



L'Association des Infirmier(ère)s Auxiliaires Autorisé(e)s
du Nouveau-Brunswick



Association des infirmières et infirmiers
DU NOUVEAU-BRUNSWICK

**DIRECTIVE SUR LA COLLABORATION
INTRAPROFESSIONNELLE EN SOINS INFIRMIERS**

*Collaboration entre
les IAA et les II*



ANBLPN

Association of New Brunswick Licensed
Practical Nurses

AIAANB

L'Association des Infirmier(ère)s Auxiliaires
Autorisé(e)s du Nouveau-Brunswick

© Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés du Nouveau-Brunswick et Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, avril 2020.

Tous droits réservés. Il est interdit de reproduire ou de transmettre le contenu de cette publication par quelque moyen électronique ou mécanique que ce soit, y compris par photocopie, enregistrement ou système de stockage ou d'extraction, sans l'autorisation écrite préalable de l'éditeur.

ISBN 1 895613-60-4

Avril 2020

Table des matières

Introduction	4
La collaboration en soins infirmiers	5
Résultats attendus	6
Principes de la collaboration intraprofessionnelle en soins infirmiers	7
Les IAA et les II : exigences et attentes en matière de pratique	8
Champ d'exercice	9
Soins sécuritaires, compétents et éthiques centrés sur le client	11
Cadre à trois facteurs	12
1- Le facteur lié au client	13
2- Le facteur lié au professionnel en soins infirmiers	13
3- Facteurs liés à l'environnement	14
Conseils cliniques	16
Conclusion	17
Annexe I : Choisir le fournisseur de soins approprié pour les besoins du client	18
Annexe II : Différences entre la pratique des IAA et la pratique des II	19
Annexe III : L'incidence des facteurs liés à l'environnement sur la stabilité du milieu de soins	22
Annexe IV : Application du cadre à trois facteurs	23
Annexe V : Foire aux questions	26
Annexe VI : Autres ressources	29
Glossaire	30
Références	31

Remarque : Les mots en caractères gras figurent dans le glossaire. Ils apparaissent en **gras** à leur première occurrence.

Introduction

Au Nouveau-Brunswick, les soins infirmiers sont fournis par deux groupes de fournisseurs de soins de santé réglementés : les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) et les infirmières et infirmiers immatriculés¹ (II), qu'on appelle aussi des professionnels en soins infirmiers. Bien que des **fournisseurs de soins de santé non réglementés** dispensent également des services et collaborent avec les professionnels en soins infirmiers, ce document porte sur la collaboration dans les relations de travail entre les IAA et les II. Il est toutefois essentiel que la collaboration et la consultation aient lieu avec l'ensemble des membres de l'équipe multidisciplinaire dans tous les milieux de soins de santé.

Les changements dans le système de soins de santé et les **modèles de prestation de soins** sont influencés par les défis économiques et l'offre de ressources infirmières. Ces changements créent de nouvelles relations de travail et possibilités de collaboration entre les professionnels en soins infirmiers et les autres membres de l'équipe des soins de santé. Étant donné ces changements et les demandes croissantes exercées sur les soins de santé, il est essentiel aussi bien pour les IAA que pour les II de favoriser la collaboration et l'optimisation des rôles et de permettre ainsi à tous les professionnels en soins infirmiers de travailler selon leur plein champ d'exercice afin de mieux répondre aux besoins en matière de soins de santé de la population canadienne, tout en affectant le bon fournisseur de soins au bon client au bon moment.

Ce document veut :

- Définir ce qu'est la collaboration intraprofessionnelle et les résultats attendus;
- Donner les principes directeurs de la pratique des soins infirmiers en collaboration;
- Préciser le champ d'exercice et les responsabilités des IAA et des II dans un contexte de pratique en collaboration;
- Proposer un cadre de collaboration pour aider les professionnels en soins infirmiers et les employeurs à déterminer qui est le professionnel en soins infirmiers le plus approprié pour assurer la prestation de soins sécuritaires, compétents et éthiques en fonction des besoins du client.

¹ Le terme « infirmière immatriculée » comprend les infirmières praticiennes. De plus, le féminin est employé la plupart du temps comme genre neutre pour le terme « infirmière » et désigne aussi bien les hommes que les femmes.

