquentes possibilités de formation au sujet des politiques, et voir à ce que ces politiques soient correctement appliquées.
- Obtenir que les responsables d'actes d'intimidation assument la responsabilité de leurs actes en offrant aux personnes ciblées des excuses sincères et valables.
- Avoir des gestionnaires qui réagissent promptement et correctement en apprenant que des employés ont fait l'objet d'intimidation par des collègues. Comme il est peu probable que les personnes ciblées signalent l'intimidation si ce sont les gestionnaires qui en sont responsables, il faut aussi des mécanismes de rechange auxquels recourir pour faire cesser l'intimidation.

RÉFÉRENCES

.....

- MacIntosh, J., S. O'Donnell, J. Wuest, et M. Merritt Gray. How workplace bullying changes how women promote their health. *International Journal of Workplace Health Management (IJWHM)*, 2011, 4(1), 48-66.
- MacIntosh, J., J. Wuest, M. Merritt-Gray et S. Aldous. Effects of workplace bullying on how women work. *Western Journal of Nursing Research*, 2010, 32 (7), 910-931.
- Higgins, B. L. et J. MacIntosh. Operating Room nurses' perceptions of the effects of physician-perpetrated abuse. *International Nursing Review*, 2010, 57(3), 321-327.
- MacIntosh, J., J. Wuest, M. Merritt-Gray et M. Cronkhite. Workplace bullying in health care affects meaning of work. *Qualitative Health Research*, 2010, 20(8), 1128-1141.
- O'Donnell, S., J. MacIntosh et J. Wuest. A theoretical understanding of sickness absence among women who have experienced workplace bullying. *Qualitative Health Research*, 2010, 20(4), 439-452.
- MacIntosh, J. Tackling work place bullying. *Issues in Mental Health Nursing*, 2006, 27(6), 665-679.
- MacIntosh, J. Experiences of work place bullying in a rural area. *Issues in Mental Health Nursing*, 2005, 26(9), 893-910.

MacIntosh, J. Reworking professional nursing identity. *Western Journal of Nursing Research*, 2003, 25, 725-741, avec le commentaire de Hautman, p. 742-743, réponse p. 744-745.



À titre informatif

Heures d'ouverture du bureau de l'AIINB :

Du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30

Le bureau sera fermé :

- Les 23, 26, 27 et 31 décembre
Fête du Noël
- Le 2 janvier
Jour de l'an

Dates importantes :

- Le 30 décembre
la date limite de l'immatriculation
- Le 30 janvier
la date limite pour la présentations des candidatures pour les élections de l'AIINB
- Les 15 et 16 février
Conseil d'administration de l'AIINB

LES 13, 19 ET 23 JANVIER 2012 Forums pour étudiantes de l'AIINB : <i>Le professionnalisme en soins infirmiers</i> • Edmundston, Fredericton et Bathurst (N.-B.) » www.aiinb.nb.ca/index.php/nouvelles/note/forums_pour_etudiantes	LES 18 ET 19 JANVIER 2012 Ballet-théâtre atlantique du Canada : <i>Ombres de violence</i> • Fredericton (N.-B.) » http://atlanticballet.ca/fr/repertoire/ghosts-of-violence	DU 25 AU 28 JANVIER 2012 Conférence nationale de l'Association des étudiants(e)s infirmiers(ère) du Canada 2012 - "Overcoming Challenges, Harmonizing Our Voices" • Saskatoon (Sask.) » www.cnsa.ca/francais
DU 2 AU 4 FÉVRIER 2012 Congrès 2012 sur la petite enfance - <i>The Development of Children's Mental Health: How Do We Become Who We Are?</i> • Vancouver (C.-B.) » www.interprofessional.ubc.ca/EarlyYears	DU 12 AU 14 FÉVRIER 2012 4^e Congrès national de la CANN - <i>Neonatal Nursing: Today, Tomorrow, Together</i> • Toronto (Ont.) » www.neonatalcann.ca/SitePages/EventDetails.aspx?itmID=6	LES 15 ET 16 FÉVRIER 2012 Réunion du Conseil de l'AIINB • Fredericton (N.-B.) » www.aiinb.nb.ca/index.php/au-sujet/conseil
LES 14 ET 15 MARS 2012 Ballet-théâtre atlantique du Canada : <i>Ombres de violence</i> • Saint John (N.-B.) » http://atlanticballet.ca/fr/repertoire/ghosts-of-violence	DU 26 AU 28 AVRIL 2012 Congrès canadien sur la santé respiratoire - <i>Une bouffée d'air frais</i> • Vancouver (C.-B.) » www.lung.ca/crc/_pdf/CRC2012Announce_FR.pdf	DU 18 AU 20 JUIN 2012 Assemblée annuelle et Congrès biennal 2012 de l'AIIC : <i>L'action infirmière : Elle fonce et elle transforme</i> • Vancouver (C.-B.) » www.cna-aiic.ca/CNA/news/events/convention/default_f.aspx



