

INFO NURSING

VOLUME 43 NUMÉRO 3 HIVER 2012



16 | PRÉSENCE PROFESSIONNELLE : UNE BOUSSE INTERNE POUR GUIDER VOTRE PRATIQUE INFIRMIÈRE

21 | ÉLECTIONS DE L'AIINB 2013 : APPEL DE CANDIDATURES

31 | LES MÉDIAS SOCIAUX : LES PROMESSES, LES PÉRILS ET LE « PATIENT 2.0 »



Association des infirmières et infirmiers
DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Célébration de l'excellence : Les Prix de l'AIINB 2013

Soumettez la candidature d'une collègue, d'une amie ou d'un défenseur des soins de santé pour ses efforts quotidiens visant à améliorer la prestation des soins de santé et à promouvoir la sensibilisation du public à la santé, suite à la page 47.

47



Couverture

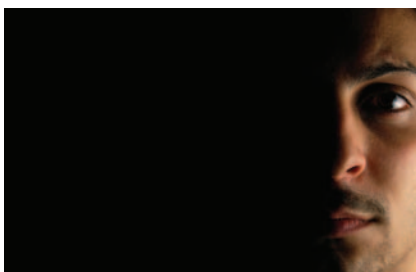
Des professionnelles des soins infirmiers participent quotidiennement aux délibérations sur les politiques de la province, contribuant par leurs recherches et leur soutien à l'élaboration et à l'examen des politiques publiques. Voir le premier article de la série à la page 13.



16 Présence professionnelle :
une boussole interne pour
guider votre pratique
infirmière



21 Élections 2013 de l'AIINB :
appel de candidatures



24 Période de changement :
transition vers une démarche
axée sur le rétablissement



31 Les médias sociaux : les
promesses, les périls et le
« patient 2.0 »



- 13 Le rôle de l'II au ministère de la Santé :**
Une contribution d'influence de système de santé
néo-brunswickois
Par Mary O'Keefe-Robak

- 23 Fierté et gratitude...**
Par Stephanie Smith

- 27 Pourquoi ai-je besoin de recueillir toutes
ces données?**
La gestion des renseignements sur la santé au
ministère de la Santé
Par Margie Eastwood, Carla MacLean et Debbie Peters

- 36 Le dossier de santé électronique :**
le point de vue d'une infirmière
Par Jocelyn Burns-McCue

le
pouls

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

- 37 Le travail des II à la Direction des soins de santé
primaires**
Par Bev Greene et Lynn Kelly De Groot

- 40 Documents de l'AIINB**
Soutenir une bonne pratique

- 45 Soutenir les candidates et candidats
internationaux**
Rencontrez l'experte-conseil en réglementation de
l'AIINB, Jocelyne Lessard

- 47 Célébration de l'excellence : Prix de l'AIINB 2013**

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

L'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick

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

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



France Marquis
Présidente



Darline Cogswell
Présidente désignée



Chantal Saumure
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



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

CONCEPTION ROYAMA DESIGN

TRADUCTION JOSÉ OUMET

RÉDACTRICE JENNIFER WHITEHEAD

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

Postes Canada, convention de la Poste-publication
n° 40009407. Tirage 10 000. ISSN 1482-020X.

© L'Association des infirmières et infirmiers du N.-B., 2012

Bureau de direction

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

PAULETTE POIRIER

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

Services de la réglementation

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

ODETTE COMEAU LAVOIE

experte-conseil principale en réglementation
459-2859; courriel : ocomeau@aiinb.nb.ca

JOCELYNE LESSARD

experte-conseil en réglementation : immatriculation
459-2853; courriel : jlessard@aiinb.nb.ca

LORRAINE BREAU

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

LOUISE SMITH

experte-conseil en réglementation : immatriculation
459-2856; courriel : lsmith@aiinb.nb.ca

ANGELA BOURQUE

adjointe administrative : services de la réglementation
459-2866; courriel : abourque@aiinb.nb.ca

STACEY VAIL

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

ERIKA BISHOP

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

TAMARA NEADOW

adjointe administrative : immatriculation
459-2860; courriel : tneadow@aiinb.nb.ca

Pratique

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

VIRGIL GUITARD *expert-conseil en pratique infirmière*
783-8745; courriel : vguitard@aiinb.nb.ca

SHAUNA FIGLER

experte-conseil en pratique infirmière
459-2865; courriel : sfigler@aiinb.nb.ca

SUSANNE PRIEST

experte-conseil en pratique infirmière
459-2854; courriel : spriest@aiinb.nb.ca

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

Services corporatifs

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

MARIE-CLAUDE GEDDRY-RAUTIO
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

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

* En attente d'une nomination par le lieutenant-gouverneur en conseil.



Retour sur une année bien remplie

Les 12 derniers mois ont été très productifs pour l'Association. Même si l'année 2012 a eu son lot de défis, le soutien d'une pratique infirmière de qualité dans l'intérêt du public a été manifeste dans tous les aspects de notre travail.

Tout d'abord, 2012 est la première année de l'actuel plan financier à long terme (2012 - 2015). Grâce à des recettes accrues, l'AIINB a été en mesure d'élaborer une gamme de nouveaux outils pour soutenir et améliorer la pratique infirmière au Nouveau-Brunswick. Le plan financier actuel se concentre sur les objectifs stratégiques du Conseil visant à enrichir les ressources visant à soutenir la pratique infirmière et la sécurité du public. La présence virtuelle de l'AIINB a augmenté considérablement au cours des 12 derniers mois. Donc, en offrant de l'information, des ressources et un soutien virtuels, l'AIINB vous permet, à vous les membres, d'accéder à ces nouveaux outils à votre convenance, tout en augmentant l'efficacité de son investissement. Les forums virtuels et les modules d'apprentissage en ligne, offerts sur le site Web de l'AIINB à www.aiinb.nb.ca, peuvent être utilisés de façon individuelle, en groupe ou par des infirmières gestionnaires ou cadres comme outil de perfectionnement professionnel. Les programmes provinciaux de formation infirmière ont eux aussi accès à ce matériel pour appuyer et faciliter la prestation des cours, ce qui donne à l'AIINB une occasion unique de soutenir les étudiantes dans l'acquisition des compétences et des normes essentielles de la profession infirmière, conformément aux exigences des mesures législatives et des normes professionnelles qui encadrent notre profession. Par ailleurs, ces outils aident les membres à répondre aux exigences du maintien de la compétence.

L'AIINB vient tout juste de lancer une nouvelle ressource, les webinaires et les webémissions, livrés au moyen de présentations en direct et de présentations archivées pour référence future sur le site Web de l'AIINB à www.aiinb.nb.ca. Les membres ont été invités à participer dans le cyberbulletin de novembre, *La flamme virtuelle*, et par un avis affiché sur le site Web. Grâce à ce nouveau mode de communication, nous offrirons de l'information pour appuyer la pratique au moyen de présentations interactives ou sous forme statique enregistrée. Les séances seront plus courtes pour couvrir une matière plus condensée et permettre une prestation juste-à-temps. Nous espérons que vous profiterez pleinement de ces ressources. De plus, si vous avez des suggestions de sujets pour de futures présentations, n'hésitez pas à nous en faire part. Ensemble, nous verrons à ce que les ressources soient le plus utiles possible et

nous tenterons d'optimiser notre capacité à soutenir et à faire avancer la pratique infirmière dans la province.

Au cours de l'année 2012, le Conseil d'administration de l'AIINB a décidé de faire la transition à un examen adaptatif informatisé d'admission à la profession infirmière, lequel entrera en vigueur en janvier 2015. Le format et le mode de prestation du nouvel examen ont été adoptés par tous les organismes de réglementation de la profession infirmière du Canada, à l'exception de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Durant la période de transition et jusqu'en 2015, l'AIINB continuera à utiliser l'actuel Examen d'autorisation infirmière au Canada (EAIC) qu'elle achète actuellement de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). Nous remercions l'AIIC pour ce partenariat qui s'est échelonné sur plusieurs années. Nous remercions également le personnel de Stratégies en évaluation inc., la société de l'AIIC qui s'est occupée de l'élaboration et du maintien de l'EAIC. Enfin, et encore plus important, nous remercions toutes les infirmières du Nouveau-Brunswick qui ont constamment enrichi l'examen en y apportant leur expertise et leurs connaissances. Sans vous, il n'y aurait pas eu d'EAIC. Durant la transition vers le nouvel examen adaptatif informatisé, nous espérons que vous continuerez à collaborer avec le nouveau fournisseur de l'examen, le National Council of State Boards of Nursing. L'appel aux volontaires pour l'élaboration et la révision de questions, ainsi que l'évaluation de la banque de questions, est maintenant ouvert. Veuillez consulter le site Web de l'AIINB pour de plus amples informations à www.aiinb.nb.ca. Le Conseil d'administration de l'AIINB est convaincu du bien-fondé de sa décision, tout comme des avantages que le nouvel examen présentera pour nous acquitter de notre mandat de réglementation, améliorant l'accès, la flexibilité et la sécurité de la prestation de l'examen. Un plan de transition et de changement détaillé a été enclenché afin de veiller à ce que les infirmières, les intervenants et les étudiantes soient informés et soutenus pour en assurer la réussite. Des efforts seront déployés en ce sens au cours des deux prochaines années et par la suite s'il y a lieu.

Avant de terminer, je profite de l'occasion pour encourager tous les membres intéressés à un rôle de leadership à poser sa candidature au poste de présidente désignée, ou encore à un poste d'administratrice pour chacune des régions suivantes : la région 2 (Saint John), la région 4 (Edmundston) et la région 6



Bev Greene



Claudette Landry



Debbie Peters



Jocelyn Burns-McCue



Lorelei Newton



Lynn Kelly De Groot



Margie Eastwood



Mary O'Keefe-Robak



Susanne Priest



Virgil Guitard

13

.....

MARY O'KEEFE-ROBAK, II, M.Ed.
*Agente principale des soins infirmiers et
 conseillère en ressources infirmières*

16

.....

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

23

.....

STEPHANIE SMITH, II
*Infirmière militaire dans les Forces
 canadiennes*

24

.....

CLAUDETTE LANDRY, II M.Sc.inf.
Conseillère

27

.....

MARGIE EASTWOOD, II
*Coordonnatrice provinciale du SIG,
 Responsabilisation et Gestion de
 l'information sur la santé*

31

.....

LORELEI NEWTON, II, Ph.D.
*Monitrice, University of Victoria /
 Camosun College Schools of Nursing*

36

.....

JOCELYN BURNS-MCCUE, II
*Analyste clinique au DSE, Direction des
 solutions d'affaires et de technologies
 sur la santé*

37

.....

BEV GREENE, II, M.Sc.inf.
*Directrice par intérim, unité PGMC,
 Direction des soins de santé primaires*

42

.....

VIRGIL GUITARD, II
Expert-conseil en pratique infirmière, AIINB

LYNN KELLY DE GROOT, II

*Conseillère en soins de santé primaires,
 Division des services de traitement des
 dépendances, de santé mentale, de soins de
 santé primaires et extra-muraux (Division)*



Des soins infirmiers sécuritaires et de qualité grâce aux II de la province

Vous vous rappellerez peut-être que le numéro 3 du volume 40 d'*Info Nursing* (hiver 2009) portait sur les programmes de formation infirmière de la province; c'était une occasion unique de mettre en vedette la contribution du secteur de la formation à la qualité et à la sécurité des soins infirmiers fournis dans la province. La réponse des enseignantes avait dépassé nos attentes. Les progrès, les innovations et les défis de la formation infirmière qu'elles avaient présentés dans ce numéro avaient profité à toutes et tous.

Dans la même tradition, nous avons abordé la responsable principale des soins infirmiers, Mary O'Keefe-Robak, et l'équipe d'infirmières immatriculées qui travaillent au ministère de la Santé pour leur demander de mettre en lumière l'expérience et l'apport des infirmières immatriculées dans le domaine de l'élaboration des politiques. Sans hésitation et avec brio, elles ont sauté sur l'occasion elles aussi. L'espace étant limité, nous avons dû reporter quelques articles au numéro du printemps d'*Info Nursing*.

Des professionnelles des soins infirmiers participent quotidiennement aux délibérations sur les politiques de la province, contribuant par leurs recherches et leur soutien à l'élaboration et à l'examen des politiques publiques. Elles apportent une optique infirmière à cette démarche. La profession infirmière a quatre domaines d'exercice établis : les soins directs, l'administration, la formation et la recherche. Or, l'élaboration de politiques est de plus en plus reconnue comme le cinquième domaine de la profession infirmière. À mon avis, en tant qu'infirmières immatriculées, nous apportons aux délibérations une expérience et une expertise valables sous l'angle des soins infirmiers. Notre façon de voir les choses doit faire partie de l'élaboration des politiques publiques. De plus, nos connais-

sances sont essentielles pour l'établissement de politiques publiques efficaces qui prennent en compte et soutiennent les déterminants de la santé et du bien-être.

Au nom du Conseil d'administration et des membres, je tiens à remercier sincèrement chaque personne qui a collaboré à ce numéro ainsi que les innombrables personnes anonymes qui y ont contribué par leur travail. Merci pour cet effort. Prendre le temps de relever un tel défi alors que vos journées sont déjà bien remplies témoigne de votre professionnalisme et de la fierté que vous ressentez à l'égard de votre travail, et nous vous remercions de nous l'avoir fait connaître. En nous donnant cet aperçu de vos fonctions, vous nous avez informées et éclairées, et vous avez peut-être même inspiré d'autres infirmières à envisager un tel cheminement professionnel...Félicitations!

Ce faisant, je veux vous mettre au défi, vous, la communauté infirmière, et vous encourager à proposer un thème et des articles sur ce thème dans de prochains numéros de notre revue. C'est une occasion formidable d'informer vos pairs et les intervenants qui reçoivent et lisent notre revue sur le travail que vous faites et sur votre contribution à la sécurité et à la qualité des soins infirmiers et à la sécurité des patients de la province. Si le défi vous intéresse ou si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec la rédactrice de notre revue, Jennifer Whitehead, à jwhitehead@aiinb.nb.ca ou au 506-459-2852.

Enfin, je tiens à offrir mes meilleurs vœux pour la saison des Fêtes à tous les membres de l'AIINB ainsi qu'à leur famille. Je vous souhaite la paix, la joie et une bonne santé pour l'année qui vient. Merci de votre apport à notre Association au cours de l'année écoulée et de votre engagement à l'égard de soins infirmiers sécuritaires et de qualité dans la province. ■

ROXANNE TARJAN
directrice générale

AVANT LA RÉUNION, une séance d'initiation a eu lieu pour accueillir deux nouvelles administratrices régionales, dont le mandat s'étend du 1^{er} septembre 2012 au 31 août 2014. Voici les administratrices nouvelles élues ou reconduites :

- Chantal Saumure, II, *administratrice, Région 1*
- Dawn Torpe, II, *administratrice, Région 3**
- Linda LePage-LeClair, II, *administratrice, Région 5**
- Rhonda Shaddick, II, *administratrice, Région 7*

* administratrices reconduites dans leurs fonctions

Examen des politiques

Le Conseil a examiné des politiques dans les domaines suivants :

- Objectifs
- Exercice de l'autorité
- Limites dans les prises de décisions de la directrice générale

Nouvelles politiques et politiques modifiées

Le Conseil d'administration a approuvé des modifications aux politiques suivantes : O-4, Politiques publiques favorables à la santé; EA 12, Liens entre le Conseil et d'autres organismes; EA-7, Dépenses du Conseil et des comités; LPD-3, Planification financière; et LPD-13, Systèmes d'information; et une nouvelle politique : LPD-17, Examen d'admission à la profession infirmière.

Rendement de l'organisme : contrôle

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

Conseil d'administration et nominations aux comités

Le Conseil a approuvé la nomination des membres du comité des mises en candidature pour l'élection de 2013 à l'AIINB, qui est composé de la présidente sortante de l'AIINB et de deux administratrices infirmières immatriculées :

- Martha Vickers, *présidente sortante*
- Chantal Saumure, *administratrice, Région 1*
- Dawn Torpe, *administratrice, Région 3*

Le Conseil a approuvé un comité spécial des médailles du jubilé de diamant de la reine Elizabeth II, dont la tâche est d'examiner les candidatures et de choisir deux noms à soumettre à l'AIIC. Les membres du comité sont :

- Terry-Lynne King, *administratrice, Région 2*
- Marius Chiasson, *administrateur, Région 6*
- Roland Losier, *administrateur représentant le public*

Le Conseil a nommé Sharon Hall-Kay, II, section de York-Sunbury, scrutatrice en chef pour l'élection et l'assemblée annuelle de 2013 de l'AIINB.

Le Conseil a approuvé la nomination de D^{re} Kathy Woods au comité thérapeutique des infirmières praticiennes.

Documents de l'AIINB

Le Conseil a approuvé les documents suivants :

- *Utilisation éthique et responsable des médias sociaux : Directive professionnelle* (nouveau)
- *Normes d'exercice pour les infirmières immatriculées* (révisé)

Tous les documents et énoncés sont affichés sur le site Web de l'AIINB, ou peuvent être obtenus en composant le 1-800-442-4417.

Présentations

Bronwyn Davies, directrice de l'Unité des soins de santé primaires, et Jean Bustard, directrice du Programme extra-mural, du ministère de la Santé, ont donné une présentation sur le cadre pour les soins de santé primaires rendu public en août. Ce cadre constitue le plan stratégique à long terme pour l'amélioration des soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick.

Le personnel de l'AIINB a donné une séance d'initiation au Conseil sur la transition vers des réunions sans papier. Ce changement va dans le sens de l'objectif de l'AIINB, qui se veut une organisation plus écologique, tout en constituant un moyen plus économique de préparer et de distribuer les documents. Cette méthode permet aux membres du Conseil d'obtenir les documents nécessaires de manière sécurisée; il suffit d'avoir accès à une connexion Internet.

Prochaine réunion du Conseil

La prochaine réunion du Conseil d'administration aura lieu les 20 et 21 février 2013 au siège social de l'AIINB.

Les observatrices et observateurs sont les bienvenues aux réunions du Conseil. Veuillez communiquer avec Paulette Poirier, adjointe de direction-secrétaire corporative, à ppoirier@aiinb.nb.ca ou en composant le 506-459-2858 ou le 1-800-442-4417.

Conseil d'administration de l'AIINB pour 2012 - 2013

- Présidente, *France Marquis*
- Présidente désignée, *Darline Cogswell*
- Administratrice, Région 1, *Chantal Saumure*
- 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, *Rhonda Shaddick*
- *Directrice représentant le public, *Aline Saintonge*
- *Directeur représentant le public, *Robert Thériault*
- Directeur représentant le public, *Roland Losier*

*En attente d'une nomination de remplacement par le lieutenant-gouverneur en conseil. ■

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION
A TENU UNE RÉUNION
LES 10 ET 11 OCTOBRE 2012 AU
SIÈGE SOCIAL DE L'AIINB
À FREDERICTON.