La collaboration en soins infirmiers

La profession infirmière est axée sur des relations de collaboration qui optimisent les résultats que peuvent atteindre les patients. Ces relations peuvent être interprofessionnelles et faire appel à divers professionnels de la santé qui travaillent ensemble pour fournir des soins de qualité au sein d'un ou de plusieurs milieux de travail, ou elles peuvent être intraprofessionnelles lorsque plusieurs membres de la même profession collaborent pour fournir des soins de qualité (OIIO, 2018).

Les deux **organismes de réglementation professionnelle** des fournisseurs de soins infirmiers au Nouveau-Brunswick, l'Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés du Nouveau-Brunswick (AIAANB) et l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (AIINB), sont d'avis qu'une collaboration intraprofessionnelle continue et ouverte entre les professionnels en soins infirmiers est essentielle pour optimiser les soins centrés sur les patients et les résultats pour la santé des patients.

La collaboration entre les fournisseurs de soins de santé, essentielle pour favoriser des soins optimaux centrés sur le patient, est abordée dans les documents de base des organismes de réglementation du secteur infirmier, dont les normes d'exercice et le code de déontologie. Ces documents servent à orienter la pratique des soins infirmiers et énoncent les attentes minimales que doivent satisfaire tous les professionnels en soins infirmiers dans tous les milieux d'exercice.

Normes de pratique des IAA

Norme 4.8 : Les IAA collaborent avec les collègues à œuvrer en faveur de pratiques sécuritaires, compétentes et respectueuses de l'éthique.

Code de déontologie des IAA

Principe 4.2 : Les IAA collaborent avec les collègues d'une manière coopérative, constructive et respectueuse dans le but premier de réaliser des interventions sécuritaires, compétentes, équitables et de haute qualité aux personnes, aux familles et aux collectivités.

Normes d'exercice des II

Norme 3.7 : Les II s'engagent dans une collaboration interprofessionnelle, intraprofessionnelle et intersectorielle pour promouvoir des soins complets au client.

Code de déontologie des

Responsabilité déontologique B.4 : Les infirmières et infirmiers collaborent avec d'autres fournisseurs de soins de santé et d'autres professionnels afin de maximiser les avantages pour la santé des bénéficiaires de soins et des personnes ayant des besoins ou des préoccupations en soins de santé, tout en reconnaissant et en respectant les connaissances, les compétences et les points de vue de tous.

Résultats attendus

La collaboration intraprofessionnelle est évidente quand les IAA et les II travaillent en équipe dans la pleine mesure de leurs habiletés et compétences individuelles afin d'obtenir des résultats positifs pour les patients, tout en assurant la prestation de soins sécuritaires et éthiques fournis avec compétence et compassion par le professionnel le plus approprié pour les besoins du patient.

Pour obtenir les résultats attendus, les IAA et les II doivent :

- comprendre clairement et respecter le champ d'exercice et les rôles et responsabilités des uns et des autres;
- savoir qu'une consultation et une collaboration appropriées auront lieu quand les besoins du patient excèdent les champs d'exercice respectifs et individuels;
- se parler, échanger des points de vue, et planifier et fournir les soins ensemble;
- se soutenir et s'entraider dans le but de fournir les meilleurs soins possible au patient.

Les infirmières atteignent la collaboration dans leur pratique quand elles comprennent clairement les rôles, les responsabilités et les compétences (AIIAO, 2016).

La pratique en collaboration requiert un climat de confiance mutuelle valorisant, dans lequel les fournisseurs de soins de santé se sentent suffisamment à l'aise pour se tourner les uns vers les autres et poser des questions sans craindre d'avoir l'air de quelqu'un qui n'y connaît rien. Des fournisseurs de soins de santé qui travaillent en collaboration recherchent des objectifs communs et sont capables d'analyser et de traiter les problèmes qui se présentent (CPIS, 2009).

Principes de la collaboration intraprofessionnelle en soins infirmiers

Les principes suivants visent à orienter, à promouvoir et à faciliter la collaboration intraprofessionnelle :

