



ASSOCIATION DES
**INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS**
DU CANADA*



**CADRE DE
PRATIQUE DES
INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS AU CANADA**
2015

Tous droits réservés. La permission de reproduction est accordée à des fins non commerciales et à condition qu'aucun changement ne soit apporté au contenu. Consultez <https://www.cna-aiic.ca/fr/conditions-dutilisation> pour connaître toutes les conditions et modalités liées à la reproduction.

© Droits d'auteur 2015
Association des infirmières et infirmiers du Canada
50, Driveway
Ottawa (Ontario) K2P 1E2
Tél. : 613-237-2133 ou 1-800-361-8404
Télééc. : 613-237-3520
Site Web : www.cna-aiic.ca

ISBN 978-1-55119-432-5

Novembre 2015

Cadre de pratique des infirmières et infirmiers au Canada – 2e éd.*

* L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA et le logo de l'AIIC sont des marques de commerce déposées de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada/Canadian Nurses

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	2
Introduction	3
Éléments clés du cadre	5
Définition de l’infirmière	5
Fondement conceptuel de la pratique infirmière	6
Pratique professionnelle	7
<i>Inscription et autorisation d’exercer</i>	9
<i>Valeurs</i>	10
<i>Compétences de niveau débutant</i>	10
<i>Formation préparatoire</i>	11
<i>Champ d’exercice</i>	15
<i>Maintien de la compétence et acquisition d’expertise</i>	19
<i>Conduite professionnelle</i>	20
Carrières en soins infirmiers	20
<i>Rôles et milieux de pratique</i>	20
<i>Chemins de carrière</i>	22
La portée et les retombées du travail des infirmières	25
Regard vers l’avenir	27
Glossaire	30
ANNEXE A : Définitions des valeurs du <i>Code de déontologie des infirmières et infirmiers</i>	33
ANNEXE B : Exemples d’énoncés des compétences infirmières de niveau débutant d’organismes de réglementation	34
Références	36

N.D.T. : Au Canada, les soins infirmiers étant réglementés par les provinces et les territoires, et les textes de loi ou les règlements qui s’y rapportent ayant été formulés ou traduits en français à des périodes et de manières diverses, la terminologie française des soins infirmiers (quand elle existe) est moins uniformisée que la terminologie anglaise.

Dans ce document, le terme infirmières désigne les « infirmières autorisées », les « infirmières immatriculées » et les « infirmières » à titre réservé en vertu de la réglementation provinciale ou territoriale applicable.

*On notera aussi l’existence de divers autres synonymes, tels les termes *exercice/pratique* ou *inscription/immatriculation*, ou encore les expressions *autorisation d’exercer/permis/droit d’exercer*.*

Par ailleurs, les mots de genre féminin appliqués aux personnes désignent les femmes et les hommes, et vice-versa, si le contexte s’y prête.

Remerciements

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada est grandement reconnaissante du dévouement, de l'engagement et de la contribution des membres du comité consultatif sur le Cadre de pratique des infirmières et infirmiers, qui ont participé à l'élaboration de ce document.

Comité consultatif sur le Cadre de pratique des infirmières et infirmiers

Cynthia Baker

Association canadienne des écoles de sciences infirmières

Liette Clement

Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick

Barbara Foster

Santé Canada

Audrey Fraser

Association of Registered Nurses of Prince Edward Island

Jan Inman

Registered Nurses Association of Northwest Territories and Nunavut

Lori Lamont

Winnipeg Health Authority

Joanne Maclaren

Association of Registered Nurses of British Columbia

Lynn Power

Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador

Linda Smyrski

Vie saine et Aînés, Manitoba

Pauline Worsfold

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers

Association des infirmières et infirmiers du Canada

Josette Roussel

Lisa Little

Introduction

Les infirmières œuvrent dans l'ensemble des provinces et territoires du Canada et dans les cinq domaines de pratique suivants : soins cliniques, formation, administration, recherche et élaboration de politiques. Dans plusieurs milieux de soins, les infirmières s'occupent de personnes vingt-quatre heures par jour et sept jours par semaine. Elles apportent une contribution positive importante à l'évolution de l'état de santé des **clients**¹ et au fonctionnement de l'équipe de santé tout en assurant la viabilité du système de santé. Les lois et les règlements des provinces et des territoires accordent aux infirmières et infirmiers le pouvoir d'utiliser un titre réservé.

Ce cadre vise à promouvoir une compréhension commune de la pratique actuelle des infirmières au Canada chez les professionnels des soins infirmiers, les étudiants et d'autres parties intéressées (y compris les autres professionnels de la santé, les employeurs, les formateurs, les responsables des politiques et le public). Compte tenu du nombre important de **fournisseurs de soins réglementés et non réglementés**, il importe que les responsables et les décideurs en matière de politiques ainsi que les employeurs comprennent clairement les compétences et les contributions des infirmières et sachent dans quelles situations une infirmière convient le mieux. Le présent

cadre se veut également un document de référence pour les infirmières qui collaborent avec d'autres parties intéressées afin de planifier un système de santé répondant aux besoins et aux priorités de la population canadienne. Ce faisant, il importe de s'appuyer sur la pratique courante des infirmières pour déterminer les types de rôles qu'elles joueront afin de renforcer le système.

Les principaux éléments du cadre sont les suivants :

- ▶ Définition de l'infirmière
- ▶ Fondement théorique de la pratique infirmière
- ▶ Pratique professionnelle
 - Inscription et autorisation d'exercer
 - Valeurs
 - Compétences de niveau débutant
 - Formation préparatoire
 - Champ d'exercice
 - Maintien de la compétence
 - Conduite professionnelle
- ▶ Carrières en soins infirmiers
 - Rôles et milieux de pratique
 - Cheminements de carrière
- ▶ La portée et les retombées du travail des infirmières
- ▶ Regard vers l'avenir

¹ Les termes soulignés en gras sont définis dans le glossaire.

Lorsqu'on envisage le cadre, il importe de reconnaître le dynamisme de la formation, de la réglementation et de la pratique des soins infirmiers qui évolue en réponse aux besoins de la population dans le domaine de la santé, aux progrès du savoir infirmier et à

l'évolution du système de santé. La réglementation étant définie au niveau provincial et territorial, la langue ou les processus employés peuvent donc varier légèrement entre les provinces et les territoires; mais les principes contenus dans ce document sont pancanadiens².

2 Les sites Web des organismes de réglementation infirmière fournissent des renseignements précis sur la réglementation des infirmières au niveau provincial et territorial. Une liste se trouve à l'adresse <https://www.cna-aiic.ca/fr/devenir-infirmiere-autorisee/reglementation-infirmiere/organismes-de-reglementation>.

Éléments clés du cadre

DÉFINITION DE L'INFIRMIÈRE

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC) utilise la définition suivante :

Les infirmières sont des professionnelles autoréglementées de la santé qui travaillent de façon autonome et en équipe. Elles permettent aux personnes, aux familles, aux groupes, aux communautés et aux populations d'atteindre un niveau optimal de **santé**. Elles coordonnent les soins de santé, offrent des services directs aux clients et les aident à prendre les décisions et les mesures relatives à l'autogestion de leurs soins en cas de maladie, de blessure et d'invalidité, à chaque étape de la vie. Les infirmières apportent une contribution au système de santé grâce à leurs qualités de chef de file dans les domaines de la pratique, de la formation, de l'administration, de la recherche et de l'élaboration de politiques dans une vaste gamme de milieux.

Au Canada, les soins infirmiers constituent une profession qui compte quatre groupes réglementés : les infirmières autorisées (IA), les infirmières praticiennes (IP)³, les infirmières auxiliaires autorisées (IAA)⁴ et les infirmières psychiatriques autorisées (IPA)⁵. Les infirmières constituent plus des trois quarts des effectifs infirmiers réglementés et le groupe le plus important de fournisseurs de soins de santé au Canada (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2015).

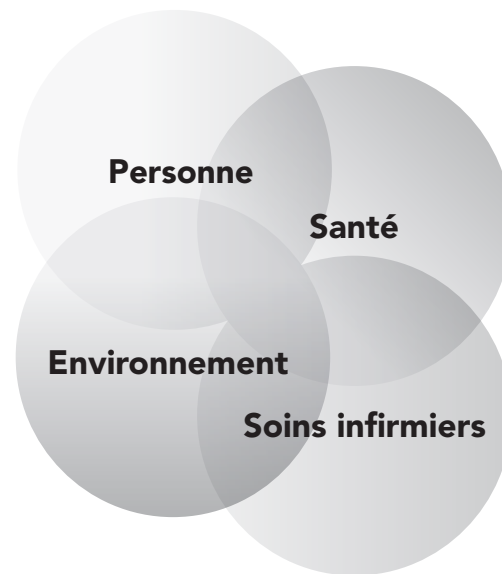
La réglementation des infirmières est définie plus précisément dans la législation provinciale et territoriale, p. ex. la *Loi sur les infirmières* et d'autres documents élaborés par les organismes de réglementation (comme les normes de la pratique).

FONDEMENT CONCEPTUEL DE LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

Selon Kozier et coll. (2013), « [traduction] la pensée philosophique fournit le fondement nécessaire au perfectionnement et à l'analyse critique des connaissances infirmières. Ces connaissances sont structurées et communiquées à l'aide de concepts, modèles, cadres et théories (p. 62) ». Quatre concepts principaux sous-tendent les cadres conceptuel et théorique de la profession infirmière.

Souvent connus comme le métaparadigme infirmier, ces concepts sont 1) la personne ou le client 2) l'environnement 3) la santé et 4) les soins infirmiers (Kozier et coll., 2013; voir figure 1).

Figure 1. Métaparadigme infirmier



Source : Adapté de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2010, p. 7.

Dans le métaparadigme infirmier, la personne ou le client qui bénéficie des soins dispensés par une infirmière peut être un particulier, une famille, un groupe, une communauté ou une population. Les infirmières ont une optique d'intégralité qui tient compte des facteurs biophysiques, psychologiques, émotionnels, sociaux, culturels et spirituels, qui peuvent avoir une incidence sur le client. En outre, les infirmières prêtent attention à l'environnement de leurs clients et tiennent compte des plus vastes déterminants sur

3 Ce document ne porte pas sur la pratique de l'infirmière praticienne (ou infirmière autorisée dans la catégorie élargie de l'Ontario), elle est traitée dans *La pratique infirmière avancée : Un cadre national* de l'AIIIC.

4 Selon la province, l'infirmière auxiliaire (réglementée) peut porter le titre d'infirmière auxiliaire autorisée.

5 Les infirmières psychiatriques ne sont officiellement formées et réglementées qu'au Manitoba, en Saskatchewan, en Alberta, en Colombie-Britannique et au Yukon.

la santé comprenant les facteurs sociaux, physiques, psychologiques et économiques qui peuvent avoir une incidence sur le client (AIIIC, 2013). Les infirmières s'intéressent à la santé, qui comporte de nombreuses facettes, y compris le niveau de mieux-être, de bien-être et de qualité de vie que connaissent les clients. Par soins infirmiers, « on entend les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers incluent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation » (Conseil international des infirmières, 2014).

Les sciences infirmières sont le fondement de la pratique des soins infirmiers, même si les infirmières puisent leurs connaissances à partir de diverses sciences, dont les sciences humaines, afin d'éclairer leur pratique. Parmi celles-ci, comptons la science fondamentale, les sciences sociales et les sciences du comportement, la psychologie, la théorie de la complexité, etc.