Trois II du N.-B. sont reconnues à l'échelle nationale

par CHANTAL SAUMURE

Félicitations à Marie-Josée Thériault (infirmière conseillère en thérapie I.V.), à France Levesque (infirmière conseillère soins intensifs chirurgicaux) et à Nathalie Haché-Losier (infirmière conseillère au Centre d'oncologie Dr-Léon-Richard) pour leur présentation d'affiche au congrès national de la CVAA (Association canadienne d'accès vasculaire). L'affiche Bouchons d'injection à pression neutre et positive: Impact sur les occlusions des cathéters a reçu le premier prix lors du congrès annuel, qui s'est déroulé du 9 au 11 mai dernier à Montréal.

Par la même occasion, je tiens à remercier les infirmières du Centre d'oncologie Dr-Léon-Richard qui ont participé étroitement à la réalisation de ce projet clinique en soins infirmiers, tout en ayant dans la mire l'amélioration des soins aux



patients. Finalement, ce sont eux les grands gagnants de vos efforts!

Voilà certes un travail d'équipe concerté qui démontre clairement l'engagement et la rigueur de la profession infirmière à l'égard de l'amélioration continue des processus. Qui plus est, cela cadre directement avec la thématique de la Semaine nationale des soins infirmiers: Soins infirmiers : Pour une nation en santé.

Encore une fois, félicitations à toute l'équipe.

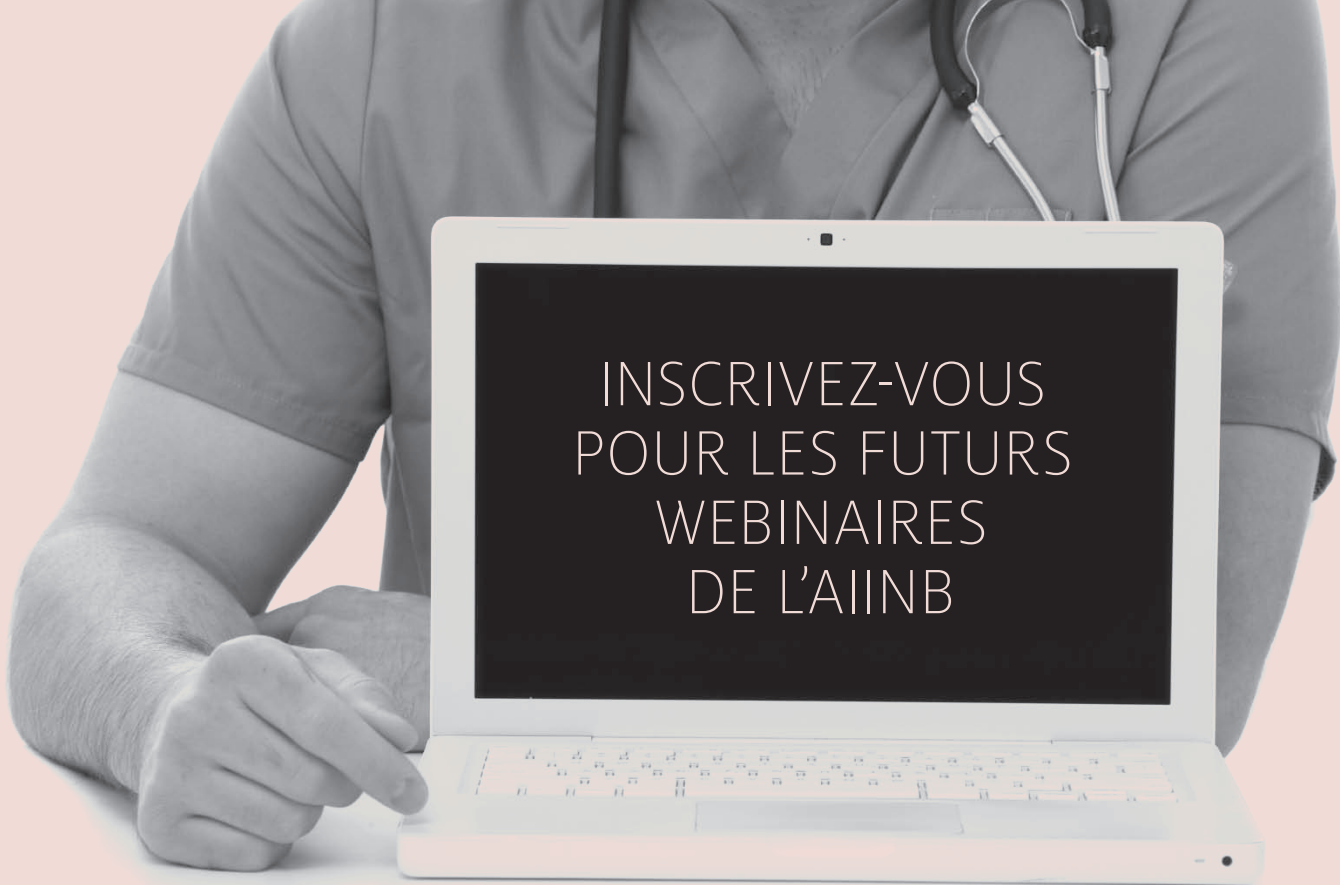
L'administration de médicaments : la règle de 30 minutes

Après une vaste enquête auprès d'environ 18 000 infirmières en 2010, la section américaine de l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP) a mis au point des lignes directrices sur l'administration en temps opportun des médicaments prescrits à heures fixes. Bien que ces lignes directrices aient été mises au point aux États-Unis, elles s'appliquent aussi aux milieux de soins de santé canadiens. Elles indiquent notamment que l'administration en retard de certains médicaments sensibles au temps peut donner lieu à des préjudices, MAIS on y avance aussi qu'une solution universelle qui prévoit obligatoirement que TOUS les médicaments prescrits à heures fixes doivent être donnés dans les 30 minutes est une exigence injustifiée, car relativement peu de médicaments exigent une administration selon un horaire absolument exact. Pour voir l'article complet, veuillez aller à www.ismp.org/tools/guidelines/acutecare/tasm.pdf.

Les documents de l'AIINB : soutenir une pratique sécuritaire

Le personnel de l'AIINB a des documents pour vous informer sur de nombreux sujets. Ces documents peuvent être consultés sur www.aiinb.nb.ca.

- Annexes pour prescrire des infirmières praticiennes
- Attribution, délégation et enseignement d'activités infirmières aux fournisseurs de soins non réglementés
- Cadre décisionnel de la composition du personnel pour des soins infirmiers de qualité
- Cadre de travail pour la gestion des problèmes d'exercice de la profession
- Code de déontologie des infirmières et infirmiers
- Compétences de base pour la pratique des infirmières praticiennes
- Conflits d'intérêts
- Diriger son entreprise : Guide pour l'établissement d'une pratique infirmière autonome
- FAQs pour les II et les IP
- L'administration de médicaments : norme d'exercice
- La gestion des infirmières immatriculées ayant d'importants problèmes reliés à leur pratique
- L'AIINB soutient la pratique : Série de séances de formation
- La pratique infirmière avancée : Un cadre national
- La prévention et le contrôle des infections
- La relation thérapeutique infirmière-client : Norme d'exercice
- La responsabilité professionnelle en cas de moyens de pression au travail
- Le champ d'exercice de l'infirmière diplômée
- Le consentement
- L'encadrement des apprenantes dans le milieu de travail
- Les limites professionnelles de la relation thérapeutique infirmière-client
- Manque de personnel : considérations professionnelles et juridiques (mai 2007) (AIINB et SIINB)
- Normes d'exercice pour les infirmières immatriculées
- Normes d'exercice pour les infirmières praticiennes en soin de santé primaires
- Principes devant guider la transformation des soins de santé au Canada
- Processus décisionnel : examen des demandes d'ajout de nouveaux procédés infirmiers
- Programme du maintien de la compétence
- Reconnaissance et gestion de l'usage problématique de substances dans la profession infirmière
- Tenue de dossiers : norme d'exercice
- Traitement des plaintes et processus disciplinaire
- Travailler ensemble : Cadre de référence pour infirmières immatriculées (II) et les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA)
- Utilisation éthique et responsable des médias sociaux : directive professionnelle



L'AIINB LANCE DES **WEBINAIRES** POUR LES MEMBRES

L'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick est fière de présenter une série de webinaires afin de vous offrir, à vous les membres, une autre façon de vous informer, d'apprendre et d'échanger sous forme virtuelle en perturbant le moins possible vos horaires chargés. Des présentations EN DIRECT seront données par des SPÉCIALISTES des domaines abordés et dureront environ 45 minutes, et une période de questions et réponses est prévue pour les membres à la fin de la séance.

Le leadership : la responsabilité de chaque infirmière

Ce webinaire explorera le concept du leadership en soins infirmiers, intégrant les opinions des II du Nouveau-Brunswick sur le sujet par rapport à leur pratique.

Dates du webinaire :

présentation en français :
le 4 décembre 2012 à 11 heures

présentation en anglais :
le 5 décembre 2012 à 11 heures

Visitez notre site Web (www.aiinb.nb.ca) pour voir la séance enregistrée.



L'AIINB accueille une délégation du Mali

Le 5 novembre 2012, l'AIINB recevait une délégation malienne de trois personnes. Le Mali est en voie d'adopter une réglementation pour y légiférer la profession infirmière. C'était la quatrième visite du Mali au Nouveau-Brunswick dans le cadre d'un partenariat mis sur pied avec le Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont et l'IPAC, ainsi que l'appui financier du gouvernement du Canada. L'AIINB a été invitée à soutenir le projet en communiquant de l'information sur les exigences relatives à l'autorisation d'exercer et la base de données de l'AIINB, l'étude du comportement professionnel, les normes de formation et l'examen et l'approbation des programmes de formation, et les normes d'exercice de la profession infirmière. Sur la photo (g. à d., 1^{re} rangée) : Liette Clément; Roxanne Tarjan; Odette Comeau Lavoie; Monique Cormier-Daigle; Lise Guerrette-Daigle; (2^e rangée) la délégation du Mali : Lanseni Gagyogo, Ousmane Sadou Maiga et Boukarra Diabaté; Laurent Tyers, de l'Institut d'administration publique du Canada (IAPC).

Nouveau membre du personnel : Louise Smith

Louise Smith, B.A., II, d'Oromocto (N.-B.), a accepté un poste d'une durée d'une année à titre d'experte-conseil en réglementation. M^{me} Smith est entrée en fonction



le 4 septembre 2012 pour une durée d'un an. Elle apporte à son poste plus de 37 années d'expérience infirmière dans divers rôles et milieux, dont le Programme extra-mural, la santé publique et VON, ainsi qu'en milieu hospitalier (unité de soins intensifs, soins médico-chirurgicaux, soins infirmiers concentrés et urgence) à titre d'infirmière de soins généraux et de gestionnaire. Elle a exercé la profession infirmière au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse, en Ontario, au Québec et au Nunavut. Dans son nouveau poste, ses principales responsabilités auront trait à l'immatriculation et aux autres fonctions reliées à la réglementation.

Avis de l'assemblée annuelle

Conformément à l'article XIII des règlements administratifs, avis est donné qu'une assemblée annuelle aura lieu le 29 mai 2013 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'AIINB peuvent assister à l'assemblée annuelle. Seuls les membres actifs ont le droit de vote. 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 4 mars 2013. 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, AIINB



Aidez un enfant à faire la découverte du savoir. Devenez un bénévole CLEF!

Visiter www.litteratieauprimairenb.com afin de mieux connaître comment, en 10 semaines, vous pouvez améliorer les aptitudes de lecture d'un enfant.



Par MARY O'KEEFE-ROBAK

Les infirmières immatriculées qui travaillent comme fonctionnaires au gouvernement du Nouveau-Brunswick ont une occasion unique de contribuer à l'élaboration de politiques, de programmes et de services publics dans le domaine de la santé.

Je suis une infirmière immatriculée

qui travaille au ministère de la Santé. En tant qu'agente principale de soins infirmiers et conseillère en ressources infirmières, je conseille la haute direction et le ministre de la Santé sur différentes questions ayant trait aux soins infirmiers, dont la planification des besoins futurs en ressources



infirmières et une meilleure intégration des infirmières praticiennes dans notre système de soins de santé.

Une de mes amies m'a demandé récemment si je m'ennuyais des soins infirmiers. Bien que sa question m'ait surprise, j'imagine qu'elle n'est pas seule à croire que les infirmières travaillent uniquement dans les hôpitaux, les centres de santé communautaires, les cliniques et les foyers de soins.

Certaines d'entre nous ont suivi des cheminements professionnels moins traditionnels et travaillent dans des domaines où l'utilité des compétences et des connaissances infirmières n'est peut-être pas aussi évidente pour le grand public. J'ai commencé ma carrière d'infirmière en milieu hospitalier où j'ai travaillé durant plusieurs années avant de me joindre à l'Institut national canadien pour les aveugles, un organisme à but non lucratif national pour les personnes aveugles et malvoyantes. C'est là que j'ai été sensibilisée à l'importance de la défense des droits afin de contribuer à améliorer la vie des personnes servies par de tels organismes. L'expérience et les connaissances que j'ai acquises m'ont amené à un poste de conseillère des programmes à l'intention des personnes âgées à l'ancien ministère de la Santé et des Services communautaires. Au fil du temps, j'ai assumé différents rôles et des responsabilités croissantes au ministère de la Santé dans le domaine des politiques reliées aux soins infirmiers et à la santé.

Dès mon entrée dans la fonction publique, je me suis rapidement rendu compte que la prise de décisions par le gouvernement en matière d'élaboration de politiques, de programmes et de services exige que l'on prenne en considération de nombreux facteurs et le point de vue de nombreux intervenants. J'ai dû apprendre que les gouvernements s'efforcent de trouver un juste équilibre entre les demandes, les attentes et les besoins de la collectivité, et l'élaboration de politiques qui sont raisonnables, fondées sur des preuves et viables. C'est un défi complexe et de taille.

Au Nouveau-Brunswick, le bureau central du ministère de la Santé emploie une trentaine d'infirmières. Les infirmières immatriculées qui travaillent comme fonctionnaires au gouvernement du Nouveau-Brunswick

ont une occasion unique de contribuer à l'élaboration de politiques, de programmes et de services publics dans le domaine de la santé. Nous offrons un soutien et des conseils spécialisés en soins infirmiers au gouvernement en général, et au ministère de la Santé en particulier, pour la planification de l'avenir des soins de santé, de même que le financement et la surveillance de programmes et services précis.

Les infirmières immatriculées du bureau central travaillent dans divers domaines : les soins de santé primaires; la santé publique; les services de santé mentale et de traitement des dépendances; les services en établissement; le réseau du cancer; la cybersanté; la responsabilisation et la gestion de l'information sur la santé; les ressources humaines en santé. Dans nos emplois respectifs, nous appliquons notre expertise et nos connaissances infirmières tous les jours pour préparer des recommandations solides en matière de politiques et de programmes de santé qui profiteront à tous les gens du Nouveau-Brunswick. De plus, nous faisons partie d'une équipe plus large qui comprend d'autres professionnels dont l'expérience en santé, en finance, en affaires, en droit, en gestion de projet et en informatique contribue à faire fonctionner l'appareil gouvernemental.

Environ 30 lois relèvent de la compétence du Ministre de la Santé et sont administrées par le ministère de la Santé (<http://laws.gnb.ca/fr/deplinks?subjectnumber=28>). Des stratégies et des initiatives comme le Plan provincial de la santé, le Cadre pour les soins de santé primaires et le Plan d'action pour la santé mentale sont élaborées au sein de ce cadre législatif afin d'assurer une direction et une structure pour notre système de soins de santé. Selon la nature du projet, il faut des semaines, des mois, voire des années de travail préparatoire avant que la stratégie ou l'initiative du gouvernement soit prête à être rendue publique.

Les II du ministère de la Santé font enquête et effectuent des recherches sur les tendances, analysent les questions pertinentes et proposent des options à la haute direction. Plusieurs approches sont utilisées; il peut s'agir de travail en comité avec des intervenants comme les régies régionales de la santé, des organismes professionnels, des groupes d'intérêt, des organismes à but non

lucratif, des groupes communautaires et des membres du grand public. Nous pouvons aussi collaborer avec des partenaires d'autres ministères provinciaux tels que Développement social, Éducation postsecondaire, Formation et Travail, Sécurité publique ou Communautés saines et inclusives.

Au niveau national, nous avons la possibilité de travailler avec des collègues de ministères dans d'autres provinces et avec Santé Canada et d'autres organismes fédéraux. Nous préparons des notes de synthèse et formulons des recommandations à l'intention des cadres supérieurs et du ministre de la Santé et d'autres responsables en fonction de la recherche, de l'analyse, des conseils experts et des recommandations des intervenants relativement à l'élaboration de mesures législatives, de politiques, de programmes et de services.

Pour nous acquitter de nos rôles, nous devons bien comprendre la structure et les processus gouvernementaux de même que les subtilités de notre système de soins de santé. Nous nous occupons d'une variété de questions touchant à tous les aspects de la santé, que ce soit la santé de la population et la prévention des maladies, l'élaboration de programmes pour les soins à domicile, la sécurité dans les hôpitaux, l'examen des demandes de nouveaux programmes, ou les prévisions de besoins futurs en ressources humaines en santé.

Dans les pages qui suivent, des infirmières du ministère de la Santé décrivent plus en détail les rôles qu'elles jouent dans l'amélioration de la vie de tous les gens du Nouveau-Brunswick. Même si ce qui est raconté ne représente qu'une partie de ce qu'elles font, ces pages vous donneront un bon aperçu de ce que nous faisons dans notre travail quotidien.

Au nom de mes collègues infirmières, j'aimerais remercier l'association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick de nous donner l'occasion d'expliquer nos rôles en tant que conseillères en programmes et en politiques. Je suis fière et reconnaissante de la collaboration qui s'est développée entre le ministère de la Santé et l'AIINB.



LA PRÉSENCE PROFESSIONNELLE

JUGER DE LA

COUVERTURE

ET DU CONTENU



Partagez vos opinions du 12 déc. 2012 au 11 janvier 2013 www.aiinb.nb.ca

C'est une première : l'AIINB vous demande de juger de la couverture et du contenu. Les membres de l'AIINB et du public sont invités à partager leurs opinions sur la présence professionnelle avec la spécialiste Catherine Aquino-Russell, Ph.D., directrice du programme de baccalauréat en sciences infirmières et chercheure à l'Université du Nouveau-Brunswick. Allez sur www.aiinb.nb.ca et faites part de vos opinions de façon anonyme.



Association des infirmières et infirmiers
DU NOUVEAU-BRUNSWICK



PRÉSENCE PROFESSIONNELLE

Une boussole interne pour guider votre pratique infirmière

par SUSANNE PRIEST



En octobre 2012, le Conseil d'administration de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (AIINB) a adopté le document révisé des *Normes d'exercice pour les infirmières immatriculées*. La norme 4, Confiance du public, traite de la présence professionnelle dans l'énoncé descriptif 4.1 : l'infirmière immatriculée « fait preuve d'une présence professionnelle et donne l'exemple par son comportement professionnel » (AIINB, 2012). La confiance du public à l'égard des professions de la santé s'installe lorsque les attentes du client sont en harmonie avec les soins de santé qu'il reçoit. Donc, s'il y a divergence entre les attentes du client à l'égard de l'équipe soignante et les soins reçus, cela pourrait entraîner une baisse de confiance et une satisfaction moindre à l'égard des fournisseurs de soins de santé (Gouvernement écossais, 2012).