Canadian
Nurses Foundation
Fondation des infirmières
et infirmiers du Canada

Étudiez-vous en sciences infirmières ?

Connaissez-vous quelqu'un qui étudie en sciences infirmières ?

Saviez-vous que la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada (FIIC) offre des bourses à tous les niveaux d'études en sciences infirmières ? La valeur des bourses va de 1 000 \$ à 6 000 \$.

La date limite des candidatures est le 31 mars 2012. Svp veuillez prendre note que le processus de demande est maintenant disponible en ligne! Pour plus de renseignements, consultez le site web de la FIIC à www.cnf-fic.ca ou communiquez avec nous par courriel à info@cnf-fic.ca ou par téléphone au 1-800-361-8404 poste 242.

Formule de mise en candidature

ÉLECTIONS 2012

(Doit être envoyée par un membre de la section)

La mise en candidature suivante est soumise pour les élections de 2012 au Conseil d'administration de l'AIINB. La personne désignée permet que son nom soit présenté et consent à remplir les fonctions si elle est élue. Tous les documents requis accompagnent la présente formule.

Poste

Nom de la candidate

Numéro d'immatriculation

Adresse

Téléphone

Travail

Domicile

Section

Signature

Numéro d'immatriculation

Poste occupé
dans la section

Signature

Numéro d'immatriculation

Poste occupé
dans la section

La date timbrée sur les formules de mise en candidature ne doit pas dépasser **le 30 janvier 2012**. Retourner au :

Comité des mises en candidature

AIINB

165 rue Regent

Fredericton (N.-B.) E3B 7B4

Acceptation de mise en candidature

ÉLECTIONS 2012

(L'information suivante doit être envoyée par la personne désignée)

Déclaration d'acceptation

Je, _____
infirmière en règle auprès de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, accepte d'être désignée pour les élections au poste de

Si je suis élue, je consens à remplir les fonctions ci-dessus jusqu'à la fin de mon mandat.

Signature

Numéro d'immatriculation

Notice biographique de la personne désignée

Veuillez vous servir de feuilles distinctes pour fournir les renseignements suivants :

- formation infirmière de base, incluant l'établissement et l'année de fin d'études;
- formation supplémentaire;
- antécédents de travail incluant le poste, l'employeur et l'année;
- activités professionnelles; et
- autres activités.

Pourquoi avez-vous accepté d'être portée candidate?

Veuillez inclure un exposé de 75 mots ou moins qui explique pourquoi vous avez accepté d'être portée candidate.

Photo

Aux fins de publication, veuillez faire parvenir une photo de vous en format électronique à jwhitehead@aiinb.nb.ca.

Faire parvenir le tout à l'adresse suivante, au plus tard **le 30 janvier 2012** (date timbrée) :

AIINB

165 rue Regent

Fredericton (N.-B.) E3B 7B4

IMMATRICULATION SUSPENDUE

Le 14 juillet 2011, le Comité des plaintes de l'AIINB a suspendu l'immatriculation du membre numéro 026118, en attendant le résultat d'une audience devant le Comité de discipline.

IMMATRICULATION SUSPENDUE

Le 9 août 2011, le Comité des plaintes de l'AIINB a suspendu l'immatriculation du membre numéro 017955, en attendant le résultat d'une audience devant le Comité de discipline.

IMMATRICULATION SUSPENDUE

Le 6 septembre 2011, le Comité des plaintes de l'AIINB a suspendu l'immatriculation du membre numéro 027306, en attendant le résultat d'une audience devant le Comité de révision.