PRATIQUE PROFESSIONNELLE

La population canadienne a accordé à la profession infirmière le privilège d'assurer son autoréglementation, contexte dans lequel les gouvernements provinciaux et territoriaux délèguent (par la loi) aux organismes de réglementation de la profession le pouvoir de se réglementer eux-mêmes tout en garantissant l'obligation pour cette dernière de continuer à rendre compte au gouvernement et au public. Les organismes de réglementation s'acquittent de ce mandat en veillant à ce que les infirmières pratiquent de façon sûre, compétente et éthique, au moyen d'une variété d'activités de réglementation.

En contrepartie, on s'attend à ce que la profession infirmière agisse dans le meilleur intérêt du public en tout temps. Afin de toujours protéger le public, les professionnels des soins infirmiers pratiquent l'autoréglementation collectivement en tant que profession et individuellement en tant que personnes.

Ces responsabilités, qui sont confiées aux organismes de réglementation et à chaque infirmière, concernent également les gouvernements, le public, les établissements d'enseignement, les employeurs et d'autres professions et professionnels de la santé (AIIIC, 2007). Le tableau 1 présente quelques exemples de ces responsabilités.

Tableau 1. Activités d'autoréglementation de la profession infirmière et de ses membres à titre individuel

Profession (organisme de réglementation)	Infirmière
Établit les processus d'inscription et d'autorisation d'exercer.	Satisfait aux exigences de l'inscription initiale et du maintien de l'autorisation d'exercer.
Établit, surveille et applique les <i>normes</i> d'éthique et de pratique.	Se conforme au code de déontologie et aux normes de pratique de la profession infirmière.
Établit et maintient le champ d'exercice des infirmières à mesure qu'évoluent la prestation des soins de santé et le savoir infirmier.	Travaille à l'intérieur du champ d'exercice établi.
Établit les normes de formation en soins infirmiers et approuve les programmes de formation en sciences infirmières, qui débouchent sur l'entrée dans la profession.	Obtient son diplôme d'un programme approuvé de formation en sciences infirmières. Contribue à l'élaboration de programmes d'études. Fait fonction de mentor et de préceptrice pour les étudiantes en sciences infirmières.
Établit et maintient les compétences de niveau débutant nécessaires pour l'inscription initiale.	Démontre ses compétences de niveau débutant en réussissant l'Examen d'autorisation infirmière au Canada (EAIC) ⁶ . Contribue à l'élaboration et au déroulement de programmes d'orientation pour les infirmières.
Établit, surveille et maintient des exigences relatives à l'assurance de la qualité et au maintien de la compétence.	Maintient et améliore son aptitude à pratiquer et sa compétence. Participe à des initiatives d'amélioration continue de la qualité.
Établit et maintient des processus d'examen de la conduite professionnelle afin d'enquêter sur des plaintes ou des préoccupations au sujet de la pratique des infirmières et applique les mesures disciplinaires qui s'imposent.	Respecte les normes et signale ses préoccupations au sujet de comportements ou de soins contraires à la sécurité, à la compétence ou à la déontologie.

6 L'organisme de réglementation du Québec offre son propre examen d'autorisation.

Inscription et autorisation d'exercer

Les organismes de réglementation de la profession infirmière établissent des processus d'inscription ou d'immatriculation des infirmières et d'octroi de l'**autorisation** (du permis ou du droit d'exercer), en consultation avec d'autres intervenants provinciaux et territoriaux. Ces intervenants permettent aux organismes de réglementation de la profession infirmière de déterminer si les candidats ou les membres peuvent pratiquer dans leur province ou territoire. Les processus comportent des exigences visant à garantir que les infirmières qui entrent dans la profession ont les connaissances, le jugement, les qualités et les compétences spécialisées nécessaires pour fournir des soins sûrs, compétents et conformes à l'éthique. Ces processus exigent aussi la démonstration de compétences linguistiques, d'une bonne réputation et d'une **aptitude à pratiquer**, entre autres (AIIIC, 2007). Dans le cadre du processus d'établissement de l'admissibilité, les organismes de réglementation inscrivent le nom des personnes répondant à tous les critères d'autorisation ou d'octroi de licence à un registre officiel. Les professionnels réglementés doivent alors se conformer aux normes et au code de déontologie établis par leur organisme de réglementation.

Plusieurs provinces et territoires ont instauré l'élément de la jurisprudence parmi les exigences d'inscription.

Par exemple, en Nouvelle-Écosse « [traduction] un examen de la jurisprudence évalue la connaissance que possède chaque infirmière des politiques de réglementation provinciales et de toute loi provinciale et fédérale en lien avec la pratique infirmière de la Nouvelle-Écosse » (College of Registered Nurses of Nova Scotia [CRNNS], 2015, par. 2).

En matière de mobilité de l'effectif, l'**Accord sur le commerce intérieur** stipule que les organismes de réglementation des provinces et des territoires reconnaissent les professionnels réglementés qui se déplacent entre les provinces et les territoires, ce qui permet d'éliminer les obstacles professionnels. Dans le cadre de leur mandat de protection du public, tous les organismes de réglementation travaillent ensemble afin d'harmoniser les exigences liées à l'inscription et à l'autorisation d'exercer pour appuyer une telle mobilité, lorsque cela est possible.

Dans les provinces et les territoires du Canada, une mesure législative protège le titre des infirmières⁷, ce qui signifie que l'infirmière dont le titre est protégé est la seule personne qui puisse faire suivre sa signature de l'abréviation réglementaire correspondant à son titre (p. ex. Mary Jones, inf. aut.). En imposant des restrictions sur l'utilisation des titres professionnels, on permet au public de distinguer les professionnels de la santé réglementés de ceux qui ne le sont pas ou sont retraités.

⁷ Au Canada, selon la province ou le territoire, des titres tels que « infirmière », « infirmière autorisée » ou « infirmière immatriculée » sont protégés (AIIIC, 2007).

Valeurs

Les valeurs déontologiques qui sous-tendent la pratique professionnelle des soins infirmiers sont exprimées dans des normes et des codes de déontologie. Par exemple, le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* de l'AIIIC, que plusieurs organismes de réglementation ont adopté, « énonce les valeurs éthiques⁸ des infirmières et [leur] engagement à l'égard des personnes ayant des besoins en soins de santé et des personnes prises en charge, [qui] s'adresse aux infirmières et infirmiers travaillant dans tous... les domaines de pratique infirmière, ainsi qu'à tous les niveaux décisionnels » (AIIIC, 2008b, p. 1). Le Code définit sept valeurs sur lesquelles pivote la pratique de la profession respectueuse de l'éthique :

- ▶ Fournir des soins sûrs, compatissants, compétents et conformes à l'éthique
- ▶ Promouvoir la santé et le bien-être
- ▶ Promouvoir et respecter la prise de décisions éclairées
- ▶ Préserver la dignité
- ▶ Respecter la vie privée et protéger la confidentialité
- ▶ Promouvoir la justice
- ▶ Accepter l'obligation de rendre compte

Selon le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* de l'AIIIC, les infirmières assument les responsabilités déontologiques énoncées sous chacune des sept principales valeurs infirmières⁹,

qui s'appliquent aux interactions des infirmières avec les personnes, les familles, les groupes, les populations, les communautés et la société, ainsi qu'avec les étudiants, les collègues et les autres professionnels de la santé (consulter l'annexe A pour obtenir la définition de ces valeurs). Le Code est mis à jour périodiquement afin de tenir compte de l'évolution des valeurs et des conditions sociales qui touchent le public, les infirmières et d'autres professionnels des soins de santé ainsi que le système de santé.

Compétences de niveau débutant

On entend par compétences les connaissances théoriques et pratiques, le jugement et les caractéristiques personnelles qu'une infirmière doit posséder pour pratiquer de manière sûre et conforme à l'éthique dans un rôle et un milieu donnés (AIIIC, 2010). « [traduction] Du point de vue de la réglementation, les compétences de niveau débutant servent surtout à approuver le programme de formation en sciences infirmières, car elles décrivent les compétences exigées des infirmières qui débutent dans la profession afin de fournir des soins infirmiers sûrs, compétents, compatissants et conformes à l'éthique dans divers milieux de pratique. Les compétences permettent également d'orienter l'élaboration de programmes d'études et de sensibilisation du public et des employeurs quant aux attentes liées à la pratique des infirmières qui débutent dans la profession » (Conseil

8 Dans le présent document, les termes « morale » et « éthique » sont employés de manière interchangeable selon la consultation menée auprès des infirmières éthiciennes et philosophes. Nous reconnaissons que certaines personnes font la distinction entre ces deux termes.

9 Les énoncés de valeur et de responsabilité du Code sont numérotés et marqués d'une lettre pour en faciliter l'utilisation plutôt que d'accorder une certaine priorité. Les valeurs sont reliées entre elles et se chevauchent.

canadien des organismes de réglementation de la profession infirmière [CCORPI, 2012, p. 5).

Les compétences actuelles « [traduction] reflètent la formation en sciences infirmières au niveau du baccalauréat. Elles sont axées sur le client, futuristes et intègrent les nouveaux progrès de la société, des soins de santé, du savoir infirmier et de la pratique des soins infirmiers. Ces compétences visent à garantir que les infirmières débutantes sont en mesure de fonctionner selon les réalités actuelles et possèdent toutes les connaissances et les aptitudes nécessaires pour s'adapter aux changements dans les soins de santé et les soins infirmiers » (CCORPI, 2012, p. 5). Chaque organisme de réglementation procède à une évaluation continue du milieu de pratique afin de déterminer ces compétences qui sont confirmées par la collecte de données auprès des récentes diplômées et des employeurs sur les compétences et les rôles nécessaires en matière de pratique débutante en soins infirmiers.

C'est l'organisme de réglementation de la province ou du territoire où la candidate a obtenu son diplôme en soins infirmiers qui évalue ses compétences professionnelles¹⁰ en évaluant les programmes de formation en sciences infirmières et l'Examen d'autorisation infirmière au Canada (EAIC). Les candidates doivent réussir l'EAIC pour obtenir le permis d'exercer dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada – sauf au Québec, qui a son propre examen. L'EAIC porte avant tout

sur les compétences nécessaires pour pratiquer de façon sûre, compétente et conforme à l'éthique comme l'exigent les organismes de réglementation et qu'il est possible de mesurer au moyen d'un examen écrit (CCORPI, 2014).

L'énoncé des **compétences** de niveau débutant est structuré selon le cadre conceptuel fondé sur des normes afin de mettre l'accent sur les objectifs de réglementation dans les cinq catégories de compétences (voir la figure 2) :

- ▶ Responsabilité professionnelle et obligation de rendre compte
- ▶ Pratique fondée sur des connaissances
- ▶ Pratique conforme à l'éthique
- ▶ Service au public
- ▶ Autoréglementation

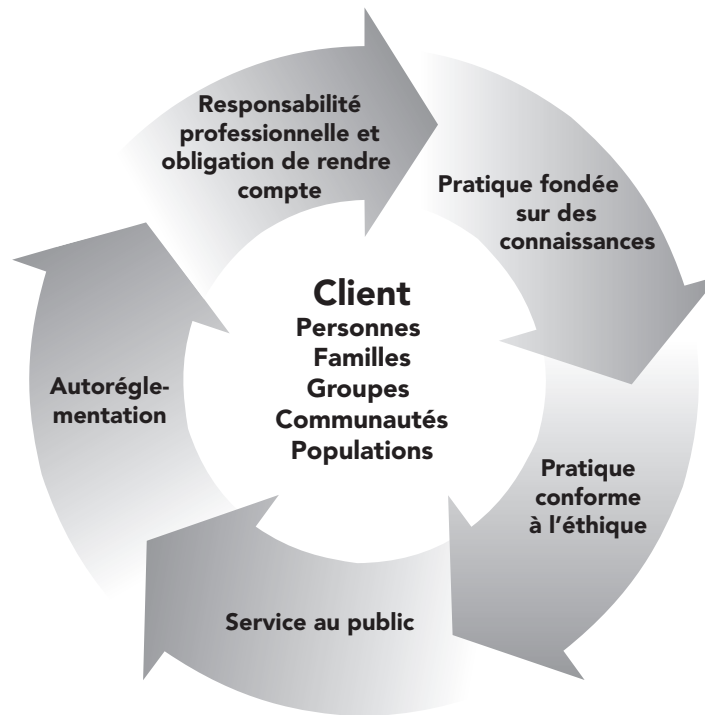
L'annexe B illustre l'ampleur et la portée des compétences de niveau débutant. Même si ces compétences sont présentées séparément, la pratique sûre, efficace et conforme à l'éthique des soins infirmiers repose sur l'intégration et l'application de nombreuses compétences en même temps (CCORPI, 2012).