Au début de l'automne 2012, le Service de la pratique de l'AIINB a envoyé un sondage informel aux membres et aux étudiantes infirmières concernant la présence professionnelle en soins infirmiers. Au total, 1 001 personnes (980 II et 21 étudiantes infirmières) ont rempli le questionnaire; les résultats du sondage font ici l'objet d'un examen et sont appuyés par des données provenant de la littérature actuelle.

La présence professionnelle

La présence professionnelle va au-delà d'une liste de choses à faire, elle passe effectivement par l'apparence et l'impression que l'on donne lorsqu'on entre dans une pièce. En plus de l'uniforme, il s'agit ici de confiance en soi et d'une façon d'être, de savoir et de faire. Lachman (cité dans Muzio, 2007) donne les caractéristiques suivantes pour décrire une II qui projette une présence professionnelle : compétence; collaboration; capacité de faire face à l'incertitude; réflexion sur sa pratique; ouverture au changement; optimisme; empathie; grande intégrité; respect des normes professionnelles, des lignes directrices et des codes; capacité de décrire son rôle; maintien d'une image professionnelle; usage approprié de son nom et de son titre.

McMahon et Christopher (2011) décrivent la présence infirmière comme le fait d'être présent physiquement et psychologiquement auprès du client

(présence = être là + être avec). Par exemple, une II qui utilise un dispositif de communication personnel au chevet du client est une II qui est présente physiquement, mais elle n'est peut-être pas avec le client psychologiquement. Une II qui a une approche de soins holistiques est plus susceptible d'établir une relation avec le client dans l'exécution des soins cliniques concrets, y compris les soins qui font appel à des appareils technologiques. Pour qu'une personne soit professionnelle et présente, il faut qu'elle ait intégré la notion de présence professionnelle à qui elle est en tant qu'être humain.

À la question de savoir si la technologie et les tâches techniques prenaient le dessus sur les aspects humanistes des soins infirmiers, 63 % des répondantes au sondage de l'AIINB ont dit que c'était effectivement le cas, mais bon nombre ont ajouté que c'était l'insuffisance perçue du nombre d'II et non la technologie qui était le problème. Selon une II : « Les tâches techniques et la technologie constituent un aspect important du monde qui nous entoure, et les soins infirmiers doivent s'adapter pour intégrer cette technologie aux aspects humanistes de notre profession ». Les soins de santé ne devraient pas être basés sur des processus et la bureaucratie, mais ils devraient plutôt être centrés sur le client. Le client n'est pas une interruption dans le travail de l'II – c'est le but de son travail. La norme 3 s'intitule *Pratique centrée sur le client*, et l'énoncé descriptif 3.1 précise que l'II « exerce la profession selon une approche centrée sur le client » (AIINB, 2012). L'II doit se concentrer sur son travail avec les clients, une démarche où les soins sont donnés en collaboration avec le client plutôt qu'imposés au client.

Image professionnelle

L'image professionnelle fait partie intégrante du concept de présence professionnelle. Elle se crée grâce à de bonnes habiletés en relations interpersonnelles, à un comportement poli, à une tenue vestimentaire professionnelle et à la confiance de l'II dans ses propres connaissances et habiletés. L'image professionnelle est influencée par l'écoute active et une communication efficace (écrite et verbale), les attitudes personnelles et l'apparence (Davidhizar, 2005).

L'apparence est un facteur constant dans la plupart des relations infirmière-client; par conséquent, ce n'est pas seulement la première impression qui compte, mais bien chaque rencontre avec l'II. L'exposition continue à une présence professionnelle favorisera très certainement l'établissement d'une relation thérapeutique entre l'II et le client. Une première impression communique ce que l'II ressent de même que le respect qu'elle éprouve envers elle-même. Si le client perçoit que l'II prend soin d'elle-même et qu'elle se respecte, il sera alors plus enclin à avoir confiance dans les soins que l'II lui fournira (LaSala et Nelson, 2005). Par leur présence professionnelle, les II sont en mesure d'influer positivement sur le respect que le public et leurs collègues éprouvent à l'égard de la profession infirmière.

Présence professionnelle et confiance

Les changements dans les attentes de la société et les progrès en sciences et en technologie font que les consommateurs de soins de santé sont mieux informés et ont des attentes plus élevées. On veut la transparence et la reddition de comptes. La société s'empresse de féliciter et s'empresse de condamner; la dernière impression est donc aussi pertinente que la première. La présence professionnelle doit être une constante dans le milieu de travail et la vie sociale (y compris sur les réseaux sociaux).

La présence professionnelle, qui est communiquée par les paroles, les gestes et l'apparence physique, peut susciter un manque de confiance ou peut favoriser le début d'une relation de confiance entre l'infirmière et le client (Davidhizar, 2005; Mahon, 2011; Spitzer, 2012). À la question du sondage de l'AIINB sur la satisfaction, 58 % des II ont répondu qu'il semble que les clients sont satisfaits des soins infirmiers dans leur milieu de travail, et 39 % ont répondu que les clients sont quelque peu satisfaits des soins infirmiers reçus. Il s'agit d'une perception personnelle de la réaction des clients, mais la réponse est en très grande majorité positive.

La norme 2 s'intitule *Pratique basée sur des connaissances*, et l'énoncé descriptif 2.5 précise que l'II : « initie, maintient et conclut une relation



thérapeutique infirmière-client » (AIINB, 2012). La présence professionnelle est fondamentale dans la relation thérapeutique infirmière-client et peut transcender toutes les interactions entre l'II et le client. Le ton de la voix, le toucher et le langage corporel transmettent un intérêt sincère pour le client et témoignent de la confiance de l'II dans ses capacités professionnelles, toutes des caractéristiques qui démontrent que l'II est réellement présente auprès du client. En étant réellement présente auprès du client, l'II favorise un échange significatif, basé sur la confiance (Zyblock, 2010).

De plus, en portant un insigne d'identité visible et en se présentant par son nom et son titre, l'II favorise un sentiment de confiance en montrant que quelqu'un est responsable des soins au client et capable de fournir des soins sécuritaires, compétents et conformes à l'éthique (Davidhizar, 2005). En parlant avec confiance et compassion, l'II rassure le client sur sa compétence et sa capacité de répondre aux exigences de l'emploi et aux besoins du client.

Environnement de travail et leadership

Un environnement positif qui favorise l'apprentissage et offre des modèles de professionnalisme encouragera les II, peu importe l'étendue de leur expérience, à s'efforcer d'acquérir encore plus de connaissances et de confiance et à améliorer leur capacité de fournir aux clients des services de santé de qualité. Les modèles de rôle jouent un rôle important dans le développement – ou non – de la conscience du comportement professionnel. Lorsqu'on leur a demandé si une présence et un comportement professionnels devraient être reconnus et renforcés dans la pratique quotidienne, 99 % des répondantes au sondage de l'AIINB ont répondu OUI. En revanche, seulement 61 % estiment qu'il existe un leadership fort et efficace dans leur milieu de travail, y compris des modèles de rôles positifs. Une répondante a fait la réflexion suivante : « Je crois que nous avons chacune nos propres modèles de rôle professionnels dans le milieu de travail. Plusieurs sont des modèles de rôle pour moi depuis mes débuts. À mon avis, en général, certaines des II qui ont tendance à avoir une mauvaise attitude à l'égard de leur travail sont moins susceptibles d'avoir des modèles de rôle que celles qui

bénéficient d'un soutien ».

Avoir du leadership, c'est apprendre à connaître ses forces et aider les autres à faire de même. C'est le fait d'avoir des II qui travaillent ensemble pour fournir des soins de qualité malgré les circonstances, tout en étant ouvertes à de nouvelles façons d'exercer la profession, mais sans pour autant rejeter les forces actuelles de la profession. C'est « savoir ce que l'on sait » et ne pas craindre de maintenir une position ferme au sujet de cette base de connaissances. À la question de savoir si elles se considèrent comme des leaders, 80 % des répondantes au sondage de l'AIINB ont répondu OUI. Une II a ajouté ceci : « Je pense que nous sommes toutes des leaders. Chaque II a quelque chose à communiquer, à offrir, et nous pouvons en apprendre beaucoup les unes des autres. Être leader, c'est croire dans ce que l'on fait et vouloir améliorer la profession et les soins que nous fournissons ». Une autre II a mentionné l'incidence du vieillissement de la main-d'œuvre sur le leadership dans la profession infirmière : « De nombreuses infirmières approchent de l'âge de la retraite, et elles recherchent souvent des postes dans des domaines où il y a moins de travail par quarts. Cela signifie que de nombreuses infirmières expérimentées ont quitté les unités, qui sont maintenant dotées d'infirmières sans expérience. Les mentors sont parties, et il est donc plus difficile pour les nouvelles infirmières de faire la transition d'IP à II. »

Au cours d'entrevues confidentielles, des II de trois hôpitaux ontariens ont révélé les raisons pour lesquelles elles pensaient que le moral du personnel infirmier et la satisfaction des patients étaient à un niveau aussi bas dans leur milieu de travail. Elles ont dit que le moral des infirmières était à la baisse parce qu'elles ne se sentaient pas valorisées en tant que professionnelles, ce qui influait négativement sur les soins aux clients (Ferguson-Paré, 2012). Les II ont fait part de leur désir d'être respectées en tant que professionnelles et d'avoir des possibilités d'apprentissage. Elles veulent des outils pour faire leur travail dans un environnement propice, qui leur permet d'actualiser leur plein potentiel. Elles ont exprimé le besoin d'être entendues et incluses dans l'équipe interprofessionnelle.

Les constatations du sondage de l'AIINB ne diffèrent pas tellement des résultats obtenus en Ontario. Une II du Nouveau-Brunswick a écrit ceci : « Je crois que le moral élevé qui règne s'explique par l'autonomie qu'ont les II, notre service étant basé à l'extérieur de l'hôpital; les II ont une grande autonomie et n'ont pas de structure hiérarchique ». Une autre a affirmé ceci : « Nos efforts sont rarement appréciés, et nous recevons beaucoup de rétroactions négatives. Lorsque je parle à mes collègues, je me rends compte que tout le monde voit, entend et ressent l'effritement du moral du personnel ». La plupart des répondantes qui travaillent dans des domaines où leur rôle est moins hiérarchisé et leur autonomie est plus grande estiment que le moral à leur lieu de travail est bon.

Du point de vue de l'organisation ou de l'employeur, les limites et les principes doivent être clairement établis, et les valeurs de l'employeur doivent être communiquées au personnel et montrées par l'exemple par le personnel, et les attentes doivent être clairement définies, notamment en communiquant les valeurs et les attentes professionnelles (Gouvernement écossais, 2012). Bon nombre des II qui ont répondu au sondage de l'AIINB ont déclaré que le travail d'équipe parmi les II au niveau de l'unité se passe bien, mais elles perçoivent une coupure avec la direction et la haute direction, y compris les leaders infirmières. À la question de savoir si elles pensent qu'il existe une bonne collaboration parmi les professionnels des soins de santé dans leur milieu de travail, 56 % des répondantes au sondage de l'AIINB ont dit OUI, et 36 % ont dit PARFOIS.

Le maintien en poste du personnel et la qualité des soins vont de pair. Le maintien du personnel est probable si les II estiment qu'on les valorise pour leurs connaissances et leur apport à l'équipe des soins de santé. Un respect mutuel parmi les infirmières et entre les infirmières et les autres fournisseurs de soins de santé est une caractéristique qui a une incidence aussi bien sur les clients que le personnel. En ce qui concerne le moral du personnel au lieu de travail, 32 % des répondantes au sondage de l'AIINB estiment que le moral du personnel n'est pas bon, tandis que pour 46 %, il n'est que satisfaisant.

Le contexte aussi joue un rôle dans la présence professionnelle. Le contexte comprend le soutien de l'employeur et les attentes des autres, y compris les clients. La profession infirmière n'est pas faite pour les âmes sensibles – les II doivent réagir professionnellement dans des situations variées et poser des jugements situationnels. Le terme « jugement situationnel » désigne la capacité de juger les circonstances d'une situation puis d'y réagir de la façon la plus appropriée (Gouvernement écossais, 2012). En d'autres termes, une personne peut posséder les connaissances et les compétences voulues, mais si elle réagit mal dans une situation donnée, elle semblera peu professionnelle. L'autoréflexion en tant que praticien est considérée comme un comportement professionnel; il s'agit notamment de se demander si sa pratique respecte les politiques de l'employeur, les normes de réglementation, le code de déontologie et les dispositions législatives. On peut alors parler de *prise de conscience professionnelle*. Les professionnels qui s'adonnent à l'autoréflexion sont plus aptes à réagir positivement aux rétroactions et plus susceptibles de s'adapter aux changements dans les comportements et les pratiques lorsqu'il y a lieu (Gouvernement écossais, 2012).

Conclusion

Le concept de présence est largement accepté comme étant une compétence relationnelle fondamentale de la profession infirmière. Le champ d'exercice de la profession infirmière continue à s'élargir, et les II sont mises au défi d'accorder la priorité aux aspects humanistes des soins infirmiers tout en intégrant un nombre croissant

d'attentes techniques et scientifiques (McMahon et Christopher, 2011). Selon la norme 1, Responsabilité et obligation de rendre des comptes, l'II « a la responsabilité d'exercer sa profession de façon sécuritaire, compétente et conforme à l'éthique et elle a l'obligation de rendre des comptes au client, à l'employeur, à la profession et au public » (AIINB, 2012). Les infirmières immatriculées doivent valoriser la profession infirmière et ce qu'elles apportent à l'équipe des soins de santé et au public.

La valorisation de la profession infirmière est projetée dans notre apparence, notre langage corporel et nos communications verbales et non verbales, toutes des caractéristiques de la présence professionnelle. Le professionnalisme doit trouver écho auprès des générations multiples d'II, reflet des réalités actuelles des milieux des soins de santé, afin de devenir l'étincelle qui motive le personnel à travailler avec passion. La présence professionnelle peut devenir le moteur qui pousse à fournir des soins sécuritaires, compétents et conformes à l'éthique – une boussole interne qui guide les II dans leur pratique infirmière (Gouvernement écossais, 2012).

L'AIINB vous invite à participer à un forum virtuel sur la présence professionnelle en soins infirmiers, qui se déroulera de la mi-décembre 2012 à la mi-janvier 2013. L'animatrice du forum sera Catherine Aquino-Russell, Ph.D., de la faculté des sciences infirmières de l'UNB à Moncton.

RÉFÉRENCES

.....

Association des infirmières et infirmiers du

Nouveau-Brunswick. *Normes d'exercice pour les infirmières immatriculées*, Fredericton (N.B.), l'association, 2012.

Davidhizar, R. "Creating a professional image", *The Journal of Practical Nursing*, été 2005, 22-24.

Ferguson-Paré, M. "Perspectives on leadership: Moving out of the corner of our room", *Nursing Science Quarterly*, 2012, 24(4), 393-396.

Gouvernement écossais. *Professionalism in nursing, midwifery and the allied health professions in Scotland: a report to the Coordinating Council for the NMAHP Contribution to the Healthcare Quality Strategy for NHSScotland*, Édimbourg (R.-U.), juillet 2012.

LaSala, K. et J. Nelson. "What contributes to professionalism?" *MEDSURG Nursing*, 2005, 14(1), 63-67.

Mahon, K. "The impressions we leave...", *Dynamics*, 2011, 22(3), 5-6.

McMahon, M. et K. Christopher. "Toward a mid-range theory of nursing presence", *Nursing Forum*, 2011, 46(2), 71-82.

Muzio, L. "Standards and foundation competencies for the practice of registered nurses", *SRNA Newsbulletin*, 2007, 9(1), 7.

Spitzer, R. "Professionals First!" *Nurse Leader*, avril 2012, 8-11.

Zyblock, M. "Nursing presence in contemporary nursing practice", *Nursing Forum*, 2010, 45(2), 120-124.



Chronique de la présidente

suite de la page 5

(Bathurst et Péninsule acadienne). Vous pouvez également solliciter la candidature de collègues démontrant de bonnes habiletés de leadership. Cette occasion d'œuvrer au sein de l'Association la plus progressiste des professions de la santé au Nouveau-Brunswick vous permettra d'influencer les politiques en matière de soins de santé, de côtoyer d'autres leaders et de changer le cours des choses au sein de la profession infirmière. Vous avez

donc jusqu'au 31 janvier 2013 pour poser votre candidature. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter le site web de l'AIINB à www.aiinb.nb.ca.

Enfin, à titre de présidente et au nom du Conseil d'administration de l'AIINB, je tiens à vous transmettre mes remerciements les plus sincères pour votre engagement soutenu tout au long de l'année à l'égard de la qualité des soins infirmiers fournis au Nouveau-Brunswick,

et je vous souhaite, ainsi qu'à votre famille, une merveilleuse saison des Fêtes, et la santé et du bonheur pour l'année 2013. ■

France L. Marquis
FRANCE MARQUIS, présidente



Marquez votre calendrier L'AGA de l'AIINB de 2013 – le 29 mai 2013

Voici votre occasion de contribuer à l'orientation de l'Association. Restez à l'écoute pour d'autres informations et des renseignements sur l'inscription dans le numéro du printemps d'*Info Nursing*.



En Ligne Maintenant!

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

Les modules:

- Tout est dans la relation infirmière-client
- L'usage problématique de substances dans la profession infirmière

Introduction à la télésanté

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



Six bonnes raisons pour suivre ce programme

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

Renseignements et inscription
www.umoncton.ca/telesante
(506) 858-4121 • edperm@umoncton.ca



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



APPEL DE CANDIDATURES

**Présidente désignée
et administratrices :
régions 2, 4 et 6**

.....

DEVENEZ CHEF DE FILE
EN SOINS INFIRMIERS.
PRÉSENTEZ-VOUS À UN
POSTE AU CONSEIL
D'ADMINISTRATION DE
L'AIINB ET JOIGNEZ LA
PLUS PROGRESSISTE DES
ASSOCIATIONS DE
PROFESSIONNELS DE LA
SANTÉ DU
NOUVEAU-BRUNSWICK.

.....

Date limite :

La date limite est le 31 janvier 2013.



ÉLECTIONS 2013 DE L'AIINB

Appel de candidatures

Rôle

Le Conseil d'administration est l'organisme dirigeant et décisionnaire de l'Association. Au nom des infirmières immatriculées du Nouveau-Brunswick, le Conseil veille à ce que l'Association atteigne les résultats définis dans les politiques *Objectifs* dans le meilleur intérêt du public.

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 se passent au sein de la profession infirmière.