CONDITIONS IMPOSÉES

Le 21 septembre 2011, le Comité de discipline a ordonné que l'immatriculation du membre numéro 019895 soit assortie de conditions.

SUSPENSION MAINTENUE

Le 28 septembre 2011, le Comité de révision a constaté que le membre Joseph André Beudet, numéro d'immatriculation 019799, a démontré de l'incompétence et une conduite indigne d'un professionnel. Les actions et omissions du membre font preuve de manquements dans sa pratique infirmière tels les erreurs de médicaments, la documentation, la communication, un manque de jugement et une insouciance pour le bien être et la sécurité des patients. Le Comité de révision a ordonné de maintenir la suspension imposée par le Comité des plaintes pour une période

minimale d'un an et jusqu'à ce que des conditions soient satisfaites. Par la suite, le membre sera admissible à faire une demande d'immatriculation assortie de conditions. De plus, le Comité lui a ordonné de payer des coûts de 5000 \$ à l'AIINB dans les 12 mois suivant son retour à l'exercice de la profession infirmière. ■

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



Photos : gracieuseté de Harry Mullin

L'AIINB reçoit le Prix Dialogue du lieutenant-gouverneur

CRÉE EN 2003, le Prix Dialogue du lieutenant-gouverneur est décerné chaque année aux modèles qui adoptent les principes d'harmonie et de respect entre les communautés anglophones et francophones de la province.

La seule distinction du genre en Canada, le Prix dialogue du lieutenant-gouverneur est parrainé par Dialogue Nouveau-Brunswick, un organisme qui sert d'agent catalyseur dans le but de promouvoir la compréhension et le respect mutuel entre les Néo-Brunswickois de langue française et anglaise.

« Mes tarifs de groupe
m'ont permis
d'économiser beaucoup. »

– Mireille Baron
Cliente satisfaite depuis 2003

Programme d'assurance recommandé par



Association
des infirmières
et infirmiers du
Nouveau-Brunswick

Des soumissions qui font jaser.

Chez TD Assurance Meloche Monnex, nous connaissons l'importance d'économiser autant que possible. En tant que membre de l'**Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick**, vous pourriez profiter de tarifs de groupe avantageux et d'autres privilèges exclusifs, grâce à notre partenariat avec votre association. Vous bénéficierez également d'une excellente protection et d'un service exceptionnel. Nous sommes convaincus que nous pouvons rendre l'assurance d'une simplicité sans égale afin que vous puissiez choisir votre protection en toute confiance.



Demandez une soumission en ligne au
www.melochemonnex.com/aiinb
ou téléphonez au 1- 866-269-1371

Lundi au vendredi, de 8 h à 20 h.
Samedi, de 9 h à 16 h.



TD Assurance Meloche Monnex est le nom d'affaires de SÉCURITÉ NATIONALE COMPAGNIE D'ASSURANCE, laquelle souscrit le programme d'assurances habitation et auto. 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'assurance auto n'est pas offert en Colombie-Britannique, au Manitoba et en Saskatchewan.

*Aucun achat requis. Le concours se termine le 13 janvier 2012. Chaque gagnant a le choix de son prix, entre une Mini Cooper Classique 2011 (incluant les taxes applicables et les frais de transport et de préparation) d'une valeur totale de 28 500 \$, ou un montant d'argent de 30 000 \$ canadien. Les chances de gagner dépendent du nombre d'inscriptions admissibles reçues. Le gagnant devra répondre à une question d'habileté mathématique. Concours organisé conjointement avec Primum compagnie d'assurance. Peuvent y participer les membres ou employés et autres personnes admissibles appartenant à tous les groupes employeurs ou de professionnels et diplômés qui ont conclu un protocole d'entente avec les organisateurs et qui, par conséquent, bénéficient d'un tarif de groupe. Le règlement complet du concours, y compris les critères d'admissibilité, est accessible sur le site www.melochemonnex.com. Le prix peut différer de l'image montrée. MINI Cooper est une marque de commerce de BMW AG utilisée sous licence qui n'est pas associée à cette promotion et ne la commande d'aucune façon.

¹⁰⁰/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.