Formation préparatoire

Les programmes de formation en sciences infirmières préparent les étudiantes à pratiquer avec compassion et de façon sûre, compétente et conforme à l'éthique et leur permet de satisfaire aux compétences de niveau débutant. Pour acquérir toutes les compétences de niveau débutant, les diplômées doivent démontrer des compétences et des aptitudes variées

10 On trouve les exigences particulières à la province ou au territoire sur le site Web de chaque organisme.

Figure 2. Cadre conceptuel d'organisation des compétences



Source : Adapté du Jurisdictional Competency Process, 2012, p. 9.

comportant des habiletés cognitives, comportementales, de communication et psychomotrices, qui se retrouvent, notamment, dans le cadre de tâches exigeant une dextérité manuelle ou des interventions appropriées en cas de stress ou de conflits. Plusieurs secteurs de compétences des provinces et des territoires en soins infirmiers utilisent ces compétences préalables afin d'aider les futures étudiantes et les conseillers en orientation à déterminer si une carrière en soins infirmiers est un choix approprié.

La formation de base en sciences infirmières au Canada a délaissé l'acquisition de compétences de niveau débutant par l'intermédiaire de programmes menant au diplôme, compte tenu que toutes

les provinces et tous les territoires hors Québec offrent des programmes qui exigent l'obtention d'un baccalauréat. Puisque ce virage n'a commencé que vers la fin des années 1990, les infirmières titulaires d'un diplôme d'études collégiales et d'un baccalauréat travaillent actuellement au Canada.

Selon l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI), « une formation libérale de baccalauréat est justifiée compte tenu :

- ▶ des soins infirmiers et des soins de santé de plus en plus **complexes**;
- ▶ de l'expansion rapide du corpus de connaissances liées aux sciences infirmières et à la santé;

- ▶ de l'utilisation de plus en plus répandue des technologies numériques dans le transfert et le recours aux connaissances;
- ▶ du besoin d'apprendre 'tout au long de la vie' pour pouvoir s'adapter à ces changements et se préparer aux programmes d'études supérieures en sciences infirmières;
- ▶ de la responsabilité d'offrir au public des soins infirmiers sûrs, pertinents, éthiques et efficaces;
- ▶ du besoin de comprendre et de pratiquer en sciences infirmières dans les différents contextes sociaux, culturels et politiques de la société canadienne;
- ▶ de la diversité canadienne, notamment sur les plans démographique, socioéconomique culturel et géographique » (2011a, p. 1).

L'ACESI est d'avis que les programmes au baccalauréat « fournissent les bases essentielles au développement d'un raisonnement clinique et d'un jugement clinique solides, d'une pensée critique et d'un comportement éthique solide en sciences infirmières » (2011a, p. 1). De plus, les apprenantes de ces programmes

sont soutenues dans leur acquisition d'un vaste corpus de connaissances sur lesquelles elles pourront exercer leur esprit critique; elles sont préparées à intégrer et à appliquer de manière réfléchie différentes formes de connaissances dans une variété de milieux de santé. Les apprenantes développent des compétences en matière de pratique réflexive, d'auto-évaluation, de prise de décision éthique et de pratique infirmière et de la pratique interprofessionnelle (voir **collaboration interprofessionnelle**).

Les programmes de baccalauréat préparent les apprenantes à définir, à affirmer et à intégrer les valeurs professionnelles qui respectent la diversité socioculturelle de manière éthique et sensible. Ils facilitent la compréhension de l'importance des soins infirmiers dans la promotion d'environnements de travail qui maximisent la sécurité du patient. Les programmes de baccalauréat préparent les étudiantes à être conscientes et à s'approprier des questions émergentes comme les nouvelles technologies de l'information et la citoyenneté mondiale (2011a, p. 1).

Des études démontrent que la dotation en infirmières autorisées ayant une formation au niveau du baccalauréat est associée à une amélioration de la sécurité des patients et des résultats pour les patients. Une étude d'O'Brien Pallas et coll. (2001) sur les services de santé communautaires a révélé que les patients soignés par des infirmières autorisées ayant une formation au niveau du baccalauréat connaissent des résultats de santé nettement meilleurs. Dès 2002, des études ont associé des pourcentages plus élevés d'infirmières autorisées en milieu hospitalier détenant une formation au baccalauréat à un taux plus faible de mortalité chez les patients (mortalité en milieu hospitalier et dans les 30 jours, défaut de porter secours et insuffisance cardiaque congestive), et des taux plus faibles d'ulcère de décubitus, de thrombose veineuse profonde postopératoire ou d'embolie pulmonaire et des séjours hospitaliers plus courts (Yakusheva, Lindrooth et Weiss, 2014; Aiken et coll., 2014; Aiken et coll., 2011; Aiken, Clarke, Cheung, Sloane et Silber, 2003;

Estabrooks, Midodzi et Cummings, 2005; Friese, Lake, Aiken, Silber et Sochalski, 2008; Tourangeau et coll., 2007 et Van den Heede et coll., 2009). Ainsi, de meilleurs résultats de santé équivalent aussi à des économies pour le système de santé. Une analyse de rentabilisation rigoureuse peut être réalisée afin d'augmenter le pourcentage d'infirmières formées au baccalauréat à 80 % (Yakusheva et coll., 2014).

Au cours de la dernière décennie, de nombreuses écoles de sciences infirmières ont accueilli plus d'étudiantes et ont augmenté le nombre de programmes pour répondre aux besoins en matière d'effectif au Canada. Ces programmes, adaptés à des types précis d'étudiantes éventuelles, comme les infirmières formées à l'étranger, les diplômées d'autres disciplines universitaires ou de programmes de formation en soins infirmiers auxiliaires peuvent :

- ▶ utiliser des outils afin d'évaluer le savoir acquis et adapter les exigences aux besoins individuels (dans le cas d'étudiantes formées à l'étranger);
- ▶ offrir des sessions plus courtes en reconnaissant les cours d'autres programmes que les sciences infirmières et en offrant des sessions toute l'année (aux étudiantes admises avec préalables universitaires);
- ▶ offrir des cours de transition (pour les diplômées en soins infirmiers auxiliaires).

Les infirmières qui pratiquent peuvent poursuivre leurs études au niveau du baccalauréat, de la maîtrise, du doctorat et des études postdoctorales. En matière de compétences acquises aux diplômes d'études supérieures, « [traduction] au niveau de la maîtrise, les étudiantes

approfondissent les connaissances et les compétences acquises au baccalauréat. L'accent est mis sur le développement de la capacité d'analyser, de critiquer et d'utiliser la recherche et la théorie afin de faire évoluer la pratique infirmière. L'examen des enjeux actuels des soins de santé et des valeurs éthiques qui influencent la prise de décisions est aussi prévu. Les éléments principaux d'un programme de maîtrise comportent la préparation finale conçue de sorte à permettre aux étudiantes de synthétiser la recherche, la théorie et la pratique à un niveau supérieur. En plus des éléments principaux, les études à la maîtrise peuvent être axées sur la préparation des infirmières à acquérir des compétences avancées en leadership dans les domaines suivants : la pratique clinique (p. ex. l'infirmière praticienne et l'infirmière clinicienne spécialisée); la formation infirmière (établissements universitaires et de soins de santé); l'administration (institutionnelle, communautaire et scolaire) ainsi que les politiques de la santé et la recherche en soins infirmiers » (ACESI, 2011b, p. 1). De nombreuses infirmières complètent également leur pratique en menant des études dans une autre discipline que les sciences infirmières (p. ex. en éducation ou en administration des soins de santé).

Toutes sortes d'abréviations désignent le niveau et le type de formation qu'a reçus une infirmière ou un infirmier : par exemple, B.Sc.inf. (baccalauréat en sciences infirmières), M.Sc.inf. (maîtrise en sciences infirmières) et Ph.D. (doctorat). Les infirmières peuvent utiliser à la fois leur désignation réglementaire et leur niveau d'études (p. ex. Mary Jones, inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc. inf.).

Champ d'exercice

Le champ d'exercice des infirmières fait référence aux activités pour lesquelles elles ont reçu la formation nécessaire et qu'elles sont autorisées à exécuter de la façon établie dans la loi, que complètent les normes, les lignes directrices et les prises de position stratégique des organismes de réglementation infirmière des provinces et des territoires.

Même si ces moyens de contrôle déterminent en général les limites et la portée du champ d'exercice des infirmières comme groupe professionnel, d'autres facteurs jouent aussi sur la pratique de chaque infirmière en particulier. Ces facteurs comprennent les exigences et les politiques de l'employeur, le milieu de pratique, le niveau de compétences de la personne et les besoins du client.

Bon nombre d'organismes de réglementation des soins infirmiers ont publié des documents qui cherchent à clarifier le champ d'exercice des infirmières à l'aide de diagrammes (voir la figure 3).

Les professionnels des soins infirmiers et les autres fournisseurs de soins de santé ont des points communs à la fois dans leurs compétences uniques et partagées. La compréhension mutuelle est nécessaire dans ces domaines afin de favoriser la clarté des rôles et veiller à ce que chaque fournisseur remplisse le rôle approprié. Il est également essentiel d'atteindre des résultats positifs auprès des clients et d'établir des équipes de **collaboration interprofessionnelle** de qualité.

Plusieurs provinces et territoires ont élaboré des outils afin de permettre aux décideurs de choisir la combinaison de professionnels de la santé assurant

Figure 3. Limites du champ d'exercice

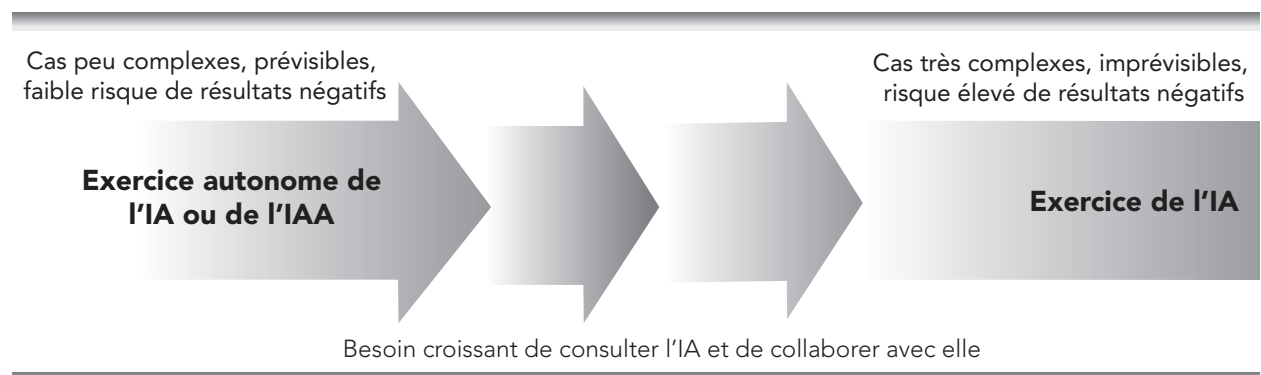


le plus vaste éventail de connaissances théoriques et pratiques pour faire face aux enjeux liés à la pratique des **soins infirmiers** et à la **composition du personnel**. L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario a notamment publié le document *L'exercice de l'IA et de l'IAA : l'infirmière, le client et l'environnement*, une directive professionnelle sur la pratique qui précise les attentes que doivent respecter les infirmières en faisant ressortir « les similarités et les différences des connaissances infirmières de base et leur impact sur l'exercice autonome¹¹ [et] faire valoir les responsabilités professionnelles des infirmières qui collaborent les unes avec les autres » (2014, p. 3). Par exemple, les IAA et les infirmières autorisées peuvent prendre en charge de manière autonome des clients dont les besoins sont peu complexes, lorsque les résultats et les réactions sont

prévisibles et qu'il y a un faible risque de résultats négatifs. Comme l'illustre la figure 4, « plus les besoins en matière de soins sont complexes, plus il est essentiel que l'infirmière assignée consulte autrui et que l'IA assume toute la gamme des soins » (OIIO, 2014, p. 5).