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 candidates proposées au poste de présidente désignée doivent accepter d'assumer la présidence.

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.

POSTE	SECTION	MANDAT
Présidente désignée	—	2013–2015
Administratrice : Région 2	Saint John Comté de Charlotte Sussex	2013–2015
Administratrice : Région 4	Edmundston	2013–2015
Administratrice : Région 6	Bathurst Péninsule acadienne	2013–2015

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

Qualités requises

Les candidates retenues sont des visionnaires qui veulent jouer un rôle de leadership dans les mesures à prendre pour façonner l'avenir que nous avons choisi. Les personnes intéressées doivent :

- être membres actifs de l'AIINB;
- pouvoir examiner et discuter des valeurs à l'appui de politiques, et prendre des décisions à leur sujet;
- comprendre les enjeux qui se rapportent aux soins infirmiers et à la santé; et
- vouloir assumer un rôle de chef de file et prendre des décisions.

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 printemps 2013 d'Info Nursing. Le vote aura lieu par scrutin postal. Les noms des candidates élues seront annoncés à l'assemblée annuelle de 2013 et publiés dans l'édition de l'automne d'Info Nursing.

Pour plus amples informations, veuillez communiquer avec la présidente d'une section locale ou le bureau central de l'AIINB en composant 1-800-442-4417 ou 458-8731 (locaux) or par courriel à l'adresse aiinb@aiinb.nb.ca.



La cérémonie du jour du Souvenir à Edmundston (N.-B.), le dimanche 11 novembre (de g. à d.) : France Chassé, professeure titulaire au Secteur science infirmière, Université de Moncton, campus d'Edmundston; Hélène Rossignol, Caporale, Base des Forces canadiennes de Bagotville (Qué.); France L. Marquis, présidente de l'AIINB, Chef de secteur et professeure titulaire au Secteur science infirmière, Université de Moncton, campus d'Edmundston; Pierre-Luc Rossignol, Caporal, Base des Forces canadiennes de Gagetown (N.-B.) (Le caporal Rossignol a effectué une mission de 7 mois en Afghanistan en 2009 et une mission de 3 mois en Haïti en 2010).



Fierté et gratitude...

Par STEPHANIE SMITH

VOILÀ quelques-unes des émotions que j'ai ressenties en tant que sentinelle infirmière lors du jour du Souvenir de 2012. Comme diplômée du baccalauréat en sciences infirmières de l'Université du Nouveau-Brunswick, je suis honorée que l'AIINB me donne l'occasion de raconter cette journée, qui comptera parmi les plus uniques de ma vie.

Par une froide journée du 11 novembre dans la Capitale nationale, entourée de gens parmi les plus influents et les plus hauts gradés du pays, je me tenais au garde-à-vous au pied du Monument commémoratif de guerre du Canada, extrêmement reconnaissante d'avoir été choisie pour remplir une fonction aussi honorable. Je connais beaucoup d'infirmières et d'infirmiers militaires qui ont rempli ce rôle par le passé, et je les ai toujours admirés. Je me sens privilégiée d'avoir eu cette expérience, et j'ai ressenti une grande humilité devant les innombrables infirmières militaires qui ont fait le sacrifice ultime de leur vie pour servir le pays lors de conflits armés passés. Je suis fière d'être infirmière, et je suis encore plus fière de représenter mon pays en tant

qu'infirmière militaire dans les Forces canadiennes.

Tout au long de mes 11 années dans les Forces canadiennes, j'ai bénéficié de nombreuses possibilités, dont des déploiements en Afghanistan en 2007 et en 2009. J'ai participé, au nom des Forces, à des compétitions de course et de triathlon aux championnats du monde en Belgique, en Estonie, en Suisse et en Tunisie, ainsi qu'aux Jeux mondiaux militaires au Brésil. Ce furent des moments absolument excitants et remplis de défis, mais représenter la sentinelle infirmière est sans aucun doute l'expérience qui m'a touchée le plus profondément et dont je garderai un souvenir tout à fait spécial.

En Afghanistan, j'ai été mentor bénévole d'infirmières à l'hôpital militaire de l'Armée nationale afghane, ce qui a confirmé mon amour de l'enseignement. Je me trouve donc chanceuse d'être employée depuis trois ans au Centre d'instruction des Services de santé des Forces canadiennes à Borden, en Ontario, où j'enseigne à tous les membres de l'équipe des soins de santé, tout en faisant ma maîtrise en

gestion des catastrophes et des urgences à l'université Royal Roads. Je respecte tous les professionnels de la santé et je suis reconnaissante du fait qu'une infirmière a été retenue pour représenter les services de santé.

On dit que chaque seconde compte, ce que je me suis empressée de faire! Même mes doigts et mes orteils engourdis n'ont pas réussi à gâter la joie que j'éprouvais. Comparativement au souvenir de mes deux grands-pères qui ont servi pendant la Deuxième Guerre mondiale, de mes parents qui ont servi leur pays et de mes amis patriotiques qui ont servi avec moi en Afghanistan, de chaque homme et de chaque femme qui a souffert du froid et du danger, mes doigts et mes orteils gelés n'étaient vraiment pas grand-chose. Ce n'était pas de la tristesse mais de l'admiration que j'éprouvais pour tous ces soldats qui se sont battus avec abnégation pour notre pays. Je continue à porter mon uniforme militaire avec fierté, reconnaissante pour les nombreuses possibilités que j'ai eues d'aider des gens dans le besoin à titre de membre des Forces canadiennes. ■

PÉRIODE DE CHANGEMENT

transition vers une
démarche axée sur
le rétablissement

Par CLAUDETTE LANDRY

Il ne fait aucun doute que les problèmes de santé mentale et de toxicomanie coûtent très cher aux systèmes de soins de santé du Canada. On peut ajouter que le coût de ces problèmes est tout aussi important pour les particuliers, les familles et les proches et pour la collectivité et la société dans son ensemble.



Il ne fait aucun doute que les problèmes de santé mentale et de toxicomanie coûtent très cher aux systèmes de soins de santé du Canada. On peut ajouter que le coût de ces problèmes est tout aussi important pour les particuliers, les familles et les proches et pour la collectivité et la société dans son ensemble.

Dans son rapport *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, le Comité sénatorial permanent préconisait des changements radicaux dans la prestation des services de traitement des dépendances et des services de santé partout au pays. On trouve l'énoncé suivant dans les premières pages du rapport au sujet de l'expérience des gens qui cherchent des services et de leurs rapports avec le système, énoncé qui est assez troublant : Le Comité a appris que ces gens devaient relever d'énormes défis et surmonter des obstacles extraordinaires dans leur recherche de la guérison : confusion et frustration pour déterminer comment et où trouver de l'aide; ignorance, manque de compassion et mauvaise attitude des professionnels de la santé; périodes d'attente interminables pour accéder aux services; honte et discrimination qui incitent beaucoup de malades à dissimuler leurs difficultés et souvent même à éviter de solliciter de l'aide pour les affronter.

Malgré une période économique difficile, le Nouveau-Brunswick a entendu l'appel, et des changements se produisent. On a mis en place une

fondation solide grâce à un engagement important du public et des intervenants. Chargés d'élaborer des priorités stratégiques pour renouveler le système de la santé mentale dans la province, le juge Michael McKee et son équipe ont recueilli de l'information provenant de sources multiples et reçu des réponses d'environ 2 000 personnes, dont des représentants de ministères et de nombreux groupes et organismes communautaires et professionnels. L'AIINB est l'un des organismes mentionnés dans la liste des participants. Les recommandations adressées au gouvernement à la suite de cette vaste consultation sont présentées dans le rapport *Vers l'avenir, ensemble : Un système transformé de santé mentale pour le Nouveau-Brunswick*.

L'élaboration d'un plan d'action a promptement suivi. Lancé en mai 2011, le Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick, 2011-2018 constitue un plan directeur pour une réforme exhaustive du système des services de traitement des dépendances et de santé mentale dans la province. Au total, 94 éléments sont répartis en sept objectifs principaux : 1) transformer la prestation des services par la collaboration, 2) réaliser son potentiel grâce à une approche personnalisée, 3) réagir à la diversité, 4) travailler en collaboration et promouvoir le sentiment d'appartenance : famille, lieu de travail et collectivité, 5) améliorer les connaissances, 6) réduire la stigmatisation par une sensibilisation accrue, et 7) améliorer la santé mentale de la population. Le succès de ce plan d'action

nécessite la participation du gouvernement dans son ensemble et doit prendre en compte les complexités en matière de santé, d'éducation, de culture, de droit et de formation que connaissent les personnes aux prises avec des problèmes de dépendance ou de santé mentale.

Au cours d'une période de sept ans, les niveaux primaire, secondaire et tertiaire feront l'objet d'un changement organisationnel et culturel pour refléter la vision future souhaitée, une vision qui offre espoir, respect et possibilités et qui soutient une démarche axée sur le rétablissement. Cette démarche est en train d'émerger comme un point central de la réforme de la stratégie nationale de plusieurs pays, dont l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni, les Pays-Bas, l'Espagne, les États-Unis et, plus récemment, le Canada.

Le plan d'action pour la santé mentale du Nouveau-Brunswick appuie un modèle d'intervention axé sur la collaboration (figure 1). Il s'agit d'un système intégré qui offre aux gens un éventail complet de services à différents moments de leur cheminement vers leur rétablissement. Partant du fait que les dépendances et la santé mentale sont la responsabilité de chacun, le modèle à niveaux multiples décrit une approche qui fait appel aux particuliers, aux aidants naturels, à la communauté, aux fournisseurs et au gouvernement. De plus, le modèle intègre les partenariats, la collaboration dans le secteur, des stratégies de mobilisation communautaire, la spécialisation des services et la promotion de la santé mentale à tous les niveaux.

À mesure que la transformation avance, les fournisseurs de soins de santé sont sollicités pour participer au processus et se faire les champions du changement. Les infirmières sont présentes à tous les niveaux de soins et sont des membres essentiels des équipes interdisciplinaires. Leurs voix sont entendues aux comités de planification, et elles seront présentes au moment où la démarche axée sur le rétablissement deviendra opérationnelle. Enfin, mais non le moindre, les infirmières ont la chance de profiter de la confiance du public et ont la responsabilité professionnelle de favoriser des attitudes et des activités qui font la promotion d'une santé mentale positive.



51 milliards \$

Coût estimatif des problèmes de santé mentale pour l'économie canadienne en soins de santé et en perte de productivité (chiffre basé sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003).

1 sur 10

1 personne âgée de 15 ans ou plus sur 10 au Canada déclarera avoir des symptômes qui concordent avec une dépendance à l'alcool ou à une drogue illicite (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003).

1 sur 5

1 personne sur 5 au Canada sera atteinte d'une maladie mentale au cours de sa vie (Agence de santé publique du Canada).

1 267 \$

Le rapport intitulé Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002 montre que le coût total serait de 39,8 milliards de dollars, ou 1 267 \$ pour chaque Canadien (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies).

VRAI OU FAUX?

QUIZ SUR LA DÉPENDANCE ET LA SANTÉ MENTALE

1. Le rôle des infirmières qui travaillent en santé mentale est d'administrer des injections et de fournir des renseignements sur les médicaments.
2. Les psychologues des centres de santé mentale communautaires prescrivent des médicaments.
3. Le seul Centre d'excellence sur l'ETCAF dans les Maritimes est situé au Nouveau-Brunswick.
4. Le Plan d'action pour la santé mentale préconise des services de traitement des dépendances et de santé mentale axés sur le rétablissement.
5. Un nouvel établissement psychiatrique est en construction à Campbellton.
6. On estime qu'environ 20 % des Canadiens souffriront d'une maladie mentale au cours de leur vie.
7. La plupart des maladies mentales apparaissent après l'âge de 40 ans.
8. La maladie mentale découle d'une faiblesse de caractère.
9. L'initiative Engagement jeunesse offre une solution de rechange aux jeunes qui sont en difficulté en raison de l'usage problématique de substances.
10. L'Unité psychiatrique pour enfants et adolescents (UPEA) accueille des enfants et des adolescents qui ont besoin d'être hospitalisés.
11. Un nouveau centre de services de traitement des dépendances est prévu à Edmundston.
12. Des centres de santé mentale communautaires sont établis à différents endroits de la province.
13. Les praticiens en soins de santé primaires sont un élément important des services de santé mentale et de traitement des dépendances.
14. Le jeu compulsif désigne le fait de s'adonner à toute forme de jeu de hasard sur une base hebdomadaire.

RÉPONSES

1. FAUX : Bien que les infirmières des centres de santé mentale communautaires donnent effectivement des injections et des renseignements sur les médicaments aux clients, leur rôle est beaucoup plus large et comprend, mais sans s'y limiter, la prestation de séances de thérapie individuelles et l'animation de groupes éducatifs.
2. FAUX : Seuls les médecins et les infirmières praticiennes peuvent prescrire des médicaments; les psychologues suivent en thérapie des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.
3. VRAI : Le Centre d'excellence sur l'ETCAF, situé à Moncton, a ouvert ses portes en février 2012. Il dessert des enfants de partout dans la province et fait de la coordination et de la prestation de services en matière de prévention, de diagnostic et d'intervention sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale. Le centre est le résultat d'un partenariat entre le ministère de la Santé, les régies régionales de la santé et Services à la famille Moncton, un organisme à but non lucratif. L'Agence de santé publique du Canada (ASPC) estime que 9 enfants sur 1 000 naissent avec l'ETCAF.
4. VRAI : Le Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick: 2011-2018 plaide pour des changements profonds dans les services de traitement des dépendances et de santé mentale. Un changement important est l'adoption d'une approche axée sur le rétablissement qui favorise le respect, l'espoir et les possibilités et croit dans le potentiel de chaque personne www.gnb.ca/0055/pdf/2011/7379%20french.pdf.
5. VRAI : Le Centre hospitalier Restigouche est actuellement en construction; la conception du nouvel établissement favorise des soins axés sur le rétablissement.
6. VRAI : En 2002, l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) indiquait dans un rapport intitulé Rapport sur les maladies mentales au Canada que 20 % de la population souffrirait d'une maladie mentale, et l'autre 80 % serait touchée par une maladie mentale chez un membre de la famille, un ami ou un collègue.
7. FAUX : la plupart des maladies mentales apparaissent durant l'adolescence ou au début de l'âge adulte (ASPC, 2002).
8. FAUX : La maladie mentale ne découle pas d'une faiblesse de

Combien de patients atteints de MPOC sont admis et quel est leur taux de réadmission? Combien leurs soins coûtent-ils au système de soins de santé?

Combien de personnel faut-il sur une unité de soins médicaux de 30 lits?

Pourquoi ai-je besoin de recueillir toutes ces données

Par MARGIE EASTWOOD,
CARLA MACLEAN ET
DEBBIE PETERS

À quelle fréquence doit-on vérifier la tension artérielle postopératoire des patients de l'unité de soins chirurgicaux qui reviennent de la salle de réveil?

Quel pourcentage de procédures qui sont actuellement réalisées sur des patients hospitalisés pourrait être admissible à un programme de chirurgie d'un jour?

À quelle distance les patients doivent-ils se rendre, en moyenne, pour obtenir certains services de santé?

Voilà quelques exemples de questions auxquelles on peut répondre grâce au travail de l'Unité de la responsabilisation et de la gestion de l'information sur la santé (RGIS) au ministère de la Santé.

L'unité RGIS a un personnel de 12 membres, dont 3 (25 %) sont des infirmières immatriculées. L'expérience des membres du personnel varie énormément : gestion des renseignements sur la santé, gestion de base de données et recherche. Le rôle de l'unité est de faire la collecte et l'analyse des données objectives et d'en faire rapport

pour permettre la prise de décisions éclairées, assurer la surveillance du rendement du système de soins de santé et communiquer les résultats, notamment :

- soutien à la prise de décisions – analyser les données de différentes bases de données (p. ex., rapport annuel des Services hospitaliers) et produire des rapports sur ces données;
- gestion des bases de données – assurer la réception, le stockage, la vérification, le nettoyage, l'extraction et la transmission des données brutes qui sont détenues dans de grands dépôts;
- gestion de la qualité des données – maintenir ou améliorer la qualité des données brutes présentées au ministère;
- soutien aux nouveaux systèmes – donner des conseils experts pour élaborer, mettre en œuvre et exploiter les nouveaux outils et systèmes servant à la collecte, au stockage, à l'analyse et à la diffusion de renseignements sur la santé (p. ex., système de mesure de la charge de travail, rapports de gestion sur l'utilisation, registre de clients, projet sur la gestion de l'accès aux services chirurgicaux, projet de surveillance sur l'allaitement maternel);
- évaluation de programmes – concevoir et gérer des projets visant à examiner les programmes et les services de santé (p. ex., examen des niveaux de dotation ou de service);
- recherche – répondre aux demandes de données aux fins de recherche.

Les données maintenues et gérées par l'entremise de l'unité RGIS proviennent de différentes sources et portent sur de nombreux aspects du système de soins de santé, notamment :

- renseignements sur les patients hospitalisés et les chirurgies d'un jour (p. ex., données démographiques sur les patients; données sur les admissions et les congés; donnée sur les diagnostics et les interventions);
- données statistiques et information

financière sur l'entrée et la sortie des patients (p. ex., taux d'occupation; visites à l'urgence par niveau de triage; coût par visite à l'urgence; coût par jour-patient; charge de travail par jour-patient);

- mesure de la charge de travail de divers services cliniques;
- information sur les patients qui reçoivent des services du Programme extra-mural, des services de traitement des dépendances, des services de santé mentale et des services de santé publique;
- divers ensembles de données recueillis et gérés par un tiers (p. ex., *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de Statistique Canada; le portail de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), qui fournit des données cliniques et administratives pancanadiennes à partir desquelles différents indicateurs peuvent être établis, dont les taux de mortalité, les taux de réadmission par diagnostic, le nombre de jours nécessitant un autre niveau de soins).

Le maintien et la gestion de ces ensembles de données comportent une responsabilité importante, soit veiller à ce que la vie privée et la confidentialité des renseignements soient protégées. Le personnel de l'unité RGIS travaille en étroite collaboration avec le personnel du Bureau ministériel de la protection de la vie privée du ministère de la Santé pour assurer la conformité à la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé* du Nouveau-Brunswick.

D'où vient toute cette information? La majeure partie a pour origine le personnel clinique, dont une bonne partie est composé d'infirmières, qui recueille avec diligence des données au chevet du patient au moyen d'outils tels que la mesure de la charge de travail. D'autres outils et processus, comme les systèmes financiers et les tableaux des admissions et des congés, permettent également de recueillir de l'information au niveau du patient. De plus en plus, il faut des données axées sur les patients afin de pouvoir estimer la demande de services de soins de santé, évaluer les résultats des soins et évaluer la viabilité

du système de soins de santé. Les données recueillies au niveau de chaque patient sont essentielles pour le travail réalisé par le personnel de l'unité RGIS.

La multitude de liens de collaboration établis pour appuyer la collecte, l'analyse et la communication des données est aussi un aspect essentiel du travail de l'unité. Les nombreux processus de liaison, groupes de travail et comités tant au niveau provincial que national illustrent bien ces liens.