1. Les IAA et les II exercent leur profession dans le respect des lois, des champs d'exercice, des normes d'exercice, des codes de déontologie et des politiques de l'employeur.
2. Les différences dans le champ d'exercice établi dans la loi, les normes d'exercice et la formation de base de chaque **désignation** sont respectées.
3. Les IAA et les II sont responsables de leur pratique et ont l'obligation d'en rendre compte. L'IAA ou l'II n'est pas responsable de la pratique des autres fournisseurs de soins.
4. Les IAA et les II exercent selon leur propre niveau de compétence et demandent des directives et des conseils quand les soins requis excèdent leurs compétences.
5. Les besoins des patients en matière de soins, le champ d'exercice et les compétences du professionnel en soins infirmiers et le milieu d'exercice guident les décisions quant au professionnel en soins infirmiers qui est le fournisseur de soins le plus approprié.
6. Une communication efficace et professionnelle entre les IAA et les II est essentielle pour obtenir des résultats de qualité pour les patients.
7. Dans les milieux où les IAA et les II travaillent ensemble, le modèle de prestation de soins infirmiers doit soutenir la collaboration intraprofessionnelle au moyen des politiques, des procédures et des ressources du milieu de travail. Le but est d'assurer des milieux d'exercice de qualité qui permettent aux IAA et aux II de travailler ensemble de manière efficace.
8. Les attentes, y compris les responsabilités et l'obligation de rendre compte qui découlent des **affectations de soins infirmiers**, doivent être clairement établies à chaque niveau de l'organisation et être bien comprises par les IAA et les II.

Les IAA et les II : exigences et attentes en matière de pratique

Il existe beaucoup de similarités entre la pratique des IAA et celles des II. Mais il y a aussi des différences dans les compétences de niveau débutant de chaque groupe en raison des différences dans leur formation infirmière de base. Aussi bien les IAA que les II sont formées pour fournir avec compassion des soins sécuritaires, compétents et éthiques à un niveau débutant à l'issue de leur programme de formation infirmière approuvé. Les [Compétences d'entrée pour les infirmiers et infirmières auxiliaires autorisé\(e\)s](#) et les [Compétences de niveau débutant pour la pratique des infirmières immatriculées du Nouveau-Brunswick](#) décrivent les compétences attendues des IAA et II novices.

Les deux programmes de formation infirmière puisent dans le même ensemble de connaissances fondamentales. Plus le degré de formation exigé augmente, plus l'étendue et la profondeur des connaissances fondamentales augmentent. L'II travaille en collaboration avec l'équipe des soins de santé; toutefois, comme elle possède des connaissances infirmières fondamentales acquises plus étendues et plus approfondies, l'II a un champ d'exercice plus large et une plus grande **autonomie professionnelle**. L'autonomie professionnelle de l'IAA s'exerce dans une relation de collaboration avec d'autres fournisseurs de soins, le plus souvent des II (NSCN, 2019).

Après avoir suivi leur formation de niveau débutant, les IAA et les II continuent de consolider leurs connaissances et leurs habiletés et d'enrichir leur formation initiale en acquérant et en maintenant les compétences particulières requises pour répondre aux besoins des patients dans leur domaine d'exercice. L'IAA ou l'II qui change de domaine d'exercice pourrait avoir besoin d'acquérir de nouvelles connaissances et une nouvelle expertise.

Champ d'exercice

Le champ d'exercice renvoie aux activités pour lesquelles les IAA et les II sont formées et qu'elles sont autorisées à exécuter comme il est établi dans les lois et les règlements, lesquels sont complétés par un code de déontologie, des normes, des directives et les politiques de l'employeur (AIIC, 2015).