De la même façon, plusieurs publications concernant la réglementation des soins infirmiers reprennent cette distinction entre la pratique des IAA et des infirmières autorisées, y compris une publication conjointe de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (AIIINB) et l'Association des infirmier(ère)s auxiliaires autorisé(e)s du Nouveau-Brunswick (AIAANB) qui souligne et clarifie certaines différences clés entre les infirmières autorisées et les IAA dans la pratique clinique. La *Directive sur la collaboration intraprofessionnelle Travailler ensemble : infirmières immatriculées et infirmières*

Figure 4. Continuum des clients



Source : Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2014, p. 5.

11 Les IAA ne sont pas autonomes dans toutes les provinces et tous les territoires.

auxiliaires autorisées (2015) décrit les champs de chaque groupe et détermine l'obligation de rendre compte et les limites de leur pratique. Par ailleurs, le CRNNS et le College of Licensed Practical Nurses of Nova Scotia ont rédigé une directive conjointe, *Guidelines: Effective Utilization of [Registered Nurses] and [Licensed Practical Nurses] in a Collaborative Practice Environment* (2012), qui mise sur les valeurs, les connaissances et les compétences de réflexion critique distinctes des infirmières autorisées et des infirmières auxiliaires dans le but d'atteindre une « [traduction] collaboration plus efficace et un recours plus adéquat » dans le système de soins de santé de la province (p. 4).

Les experts de la santé perçoivent ces efforts en vue de définir les rôles des soins infirmiers comme une contribution à l'efficacité et à la rentabilité du système de santé, puisque « exercer un champ optimal signifie obtenir la configuration la plus efficace pour les différents rôles en fonction des compétences des autres professionnels » (Nelson et coll., 2014, p. 24).

En ce qui a trait au rôle de l'infirmière, « en entreprenant des évaluations détaillées de l'état et des besoins du client, les infirmières utilisent leurs connaissances approfondies et leurs capacités de cognition, de réflexion critique et de prise de décision 'pour tenir compte des indices évidents ou difficiles à saisir, pour dégager des tendances à peine discernables dans les données et pour interpréter de l'information et en faire la synthèse d'information' » (AICC, 2002c). « Cette surveillance permet aux infirmières de reconnaître les complications avant qu'elles ne deviennent plus sérieuses et

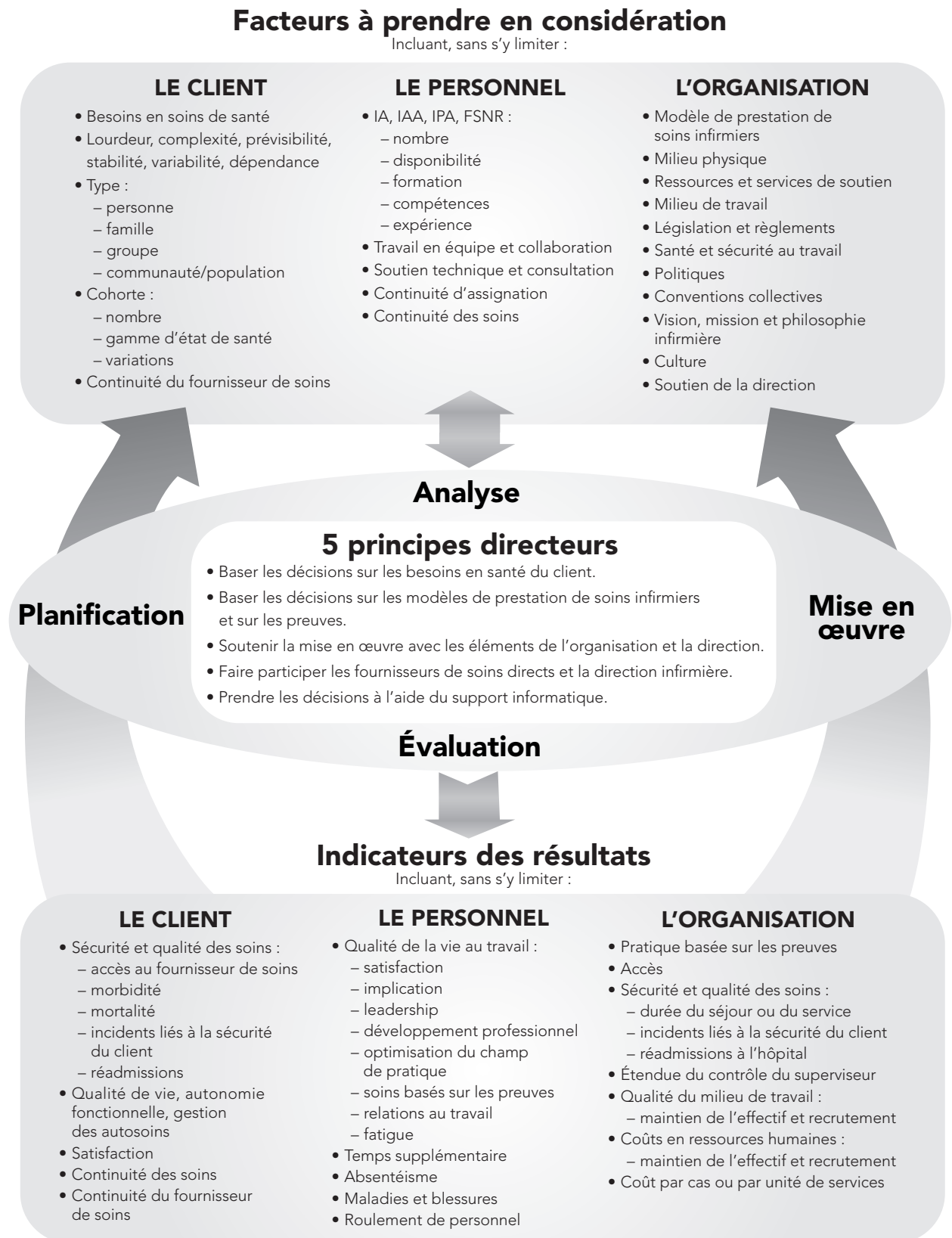
d'intervenir afin de réduire les risques pour les clients et les coûts pour le système de santé » (AICC, 2007b, p. 18).

Les infirmières possèdent également les connaissances et les compétences à la suite de leur formation au baccalauréat pour prendre part à des activités de recherche et des activités éclairées par des données probantes. « Elles ont les connaissances fondamentales nécessaires pour dégager des questions de recherche sur la pratique, [entreprendre la recherche] et utiliser les résultats de recherche afin de justifier scientifiquement les interventions en soins infirmiers, ce qui favorise des soins de qualité pour les clients (CARNA, 2005; AICC, 2002c). Cette base permet aussi aux infirmières d'être des 'guides du savoir' pour les clients en orientant ceux-ci vers des ressources crédibles, en leur apprenant à interpréter et à évaluer de l'information et en les aidant à s'y retrouver dans le système de santé » (AICC, 2007b, p. 19).

Sur le plan organisationnel, les employeurs et les administrateurs peuvent déterminer les activités qui sont du domaine des infirmières en fonction de la complexité des soins dont le patient a besoin, du besoin d'expertise clinique et de jugement, de la réflexion critique, de l'analyse, de la résolution de problèmes, de la prise de décisions et du leadership.

Un outil qui s'avère utile afin d'optimiser le champ d'exercice est le *Cadre décisionnel de la composition du personnel pour des soins infirmiers de qualité* conçu par l'AICC, le Conseil canadien de réglementation des soins infirmiers auxiliaires (CCRSIA) et la Registered Psychiatric Nurses of Canada (RPNC) (voir la figure 5).

Figure 5. Cadre décisionnel de la composition du personnel



Ce cadre est une ressource générale basée sur des données probantes qui offre une approche systématique du processus décisionnel de la composition du personnel dans tous les milieux de la pratique clinique. « Le cadre souligne les facteurs clés liés au client, à ceux liés au personnel et à ceux liés à l'organisation, ainsi qu'aux indicateurs des résultats à considérer lors de l'analyse, de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation des décisions au sujet de la composition du personnel » (AICC, CCRSIA, RPNC, 2012, p.7).

Maintien de la compétence et acquisition d'expertise

Les infirmières acquièrent, maintiennent et améliorent continuellement leurs connaissances et compétences qui ont trait à tous les aspects de leur pratique des soins infirmiers, tout en veillant à ce que leur **prise de décisions** soit **fondée sur des preuves**. L'apprentissage structuré et non structuré peut aider les infirmières à passer du niveau de débutante à celui d'experte, ce qui leur permet de répondre aux exigences des technologies, des systèmes et des théories en évolution constante, ainsi qu'aux besoins particuliers des clients et de leur propre cheminement professionnel.

Les infirmières acquièrent de l'expertise dans le domaine où elles ont choisi de pratiquer par l'auto-apprentissage, la **certification** dans une spécialité (p. ex. Programme de certification de l'AICC), des programmes de mentorat, une formation théorique avancée et l'application de **lignes directrices sur les pratiques exemplaires** (p. ex. Projet d'élaboration des directives sur les

pratiques exemplaires [DPE] de l'Ontario, créé par l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [AIIAO]). Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires aident les infirmières à passer du niveau de débutante à celui d'experte (AIIAO, 2001; Grinspun, Virani et Bajnok, 2001). Des normes et des compétences ont également été élaborées pour la plupart des spécialités infirmières nationales et l'ACESI a contribué à cette liste en évolution (p. ex. les soins palliatifs et de fin de vie et les soins infirmiers de santé publique).

Le maintien des compétences est également essentiel à une pratique infirmière de qualité et afin de renforcer la confiance du public envers la profession infirmière. Les organismes de réglementation infirmière de la plupart des provinces et des territoires ont des **programmes de maintien de la compétence** qui offrent aux infirmières un cadre leur permettant de démontrer qu'elles ont maintenu leurs compétences et aptitudes à niveau et à jour et amélioré leur pratique. Les infirmières doivent satisfaire à des exigences annuelles relatives au maintien de la compétence pour avoir le droit de renouveler leur autorisation. Ce processus comporte souvent un volet de pratique réflexive dans le cadre duquel l'infirmière réalise une autoévaluation, obtient les commentaires de pairs et élabore, met en œuvre et évalue son plan d'apprentissage. « Les infirmières à titre individuel, leurs associations professionnelles et leurs organismes de réglementation, les employeurs, les établissements d'enseignement et les gouvernements se partagent la responsabilité de promouvoir le maintien de la compétence » (AICC, 2004, p. 1).

Conduite professionnelle

Les organismes de réglementation provinciaux et territoriaux de la profession doivent réglementer les infirmières afin de protéger le public et de veiller à l'obligation de rendre compte de la profession et de ses membres dans le cadre de la prestation de soins sûrs, compétents et éthiques. La réglementation consiste non seulement à établir les **normes** de la pratique infirmière, mais également à les mettre en application dans l'intérêt du public en cas de pratique ou de conduite inacceptable.