Un large éventail d'intervenants utilise l'information dans toutes sortes de buts, par exemple :

- les gestionnaires de tous les niveaux dans les deux réseaux de santé de la province utilisent les données pour éclairer leurs décisions (p. ex., concernant les programmes, l'affectation des ressources, l'élaboration de plans d'activités);
- les décisionnaires au ministère de la Santé et ailleurs au gouvernement utilisent les données à différentes fins (p. ex., pour comprendre les modèles d'utilisation des services dans la province, planifier les nouvelles installations ou les rénovations aux installations existantes, ou réviser des projets de programmes ou de prestation de services);
- les collectivités et les organismes communautaires utilisent l'information pour effectuer des évaluations des besoins de la collectivité;
- le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick utilise les données régulièrement pour préparer des rapports sur différents sujets (p. ex., performance du système de santé, santé de la population);
- l'ICIS utilise les données dans ses rapports sur les systèmes de santé dans les provinces;
- d'autres organismes nationaux et internationaux (p. ex., l'OCDE) utilisent les données pour faire rapport sur des indicateurs précis, dont des rapports sur les dépenses



Société de protection
des infirmières et infirmiers
du Canada

infoDROIT^{MD}

Médias sociaux

Vol. 19, n° 3,
juillet 2012
Révision de
décembre 2010

Les sites Web sociaux, tels Facebook, Twitter, Google+, MySpace, YouTube et les blogues, nous permettent de communiquer en temps réel avec des « amis » ou le grand public. Les infirmières utilisent ces moyens de réseautage social comme outils éducatifs ou outils de recherche, pour échanger de l'information et pour rester en contact avec leurs réseaux sociaux. Bien comprendre les risques associés à l'utilisation des média sociaux permettra d'éviter des complications personnelles et professionnelles.

Confidentialité et autres obligations professionnelles

Tout comme les autres professionnels de la santé, les infirmières sont tenues de respecter les normes de confidentialité applicables aux renseignements relatifs aux patients¹. Les normes qui régissent l'exercice de la profession d'infirmière peuvent également être applicables quand les infirmières utilisent des médias sociaux en lien avec leurs activités professionnelles. Ces normes exigent que les infirmières se comportent toujours de manière professionnelle envers leurs patients et envers leurs collègues. Le non-respect de ces normes peut avoir de lourdes conséquences juridiques. Ainsi, un organisme de réglementation professionnelle a jugé qu'une infirmière avait fait preuve d'inconduite professionnelle parce qu'elle avait affiché le prénom et les renseignements médicaux personnels d'un patient sur la page Facebook d'un collègue². Par ailleurs, on a rapporté le congédiement d'une aide-soignante pour avoir fait des commentaires désobligeants dans un blogue à propos de patients, de collègues et de la direction du foyer de soins infirmiers où elle travaillait³. Un membre d'une profession de santé réglementée (une infirmière autorisée, une infirmière auxiliaire autorisée ou une infirmière psychiatrique autorisée, par exemple) aurait également pu se voir imposer des mesures disciplinaires par son organisme de réglementation professionnelle dans de telles circonstances.

De telles dérogations aux normes de conduite professionnelles peuvent également donner lieu à des poursuites en vertu des lois sur la protection de la vie privée⁴. Enfin, des commentaires diffamatoires au sujet d'un tiers ou d'un établissement sur un site de réseautage social pourraient donner lieu à une poursuite civile pour diffamation. Une infirmière jugée responsable par un tribunal à l'issue d'une telle poursuite pourrait être tenue de verser des dommages-intérêts⁵.

Risques associés aux médias sociaux

Étendue de la distribution

Comme l'information électronique est circulée, archivée et téléchargée facilement, la personne qui affiche l'information peut très difficilement en limiter la distribution.

Information permanente

D'ordinaire, tout affichage sur un site Web social est un dossier permanent qu'il est difficile d'effacer complètement. Les informations effacées peuvent encore se trouver dans des moteurs de recherche ou les fichiers électroniques d'« amis » ou de tiers. En imposant la sentence d'un jeune homme qui avait affiché des photos explicites de son ancienne petite amie (une adolescente) sur Facebook, le juge a déclaré : « Malheureusement, vous ne pouvez pas défaire ce que vous avez fait. Il n'y a pas de bouton « Effacer » sur Internet. Ces photos circuleront à jamais sur Internet⁶ » [notre traduction].

Mauvaise compréhension de la portée des mécanismes de sécurité

Même si ces sites comportent des mécanismes de sécurité, la convention implicite d'un grand nombre de sites est de permettre à quiconque de pouvoir accéder à l'information affichée. L'information affichée sur une page Web qui n'est pas accessible au grand public pourrait aussi devoir être divulguée en Cour si elle est pertinente aux questions en litige.

**“Twitter permet de dire au monde entier ce que vous pensez avant que vous ayez eu la chance d'y penser.” [trad.]
- Chris Pirillo**



Toute
une gamme
de services

Pseudonymes

L'auteur d'un affichage anonyme ou effectué sous un pseudonyme peut tout de même faire l'objet de sanctions en cas de non-respect de confidentialité ou de diffamation⁷.

Atteinte à la réputation

Un affichage oublié peut refaire surface de façon imprévue et nuire à votre réputation. En effet, de nombreux employeurs inspectent les profils de réseautage social de leurs employés actuels et éventuels en quête d'inconduite ou de tout autre comportement inadéquat.

Gestion des risques

Les précautions suivantes pourraient minimiser les risques professionnels et personnels relatifs à l'usage de médias sociaux :

- Éviter d'afficher ou de partager des renseignements confidentiels. Un patient ou un tiers qui n'est pas expressément nommé pourrait quand même être identifié à l'aide des renseignements affichés.
- Éviter d'utiliser un média social pour se défouler, pour discuter de questions professionnelles. Éviter également de participer à une discussion de ce genre initiée par un autre utilisateur de médias sociaux.
- Éviter d'afficher de commentaires négatifs sur des collègues, superviseurs et autres professionnels de la santé. La publication d'informations obtenues au travail portant sur des collègues pourrait être interprétée comme un manque de professionnalisme. Si ces informations s'avéraient être fausses, elles pourraient aussi donner lieu à une action en diffamation;
- Respecter les limites de la relation professionnelle. Se lier d'amitié avec un patient par le biais d'un site électronique ou communiquer avec un patient à l'aide d'un site de réseautage social peut élargir le champ de responsabilité professionnelle de l'infirmière.
- Tenir compte du fait qu'il est difficile de vérifier si les personnes qui utilisent un compte de réseautage électronique pour communiquer ou obtenir de l'information sont vraiment celles qu'elles prétendent être.
- Éviter de donner de conseils infirmiers en réponse à des commentaires ou à des questions affichés sur des sites Web. De tels conseils pourraient engager votre responsabilité civile professionnelle.
- Permettre seulement à des personnes connues et dignes de confiance d'accéder à votre profil personnel privé.
- Créer des mots de passe, les changer souvent et ne pas les partager avec qui que ce soit.
- S'assurer que les photos, vidéos ou autres affichages vous représentent de façon professionnelle.

Avant de communiquer sur un site de réseautage social, il faut toujours réfléchir aux propos qui y sont faits, à l'identité de ceux qui pourraient y avoir accès et à leur impact si un employeur, un patient ou un organisme de réglementation les lisait. Contactez la SPIIC au **1-800-267-3390** si vous avez des questions au sujet des préjudices professionnels relatifs à l'utilisation d'un média social et consulter notre site Web au **www.spiic.ca**.

1. *infoDROIT*^{MD}, La confidentialité des renseignements personnels sur la santé (Vol. 1, n° 2, septembre 1993; révision d'octobre 2008).
2. *Alberta RN*, vol. 64, n° 6 (juillet 2008), p. 25.
3. *Chatham-Kent (Municipalité de) v National Automobile, Aerospace, Transportation and General Workers Union of Canada (CAW-Canada), Local 127 (Clarke Grievance)* (2007), 159 LAC (4^e) 321, [2007] OLAA n° 135 (QL).
4. La plupart des provinces ont adopté des lois qui régissent la confidentialité des renseignements médicaux personnels.
5. *infoDROIT*^{MD}, La diffamation (Vol. 12, n° 3, septembre 2003). Consulter aussi *Hunter Dickinson Inc v Butler*, 2010 BCSC 939, [2010] BCJ n° 1332 (QL) et 2011 BCSC 1504, [2011] BCJ n° 2099 (QL). Dans cette cause, le défendeur a dû payer la somme de 425 000 \$ à titre de dommages-intérêts généraux, punitifs et exemplaires pour affichage diffamatoire sur un site Web.
6. James Turner, « Facebook revenge plot nets 6-month sentence », *CBC News*, le 22 août 2010, 12:40 pm CST, en ligne : <<http://www.cbc.ca/canada/manitoba/story/2010/08/22/man-facebook-revenge-child-porn.html>>.
7. Dans une cause récente, on prétendait que des tiers avaient affiché anonymement des commentaires diffamatoires sur le site Web d'un journal. Le juge a ordonné au journal de divulguer l'information disponible pour l'aider à identifier ces individus. Le tribunal n'a pas toléré la conduite des internautes anonymes qui avaient affiché ces commentaires diffamatoires et a déclaré qu'ils devaient être responsables de leurs actions, comme tout le monde. *Mosher v Coast Publishing Ltd.*, 2010 NSSC 153, [2010] NSJ n° 211 (QL).

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

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

©Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada

www.spiic.ca 1.800.267.3390 info@cnps.ca

Par LORELEI NEWTON

Les promesses des médias sociaux sont nombreuses. Par exemple, on dit que médias sociaux offrent la possibilité d'améliorer les communications et de tenir les professionnels de la santé au courant des nouveautés et d'augmenter leur efficience (p. ex., Change Foundation, 2011). Ils offrent des plateformes accessibles et peu coûteuses pour la formation des professionnels aussi bien que des patients. Je prédis que, dans un proche avenir, la tendance en matière de soins de santé au Canada sera d'utiliser les médias comme un « outil d'amélioration de la qualité », ce qui se fera sous l'angle de « l'engagement du patient ». Malgré les nombreuses promesses, les périls d'un usage non approprié des médias sociaux par les infirmières immatriculées font l'objet d'une grande attention. Les médias sociaux posent des risques qu'il faut gérer, dont les violations du respect de la vie privée des patients et de la confidentialité de leurs renseignements, ainsi que la co-créa-

tion par inadvertance de pratiques d'exclusion qui pourraient avoir comme conséquence non voulue de limiter l'accès des personnes qui n'ont pas la capacité ou le désir d'habiter le monde virtuel. Il est également important de prendre en considération le fait que le succès des médias sociaux est dû, à la base, à sa capacité de créer et de maintenir des relations de confiance. Alors que l'établissement de telles relations est l'une des forces de la pratique des infirmières immatriculées, nous savons que le temps et l'énergie qu'exige l'établissement d'une bonne relation sont fréquemment sous-évalués. De plus, cette participation et cette co-création d'une plus grande connectivité mènent en fin de compte à des systèmes où la possibilité de surveillance est plus grande (Rheingold, 2008). En soins de santé, cela signifie une plus grande surveillance des professionnels de la santé tout comme des patients. Par exemple, imaginez que votre patient puisse faire rapport dans les médias sociaux sur des points comme ceux-ci : S'est-il senti écouté? Combien de fois l'infirmière s'est-elle lavé les mains? Est-ce que tous les documents ont été remplis correctement? Il sera intéressant de voir comment les organismes de réglementation et les établissements de soins de santé répondront à ce genre de rétroactions. Dans la littérature sur la gestion, ces comptes rendus par les consommateurs sont souvent appelés « Reddition de comptes 2.0 ».

Un examen de la littérature en gestion peut aussi nous donner des indices sur la façon dont la prestation des soins de santé pourrait changer. Les entreprises prospères de ce millénaire ont compris que, dans la culture numérique émergente, elles doivent agir davantage comme des planificateurs, des fournisseurs de contenus et des agrégateurs, au lieu de s'appuyer sur des méthodes de marketing traditionnelles (Qualman, 2009; Weber, 2009). Par ailleurs, il est intéressant de constater que, même si 78 % des consommateurs font confiance aux recommandations de leurs pairs en matière de produits et de services, seulement 14 % font confiance aux annonces directement publiées par une entreprise (Weber). La situation crée un léger déplacement dans notre perception de nous-mêmes en tant que consommateurs et en tant que citoyens. Le secteur des « nouvelles » est un bon

exemple. Nous constatons que 24 des 25 principaux journaux connaissent des baisses records de leurs tirages. C'est parce que, selon Qualman (p. 12), nous ne cherchons plus les nouvelles – ce sont les nouvelles qui nous trouvent. De la même façon, nous cherchons de moins en moins des produits et de services en particulier, car nous nous attendons plutôt à ce qu'ils nous trouvent au moyen des médias sociaux (Qualman). Une telle réorientation des attentes peut s'appliquer à la santé et aux soins de santé – bientôt, les Canadiens ne viendront pas nécessairement à nous pour recevoir des soins de santé, car ils s'attendent à ce que nous allions vers eux.

Il se pourrait que ce changement dans notre façon de voir notre santé et nous-mêmes fasse partie d'un phénomène mondial que Luciano Floridi (2010) appelle le « réengagement ontologique ». Selon la théorie avancée par Floridi, la race humaine connaît une réorientation radicale dans la façon de voir la réalité, et cela est largement attribuable à la démarcation de plus en plus floue entre ce que nous considérons comme « en ligne » et comme « hors ligne ». En soins de santé, cette nouvelle façon de voir semble indissociable de la conceptualisation du « patient 2.0 ». Alors qu'il n'existe pas de consensus sur ce qui constitue le « patient 2.0 », ce patient figure à la jonction de ce qui est considéré comme la « santé 2.0 » (aussi appelé soins de santé participatifs) et le « patient électronique ». Ce « patient 2.0 » a acquis un pouvoir grâce à l'accès à un volume sans précédent de connaissances en matière de santé (ce que les générations précédentes n'avaient pas), et on dit que cela donne lieu à de nouvelles formes de collaboration et de pratiques d'autogestion. Dans la littérature sur les soins de santé, ce « patient 2.0 » est perçu d'abord et avant tout comme un « consommateur ». Fait intéressant, ce patient est décrit à la fois comme engagé et débrouillard et comme passif et pénible. Cette littérature semble aussi très axée sur le médecin (p. ex. : Van Dam, 2010). Par ailleurs, l'impression qui se dégage quand on parcourt la littérature concernant le « patient 2.0 » est que les professionnels de la santé sont en contact constant avec ce patient. Mais, si on y regarde de plus près, il semble que bien que nous parlions beaucoup au

sujet de ces patients, nous ne semblons par parler avec eux.

Les médias sociaux relient entre eux des millions de patients et de familles partout sur la planète. Il semble que le seul lien qui unit ces patients soit un diagnostic similaire. Malgré ce lien qui semble superficiel, les gens échangent sur leurs expériences, leurs symptômes, leurs craintes, leurs questions, leurs préoccupations et leurs interactions avec le système de soins de santé et les fournisseurs de santé dans un cadre très peu censuré (Davies, 2011). Une très bonne étude produite par NM Incite (<http://www.nmncite.com/?p=5469>) illustre au moyen d'une infographie qui parle à qui par l'entremise des médias sociaux dans le domaine des soins de santé. Dans ces vastes réseaux, les fournisseurs de soins de santé n'ont que des interactions minimales avec ces groupes de patients. Les communications par l'entremise de liens informels sur les médias sociaux semblent être pour le « patient 2.0 » la source de la vaste majorité des conseils obtenus en matière de santé, plutôt que les professionnels de la santé. Dans une autre étude récente, au moins un tiers des adultes interrogés ont dit que les médias sociaux étaient l'endroit habituel où ils discutaient de leurs soins de santé (PwC, 2012). Ce que nous disent ces deux études, c'est qu'il est essentiel pour les infirmières immatriculées de reconnaître que ces importantes conversations concernant la santé ont lieu qu'elles y soient ou non (et cela semble être surtout lorsqu'elles n'y sont pas).

Afin d'être réceptives à ce patient du XXI^e siècle, nous devons trouver des moyens de participer à ces communautés virtuelles et de bâtir des relations. Nous devons aussi reconnaître que nous ne pourrions pas exercer un contrôle total sur toute l'information reliée aux soins de santé, y compris les dossiers de santé électroniques des patients. Nous devons élargir notre compréhension du corps, puisque les limites entre les aspects physiques et virtuels du « corps » seront fluides et grandement ouvertes à l'interprétation. À cet égard, les infirmières immatriculées ont un immense avantage. Les théoriciennes de la profession infirmière comme Martha Rogers (1990) conçoivent des théories sur le sujet depuis des décennies. Bien que Martha Rogers puisse être considérée comme une femme en avance sur

son temps, je tiens à souligner que, à ce moment-ci de l'histoire, rien n'est « réglé ». Nous avons la possibilité de décider comment nous allons procéder en tant que profession et comment nous allons influencer ces « soins de santé 2.0 » émergents. Si nous ne le faisons pas, un cadre nous sera imposé sans consultation et à coup de mesures législatives et de politiques.

Il est probable que les médias sociaux et les dossiers de santé électroniques finissent par être fusionnés, et c'est le patient qui aura le contrôle de l'hybride qui en résultera. En fait, les patients ont déjà jusqu'à un certain point le contrôle de leur information, car ils peuvent choisir de supprimer, d'omettre ou de souligner des éléments dans ce qu'ils déterminent être pertinents lorsqu'ils nous donnent leurs antécédents (que nous leur demandons à répétition). Pourtant, ce qui est différent à propos des gens qui naissent aujourd'hui est que leur dossier électronique pourra comprendre chaque détail de leurs renseignements personnels, allant d'écographies à l'état de fœtus à une chirurgie cardiaque huit décennies plus tard. Et il faut que ce soit le patient qui décide quels praticiens des soins de

santé auront accès à quelle information. Pour bon nombre, une telle idée semble radicale; or, cela se produit déjà. La plateforme Patients Know Best, mise au point par le Dr M. Al-Ubaydli, est le tout premier système de dossiers de santé contrôlé par le patient. Cet outil numérique s'est avéré à ce point efficace qu'il est en voie d'être intégré au National Health System, qui est le système de santé public britannique (www.patientsknowbest.com/about-us.html). Chaque patient a une « page de profil », semblable à une page Facebook, sur laquelle il peut organiser ses renseignements et ses résultats de laboratoire et mettre son dossier à jour. De plus, c'est le patient qui décide, au moyen d'invitations semblables à l'ajout d'« amis », qui fait partie (ou non) de son équipe soignante. Puis, le patient organise des consultations en ligne et des réunions d'équipe à partir de sa page de profil. Les patients ont la responsabilité de résumer les consultations qu'ils ont avec divers praticiens afin que les autres professionnels de la santé puissent être rapidement mis à jour et ainsi résoudre le problème de

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 24, 25 et 26 décembre
Fête de Noël

- Le 1^{er} janvier
Jour de l'An

Dates importantes :

- Le 31 décembre
date limite du renouvellement de l'immatriculation
- Le 31 janvier
la date limite pour la présentations des candidatures pour les élections de l'AIINB
- Le 31 janvier
la date limite pour la présentations des candidatures pour les prix de l'AIINB
- Les 20 et 21 février
Réunion du Conseil d'administration de l'AIINB



Better Communication for Better Care

New Online Course

Information and Registration

www.umoncton.ca/edperm-english/onlinecourse/health

Mieux communiquer pour mieux soigner

Nouveau cours offert en ligne

Renseignements et inscription

www.umoncton.ca/edperm/coursenligne/sante

STARTING JANUARY 21, 2013

Intended Clientele: Health professionals

Mode of Delivery: Internet and weekly live online sessions (Mondays 6:30 - 7:30 p.m.)