Figure 1 : Champs d'exercice selon les dispositions législatives

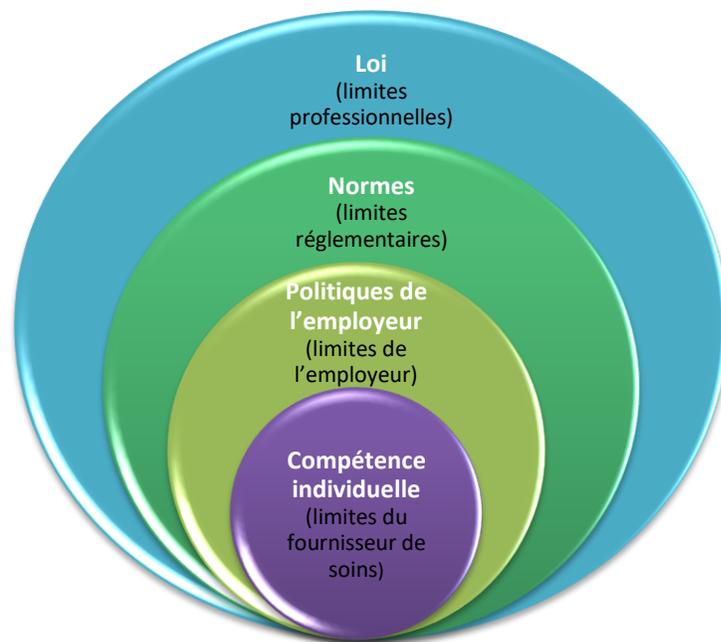
<p>L'INFIRMIÈRE IMMATRICULÉE : Champ d'exercice</p> <p>Dans la <i>Loi sur les infirmières et infirmiers</i> (2002) la profession infirmière est définie comme : « l'exercice de la profession infirmière, y compris le diagnostic et le traitement des réactions humaines aux problèmes de santé réels ou éventuels, ainsi que de la surveillance infirmière » AIINB, 2002 (p.3)</p> <p>Loi sur les infirmières et infirmiers</p>	<p>L'INFIRMIÈRE AUXILIAIRE AUTORISÉE : Champ d'exercice</p> <p>La <i>Loi sur les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés</i> (2014) définit l'infirmière auxiliaire autorisée comme : « la diplômée ou le diplômé d'une école agréée d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires qui n'est pas une infirmière ou un infirmier immatriculé du Nouveau- Brunswick et qui dispense, sous la direction d'une infirmière ou d'un infirmier immatriculé, d'un médecin dûment qualifié, d'une pharmacienne ou d'un pharmacien, ou en collaboration avec cette personne, des soins aux malades sous simple surveillance, en convalescence ou atteints d'affections subaiguës ou chroniques et qui assiste, en dispensant les services correspondant à sa formation, l'infirmière ou l'infirmier immatriculé dans les soins à donner aux malades atteints d'affections aiguës ».</p> <p><small>AIAANB, 014 (p. 2)</small></p> <p>Loi sur les IAA</p>
---	---

La pratique infirmière est guidée par quatre éléments qui influencent le champ d'exercice des IAA et des II. Ces éléments constituent ce que chaque professionnel en soins infirmiers peut faire et ne pas faire. Ces éléments sont :

- 1 : La loi
- 2 : Les normes d'exercice
- 3 : Les politiques de l'employeur
- 4 : La compétence individuelle

Les quatre éléments doivent être pris en considération et respectés pour que les soins soient sécuritaires, compétents, éthiques et fournis avec compassion. Chaque élément s'ajoute pour graduellement restreindre la pratique du professionnel en soins infirmiers, comme l'illustre la [figure 2](#).

Figure 2 : Limites imposées au champ d'exercice



Adapté du document *Normes d'exercice pour les infirmières immatriculées* (AIINB, 2019).

Il est important que les professionnels en soins infirmiers reconnaissent les limites de leur champ d'exercice et de leur compétence individuelle. Les IIA et les II doivent réfléchir à leur pratique et aux exigences de leur milieu de travail pour continuellement approfondir leurs connaissances et perfectionner leur compétence par la formation continue, l'expérience et la participation aux activités d'assurance de la qualité.

Soins sécuritaires, compétents et éthiques centrés sur le client

Les normes d'exercice respectives des IAA et des II affirment clairement qu'il faut, pour exécuter des activités infirmières, avoir la compétence nécessaire. La compétence n'est pas seulement la capacité d'exécuter une tâche. C'est aussi l'intégration et l'application des connaissances, des habiletés et du jugement requis pour fournir des soins infirmiers sécuritaires, éthiques et efficaces dans un rôle et un milieu donnés.

Il n'est pas rare qu'une activité relève du champ d'exercice établi par la loi à la fois des IAA et des II, ce qui n'implique pas nécessairement qu'il est approprié pour toutes les IAA ou toutes les II dans tous les milieux d'effectuer l'activité en question. Ainsi, même si le champ d'exercice de l'IAA et celui de l'II leur permettent d'installer une intraveineuse et de prélever des échantillons sanguins, elles n'ont pas toutes la compétence pour le faire. Le professionnel des soins infirmiers doit avoir la compétence nécessaire pour mener à bien l'activité pour s'engager dans n'importe quel aspect des soins.

Quand une activité relève du champ d'exercice établi par la loi des IAA et des II, il est utile de réfléchir à la différence entre ce que le professionnel en soins infirmiers « peut faire » et ce qu'il « devrait faire » ([figure 3](#)).

Alors qu'il est important de veiller à ce que le champ d'exercice global soit respecté, il est également important de prendre en considération les besoins du patient, les compétences du fournisseur de soins et le milieu de soins pour guider les décisions relatives aux affectations confiés aux fournisseurs de soins.

Figure 3 : Est-ce que je peux ou est-ce que je devrais?



Est-ce permis?