Chaque organisme de réglementation définit ce qui constitue une pratique inacceptable ou une conduite méritant une sanction conformément à leur propre législation. Ces définitions se fondent sur ce qui est couramment perçu comme une dérogation aux normes professionnelles établies ou aux règles de la pratique.

La faute professionnelle ou la pratique inacceptable doit d'abord être déclarée afin que les organismes de réglementation puissent s'en occuper. Toutes les parties concernées, y compris les infirmières, les employeurs et les patients, ont la responsabilité de déclarer de telles pratiques aux organismes de réglementation.

Les organismes de réglementation de la profession ont mis en place des procédures de révision des préoccupations graves au sujet de la conduite professionnelle. Ces procédures visent à protéger le public tout en veillant à faire respecter les principes de justice naturelle, notamment le droit d'une infirmière d'être entendue et d'être jugée de façon impartiale.

CARRIÈRES EN SOINS INFIRMIERS

Rôles et milieux de pratique

La pratique des soins infirmiers autorisés comporte des domaines d'activité différents et interdépendants, y compris les soins directs, la formation, l'administration, la recherche et l'élaboration de politiques. Les infirmières qui ne fournissent pas de soins directs aux clients appuient leurs collègues qui prodiguent de tels soins tout en contribuant par leur leadership au système de santé, à la pratique en collaboration, à la planification des soins de santé et à la sécurité des patients ainsi qu'en faisant la promotion de l'efficacité et de l'efficacité à l'échelle du système de santé.

Les infirmières peuvent jouer de nombreux rôles différents en raison du vaste fondement de leurs connaissances, de leur engagement envers l'acquisition continue du savoir et de leur compréhension des caractéristiques à la fois du client et du système. Les infirmières sont le pivot des équipes de soins de santé, dirigent des activités de recherche structurées, gèrent des services de soins infirmiers, élaborent et présentent des programmes de formation en soins infirmiers et contribuent à des politiques publiques favorables à la santé. Elles possèdent les compétences, le savoir-faire et la capacité afin de jouer un rôle de chef de file, que ce soit afin d'améliorer les soins axés sur le client dans tout le continuum de soins, diriger des équipes interprofessionnelles de soins ou d'introduire de nouvelles politiques. Le leadership de la profession infirmière

porte sur la réflexion critique, l'intervention et la représentation, et il se manifeste dans tous les rôles et les domaines de la profession infirmière (AICC, 2009a). Le leadership infirmier renforce les services et le système de santé tout en améliorant la santé et le bien-être des Canadiens desservis (CARNA, 2011).

Beaucoup de Canadiens entretiennent la perception que le rôle de l'infirmière est restreint au milieu hospitalier, car c'est là que travaillent actuellement 62 % des professionnels des soins infirmiers (ICIS, 2015). Pourtant, les infirmières pratiquent dans une grande diversité de milieux, dont les suivants :

- ▶ les établissements de soins de longue durée;
- ▶ les centres communautaires;
- ▶ la pratique indépendante (travail autonome);
- ▶ les groupes confessionnels;
- ▶ les milieux de travail (p. ex. l'industrie, les établissements de santé mentale);
- ▶ les cliniques de consultation;
- ▶ les écoles, les collèges et les universités;
- ▶ le domicile des clients;
- ▶ « la rue »;
- ▶ les établissements correctionnels;
- ▶ les instituts de recherche;
- ▶ les organisations professionnelles de soins infirmiers et de soins de santé;
- ▶ les organismes et les ministères gouvernementaux.

On crée continuellement de nouveaux rôles et milieux de pratique pour les infirmières afin de répondre aux besoins de la population canadienne dans le domaine de la santé et d'améliorer la prestation de services de santé. Les infirmières œuvrent auprès de populations diverses, comme les peuples autochtones, et dans des environnements et des milieux de pratique variés. Les infirmières assument un rôle de plus en plus important au sein de la communauté, puisqu'elles dispensent des soins primaires à titre d'infirmière en pratique familiale et en santé communautaire, sont des prescriptrices et travaillent en cliniques dirigées par des infirmières. Elles sont également des infirmières premières intervenantes et des infirmières pivots.

Le milieu des soins de santé évolue pour offrir une expérience de soins plus axée sur la personne et la famille. Du point de vue de la personne soignante, une telle approche nécessite la collaboration avec les patients et leur famille afin de « [traduction] fournir des soins respectueux, compatissants et adaptés à la culture qui répondent aux besoins, valeurs, antécédents culturels, croyances et préférences des [patients] et des membres de leur famille provenant de divers milieux en collaborant avec eux » (gouvernement de la Saskatchewan, 2015, par. 1). À l'appui de ce changement vers des soins axés sur la personne, les infirmières dirigent l'élaboration de stratégies innovatrices qui donnent le pouvoir aux patients d'améliorer leur qualité de vie tout en apportant des solutions rentables en prestation de soins de santé (AICC, 2014).

De plus en plus, les infirmières pratiquent en équipes interprofessionnelles et dirigent de telles équipes. En tant que membre de l'équipe, les infirmières travaillent avec un certain nombre de fournisseurs de soins de santé réglementés, comme des médecins, des pharmaciens et des physiothérapeutes, des travailleurs sociaux et des ergothérapeutes, et avec des **fournisseurs de soins non réglementés** qui appuient les soins infirmiers sous leur direction.

Les soins prodigués en équipe sont particulièrement importants pour gérer le taux croissant de maladies chroniques. Plus de 40 % des adultes canadiens « ont déclaré avoir au moins une des sept maladies chroniques les plus communes – arthrite, cancer, emphysème ou maladie pulmonaire obstructive chronique, diabète, maladie du cœur, hypertension artérielle et trouble de l'humeur, à l'exclusion de la dépression » (Nasmith et coll., 2010, p.15). Comme il est souligné dans la plupart de la documentation sur le sujet, « l'importance des ressources humaines infirmières pour la prise en charge des maladies chroniques dans le cadre des soins de santé primaires est indéniable, en raison de la nécessité croissante de la participation du patient qui est facilitée par la prestation de soins en équipe » (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2012, p. 1).

La technologie permet d'élaborer de nouveaux modèles de prestation de soins et de faire évoluer la pratique infirmière. Les infirmières utilisent la télésanté, les dossiers de santé électroniques, la documentation électronique, des systèmes d'aide à la décision et d'autres technologies afin d'optimiser les soins

cliniques, l'éducation, l'administration, la recherche et d'autres initiatives du système de santé. Il est essentiel que les infirmières jouent un rôle actif dans la sélection, la conception, le déploiement et l'évaluation des solutions recourant aux technologies de l'information et de la communication (TIC). Par le fait même, les infirmières doivent avoir la possibilité d'acquérir les compétences dont elles ont besoin pour utiliser les TIC dans toutes leurs activités (AIIIC, 2006).

Cheminevements de carrière

Tel qu'il est susmentionné, la formation de base en soins infirmiers prépare les infirmières à travailler comme généralistes au moyen du baccalauréat offrant une approche générale des sciences infirmières. Chaque diplômée est prête à pratiquer en toute sécurité, avec compétence et d'une façon conforme à l'éthique auprès des personnes qui en sont à tous les stades de la santé et de la maladie, à n'importe quel moment de leur cycle de vie et dans n'importe quel milieu. Les infirmières sont formées pour travailler auprès de personnes, de leur famille, de groupes, de communautés et de populations issus de différents milieux.

Les compétences évoluent et s'améliorent au fil de la carrière de l'infirmière. À mesure que l'infirmière se perfectionne, au moyen de la pratique et de la formation continue, elle progresse dans un continuum de pratique pour passer du stade de novice à celui d'experte.

La spécialisation consiste à se concentrer sur un domaine de la pratique des soins infirmiers ou des soins de santé qui englobe un niveau de connaissances

théoriques et pratiques portant sur un aspect particulier de la profession et dépassant celles qu'on acquiert au cours d'une formation infirmière de base (Miller, 2002). La pratique spécialisée¹² dans tout domaine (clinique, recherche, administration, politique et éducation) peut être reliée aux aspects suivants :

- ▶ l'âge du client (p. ex. pédiatrie, gérontologie);
- ▶ le problème de santé du client (p. ex. gestion de la douleur, deuil);
- ▶ le groupe de diagnostics (p. ex. orthopédie, chirurgie vasculaire);
- ▶ le milieu de travail (p. ex. domicile des clients, urgence, école, bureau du gouvernement, établissement de recherche);
- ▶ le type de soins (p. ex. soins primaires, soins palliatifs, soins intensifs, santé du travail, santé publique ou une combinaison de ces aspects, p. ex. oncologie pédiatrique) (AIIIC, 2008a).

Un certain nombre d'infirmières valident leurs compétences dans une spécialité par un titre qui confirme leur niveau avancé de connaissances et de savoir-faire. La certification est une forme de reconnaissance des titres qu'offrent des employeurs, des établissements d'enseignement, des organismes de réglementation et l'AIIIC. Par exemple, le Programme de certification de l'AIIIC reconnaît actuellement 20 spécialités des soins infirmiers dans lesquelles il est possible d'obtenir une certification nationale. Les infirmières qui obtiennent

la certification de l'AIIIC ont le droit d'utiliser un titre après leur nom pour désigner leur spécialisation. Par exemple, la désignation d'une infirmière certifiée en soins infirmiers cardiovasculaires est CSIC(C) (AIIIC, 2015).

Dans certaines provinces, les termes « spécialiste », « spécialité », « pratique spécialisée », « spécialisation » et « certification » ont des significations particulières aux fins de la réglementation.

Certains cheminements de carrière exigent une autorisation supplémentaire. Par exemple, certaines infirmières, grâce à une combinaison d'expériences ciblées et d'études supérieures, accèdent à la pratique infirmière avancée (AIIIC, 2008a). Au Canada, les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmières praticiennes assument les rôles de niveau avancé les plus reconnus.

De nombreuses infirmières poursuivent une carrière dans le domaine des politiques et de l'administration et occupent des postes de leadership. Ces carrières organisationnelles en soins de santé et au sein d'organismes, comprenant des postes de cadre supérieur, existent au niveau local, régional, provincial-territorial et national. Les infirmières qui optent pour de telles carrières combinent souvent leur formation initiale en soins infirmiers et une maîtrise dans une autre discipline que les sciences infirmières, comme les affaires ou l'administration de la santé.

12 Le Réseau canadien des spécialités en soins infirmiers représente un groupe d'infirmières et infirmiers engagés qui sont membres de l'une des 45 associations nationales de spécialités infirmières.

Mon cheminement de carrière m'a amené à travailler comme bénévole en soins actifs et au service des urgences à l'adolescence, comme infirmière en soins actifs et palliatifs, à coprésider un conseil régional en pratique des soins infirmiers, à œuvrer comme infirmière clinicienne en chef et consultante en pratique professionnelle et à obtenir ma maîtrise en sciences infirmières dans le domaine du leadership de la pratique avancée ainsi qu'à occuper mon rôle actuel de gestionnaire d'un bureau de vice-présidents directeurs, de directeur des opérations et de médecin en chef.