Duration of Course: January 21 to March 25, 2013

Registration deadline: January 14, 2013

DÉBUTE LE 21 JANVIER 2013

Clientèle visée : Professionnels de la santé

Mode de livraison : Internet et sessions hebdomadaires en direct en ligne (les lundis de 18 h 30 à 19 h 30)

Durée du cours : Du 21 janvier au 25 mars 2013

Date limite d'inscription : 14 janvier 2013

(506) 858-4121 edperm@umoncton.ca

French as a Second Language
For Linguistic and Cultural Enrichment
Special Online Course Designed
for Health Professionals

Cours de français langue seconde
Pour un enrichissement linguistique et culturel
Cours en ligne conçu spécialement
pour les professionnels de la santé



The development of this course was made possible by a financial contribution from Health Canada.

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

santé actuel du patient en ayant accès à l'information nécessaire. Les patients peuvent faire rapport sur l'issue des différentes interventions interdisciplinaires dont ils ont fait l'objet et ils ont accès à des outils pour les aider à suivre leurs progrès individuels. Par ce moyen, on peut aussi accommoder le réseau changeant des membres de la famille et des amis du patient. Je m'imagine facilement en train d'organiser sur Skype une réunion des membres d'une famille éparpillés partout dans le monde pour prendre des décisions et recevoir des directives au sujet des soins d'un patient.

Une telle convergence des médias sociaux et des dossiers de santé électroniques combinée à des attentes plus complexes et à une utilisation des connaissances plus poussée donne lieu à des soins personnalisés qui exigent de nous une écoute attentive de ce que disent le patient et sa famille. Cela pourrait finir par modifier considérablement notre réflexion sur l'élaboration et l'utilisation de pratiques exemplaires. Comme le déclare Shirky (2008), ce n'est pas l'adoption de nouveaux outils par la société qui mène à la révolution, mais bien l'adoption de nouveaux comportements par la société (p. 160). Bien qu'on puisse considérer les médias sociaux comme de simples « outils technologiques », ils font aussi partie intégrante de la création des conditions culturelles qui permettent une nouvelle forme de communication, de collaboration et de contacts humains. À mon avis, l'externalisation ouverte (*crowdsourcing*) en viendra à constituer un nouveau comportement de la part des patients, qui pourront avoir leur mot à dire dans l'élaboration des politiques et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires. L'externalisation ouverte, dont le terme anglais *crowdsourcing* a été inventé en 2006 par Jeff Howe, correspond à un principe simple : un groupe nombreux et indéfini de personnes échangent des connaissances qui provenaient traditionnellement d'une autorité désignée dans le but de trouver une solution à un problème (Howe, 2009). Surowiecki (2005) a aussi parlé de « sagesse de la foule » pour désigner le même concept. Certains avancent qu'en général, la transparence engendre un comportement autocorrecteur parmi tous les genres de participants (Meier, 2012). De plus,

comme l'externalisation ouverte est, comme le suggère Meier, fondée sur une participation universelle par son essence même, elle favorise l'habilitation des patients et la démocratisation des soins de santé.

Voici un exemple tout ce qu'il y a de plus simple : aux Pays-Bas, un groupe de travailleurs de la santé désirait créer une application de téléphone cellulaire qui permettrait de repérer les DEA (défibrillateurs externes automatiques) afin qu'on puisse avoir accès rapidement à un tel appareil en cas d'urgence cardiaque (Engelen, 2011). En demandant à la population de signaler l'emplacement des DEA et en colligeant l'énorme volume de réponses reçues, on a pu mettre au point l'application en très peu de temps. Aujourd'hui, quand on voyage aux Pays-Bas, on peut trouver un DEA aussi facilement qu'un restaurant. Depuis, ce projet communautaire est devenu international, et il est possible d'y participer en indiquant l'emplacement d'un DEA au gré de ses voyages n'importe où dans le monde (www.aed4.us). Le projet peut paraître simple, mais en l'examinant de plus près, on voit très bien les effets de l'externalisation ouverte.

À fouiller dans divers médias sociaux, surtout dans les sections de commentaires et de discussions, on peut prendre conscience du potentiel énorme que l'externalisation ouverte représente tant pour la pratique des infirmières immatriculées que pour les soins de santé. Par exemple, en examinant l'information et des reportages au sujet de parents d'enfants atteints de trisomie 13/18, je suis tombée sur un message affiché par une mère dans la section des commentaires (pour connaître l'histoire de Susan Budd, consulter : <http://buddzoo.blogspot.ca/2012/07/our-trisomy-community-has-voice.html>). En gros, son enfant, qui était atteinte de trisomie 13/18, connaissait des épisodes pénibles d'apnée. La mère souhaitait une chirurgie pour sa fille, mais cette intervention lui était refusée au motif que cela allait à l'encontre des directives professionnelles et politiques en vigueur. La croyance scientifique était que ces enfants connaissaient des épisodes apnéiques en raison de problèmes du centre respiratoire dans le cerveau, et qu'une chirurgie serait inutile. À la lumière de ses propres « éléments probants », la mère était

convaincue que son enfant souffrait d'apnée obstructive. Grâce à l'utilisation des médias sociaux et à l'appui de la communauté créée par les plateformes des médias sociaux, la mère a réussi à obtenir que sa fille se fasse opérer. À la grande surprise de l'équipe soignante, la mère avait raison, et la chirurgie a résolu l'apnée obstructive. Et pourtant, cette histoire montre que cette mère faisait plus que plaider en faveur de son enfant. Elle remettait en question l'autorité établie et les lignes directrices sur les pratiques exemplaires à la base des pratiques en matière de soins de santé de l'équipe soignante. Donc, vu l'intensité des liens créés, elle a non seulement plaidé en faveur d'un enfant, mais aussi en faveur de chaque famille ayant en commun ce diagnostic. Elle s'est appuyée sur la « sagesse de la foule » pour travailler en collaboration et changer la politique pour tous les enfants atteints de trisomie 13/18. Je peux voir que l'externalisation ouverte pourrait servir à redresser la principale préoccupation que j'ai au sujet des lignes directrices sur les pratiques exemplaires : un manque d'apport par les patients.

Au bout du compte, j'estime que les médias sociaux transformeront en profondeur la façon dont nous nous percevons en tant qu'êtres humains et donc que nous percevons notre pratique d'infirmière immatriculée et les soins de santé. En revanche, je crois aussi que si les médias sociaux font l'objet de trop de battage, si la technologie retient trop l'attention, on risque de perdre de vue ce qui est vraiment important. Essentiellement, tout tourne autour de la création de liens et de rapports au niveau individuel et au niveau communautaire afin d'offrir des soins optimaux et de traiter les questions de justice sociale. Nous connaissons déjà le pouvoir que confère l'écoute des patients et des familles. Il est vrai que la technologie, en constante évolution, est importante (et source de défis), mais nous avons déjà des valeurs professionnelles bien établies grâce à nos organismes de réglementation, et notre code de déontologie solide demeure un fondement pertinent, applicable et constant. Je propose donc que nous travaillions ensemble à démystifier ces nouveaux « outils numériques » pour les patients et leur famille et que nous travaillions avec eux pour élargir nos idées sur le corps et la santé afin

d'assurer des soins équitables. Enfin, dans l'esprit des médias sociaux, je vous invite à réfléchir sur ceci : en ce moment, vous ne faites pas que lire le présent article, vous participez aussi à la co-crédation de la faon dont la profession infirmière procédra en matiére de médias sociaux afin d'assurer des soins sûrs, fournis avec compassion et conformes à l'éthique pour l'ensemble de la population canadienne (AIIC 2008).

Remerciements

Ce texte a d'abord été présenté au Forum sur invitation de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick intitulé « La gestion des médias sociaux et la profession infirmière », qui a eu lieu à Fredericton (N.-B.) le 31 mai 2012. L'auteure tient à remercier les nombreuses infirmières immatriculées du Nouveau-Brunswick qui ont participé au forum et fourni des rétroactions perspicaces.

RÉFÉRENCES

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

Association des infirmières et infirmiers du Canada. Lorsque le privé devient public : les défis éthiques et les possibilités liés aux médias sociaux, Ottawa, l'association, 2012.

Change Foundation Massey College et Health Strategy Innovation Cell Using Social Media to Improve Healthcare Quality: A Guide to Current Practice and Future Promise. Part 1:

Introduction and Key Issues in the Current Landscape. Part 2: Exploring Two Case Examples and Imagining the Future, 2011. Consulté dans Internet : <http://tcf.innovationcell.com/>

Davies, M. Healthcare social media by the numbers, 2011. Infographie par NM Incite consultée dans Internet : www.nmncite.com/?p=5469

Engelen, L. TED.com: Crowdsourc your health (www.aed4.us), 2011. Consulté dans Internet : www.ted.com/talks/lucien_engelen_crowdsourc_your_health.html

Floridi, L. Information: A very short introduction. Oxford, Oxford University Press, 2010.

Fraser, R. Nurses social media advantage: How making connections and sharing ideas can enhance your nursing practice, Sigma Theta Tau International, 2011.

Howe, J. Crowdsourcing: Why the power of the crowd is driving the future of business. New York, Three Rivers Press/Random House Inc., 2009.

Patrick Meier. How to Crowdsourc Better Governance in Authoritarian States, 2012. Consulté dans Internet : <http://irevolution.net/2012/02/01/crowdsourcing-better-governance/>

Patients Know Best. Manage your health, 2012. Consulté dans Internet : www.patientsknowbest.com

PcW HRI. Social media "likes" healthcare: From

marketing to social business, 2012. Consulté dans Internet : www.pwc.se/sv_SE/se/bioteknik/assets/social-media-healthcare.pdf

Qualman, E. Socialnomics: How Social Media Transforms the Way We Live and Do Business. New Jersey, John Wiley & Sons, Inc., 2009.

Rheingold, H. TED.com: the new power of collaboration, 2008. Consulté dans Internet : www.ted.com/talks/howard_rheingold_on_collaboration.html

Rogers, M. E. "Nursing: Science of unitary, irreducible, human beings: Update 1990", dans E. A. M. Barrett (éd.) Visions of Rogers' science-based nursing (p. 5-11). New York, National League for Nursing, 1990.

Shirky, C. Here comes everybody: The power of organizing without organizations. New York, Penguin Press, 2008.

Surowiecki, J. The wisdom of the crowds, Toronto, Random House of Canada Limited, 2005.

Van Dam, A. Patient 2.0 empowers patients, worries doctors, 2010. Consulté dans Internet : www.healthjournalism.org/blog/2010/02/patient-20-empowerspatients-worries-doctors/

Weber, L. Marketing to the social web: How digital customer communities build your business (2^e édition). Hoboken (New Jersey), Wiley & Sons, Inc., 2009.



Pourquoi ai-je besoin de recueillir toutes ces données?

suite de la page 28

- nationales ou les ressources humaines en santé;
- des chercheurs indépendants demandent des données à utiliser dans leurs recherches;
- des consultants indépendants, dont les services sont retenus par le gouvernement ou d'autres organismes, demandent et utilisent les données pour effectuer des analyses

dans des domaines précis (p. ex., projet de poursuites contre l'industrie du tabac).

Les infirmières immatriculées participent à la collecte de données au niveau des patients et, par l'entremise de l'unité RGIS, elles participent à l'analyse et à l'interprétation des données. Les années d'expérience en pratique clinique que les II de l'unité RGIS apportent au travail de gestion des renseignements sur la santé leur permettent de jeter un éclairage indispensable sur ce que les chiffres représentent et nous disent réellement.

L'ICIS a souligné que le Nouveau-Brunswick est un chef de file au Canada

pour ce qui est de fournir des renseignements sur la santé exacts, opportuns, comparables et pertinents. Ce n'est que grâce à l'engagement quotidien du personnel à l'égard de la collecte des données au niveau des patients que cela est possible. C'est ce soutien qui fait que l'unité RGIS est en mesure de fournir de l'information de calibre international. Il est très gratifiant de voir que l'information est utilisée par une vaste gamme de personnes et d'organismes pour répondre à toutes sortes de questions au sujet du système de soins de santé du Nouveau-Brunswick.



Le dossier de santé électronique

le point de vue d'une infirmière

Par JOCELYN BURNS-MCCUE

Je m'appelle Jocelyn Burns-McCue, et je suis analyste fonctionnelle des systèmes cliniques à la Direction des solutions d'affaires et de technologies sur la santé au ministère de la Santé.

Pourquoi avez-vous quitté l'hôpital? Vous ne serez plus infirmière? Qu'est-ce que les ordinateurs ont à faire avec les soins infirmiers? Voilà des questions qu'on m'a souvent posées quand j'ai fait la transition de mon rôle comme infirmière en soins intensifs et monitrice clinique à mon poste actuel en tant qu'analyste fonctionnelle des systèmes cliniques au ministère de la Santé.

J'ai entamé ma carrière d'infirmière à Bathurst, à l'Hôpital régional Chaleur. J'ai ensuite déménagé au Connecticut, où j'ai travaillé comme infirmière en soins intensifs et monitrice clinique. Durant mes deux dernières années au Connecticut, je suis devenue utilisatrice d'un nouveau système de saisie électronique des ordonnances médicales appelé Sunrise Clinical Manager, et d'un dossier médical informatisé.

Lorsque j'ai commencé ma carrière en soins infirmiers, je n'ai jamais imaginé que je travaillerais à un bureau dans le domaine des solutions d'affaires et des systèmes en santé. L'un des aspects les plus formidables de la profession infirmière est sa variété. Une multitude d'avenues s'ouvre à nous et nous offre une infinité de possibilités. L'avancement des technologies de l'information dans les milieux des soins de santé a donné lieu à de nouveaux rôles stimulants pour les infirmières. De plus, ces progrès permettent d'améliorer les soins aux patients, ce qui est un aspect important de la profession infirmière.

Mon rôle au ministère englobe différentes responsabilités telles que l'analyse fonctionnelle, l'élaboration de politiques et la prise de décisions cliniques. Mon expérience infirmière,



mon jugement clinique et mes compétences en pensée critique me servent dans la prise de décisions cliniques. Le fait d'avoir exercé comme infirmière de première ligne en utilisant un nouveau système électronique m'est très utile dans mon rôle actuel. Cette expérience m'aide à comprendre ce dont les utilisateurs peuvent avoir besoin dans un système et les avantages que la technologie peut apporter dans la pratique au niveau quotidien.

Mes responsabilités ont trait en grande partie à l'élaboration et à la mise en œuvre du dossier de santé électronique (DSE), lequel est un outil bilingue provincial mis au point par le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick en partenariat avec les régies régionales de la santé (RRS) et FacilicorpNB. Cet outil comprend un dossier de santé pour chaque personne qui passe par le système de soins de santé de la province.

Par ailleurs, je fais partie d'une équipe qui a élaboré et mis en œuvre un programme provincial sur la qualité des données qui permet de continuellement vérifier l'information acheminée au DSE par les RRS. Tout ceci exige une quantité énorme de collaboration et de travail avec les RRS.

Le DES permet un partage d'information sans coupure à travers les systèmes pour les fournisseurs de soins de santé autorisés. Il permet aussi aux infirmières et aux autres fournisseurs de soins de santé d'avoir accès aux renseignements sur la santé de façon beaucoup plus rapide et efficace, ce qui permet de prendre des décisions plus rapidement, de réduire le nombre de tests et d'améliorer la communication relative à la prestation des soins.

L'utilisation du DSE fait découvrir



Le travail des II à la Direction des soins de santé primaires

Par BEV GREENE ET LYNN KELLY DE GROOT

Note de la rédaction : l'entrevue qui suit a été réalisée avec deux II qui sont employées à la Direction des soins de santé primaires au ministère de la Santé.

Bev Greene a obtenu son B.Sc.inf. en 1977, puis une maîtrise en sciences infirmières en 1996. En plus de son expérience infirmière clinique variée, Bev a des antécédents solides en gestion, en particulier dans la conception et la mise en œuvre de programmes.

Lynn Kelly De Groot a obtenu son diplôme d'infirmière en 1973, et elle est diplômée du programme original de formation d'infirmières praticiennes offert à l'université McMaster en 1976. Elle a aussi obtenu un diplôme en éducation aux adultes en 1991 et un baccalauréat en administration de la santé en 1996, et elle est candidate au MBA. En plus de posséder une vaste expérience en soins cliniques et en gestion, Lynn a aussi joué un rôle de

leadership en formation et en perfectionnement du personnel, en soins de santé primaires et dans la mise en œuvre de nouveaux programmes.

Qu'est-ce que la Direction des soins de santé primaires (DSSP)?

Bev : La Direction des soins de santé primaires, qui relève de la Division des services de traitement des dépendances, de santé mentale, de soins de santé primaires et extra-muraux du ministère de la Santé, a débuté en tant qu'unité grâce à des subventions reçues au début de 2000 du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. Graduellement, l'unité est devenue une direction permanente au ministère de la Santé avec l'établissement des centres de santé communautaires.

Quelles sont les compétences qu'il est important pour une infirmière de posséder pour travailler à la DSSP?

Bev : Une connaissance approfondie de l'environnement de travail dans les milieux de santé cliniques et un réseau solide de relations créées au sein de la communauté de pratique de la province sont la clé de notre travail.

Lynn : Savoir établir de bonnes relations interpersonnelles et avoir une forte aptitude à la communication écrite et verbale ainsi qu'une expertise en planification et en gestion de programmes sont des qualités essentielles au travail des infirmières à la Direction des soins de santé primaires.

Quelles sont les responsabilités de la DSSP?

Bev : Le travail à la Direction des soins de santé primaires a porté sur le réaménagement des systèmes de prestation des soins de santé primaires et le réinvestissement dans ceux-ci afin d'améliorer l'accessibilité, l'offre, la pertinence et l'abordabilité du système des soins de santé

Comment la DSSP atteint-elle ses objectifs?

Lynn : Afin d'atteindre nos objectifs, nous concentrons nos efforts sur quatre grands volets : la refonte des soins de santé primaires; la prévention et la gestion des maladies chroniques; l'engagement des patients et des



intervenants; le leadership et la gestion du changement en vue de la transformation du système.