*En plus de se demander ceci : « Est-ce que l'II ou l'IAA **peut** fournir les soins? », il est tout aussi important de se demander ceci : « Est-ce que l'II ou l'IAA **devrait** fournir les soins? »*

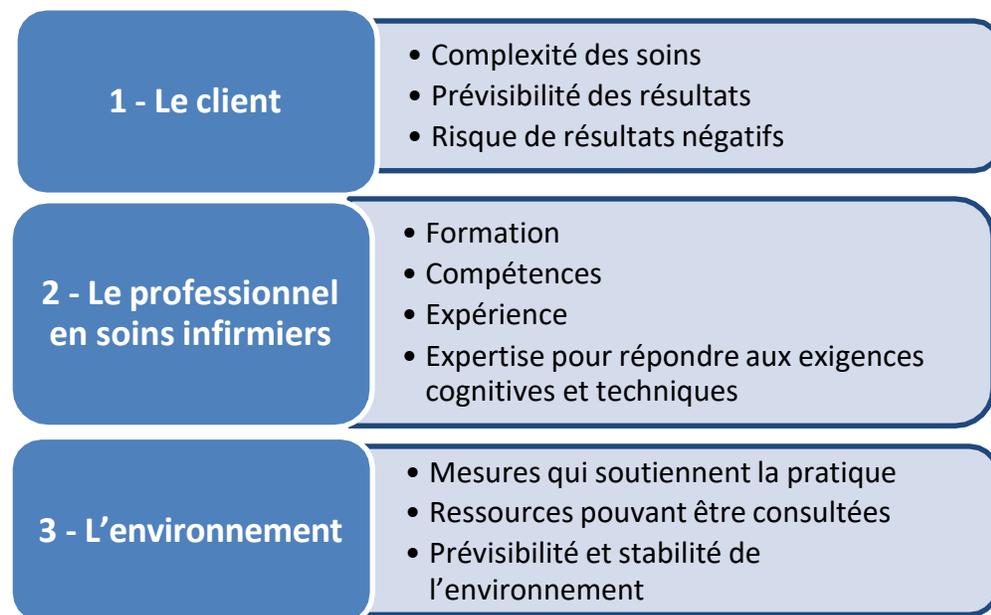
Est-ce approprié?

Cadre à trois facteurs

La répartition des soins infirmiers parmi les fournisseurs doit répondre aux besoins du patient en matière de soins. L'affectation est un processus dynamique qui a lieu non seulement au début d'un relais de travail, mais également tout au long du relais en fonction des besoins changeants des patients. Pour répondre aux besoins des patients et fournir les soins requis, l'II a le pouvoir de changer les affectations durant le relais au fur et à mesure que l'état d'un patient change, et l'IAA a le devoir de signaler de tels changements à l'II. Pour d'autres conseils sur cet aspect, veuillez consulter la directive professionnelle intitulée *Approche en collaboration pour l'attribution, la délégation et l'enseignement en soins de santé*.

La prise de décisions efficaces en ce qui concerne le professionnel en soins infirmiers qui peut le mieux répondre aux besoins du client repose sur plus que le titre professionnel. Il faut aussi considérer les facteurs qui suivent et leur interaction pour déterminer le fournisseur de soins à affecter : le client, le professionnel en soins infirmiers et l'environnement (OIIO, 2018). Le cadre à trois facteurs, lesquels sont définis au tableau 2, en tient compte.

Tableau 2 : Cadre à trois facteurs – facteurs clés à considérer dans l'affectation des soins et le besoin de conseils cliniques et de collaboration.



Adapté du document intitulé *Assignment of Client Care: Guidelines for Registered Nurses* (2014) avec la permission de CARNA

1- Le facteur lié au client

Le premier facteur à considérer dans l'application du cadre à trois facteurs est le client.

La complexité, la prévisibilité et le risque de résultats négatifs doivent être pris en compte dans l'évaluation des besoins d'un client.

- i. Complexité – la mesure dans laquelle l'état du client et ses besoins en soins peuvent être facilement établis et la variabilité des soins requis.
- ii. Prévisibilité – la mesure dans laquelle les résultats pour le client et ses besoins futurs en soins peuvent être prédits.
- iii. Risque de résultats négatifs – La probabilité qu'un client obtienne un résultat négatif en raison de son état de santé ou de sa réaction au traitement.

Voir l'annexe I pour une comparaison des niveaux de complexité, de prévisibilité et de risque de résultats négatifs et l'incidence sur l'affectation du professionnel en soins infirmiers le plus approprié.