Divers chefs de file en soins infirmiers, comme notre infirmière en chef, m'ont permis de perfectionner mes compétences en direction des soins infirmiers, en m'encourageant à faire entendre ma voix d'infirmière et à contribuer à la prestation de soins adéquats dans tout le continuum de soins de santé pour créer des partenariats stratégiques internes et externes à l'organisation, et en soutenant notre personnel pour offrir les meilleurs soins tout en prenant soin de leur propre santé. Dans ma pratique, on me demande

souvent si mon vrai travail d'infirmière me manque, question que j'accueille positivement. Cela permet d'aborder le sens premier des soins infirmiers, puisque je travaille comme infirmière tous les jours. Mes compétences en évaluation et en écoute empathique comme infirmière en soins directs en chirurgie et en soins palliatifs continuent de s'appliquer à ma pratique en tant que directrice des soins infirmiers, où je peux maintenant initier des changements dans un contexte plus vaste. Je puise dans mon expérience clinique chaque jour et m'efforce de toujours intégrer et tenir compte du point de vue des patients, de la famille et de la population en matière de santé pour appuyer les hauts dirigeants de l'organisation dans le processus de prise de décisions. Le perfectionnement professionnel de mes pairs me tient vraiment à cœur. Je suis toujours aux aguets afin de reconnaître le potentiel d'autres chefs de file en soins infirmiers et les occasions de les « accompagner » pour perfectionner leur capacité d'apporter des changements aux complexités du système de santé actuel.

- Christina Berlanda, inf. aut., B.Sc.Inf.

LA PORTÉE ET LES RETOMBÉES DU TRAVAIL DES INFIRMIÈRES

Les infirmières apportent une contribution essentielle à la santé des Canadiens et au système de santé du Canada. La recherche appuie le lien entre la pratique des infirmières et les résultats positifs pour les clients et le système. Par exemple, on démontre constamment et dans tout un éventail de milieux de soins de santé que les interventions infirmières ont un effet positif sur les clients. Les améliorations générales sont les suivantes :

- ▶ résultats cliniques (contrôle ou prise en charge de symptômes, tels que la fatigue, les nausées et les vomissements, la dyspnée et la douleur);
- ▶ résultats fonctionnels (fonctionnement physique et psychosocial et aptitude à prendre soin de soi);
- ▶ résultats pour la sécurité (diminution des événements indésirables et des complications, telles que les plaies de pression et les chutes);
- ▶ résultats perceptuels (satisfaction à l'égard des soins infirmiers et de leurs résultats).

(Doran, 2003; White, Pringle, Doran et McGillis Hall, 2005)

Parmi les études de recherche précises, les résultats sur les soins directs des infirmières comprennent :

- ▶ L'ajout d'un patient de plus à la charge de travail de l'infirmière augmenterait la probabilité de mortalité de 7 % des patients hospitalisés dans

les 30 jours suivant leur admission (Aiken et coll., 2014).

- ▶ Un pourcentage plus élevé d'infirmières autorisées par rapport au fournisseur de soins non réglementé contribuerait à réduire le nombre de chutes (Patrician et coll., 2011).
- ▶ Une analyse coût-avantage des services de santé en milieu scolaire fournis par des infirmières à temps plein a démontré que la société obtiendrait 2,20 \$ pour chaque dollar investi (Wang et coll., 2014).
- ▶ Chez les patients ayant une fracture de la hanche, les probabilités de mortalité en milieu hospitalier diminueraient de 0,16 pour chaque infirmière supplémentaire ayant un statut équivalent temps plein par patient par jour (Schilling, Goulet et Dougherty, 2011).

Saisissez chaque occasion d'élargir ou d'améliorer l'ensemble de vos connaissances et compétences. Ne redoutez pas le changement. Au lieu de tirer sur un fil et de découdre complètement un chandail, pensez plutôt que vous avez en main un fil solide et que vous ramassez les autres fils sur votre chemin pour tisser votre propre carrière. Le fil de ma carrière a commencé par ma passion pour les soins infirmiers d'urgence, un tremplin qui m'a mené vers bien d'autres carrières en soins infirmiers sur terre, en mer et dans les airs.

- Dorothy Latimer, inf. aut.

- ▶ Une augmentation de 0,71 heure de travail quotidien de l'infirmière par patient est associée à 45 % moins de visites à l'urgence après avoir obtenu son congé de l'hôpital (Bobay, Yakusheva et Weiss, 2011).
 - ▶ Une augmentation de 8 % des soins directs aux patients dispensés par les infirmières est reliée à une amélioration de 30 % de la réceptivité des patients face aux fournisseurs de soins (O'Connor, Ritchie, Drouin et Covell, 2012).
 - ▶ En augmentant le nombre de points d'accès aux soins, en coordonnant les soins et en aidant les patients à s'y retrouver dans le système de santé, les infirmières réduisent les temps d'attente et fournissent un accès aux soins en temps opportun (AICC, 2009b).
 - ▶ Plus les niveaux de dotation en personnel augmentent, plus le risque d'infections nosocomiales et la durée du séjour à l'hôpital diminuent (Dall, Chen, Seifert, Maddox et Hogan, 2009).
 - ▶ Un examen systématique et une méta-analyse de 28 études internationales entre les niveaux de dotation infirmière et les résultats pour les patients, commandés par la Agency for Healthcare Research and Quality (U.S. Dept. of Health and Human Services), a fourni des preuves importantes que la dotation infirmière est liée à de meilleurs résultats pour les patients. Ces résultats comportent une diminution des probabilités de pneumonie nosocomiale, de mortalité à l'hôpital (en unités de soins intensifs), d'extubation imprévue, de défaillance respiratoire et d'arrêt cardiaque et un risque plus faible du défaut de porter secours (aux patients chirurgicaux) (Kane, Shamliyan, Mueller, Duval et Wilt, 2007).
 - ▶ Des modèles de soins proactifs, ciblés et dirigés par le personnel infirmier, qui mettent l'accent sur l'autogestion préventive des malades chroniques, sont soit plus efficaces et à coût égal ou moindre, soit tout aussi efficaces et moins coûteux que le modèle de soins habituel (Browne, Birch et Thabane, 2012).
 - ▶ Toute infirmière supplémentaire travaillant en milieu hospitalier entraînera une réduction des coûts médicaux annuels de plus de 60 000 \$ et une productivité nationale améliorée (ce qui représente 72 % des coûts de la main-d'œuvre) (Dall et coll., 2009).
 - ▶ On établit un lien entre une proportion plus élevée d'heures de soins fournis par les infirmières et une réduction nette des coûts découlant d'une diminution de la durée des séjours à l'hôpital et de résultats indésirables évités (Needleman, Buerhaus, Stewart, Zelevinsky et Mattke, 2006).
- Les infirmières ont besoin de ressources et d'aide pour prodiguer des soins de qualité et avoir un effet positif sur l'état de santé du client. Un milieu de pratique de qualité appuie la prestation de soins « sécuritaire, compatissante, compétente et conforme à l'éthique tout en optimisant la santé des clients et des infirmières » (AICC et Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers

[FCSII], 2015, p. 1). La responsabilité de créer, d'appuyer et de maintenir des milieux de pratique de qualité est partagée par « les infirmières, les employeurs, les organismes de réglementation, les associations professionnelles, les établissements d'enseignement, les syndicats, les organisations de prestation et d'agrément des services de santé, les gouvernements et la population » (AICC et FCSII, 2015, p. 1).

Le personnel infirmier renforce l'accès au système de santé et la confiance qu'en ont les personnes, qui peuvent ainsi obtenir des services universels ciblés – sans devoir passer par les services de santé généraux – qui favorisent la santé, réduisent les méfaits et préviennent les maladies en toute équité. Il donne accès à un éventail important de services de santé et sociaux aux clients de la rue qui autrement n'y auraient pas accès. En tant qu'infirmier travaillant dans la rue, je fournis notamment des services de réduction des méfaits fondés sur des données probantes aux clients nécessaires tout en les habilitant à avoir des pratiques sûres qui préviennent la propagation des infections et réduisent les méfaits.

– Daniel Awshek, inf. aut., B. Sc. inf., ISP

REGARD VERS L'AVENIR

Qu'est-ce que l'avenir réserve aux infirmières du Canada?

La Commission nationale d'experts (CNE) croit que « la prévention, le dépistage précoce et la gestion des maladies chroniques sont indispensables à la limitation des coûts futurs des soins de santé, à mesure que notre population vieillit. Le savoir et la pratique du personnel infirmier correspondent l'un comme l'autre à la promotion du vieillissement en santé et à la gestion des maladies chroniques » (CNE, 2012, p. 12).

En allant de l'avant, de plus en plus les infirmières...

- ▶ inciteront les personnes et les communautés à prendre en charge leur propre santé;
- ▶ s'occuperont des malades et assumeront un rôle de leadership pour aider les clients à prendre en charge les maladies chroniques;
- ▶ assumeront des rôles, tels que l'établissement d'objectifs, la surveillance, l'encadrement, le soutien téléphonique et l'éducation collective;
- ▶ aideront les clients à prendre leurs propres décisions en matière de soins, de qualité de vie et de promotion de leur santé à toutes les étapes de leur vie;

- ▶ contribueront à modifier la formation en santé qui se fonde sur un modèle de traitement des maladies pour qu'elle soit dorénavant axée sur un modèle qui vise à garder les gens en bonne santé tout en prodiguant les soins et le soutien nécessaires dans la communauté.

Nous sommes d'avis que les infirmières canadiennes doivent « jouer un rôle plus actif de chefs de file de la transformation du système, notamment un renouvellement approfondi des modes de déploiement et d'emploi du personnel infirmier. Pour ce faire, il faudra appuyer chaque infirmière et infirmier et s'attendre à ce que chacune et chacun exerce pleinement les fonctions relevant de son champ de pratique. Il faut aussi élargir la portée de ce dernier en conséquence, pour répondre aux besoins de santé changés et changeants et y intégrer des fonctions qui comprennent, sans toutefois s'y limiter, le droit de prescription, l'admission et le congé de patients dans tous les types d'établissements de santé » (CNE, 2012, p. 37).

« Le moment est venu de mettre à l'épreuve la valeur d'un modèle proactif, ciblé et dirigé par le personnel infirmier de soins complets de ces maladies dans lequel le médecin serait un membre de l'équipe, chacun faisant ce qu'il sait faire de mieux et l'infirmière faisant appel à tous les services de santé et les services sociaux qui renforcent les déterminants de la santé d'une personne » (Browne, Birch et Thabane, 2012, p. 29).

En allant de l'avant, de plus en plus les infirmières...

- ▶ dirigeront des équipes coopératives de professionnels de la santé et soutiendront les membres du personnel;
- ▶ amélioreront l'accès aux soins en tant que points d'entrée aux systèmes de promotion de la santé et de prévention et de prise en charge des maladies;
- ▶ contribueront à améliorer les soins par la prescription de médicaments et leur travail dans tout le continuum de soins;
- ▶ assumeront un rôle de leadership afin d'aborder les déterminants sociaux de la santé;
- ▶ feront valoir la viabilité des soins de santé grâce à l'amélioration de la qualité, de l'efficacité et de l'efficacéité.

« Le personnel infirmier du pays peut et doit agir en concertation avec les autres professionnels de la santé et les dirigeants du système afin que toute la population canadienne bénéficie d'une meilleure santé, de meilleurs soins et d'une meilleure valeur. Les infirmières, de par leur nombre et leur savoir collectif, représentent une puissante force de changement. Les Canadiens s'attendent à ce qu'ils mobilisent ce pouvoir et agissent » (CNE, 2012, p.1).

En allant de l'avant, de plus en plus les infirmières...

- ▶ feront preuve de leadership dans tous les domaines du système de santé;
- ▶ occuperont des postes de haute direction, en éducation, recherche et élaboration de politiques en plus de prodiguer des soins cliniques directs.