Quelles sont les principales réalisations de la DSSP?

Bev : Une des grandes réalisations a été de mettre sur pied des centres de santé communautaires et cabinets de pratique en collaboration et d'aligner les centres de services de santé existants. Cela a mené à la pratique interdisciplinaire, à un champ d'exercice élargi pour les infirmières en soins primaires ainsi qu'en développement communautaire et en promotion de la santé.

Lynn : Une autre grande réalisation est la publication en août 2012 du document *Un cadre des soins de santé primaires pour le Nouveau-Brunswick*, qui est une vision sur 10 ans pour transformer les soins de santé primaires dans la province.

Comment le gouvernement atteindra-t-il les objectifs de ce cadre?

Lynn : La réalisation de la vision « d'une meilleure santé et de meilleurs soins grâce à des personnes et à des collectivité

tes mobilisées » passera par une meilleure intégration des services de soins de santé primaires et par la création d'équipes de soins de santé primaires centrées sur les patients et travaillant en collaboration avec les régies régionales de la santé pour répondre aux besoins définis en matière de santé des collectivités.

La DSSP a également joué un rôle crucial dans l'établissement du Cadre de prévention et de gestion des maladies chroniques. Pourquoi ce cadre est-il important?

Bev : On reconnaît depuis longtemps que les maladies chroniques constituent un facteur important dans l'escalade des coûts du système de soins de santé. On sait aussi que les complications liées au diabète sont importantes; par exemple, les diabétiques comptent pour près d'un tiers des journées d'hospitalisation. Aujourd'hui au Nouveau-Brunswick, environ une personne sur dix a le diabète. En réponse, le gouvernement a appuyé en mai 2010 le *Cadre de prévention et de gestion des maladies chroniques* en tant

qu'une approche coordonnée pour optimiser la gestion des maladies chroniques au Nouveau-Brunswick. Un an plus tard, en juin 2011, la province a dévoilé une *stratégie globale sur le diabète*, qui est une feuille de route de quatre ans pour réorganiser la prestation des soins dans tout le continuum des services de santé.

Comment les infirmières ont-elles participé à l'élaboration de ces importantes initiatives?

Lynn : Bev et moi avons participé de très près à l'élaboration et à la mise en œuvre de ces initiatives. Comprendre le système de soins de santé, naviguer dans le système de soins de santé et établir des relations utiles parmi les intervenants sont des éléments essentiels.

Bev : Il est clair que nos antécédents en soins infirmiers et notre expérience variée sont des atouts naturels pour l'élaboration de cadres en collaboration qui intègrent les compétences et les habiletés des fournisseurs de soins de santé, des organismes communautaires, de l'industrie et du gouvernement. ■

Le dossier de santé électronique

suite de la page 36

aux infirmières une nouvelle ère d'efficacité au travail (p. ex., moins d'envois par télécopie ou d'appels à faire pour les résultats des patients). De nos jours, il est courant pour les patients de partout au Nouveau-Brunswick de se rendre à l'extérieur de leur zone de santé pour recevoir des services de santé. À l'heure actuelle, les systèmes de chaque zone de santé ne se parlent pas; en d'autres termes, il n'est pas facile d'avoir accès aux données ou de les transférer. Prenons par exemple un patient de Bathurst qui est envoyé à Moncton pour recevoir des services de santé. En ayant accès au DSE, les cliniciens qui fournissent les soins au patient peuvent donc consulter ses renseignements sur la santé rapidement, sans qu'il soit nécessaire de faire une multitude de télécopies et d'appels téléphoniques. De plus, une fois que ce patient retourne à Bathurst, ses fournisseurs de soins de santé ont accès aux résultats des tests faits à Moncton pour mieux assurer les soins de suivi. Un autre exemple où le

DSE peut être bénéfique est à l'urgence. Les cliniciens qui travaillent à l'urgence voient parfois des patients qui sont inconscients, des patients d'autres zones de santé ou des patients qui sont incapables de donner leurs antécédents médicaux. Du moment qu'on a accès à un identificateur, que ce soit le nom, le numéro d'assurance-maladie ou le numéro de dossier du patient, on peut vérifier l'histoire de santé de la personne grâce à son DSE.

Des infirmières, des infirmières praticiennes, des médecins et des pharmaciens partout dans la province ont actuellement accès au DSE. Les utilisateurs autorisés obtiennent l'accès après avoir suivi un cours en ligne sur la protection de la vie privée, rempli le formulaire de demande d'accès et obtenu une formation sur le DSE. Pour demander l'accès au DSE, il faut envoyer un courriel à l'adresse ehradministrator@gnb.ca et expliquer les raisons pour lesquelles cet accès est demandé. Les utilisateurs autorisés sont ensuite orientés vers les étapes appropriées.

En tant qu'infirmières, nous savons qu'il est essentiel d'avoir de

l'information pour faire notre travail quotidien. Nous avons besoin d'information pour évaluer nos patients et la tenue de dossiers, pour communiquer avec les autres professionnels de la santé et les membres de la famille du patient, et pour remplir divers rôles administratifs, dont la dotation, l'établissement des horaires et la préparation des budgets. Comme la technologie continue d'avancer et est de plus en plus présente dans le milieu des soins de santé, il est essentiel que les infirmières soient renseignées sur les progrès de la technologie de l'information afin d'optimiser son utilisation et d'utiliser les outils qui peuvent améliorer leur pratique infirmière. En ayant accès au DSE au Nouveau-Brunswick, les infirmières ont accès aux renseignements sur la santé les plus à jour. Le DSE améliore la communication sur la prestation des soins et la prise de décisions, ce qui peut ainsi mener à de meilleurs résultats pour les patients.

Pour en savoir plus sur le DSE, veuillez écrire à l'adresse suivante : OPOR@gnb.ca. ■

Formule de mise en candidature

ÉLECTIONS 2013

(Doit être envoyée par un membre de la section)

La mise en candidature suivante est soumise pour les élections de 2013 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 31 janvier 2013**. Retourner au :

Comité des mises en candidature

AIINB

165 rue Regent

Fredericton (N.-B.) E3B 7B4

Acceptation de mise en candidature

ÉLECTIONS 2013

(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 31 janvier 2013** (date timbrée) :

AIINB

165 rue Regent

Fredericton (N.-B.) E3B 7B4

Documents de l'AIINB

Soutenir une bonne pratique

En 2012, le Conseil d'administration de l'AIINB a approuvé cinq documents nouveaux ou révisés de l'AIINB.

NOUVEAU

Le champ d'exercice de l'infirmière diplômée : Directive professionnelle

Cette directive professionnelle a été créée en réponse à des appels reçus au service de consultation en pratique provenant surtout d'employeurs. Il permet aux infirmières diplômées, aux infirmières immatriculées et aux employeurs de mieux comprendre le champ d'exercice des infirmières diplômées et leur donne des conseils concernant le champ d'exercice des infirmières diplômées et les restrictions qui s'appliquent.

[www.nanb.nb.ca/downloads/Practice Guidelines- Graduate Nurse Scope of Practice-F\(2\).pdf](http://www.nanb.nb.ca/downloads/Practice Guidelines- Graduate Nurse Scope of Practice-F(2).pdf)

La gestion des infirmières immatriculées ayant d'importants

problèmes reliés à leur pratique : Directive professionnelle

Cette directive professionnelle a été créée en réponse aux demandes reçues au service de consultation en pratique concernant le rôle des infirmières gestionnaires qui doivent aider des infirmières ayant d'importants problèmes reliés à leur pratique. Un cadre en cinq étapes est proposé pour guider et soutenir les infirmières gestionnaires qui travaillent avec des II connaissant d'importants problèmes reliés à leur pratique. La gestion de ces situations aura au bout du compte une incidence positive sur la sécurité des soins infirmiers fournis aux clients.

[www.nanb.nb.ca/downloads/Practice Guideline Managing RN's with Significant Practice Problems-F\(1\).pdf](http://www.nanb.nb.ca/downloads/Practice Guideline Managing RN's with Significant Practice Problems-F(1).pdf)

Utilisation éthique et responsable des médias sociaux : Directive professionnelle

Cette directive professionnelle vise à aider les infirmières immatriculées à protéger la vie privée des clients et la confidentialité des renseignements personnels et des renseignements sur la santé des clients, et à réitérer l'importance de maintenir les limites prescrites de la relation thérapeutique infirmière-client lors de l'utilisation des médias sociaux dans leur pratique. La directive professionnelle précise l'interprétation des normes de l'AIINB et du *Code de déontologie* (AIIC) et formule des recommandations à l'intention des

infirmières immatriculées, des employeurs et des programmes de formation infirmière.

Pratique infirmière avancée : énoncé

L'énoncé intitulé La pratique infirmière avancée vise à reconnaître l'importance des rôles en pratique infirmière avancée. Au Nouveau-Brunswick, il existe deux de ces rôles, soit celui d'infirmière praticienne (IP) en soins de santé primaires et d'infirmière clinicienne spécialisée (ICS).

[www.nanb.nb.ca/downloads/Advanced Nursing Practice_F\(1\).pdf](http://www.nanb.nb.ca/downloads/Advanced Nursing Practice_F(1).pdf)

RÉVISÉ

Normes d'exercice pour les infirmières immatriculées

Les normes visent avant tout à établir le niveau de rendement attendu des infirmières immatriculées dans l'exercice de la profession, avec lequel le rendement réel peut être comparé. Les normes se veulent suffisamment dynamiques pour pouvoir définir ce qu'est une pratique compétente dans tous les milieux et domaines d'exercice. Elles constituent un cadre pour le perfectionnement professionnel et l'amélioration continue de la qualité.

www.nanb.nb.ca/downloads/NANB Standards for Registered Nurses 2012-F.pdf

Ces publications sont affichées sur le site Web l'AIINB www.aiinb.nb.ca sous Publications et ressources. ■

Nous avons demandé, vous avez répondu

Révision des Normes d'exercice pour les infirmières immatriculées de l'AIINB

ON POURRAIT PENSER qu'une invitation à examiner des normes d'exercice ne susciterait pas tellement d'enthousiasme, puisque le sujet peut sembler un peu aride et éloigné de votre pratique – or, vous avez répondu en grand nombre! L'AIINB tient à remercier les quelque 168 II qui ont pris le temps de lire, de comparer et de critiquer le document, qui soutiendra la pratique infirmière au cours des cinq prochaines années.

En fait, les normes sont des énoncés dynamiques qui décrivent qui sont les infirmières immatriculées en tant que professionnelles. Les normes donnent à

nos collègues, à nos clients et au public une indication de ce que nous faisons. Non seulement elles décrivent nos responsabilités juridiques fondamentales, mais elles précisent les rôles de leadership et nos obligations éthiques et sociétales – les normes illustrent une partie de notre histoire.

Les normes sont l'intrigue de notre histoire

Pour avoir un récit qui se tient, il est important de comprendre comment les différentes normes s'insèrent dans l'intrigue. Les Normes d'exercice pour les infirmières immatriculées de l'AIINB

forment la base du synopsis. Les normes décrivent les attentes pour l'ensemble des II, peu importe le domaine ou le milieu d'exercice. Trop nombreux pour être tous nommés, mentionnons tout de même les personnages suivants : obligation de rendre des comptes, champ d'exercice, maintien de la compétence, défense des intérêts et leadership. Et bien sûr, chaque histoire a besoin d'un décor. De nombreux groupes ont élaboré ou adopté des normes pour décrire leur milieu d'exercice unique dans des domaines comme la santé communautaire, les soins intensifs, les services d'urgence ou la gériatrie. De plus, certaines normes de l'AIINB font partie

du décor dans la plupart des histoires, dont l'administration de médicaments et la tenue de dossiers. Par ailleurs, les histoires ont besoin d'un scénario. Les normes ou les pratiques exemplaires d'un organisme, souvent exprimées dans les politiques de l'employeur, de même que les procédures et les normes au niveau de l'unité forment le scénario. Elles établissent comment vous assumez votre responsabilité. Enfin, toute histoire a besoin d'un dénouement – le point central de l'histoire. Dans le langage des normes, le dénouement serait le plan de soins ou les attentes particulières du client, plus l'évaluation du client, les interventions et l'évaluation des résultats réalisées au

point de service.

Pour veiller à ce qu'elles résistent à l'épreuve du temps, les normes sont mises à jour à peu près tous les cinq ans. Un groupe de travail composé d'homologues d'autres organismes de réglementation de la profession infirmière du Canada a contribué à écrire l'histoire, et vous, les infirmières immatriculées du Nouveau-Brunswick, ont ajouté de la vie à la version finale des normes. Merci.

Vous pouvez consulter les Normes d'exercice pour les infirmières immatriculées révisées sur le site Web de l'AIINB : www.nanb.nb.ca/downloads/NANB_Standards_for_Registered_Nurses_2012-F.pdf.

TD Assurance

Meloche Monnex

Préparez-vous aux conditions routières hivernales en adoptant une conduite prudente.

À l'approche des journées plus courtes et de l'automne, TD Assurance rappelle aux automobilistes canadiens de commencer à se préparer à conduire par temps froid (ou dans des conditions d'enneigement). Il est important d'adapter vos habitudes de conduite avant l'arrivée du bonhomme hiver.

« Les accidents de la circulation sont monnaie courante. Même si vous avez confiance en vos réflexes d'automobiliste, vous devez redoubler de vigilance pendant les mois d'hiver afin d'être en sécurité et d'éviter de demander une indemnisation », observe Sylvie Demers, présidente, groupe Marché de l'affinité, TD Assurance.

M^{me} Demers livre de précieux conseils pour aider les automobilistes canadiens à se préparer à la venue de l'hiver.

- **Soyez prêt :** Selon les résultats d'un sondage effectué récemment par TD Assurance auprès des automobilistes canadiens, plus de la moitié (52 %) des répondants pensent, à tort, que pour corriger la trajectoire d'un véhicule en train de déraper, il faut donner un coup de volant dans la direction opposée. Réapprenez les règles de conduite sur une chaussée enneigée et rappelez-vous l'importance de vérifier les conditions routières avant de partir. Accordez-vous tout le temps nécessaire pour vous rendre à votre destination.
- **N'oubliez pas la mise au point annuelle de votre véhicule :** Faites inspecter votre voiture pour vous assurer que l'accumulateur, les phares et les freins sont en bon état de fonctionnement. Il est bon également de communiquer avec votre assureur pour passer en revue votre police d'assurance auto et vous assurer que le niveau de protection est approprié.
- **Préparez une trousse de conduite d'urgence :** Votre trousse de conduite d'urgence devrait contenir une pelle et une brosse à neige, un grattoir, des câbles de survoltage, une bougie et des allumettes ainsi qu'une couverture. La litière pour chats facilite la traction sur la glace si le mauvais temps vous surprend avant que vous ayez acheté du sel.
- **Investissez tôt dans l'achat de pneus d'hiver :** Des pneus d'hiver d'excellente qualité et correctement gonflés vous procureront une traction optimale en hiver et peuvent réduire votre consommation d'essence. Vérifiez fréquemment la pression de vos pneus, en particulier avant de conduire sur des autoroutes.

VOUS AVEZ DEMANDÉ

.....

Quelles sont les conséquences de l'utilisation des médias sociaux pour les infirmières immatriculées?

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) définit le terme « médias sociaux » comme « un groupe d'applications et de technologies Internet qui permettent aux utilisateurs d'avoir, avec des amis virtuels dans le monde entier, le même type d'échanges en temps réel qu'ils pourraient avoir avec des amis ou des voisins. Les technologies des médias sociaux permettent aux utilisateurs d'échanger et de collaborer en ligne à la création et au partage d'information, d'idées, d'opinions » (AIIC, 2012). L'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (AIINB) ne réglemente pas l'utilisation des médias sociaux, mais elle règlemente la pratique des II dans un environnement où les médias sociaux sont omniprésents.

L'information qui suit a été préparée en réponse aux demandes de renseignements des infirmières immatriculées.

Pourquoi faut-il se pencher sur l'utilisation des médias sociaux?

Les II ont l'obligation légale, professionnelle et éthique d'observer un degré de confidentialité élevé. Il est donc essentiel de maintenir une séparation entre sa vie personnelle et sa vie professionnelle. Or, avec les médias sociaux, la distinction entre la vie professionnelle et la vie personnelle n'est plus aussi claire, ce qui crée des risques pour le respect de la vie privée, la confidentialité, la réputation, la propriété intellectuelle et la confiance du public à l'égard de la profession infirmière. Lorsque nous conjugons l'utilisation de la technologie aux

contacts sociaux, la ligne de démarcation entre ce que nous considérons comme « privé » et comme « public » se brouille. La meilleure façon de commencer, c'est d'abord de faire attention à votre utilisation des médias sociaux et de comprendre la distinction entre vos libertés personnelles et vos obligations professionnelles. Vous devriez toujours vérifier auprès de votre employeur quelles sont les politiques en vigueur relativement à l'utilisation des médias sociaux. Vous devez garder à l'esprit que vos conversations sur les sites de réseautage social ne sont pas vraiment privées – peu importe le réglage des paramètres de confidentialité – et peuvent être facilement vues par d'autres. Cela signifie que la plus grande précaution doit être prise dans vos conversations en ligne et l'information que vous affichez pour vous assurer que vous ne transgressez pas les limites professionnelles. Une violation de la vie privée des patients et de la confidentialité de leurs renseignements pourrait avoir des conséquences au niveau de votre employeur et de l'AIINB. Les II sont tenues de respecter une norme très exigeante quant à la confidentialité des renseignements concernant les clients. Pour comprendre les limites d'une utilisation appropriée des médias sociaux, l'II doit comprendre les concepts de confidentialité et de respect de la vie privée dans le contexte des soins de santé et aussi se servir des normes de l'AIINB et du *Code de déontologie* pour orienter ses décisions relativement à l'utilisation des médias sociaux.

Qu'est-ce qu'une utilisation non appropriée des médias sociaux?

Pour gérer et réduire les risques sur les plans professionnel et personnel, l'AIINB recommande aux II de respecter les consignes suivantes dans leur utilisation des médias sociaux :

- Toujours suivre et respecter les politiques de l'employeur concernant l'utilisation des médias sociaux personnels et professionnels.
- Toujours protéger son identité personnelle.
- Toujours assurer le respect de la vie privée des clients et des collègues et la confidentialité de leurs renseignements, et signaler immédiatement toute violation à son employeur.
- Acquérir une compétence dans le domaine des médias sociaux, connaître la technologie et posséder les habiletés et le jugement nécessaires pour les utiliser de façon appropriée et conforme à l'éthique.
- Toujours maintenir les limites professionnelles infirmière-client et éviter de s'engager dans des relations personnelles avec les clients sur les médias sociaux.
- S'abstenir d'afficher des renseignements ou des images relativement à un client, à moins que les attentes de l'employeur en matière de soins au client le permettent.
- Ne jamais afficher des commentaires

non professionnels ou négatifs au sujet des clients, des collègues ou des employeurs.