Le leadership des infirmières se caractérisera par huit compétences essentielles :

1. « une perspective ou une attitude mondiale face aux soins de santé et aux enjeux des soins infirmiers professionnels;
2. des aptitudes en technologie qui facilitent la mobilité et la transférabilité des liens, des échanges et des processus opérationnels;
3. des techniques décisionnelles d'expert enracinées dans la science empirique;
4. la capacité de créer des cultures organisationnelles qui transcendent les soins de santé de qualité et la sécurité des patients et des travailleurs;
5. la capacité de comprendre les processus politiques et d'intervenir de façon appropriée dans ce domaine;
6. des techniques très développées de collaboration et d'édification d'équipe;
7. la capacité d'établir un équilibre entre l'authenticité et les attentes au niveau du rendement;

8. la capacité d'établir une vision d'un système de santé caractérisé par le changement rapide et le chaos et de s'y adapter de façon proactive » (Huston, « Preparing Nurse Leaders for 2020 » [tel que cité dans AIIIC, 2009a, p. 7]).

Sans égard à l'orientation future que prendra la prestation des soins de santé, les infirmières continueront de jouer un rôle crucial dans le système. L'histoire démontre clairement que leur rôle est dynamique et qu'il évolue en réponse aux nombreuses influences internes et externes de la profession. Les infirmières doivent rendre compte non seulement de la qualité et de la sécurité des soins qu'elles prodiguent, mais aussi du rôle qu'elles jouent dans l'orientation de l'avenir des soins de santé au Canada en faisant entendre le point de vue de leur profession aux planificateurs du secteur de la santé. Les infirmières continuent et continueront avant tout d'offrir des soins responsables, conformes à l'éthique, compétents et compatissants dans leurs rôles respectifs variés.

Dans l'avenir, les soins de santé doivent découler d'un travail d'équipe concerté où le personnel infirmier travaillera en collaboration avec d'autres professionnels de la santé et des sources communautaires pour assurer des soins optimaux à tous les Canadiens.

- Association des étudiant(e)s infirmier(ères) du Canada

Glossaire

Accord sur le commerce intérieur.

Un accord intergouvernemental (1995) afin de « réduire et éliminer, dans la mesure du possible, les obstacles à la libre circulation des personnes, des produits, des services et des investissements à l'intérieur du Canada, et établir un marché intérieur ouvert, performant et stable » (Secrétariat du commerce intérieur, s.d., par. 1).

Aptitude à pratiquer. Toutes les qualités et les capacités d'une personne qui ont trait à sa capacité de pratiquer comme infirmière, y compris notamment l'absence de tout problème cognitif, physique, psychologique ou affectif ou d'une dépendance à l'alcool ou aux drogues qui nuit à sa capacité de pratiquer les soins infirmiers (CRNBC, 2015, p. 19).

Autorisation d'exercer, permis ou droit d'exercice. Processus prévu dans la loi par lequel on autorise une infirmière à pratiquer. À la suite d'une évaluation des compétences requises, le nom d'une infirmière et d'autres renseignements pertinents peuvent être inscrits dans le registre ou tableau des infirmières tenu par l'organisme de réglementation de la profession d'une province ou d'un territoire.

Certification. Au moyen de la certification, une infirmière démontre des compétences dans une spécialité en soins infirmiers et satisfait aux normes préétablies et confirmées par un organisme professionnel. Nota : Dans certaines provinces, le terme *certification* a une

signification particulière aux fins de la réglementation.

Client. La personne ou le client qui bénéficie des soins dispensés par une infirmière peut être un particulier, mais le client peut aussi être une famille, un groupe, une communauté ou une population.

Collaboration interprofessionnelle.

Processus d'élaboration et de maintien de relations interprofessionnelles efficaces avec les apprenants, les praticiens, les patients ou les clients, les familles et les communautés afin de favoriser des résultats optimaux sur la santé. Les aspects de la collaboration comprennent le respect, la confiance, la prise de décisions partagée et les partenariats (Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, 2010, p. 8).

Compétence. Une compétence décrit la combinaison des connaissances théoriques et pratiques, du jugement et des caractéristiques personnelles qu'une infirmière doit avoir pour pratiquer de manière sûre et conforme à l'éthique dans un rôle et un milieu donnés. (Les caractéristiques personnelles comprennent, sans s'y limiter, les attitudes, les valeurs et les croyances.)

Complexe. Degré caractérisant l'état de santé ou la situation du patient et qui est influencé par diverses variables (par ex. diagnostic multiple, processus décisionnel affaibli, dynamique familiale difficile) (CRNBC, 2011) (AICC, CCRSIA et RPNC, 2012, p. 3).

Composition du personnel.

Combinaison et nombre de personnes dont l'activité est réglementée ou non et qui dispensent des soins infirmiers directs à des clients (McGillis Hall, 2004) dans des milieux où pratiquent des infirmières (AIIIC, CCRSIA et RPNC, 2012, p. 3).

Fournisseurs de soins non réglementés.

Fournisseurs de soins de santé rémunérés non régis par un organisme de réglementation, sans champ d'exercice défini légalement, qui peuvent avoir ou non la formation obligatoire ou des normes de pratique établies (Ordre des infirmières et des infirmiers du Manitoba, 2010). Ces travailleurs fournissent des soins afin de soutenir le client sous supervision directe ou indirecte par une infirmière autorisée (College and Association of Registered Nurses of Alberta, College of Licensed Practical Nurses of Alberta et College of Registered Psychiatric Nurses of Alberta, 2010, p. 2) et sont responsables de leurs actions et décisions personnelles (CRNNS, 2004, p. 10) (AIIIC, CCRSIA et RPNC, 2012, p. 4).

Lignes directrices sur les pratiques exemplaires.

« Les meilleures pratiques sont des recommandations pouvant évoluer à partir de l'expérience, du jugement et de la perspective d'experts, de même qu'à partir d'une recherche soutenue » (Santé Canada, 2008). Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires sont des énoncés systématiques (fondés sur les meilleures données probantes disponibles) de la pratique recommandée en milieu de travail clinique précis ou sain qui visent à orienter les praticiens

et les questionnaires afin de prendre des décisions cliniques (Field et Lohr, 1990) (AIIAO, 2012, p. 7).

Norme. Niveau souhaité et atteignable de rendement en fonction duquel il est possible de comparer le rendement réel. Il s'agit du niveau minimal de rendement accepté (CRNBC, 2013, p. 5).

Prise de décisions éclairée par des preuves.

La prise de décision éclairée par des preuves constitue un processus interactif et continu qui oblige à tenir compte de façon explicite, consciencieuse et judicieuse des meilleures preuves disponibles pour dispenser des soins. Elle est essentielle si l'on veut optimiser les résultats pour les clients considérés individuellement, promouvoir la santé des populations et des communautés, améliorer la pratique clinique, rentabiliser les soins infirmiers et assurer la responsabilisation et la transparence dans la prise de décisions au sein du système de santé (AIIIC, 2010, p. 1).

Processus d'examen de la conduite professionnelle.

Processus qui vise à donner suite aux allégations de conduite et de pratique inacceptables par des infirmières. Ce processus comporte des mécanismes d'enquête et, dans certains cas, d'imposition de mesures disciplinaires et d'appels.

Programme de maintien de la compétence.

Programme destiné à favoriser l'acquisition d'un certain niveau de compétence par les infirmières et son maintien pendant toute leur carrière (AIIIC, 2000, p. 7).

Santé. « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2006, par. 1). En mars 2006, le Conseil d'administration de l'AIIC a décidé de chercher à faire inclure le concept du « mieux-être spirituel » dans la définition de la santé de l'OMS.

Soins infirmiers. On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux personnes de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le

cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier, citons encore la représentation, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que la formation (Conseil international des infirmières, 2014, par. 1).

ANNEXE A

DÉFINITIONS DES VALEURS DU CODE DE DÉONTOLOGIE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Valeurs

Accepter l'obligation de rendre compte. Les infirmières¹³ doivent rendre compte de leurs actions et répondre de leur pratique.

Fournir des soins sécuritaires, compatissants, compétents et conformes à l'éthique. Les infirmières fournissent des soins sécuritaires, compatissants, compétents et conformes à l'éthique.

Préserver la dignité. Les infirmières reconnaissent et respectent la valeur intrinsèque de chaque personne.

Promouvoir et respecter la prise de décisions éclairées. Les infirmières reconnaissent, respectent et favorisent le droit des personnes d'être informées et de prendre des décisions.

Promouvoir la justice. Les infirmières défendent les principes de justice en protégeant les droits de la personne, l'équité et l'impartialité et en favorisant le bien public.

Promouvoir la santé et le bien-être. Les infirmières s'efforcent d'aider les personnes à atteindre le meilleur état de santé et de bien-être possible.

Respecter la vie privée et protéger la confidentialité. Les infirmières reconnaissent l'importance de la vie privée et de la confidentialité et protègent les renseignements personnels, familiaux et communautaires obtenus dans le cadre d'une relation professionnelle.

13 Le terme *infirmière* employé dans le présent cadre est remplacé par *infirmière autorisée* dans le Code.

ANNEXE B

EXEMPLES D'ÉNONCÉS DES COMPÉTENCES INFIRMIÈRES DE NIVEAU DÉBUTANT D'ORGANISMES DE RÉGLEMENTATION

Responsabilité professionnelle et obligation de rendre compte

- ▶ Reconnaît sa compétence personnelle dans le cadre du champ d'exercice établi par la loi et demande un soutien et une aide au besoin
- ▶ Fait preuve d'interrogation critique face aux nouvelles connaissances ou technologies qui modifient, améliorent ou soutiennent la pratique infirmière

Pratique fondée sur des connaissances

- ▶ Possède une base de connaissances en sciences infirmières, en sciences sociales, en sciences humaines et dans le domaine de la recherche en santé (p. ex. culture, relations de pouvoir, spiritualité, raisonnement philosophique et éthique)
- ▶ Possède une base de connaissances en sciences de la santé, y compris

l'anatomie, la physiologie, la physiopathologie, la psychopathologie, la pharmacologie, la microbiologie, l'épidémiologie, la génétique, l'immunologie et la nutrition

Pratique conforme à l'éthique

- ▶ S'acquitte de ses responsabilités déontologiques et de ses obligations juridiques en ce qui concerne la protection de la vie privée, la confidentialité des renseignements personnels et la sécurité du client dans toutes les formes de communication, y compris les médias sociaux
- ▶ Fait preuve d'honnêteté, d'intégrité et de respect dans toutes ses interactions professionnelles

Service au public

- ▶ Applique le principe selon lequel le but premier de l'infirmière est d'exercer sa profession dans l'intérêt supérieur du public et de protéger le public contre les préjudices
- ▶ Fait preuve de leadership dans la coordination des soins de santé :
 - en assignant le personnel en matière de soins aux clients;
 - en déléguant et en évaluant la performance de certains membres de l'équipe des soins de santé dans l'exécution d'activités infirmières déléguées;
 - en favorisant la continuité des soins aux clients.

Autoréglementation

- ▶ Fait la distinction entre le champ d'exercice établi par la loi et la compétence personnelle de chaque infirmière
- ▶ Démontre le maintien de sa compétence et son état de préparation en vue de satisfaire aux exigences réglementaires :
 - en évaluant sa pratique et sa compétence personnelle pour cerner ses besoins d'apprentissage;
 - en élaborant un plan d'apprentissage à l'aide de diverses ressources (p. ex. autoévaluation, rétroactions des pairs);
 - en recherchant et en utilisant de nouvelles connaissances qui peuvent améliorer, soutenir ou influencer la compétence de la pratique;
 - en mettant en œuvre et en évaluant l'efficacité de son plan d'apprentissage et en dressant de futurs plans d'apprentissage afin de maintenir et d'améliorer sa compétence en tant qu'infirmière.

Références

Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L. et Neff, D. F. (2011). Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Medical Care*, 49, 1047-1053. DOI :10.1097/MLR.0b013e3182330b6e

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Cheung, R. B., Sloane, D. M. et Silber, J. H. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Journal of the American Medical Association*, 290, 1617-1623.

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., . . . RN4CAST consortium. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *Lancet*, 383, 1824-1830. DOI :10.1016/S0140-6736(13)62631-8

Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (2011a). *Formation au baccalauréat et programmes de baccalauréat* [énoncé de position]. Ottawa : auteur.

Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (2011b). *Master's level of nursing* [énoncé de position]. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2012). *Toolkit: Implementation of best practice guidelines* (2^e éd.). Toronto : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada, Conseil canadien de réglementation des soins infirmiers auxiliaires, Registered Psychiatric Nurses of Canada. (2012). *Cadre décisionnel de la composition du personnel pour des soins infirmiers de qualité*. Ottawa : auteurs.

Association des infirmières et infirmiers du Canada, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. (2015). *Milieus de pratique : optimiser les résultats pour les clients, les infirmières et infirmiers et les organisations* [énoncé de position commun]. Ottawa : auteurs.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2000). *Cadre national pour les programmes de maintien des compétences chez les infirmières autorisées*. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2002). *Guide de discussion – la contribution unique de l'infirmière*. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2004). *Appui au maintien de la compétence infirmière* [énoncé de position]. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2006). *L'information infirmière et la gestion du savoir* [énoncé de position]. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2007a). *Cadre canadien de réglementation des infirmières et infirmiers* [énoncé de position]. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2007b). *Cadre de pratique des infirmières et infirmiers au Canada*. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008a). *La pratique infirmière avancée : Un cadre national*. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008b). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2009a). *Le leadership de la profession infirmière* [énoncé de position]. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2009b). *Les infirmières et infirmiers aux premières lignes des temps d'attente – pour aller de l'avant*. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2010). *Prise de décision et pratique infirmière éclairées par des preuves* [énoncé de position]. Ottawa : auteur

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2013). *Les déterminants sociaux de la santé* [énoncé de position]. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2014). Solutions des infirmières et infirmiers autorisés en soins aux personnes âgées. http://cna-aiic.ca/~media/cna/files/fr/person_and_family_care_older_adult_f.pdf

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2015). Soins infirmiers cardiovasculaires. <http://inf-fusion.ca/fr/certification/quest-ce-que-la-certification/competences-selon-les-specialites/designations-autorisees/soins-infirmiers-cardiovasculaires>

Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés du Nouveau-Brunswick. (2015). *Directive sur la collaboration intraprofessionnelle - Travailler ensemble : infirmières immatriculées et infirmières auxiliaires autorisées*. <http://www.nanb.nb.ca/media/resource/NANB-GuidelinesIntraprofessionalCollaborationRNsandLPNsWorkingTogether-F-2015-10.pdf>

Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador. (2006). *Scope of nursing practice: Definition, decision-making and delegation*. St. John's : auteur.

Berman, A. et Snyder, S. (2012). *Kozier and Erb's fundamentals of nursing: Concepts, process and practice* (9th ed.). Toronto : Pearson.

Blegen, M. A., Goode, C. J., Park, S. H., Vaughn, T. et Spetz, J. L. (2013). Baccalaureate education in nursing and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 43(2), 89-94.

Bobay, K., Yakusheva, O. et Weiss, M. (2011). Outcomes and cost analysis of the impact of unit-level nurse staffing on post-discharge utilization. *Nursing Economics*, 29(2), 69-78, 87.

Browne, G., Birch, S. et Thabane, L. (2012). *De meilleurs soins: une analyse des soins infirmiers et des résultats du système de santé*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Association des infirmières et infirmiers du Canada.

- College and Association of Registered Nurses of Alberta. (2011). *Scope of practice for registered nurses*. Edmonton : auteur.
- College of Registered Nurses of British Columbia [CRNBC]. (2013). *Professional standards for registered nurses and nurse practitioners*. Vancouver : auteur.
- College of Registered Nurses of Nova Scotia, College of Licensed Practical Nurses of Nova Scotia. (2012). *Guidelines: Effective utilization of RNs and LPNs in a collaborative practice environment*. Halifax : auteurs.
- College of Registered Nurses of Nova Scotia. (2015). Jurisprudence examination: The basics. <http://www.crnns.ca/default.asp?id=190&sfield=content.id&search=6546&mn=414.1116.1128.23222.23225>
- Commission nationale d'experts. (2012). *Un appel à l'action infirmière : La santé de notre nation, l'avenir de notre système de santé*. Ottawa : Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Conseil canadien de réglementation des soins infirmiers auxiliaires. (2012). *JCP entry-level registered nurse competencies*. http://www.ccnr.ca/assets/jcp_rn_competencies_2012_edition.pdf
- Conseil canadien de réglementation des soins infirmiers auxiliaires. (2015). *2015 NCLEX RN exam*. http://www.ccnr.ca/index_files/CCRNRCLEX.html
- Conseil international des infirmières. (2014). La définition des soins infirmiers du CII. <http://www.icn.ch/fr/about-icn/icn-definition-of-nursing/>
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. (2010). *A national interprofessional competency framework*. Vancouver : auteur.
- CRNBC. (2015). *Competencies in the context of entry-level registered nurse practice in British Columbia*. Vancouver : auteur.
- Dall, T. M., Chen, Y. J., Seifert, R. F., Maddox, P. J. et Hogan, P. F. (2009). The economic value of professional nursing. *Medical Care*, 47, 97-104. doi:10.1097/MLR.0b013e3181844da8
- Doran, D. M. (dir.). (2003). *Nursing-sensitive outcomes: State of the science*. Sudbury, MA : Jones and Bartlett.
- Estabrooks, C. A., Midodzi, W. K. et Cummings, G. G. (2005), The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nursing Research*, 54, 74-84.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2012). *Synthèse des données probantes sur l'efficacité des équipes interprofessionnelles en soins primaires*. Document commandé par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Ottawa : auteur.
- Friese, C. R., Lake, E. T., Aiken, L. H., Silber, J. H. et Sochalski, J. (2008). Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health Services Research*, 43, 1145-1163. DOI :10.1111/j.1475-6773.2007.00825.x

Government of Saskatchewan. (2015). *Patient and family-centred care: Putting patients and families first*. <https://www.saskatchewan.ca/live/health-and-healthy-living/health-care-provider-resources/saskatchewan-health-initiatives/patient-and-family-centred-care>

Grinspun, D., Virani, T. et Bajnok, I. (2001). Nursing best practice guidelines: The RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario) project. *Hospital Quarterly*, 4(2), 54-57.

Institut canadien d'information sur la santé. (2015). *Le personnel infirmier réglementé 2014*. Ottawa : auteur.

Jurisdictional Competency Process. (2012). *Competencies in the context of entry-level registered nurse practice*. Site Web du Conseil canadien des organismes de réglementation de la profession infirmière : http://www.ccrnr.ca/assets/jcp_rn_competencies_2012_edition.pdf

Kane, R., Shamliyan, T. A., Mueller, C., Duval, S. et Wilt, T. J. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Medical Care*, 45, 1195-1204.

Kozier, B. J., Erb, G., Berman, A. T., Snyder, S., Buck, M., Yiu, L. et Stamler, L. L. (2013). *Fundamentals of Canadian nursing: Concepts, process, and practice* (3^e éd. canadienne). Toronto : Pearson Education Canada.

Miller, J. (2002). *Specialization in nursing: A background paper*. Version finale soumise à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Document non publié.

Musée canadien des civilisations. (2004). Brève histoire des soins infirmiers au Canada, de la Nouvelle-France à aujourd'hui. <http://www.historymuseum.ca/cmhc/exhibitions/tresors/nursing/nchis01f.shtml>

Nasmith, L., Ballem, P., Baxter, R., Bergman, H., Colin-Thomé, D., Hebert, C., ... Zimmerman, B. (2010). *Comment transformer les soins offerts aux Canadiens souffrant de maladie chronique : Plaçons la personne au premier plan, exigeons l'excellence, centrons-nous sur les résultats*. Ottawa : Académie canadienne des sciences de la santé.

Needleman, J., Buerhaus, P. I., Stewart, M., Zelevinsky, K. et Mattke, S. (2006). Nurse staffing in hospitals: Is there a business case for quality? *Health Affairs*, 25, 204-211. DOI :10.1377/hlthaff.25.1.204

Nelson, S., Turnbull, J., Bainbridge, L., Caulfield, T., Hudon, G., Kendel, D., ... Sketris, I. (2014). Optimisation des champs d'exercice: de nouveaux modèles de soins pour un nouveau système de soins de santé. Ottawa : Académie canadienne des sciences de la santé.

O'Brien-Pallas, L. L., Doran, D. I., Murray, M., Cockerill, R., Sidani, S., Laurie-Shaw, B. et Lochhass-Gerlach, J. (2001). Evaluation of a client care delivery model, part 1: Variability in nursing utilization in community home nursing. *Nursing Economics*, 19, 267-276.

O'Brien-Pallas, L. L., Doran, D. I., Murray, M., Cockerill, R., Sidani, S., Laurie-Shaw, B. et Lochhass-Gerlach, J. (2002). Evaluation of a client care delivery model, part 2: Variability in client outcomes in community home nursing. *Nursing Economics*, 20, 13-21, 36.

O'Connor, P., Ritchie, J., Drouin, S. et Covell, C. L. (2012). Redesigning the workplace for 21st century healthcare. *Healthcare Quarterly*, 15, 30-35. DOI :10.12927/hcq.2012.22844

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2014). *L'exercice de l'IA et de l'IAA : l'infirmière, le client et l'environnement* [guide de pratique clinique]. <http://www.cno.org/Global/docs/prac/41062.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2010). *Perspective de l'exercice de la profession infirmière*. https://www.oiiq.org/sites/default/files/264NS_doc.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2006). *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (45^e éd. supp.)*. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf

Patrician, P. A., Loan, L., McCarthy, M., Fridman, M., Donaldson, N., Bingham, M. et Brosch, L. R. (2011). The association of shift-level nurse staffing with adverse patient events. *Journal of Nursing Administration*, 41(2), 64-70. DOI :10.1097/NNA.0b013e31820594bf

Schilling, P., Goulet, J. A. et Dougherty, P. (2011). Do higher hospital-wide nurse staffing levels reduce in-hospital mortality in elderly patients with hip fractures?: A pilot study. *Clinical Orthopedics and Related Research*, 469, 2932-2940. DOI :10.1007/s11999-011-1917-8

Secrétariat du commerce intérieur. (s.d.). Accord sur le commerce intérieur. http://www.ait-aci.ca/index_fr.htm

Tourangeau, A. E., Doran, D. M., McGillis Hall, L., O'Brien Pallas, L., Pringle, D., Tu, J. V. et Cranley, L. A. (2007). Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 57, 32-44. DOI :10.1111/j.1365-2648.2006.04084.x

Van den Heede K., Lesaffre E., Diya L., Vleugels, A., Clarke, S. P., Aiken, L. H. et Sermeus, W. (2009). The relationship between inpatient cardiac surgery mortality and nurse numbers and educational level: Analysis of administrative data. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 796-803. DOI :10.1016/j.ijnurstu.2008.12.018

Wang, L. Y., Vernon-Smiley, M., Gapinski, M. A., Desisto, M., Maughan, E. et Sheetz, A. (2014). Cost-benefit study of school nursing services. *JAMA Pediatrics*, 168, 642-648. DOI :10.1001/jamapediatrics.2013.5441

White, P., Pringle, D., Doran, D. et McGillis Hall, L. (2005). Le Projet d'étude sur les soins infirmiers et les résultats des soins de santé, *infirmière canadienne*, 101(9), 15-18.

Yakusheva, O., Lindrooth, R. et Weiss, M. (2014). Economic evaluation of the 80% baccalaureate nurse workforce recommendation: A patient-level analysis. *Medical Care*, 52, 864-869.





ASSOCIATION DES
INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS
DU CANADA*