- Ne pas utiliser les médias sociaux pour se défouler ou discuter du travail et s'abstenir de commenter les contenus d'une telle nature affichés par d'autres.
- Toujours maintenir un ton professionnel dans les commentaires, photos et vidéos qu'on affiche.
- Ne jamais parler au nom d'un organisme de soins de santé à moins d'en avoir l'autorisation.
- Signaler immédiatement toute violation de la confidentialité ou du respect de la vie privée.
- Toujours garder ses activités professionnelles séparées de ses activités personnelles sur les médias sociaux.
- Créer des mots de passe difficiles à deviner et les changer souvent, et ne pas communiquer ses mots de passe à d'autres.
- Éviter de donner des conseils en matière de santé en réponse à des commentaires ou à des questions affichés car, si les conseils sont suivis, cela pourrait donner lieu à une situation de responsabilité professionnelle (SPIIC, 2010) ou à une plainte à l'AIINB, ou les deux.

Est-ce que le fait d'afficher des commentaires désobligeants ou négatifs au sujet de collègues sur un site de réseautage social pourrait être considéré comme de l'intimidation?

Absolument. Une personne qui affiche des commentaires négatifs au sujet d'une collègue sur les médias sociaux pense peut-être que ce n'est pas grave, surtout si elle croit que la collègue visée ne peut pas voir l'information. Or, une fois qu'un contenu est affiché en ligne, il est facile de le partager avec d'autres, car même si ce contenu a été effacé, il demeure quand même accessible. Les commentaires négatifs peuvent nuire à la cohésion de l'équipe soignante, ce qui pourrait créer des risques pour la sécurité des patients. Les commentaires négatifs mis en ligne peuvent effective-



ment être considérés comme de l'intimidation, qui est une forme de violence latérale. On parle alors de « cyberintimidation ». Ce genre de comportement est préoccupant tant pour les employeurs que pour les organismes de réglementation de la profession infirmière et peut donner lieu à des sanctions contre l'II.

Il arrive que d'anciens patients ou même des membres de leur famille m'invitent à devenir leur « amie » sur les médias sociaux. Je ne veux froisser personne en refusant leur demande, mais je ne veux pas non plus faire quelque chose qui serait considéré comme inapproprié. Pouvez-vous clarifier ce que je devrais faire?

Il arrive que les II soient invitées à se lier d'amitié avec un ancien client ou un client actuel sur un site de réseautage social. La Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada (SPIIC) conseille aux infirmières immatriculées de respecter les limites de la relation professionnelle et de ne

L'AIINB offre une brochure sur l'utilisation des technologies des médias sociaux pour mieux appuyer la pratique infirmière. Vous pouvez la télécharger au site Web de l'AIINB www.aiinb.nb.ca.

pas communiquer avec des clients sur les sites de réseautage social, car cela pourrait élargir la portée de la responsabilité professionnelle (www.cnps.ca/index.php?page=147).

Il est compréhensible que vous ne vouliez pas offenser quelqu'un en refusant sa demande d'amitié sur un site de réseautage social comme Facebook; si vous croyez que refuser la demande pourrait avoir un effet négatif sur votre client ou causer du tort à la relation thérapeutique, vous devriez en discuter avec le client et lui expliquer les raisons pour lesquelles une telle relation peut être considérée comme inappropriée.

Vous abstenir d'entretenir des liens sur les médias sociaux avec d'anciens clients ou des clients actuels est un pas dans la bonne direction pour vous assurer que la démarcation entre votre vie personnelle et votre vie professionnelle n'est pas brouillée. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada a publié en février 2012 un document dans sa série Déontologie pratique qui donne de l'information aux II sur les invitations à devenir « ami » avec des clients sur les médias sociaux, et votre association professionnelle, l'AIINB, a récemment publié une directive professionnelle sur l'utilisation éthique et responsable des médias sociaux, qui se trouve sur le site Web de l'AIINB à www.nanb.nb.ca/downloads/NANBStandardsforRegisteredNurses2012-F.pdf.

Pour d'autres renseignements sur l'utilisation des médias sociaux en rapport avec la pratique infirmière, veuillez communiquer avec l'AIINB pour parler à une experte-conseil en pratique infirmière au 1-800-442-4417 ou par courriel à aiinb@aiinb.nb.ca.

RÉFÉRENCES

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



DU 23 AU 26 JANVIER 2013 Congrès national de l'AEIC 2013—<i>Cultiver la passion, motiver l'action</i> • Halifax (N.-É.) » http://cnsa.ca/francais	DU 31 JANVIER AU 2 FÉVRIER 2013 L'Association pulmonaire : <i>Better Breathing Conference</i> • Toronto (Ont.) » www.on.lung.ca/page.aspx?pid=757	DU 10 AU 12 FÉVRIER 2013 5^e congrès national de l'ACIIN—<i>Nursing is our Passion, Knowledge is our Power - Let's Share It!</i> • Montreal (Qué.) » www.neonatalcann.ca/SitePages/EventDetails.aspx?itmID=16
LES 20 ET 21 FÉVRIER 2013 Réunion du conseil de l'AIINB • Fredericton (N.-B.) » www.aiinb.nb.ca	DU 21 AU 23 FÉVRIER 2013 WNRCSN 2013 Conference—<i>Education for Leadership: Imagining the Possibilities</i> • Edmonton (Alb.) » www.nursing.ualberta.ca/WNRCSN2013	DU 28 AU 30 JUIN Réunion de l'hôpital Stanton • Yellowknife (T.-N.-O.) » www.stantonyk25.com

Quiz

suite de la page 26

caractère. Plusieurs facteurs contribuent à la maladie mentale, dont des facteurs génétiques, des facteurs de stress liés à l'environnement comme des expériences de violence grave durant l'enfance, la guerre, la torture, la pauvreté, une perte, l'isolement, la négligence ou l'abandon, et elle peut se combiner à un abus d'alcool ou d'autres drogues. www.ontario.cmha.ca/fact_sheets.asp?CID=2795.

9. FAUX : Créée par le ministère de la Santé, l'initiative Engagement jeunesse a pour but de promouvoir une santé mentale positive chez tous les jeunes et de réduire les facteurs de risque associés à l'usage problématique de substances, à l'intimidation, au crime et à la violence.

10. VRAI : Les patients sont envoyés par les centres de santé mentale communautaires lorsque toutes les ressources régionales disponibles ont été épuisées pour l'établissement d'un diagnostic psychiatrique et la recommandation d'un traitement. www.gnb.ca/0055/capu-f.asp.

11. VRAI : Un terrain a été choisi, et la planification et la conception architecturales sont en cours pour un nouveau centre de traitement des

dépandances à Edmundston. Le centre offrira des services de prévention, la gestion du sevrage en établissement (détoxification, services de counseling pour les personnes et les familles qui sont aux prises avec des problèmes d'abus d'alcool ou d'autres drogues ou de jeu compulsif) (communiqué de presse, 2012-09-24).

12. VRAI : Il existe 14 centres de santé mentale communautaires au Nouveau-Brunswick.

13. VRAI : Les soins de santé primaires représentent une démarche en santé et un éventail de services qui vont au-delà des soins de santé traditionnels pour inclure tous les services qui jouent un rôle dans la santé, dont le revenu, le logement, l'éducation et l'environnement. Les soins primaires sont un élément des soins de santé primaires et portent sur les services de santé comme la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures, et le diagnostic et le traitement des maladies et des blessures (Santé Canada) www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/index-fra.php.

14. FAUX : Le jeu compulsif implique la perte de contrôle sur son comportement et n'est pas défini par le nombre de fois auxquelles une personne s'adonne au jeu www.gnb.ca/0378/addiction-f.asp.

Demandez conseil

suite de la page 43

www.aiinb.nb.ca/PDF/practice/CNA Code of Ethics FR.pdf

Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Déontologie pratique – Lorsque le privé devient public : les défis éthiques et les possibilités liés aux médias sociaux*, Ottawa, l'association, 2012. www2.cna-aic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Ethics_in_Practice_Feb_2012_f.pdf

Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick. *Normes d'exercice pour les infirmières immatriculées*, Fredericton, l'association, 2012. www.nanb.nb.ca/downloads/NANB Standards for Registered Nurses 2012-F.pdf

College of Registered Nurses of Nova Scotia. *Questions and answers-Social Media*. Halifax, le collège, 2012. www.crnns.ca/documents/QandA_SocialMedia.pdf

Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada. *info-DROIT: Médias sociaux*, Ottawa, la société, 2012. www.cnps.ca/index.php?page=147&lang=fr

REMERCIEMENTS: L'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick remercie le College of Registered Nurses of Nova Scotia pour la permission de reprendre et d'adapter en partie ou en totalité la publication mentionnée en référence.

fáilte a chur roimh

добро пожаловать

welcome

dialu-alukan

vitajte

Soutenir les candidates et candidats internationaux

akeyi

bienvenue

välkommen

**Rencontrez l'experte-conseil en réglementation
de l'AIINB, Jocelyne Lessard**

bem-vindo

मेँ आपका स्वागत है

Le rôle de réglementation de l'AIINB est en partie de voir à ce que les diplômés internationaux en sciences infirmières (DISI) soient soutenus dans leur demande d'immatriculation auprès de l'AIINB. En tant qu'experte-conseil en réglementation, quelles sont vos responsabilités?

En tant qu'experte-conseil en réglementation, l'une de mes principales responsabilités est d'évaluer les demandes d'immatriculation provenant des diplômés internationaux en sciences infirmières (DISI). Lorsque nous recevons une demande, je l'examine pour m'assurer que tous les documents exigés accompagnent la demande avant d'aller plus loin dans le processus d'immatriculation. Je réponds à toutes les demandes de renseignements assez rapidement, et on peut me joindre par téléphone, par courriel ou en personne pour faciliter le processus.

D'après votre expérience, qu'est-ce qui attire les DISI au Nouveau-Brunswick?

Les familles et les amis établis au Nouveau-Brunswick sont souvent les meilleurs agents de recrutement. Les DISI sont ainsi renseignés sur le style de vie et les possibilités qui s'offrent à eux et à leur famille par une source en qui ils ont confiance. Le Secrétariat de la croissance démographique du gouvernement du Nouveau-Brunswick aussi recrute activement des professionnels pour qu'ils s'installent dans la province par l'entremise du Programme des candidats du Nouveau-Brunswick, lequel facilite l'immigration de



candidats qualifiés qui répondent à des besoins économiques et à des besoins du marché du travail particuliers de la province. En tant que seule province officiellement bilingue du Canada, le Nouveau-Brunswick offre une diversité linguistique qui permet aux DISI de travailler dans la langue qu'ils préfèrent.

Quel est le processus suivi par les DISI qui veulent obtenir une immatriculation de l'AIINB?

Les DISI doivent d'abord présenter une demande d'immatriculation et une preuve de compétence linguistique et fournir tous les documents exigés pour montrer qu'ils ont suivi un programme de formation infirmière approuvé dans un autre pays. Une fois que la demande est complète, une évaluation a lieu pour déterminer si la formation infirmière de la candidate ou du candidat équivaut à celle d'une infirmière immatriculée de niveau débutant au Nouveau-Brunswick. Dans certains cas, on peut demander à la personne de se soumettre à une évaluation des compétences afin de déterminer les lacunes dans sa formation infirmière. Si des lacunes dans les connaissances ou les compétences sont relevées, la personne devra suivre un

programme de transition pour combler les lacunes déterminées avant d'être admissible à l'examen d'autorisation infirmière.

En moyenne, combien de temps faut-il avant qu'une candidate ou un candidat DISI obtienne l'immatriculation au Nouveau-Brunswick?

Le délai peut varier. Si tous les documents exigés sont reçus et que tous les critères pour obtenir l'immatriculation sont remplis, alors le traitement de la demande peut se faire en quelques jours. Le délai peut être plus long s'il faut obtenir les renseignements nécessaires d'autres pays, s'il y a des questions reliées au processus d'immigration, s'il faut faire une évaluation des compétences et si la personne doit suivre des cours de transition.

Comment l'AIINB a-t-elle évolué pour être en mesure de traiter les demandes de DISI plus efficacement?

Grâce à des fonds obtenus de Santé Canada, l'AIINB a conclu un partenariat avec le Registered Nurses Professional Development Centre (RN-PDC) à Halifax, en Nouvelle-Écosse, pour la réalisation de l'évaluation des compétences et la prestation du programme de transition dans les deux langues officielles. Comme nous sommes en mesure d'effectuer une évaluation fondée sur les compétences et d'offrir des cours de transition, cela signifie que les DISI ont accès à un ensemble complet de services



SUSPENSION MAINTENUE

Le 6 septembre 2012, le Comité de révision de l'AIINB a constaté que Luc Pitre, numéro d'immatriculation 027306, souffre d'une maladie ou d'un état le rendant inapte à exercer la profession de façon sécuritaire lorsque sa maladie ou état n'est pas adéquatement traité et contrôlé, et que la conduite dont il a fait preuve dans sa pratique infirmière démontre une conduite indigne d'un professionnel et d'un manque de jugement et d'éthique professionnelle. De plus, le Comité a constaté que le membre a fait preuve d'une insouciance à l'égard de la sécurité des patients puisqu'il a exercé la profession alors que sa maladie ou son état le rendait incapable de le faire.

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

RÉTABLISSEMENT D'IMMATRICULATION

Dans sa décision du 21 septembre 2012, le Comité de révision de l'AIINB a accordé le rétablissement de l'immatriculation de Marie Jocelyne Gisèle Richard LeBlanc (née Richard), numéro d'immatriculation 019026. De plus, le Comité de révision a ordonné que l'immatriculation du membre soit assortie de conditions

IMMATRICULATION SUSPENDUE

Le 25 octobre 2012, le Comité des plaintes de l'AIINB a suspendu l'immatriculation du membre numéro 027907, en attendant le résultat d'une audience devant le Comité de discipline.

CONDITIONS LEVÉES

Les conditions imposées à l'immatriculation du membre numéro 021584, ont été satisfaites et sont donc levées à compter du 31 octobre 2012. ■

Profil du personnel

suite de la page 45

pour les soutenir dans l'acquisition de l'immatriculation et l'obtention du droit d'exercer en tant qu'infirmière ou infirmier immatriculé au Nouveau-Brunswick.

Le financement de Santé Canada a aussi permis à l'AIINB d'améliorer et de mettre au point de l'information préalable à l'arrivée et des outils sur le Web de façon à aider les DISI tout au long du processus d'immatriculation.

Que conseillerez-vous aux DISI qui veulent obtenir l'immatriculation au Nouveau-Brunswick?

Pour éviter les frustrations inutiles, les DISI devraient consulter le site Web de l'AIINB avant leur arrivée au Canada pour prendre connaissance de l'information qui y est affichée. Ces personnes devraient aussi s'assurer de bien comprendre les exigences en matière d'immigration au Canada. ■

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

Célébration de l'excellence

..... PRIX DE L'AIINB 2013

Soumettez la candidature d'une collègue, d'une amie ou d'un défenseur des soins de santé pour ses efforts quotidiens visant à améliorer la prestation des soins de santé et à promouvoir la sensibilisation du public à la santé. L'AIINB reconnaît avec fierté la contribution de membres actuels et passés de la profession et leur rendra hommage à la prochaine assemblée générale annuelle et au banquet de remise des prix le 29 mai 2013.

MEMBRE À VIE : Un certain nombre d'infirmières sont reconnues pour les services exceptionnels qu'elles ont rendus à la profession infirmière en tant que membre élu ou nommé à des comités de travail à l'échelle nationale ou provinciale.

MEMBRE HONORAIRE : Ce prix de membre honoraire reconnaît les services exceptionnels ou l'aide valable accordés à la profession infirmière par un membre du public. Peuvent être candidats ou candidates les personnes qui ont joué un rôle de premier plan comme membres d'un groupe de soins de santé apparenté ou les membres du public qui ont rendu un service méritoire au nom des infirmières et de leur profession.

PRIX D'EXCELLENCE EN PRATIQUE CLINIQUE : L'AIINB pense que la pratique clinique est un élément fondamental de la profession infirmière et que toutes les autres fonctions au sein de la profession servent à maintenir et à soutenir ce rôle. L'AIINB a créé un prix biennal pour reconnaître une infirmière de service général qui dispense des soins directs aux clients dans un milieu infirmier et qui a apporté une contribution importante à la profession. Ce prix a pour but d'encourager l'excellence en pratique clinique et de reconnaître les collègues membres de la profession.

PRIX DE MÉRITE : Les prix de mérite reconnaissent dans chacun des quatre principaux domaines des infirmières qui ont apporté une contribution unique à la profession et qui ont fait preuve d'excellence en pratique infirmière. Prix de mérite : *Pratique infirmière, Administration, Formation et Recherche.*

PRIX DE DISTINCTION D'UNE INFIRMIÈRE

DÉBUTANTE : L'AIINB pense qu'il faut reconnaître les infirmières et infirmiers en début de carrière pour leur contribution à la profession. Ce prix est destiné aux infirmières et infirmiers immatriculés qui ont obtenu leur diplôme du programme de formation infirmière au moins dans les deux ans précédant la soumission de leur candidature.

PRIX POLITIQUE FAVORABLE À LA SANTÉ PUBLIQUE : Le prix politique favorable à la santé publique de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick reconnaît les personnes ou les groupes qui favorisent une meilleure compréhension de la part du public du système de soins de santé du Nouveau-Brunswick. L'objectif de ce prix est de promouvoir le rôle de défenseur des individus et des groupes dans notre système de soins de santé.

.....

La date limite pour la présentation des candidatures pour tous les prix de l'AIINB est le 31 janvier 2013.

Pour obtenir d'autres renseignements concernant l'admissibilité, les critères, les lignes directrices pour la présentation d'une candidature et la procédure de sélection, ou pour obtenir un formulaire de mise en candidature, veuillez visiter la section « Prix » du site Web de l'AIINB au www.aiinb.nb.ca,

165 rue Regent, Fredericton (N.-B.) E3B 7B4
tél.: 506-458-8731, sans frais : 1-800-442-4417
téléc.: 506-459-2838, courriel : aiinb@aiinb.nb.ca.
Vous pouvez aussi communiquer avec la présidente de votre section.



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

– Mireille Baron
Cliente satisfaite depuis 2003

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 sur vos assurances habitation et auto 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

Programme d'assurance recommandé par



Association
des infirmières
et infirmiers du
Nouveau-Brunswick



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

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

*Aucun achat requis. Concours organisé conjointement avec Primum compagnie d'assurance. Peuvent y participer les membres ou employés et autres personnes admissibles appartenant aux groupes employeurs ou 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 concours se termine le 31 janvier 2013. 1 prix à gagner. Le gagnant a le choix de son prix entre un Lexus RX 450h comprenant l'équipement standard de base incluant les frais de transport et de préparation d'une valeur totale de 60 000 \$ ou 60 000 \$ canadiens. Le gagnant sera responsable de payer les taxes de vente applicables au véhicule. Réponse à une question d'habileté mathématique requise. Les chances de gagner dépendent du nombre d'inscriptions admissibles reçues. Règlement complet du concours disponible au www.melochemonnex.com/concours.

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.