Pris ensemble, ces éléments permettent de créer une représentation du client qui peut être placée sur un continuum allant de clients dont l'état est moins complexe et plus prévisible et qui présentent un faible risque de résultats négatifs, aux clients dont l'état est très complexe et imprévisible et qui présentent un risque élevé de résultats négatifs, comme il est montré à la figure 4 (Section 1 – Le client).

Tant l'IAA (avec un plan de soins établi) que l'II peut soigner de façon autonome des clients stables dont les besoins sont moins complexes, sont prévisibles et présentent un faible risque. Quand l'état du client devient plus complexe ou moins prévisible et que le risque de résultats négatifs augmente, le besoin de consulter et de collaborer augmente aussi. L'issue de la consultation peut être le transfert de certains aspects des soins à l'II, ou bien il peut être nécessaire de transférer tous les aspects des soins à l'II.

2- Le facteur lié au professionnel en soins infirmiers

Le deuxième facteur à considérer dans l'application du cadre à trois facteurs est le professionnel en soins infirmiers.

La pratique des IAA et des II diffère en raison de leurs connaissances infirmières de base et de leurs champs d'exercice respectifs établis par la loi. Même si les professionnels en soins infirmiers peuvent développer une expertise dans une sphère du champ d'exercice de leur catégorie infirmière, l'acquisition d'une compétence plus poussée grâce à une formation

continue et à l'expérience ne veut pas dire que l'IAA acquerra les mêmes compétences de base que l'II, car la seule façon d'y parvenir est de suivre une formation formelle et d'obtenir un titre professionnel (OIIO, 2018). Vu l'étendue et la profondeur de ses connaissances, l'II est en mesure de soigner de manière indépendante des patients qui requiert des soins plus complexes. L'autonomie de la pratique de l'IAA est dictée par le contexte des besoins du client.

Dans l'affectation des soins à des professionnels en soins infirmiers, il est également essentiel de prendre en considération la compétence individuelle de chacun, sa capacité à appliquer ses connaissances pour prendre des décisions fondées sur des données probantes, sa **pensée critique**, sa compétence en prise de décision et son leadership. Ces facteurs donnent aussi lieu à une capacité d'exercice autonome différente, et ils influencent le besoin de consultation et de collaboration.

Les professionnels en soins infirmiers doivent connaître les limites de leur propre compétence, continuer à enrichir leurs connaissances et demander conseil à des collègues ayant plus d'expérience et de connaissance quand une situation dépasse leur propre niveau de compétence. L'annexe II décrit les différences dans la pratique de l'IAA et de l'II.

3- Facteurs liés à l'environnement

Le troisième facteur à considérer dans l'application du cadre à trois facteurs est l'environnement.

Les éléments suivants influent sur la stabilité du milieu de soins : disponibilité et accessibilité de mesures de soutien à la pratique, ressources à consulter et prévisibilité de l'environnement.

Un milieu de soins qui offre un environnement plus stable favorise une pratique des soins infirmiers plus autonome en appuyant les professionnels en soins infirmiers dans leur prise de décisions. Un manque de stabilité augmente le besoin d'une collaboration en équipe et de compétences et d'habiletés en soins infirmiers plus approfondies.

Voir l'annexe III pour en savoir plus sur l'incidence de ces éléments sur la stabilité du milieu de soins.

Pris ensemble, ces éléments permettent de créer une représentation de l'environnement qui peut être placée sur un continuum qui va de plus stable à moins stable, comme l'illustre la figure 4 (Section 3 – L'environnement). Ces éléments varient d'un milieu d'exercice à un autre, et même dans le même milieu à différents moments.

Figure 4 : Le cadre à trois facteurs



Adapté du document *Directive professionnelle : L'exercice de l'IA et de l'IAA : l'infirmière, le client et l'environnement* de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2018. L'original peut être consulté sur cno.org.

La collaboration se produit lorsque deux personnes ou plus discutent des besoins d'un client, offrent leur point de vue unique fondé sur leur capacité professionnelle et parviennent ensemble à une décision consensuelle sur la manière de traiter la situation (NSCN, 2019).

Consulter signifie demander des conseils ou de l'information à un professionnel en santé qui a plus d'expérience ou de connaissances. Les professionnels en soins infirmiers consultent leurs collègues quand une situation exige des compétences infirmières qui dépassent les leurs.

La consultation a trois issues possibles :

- Des conseils sont reçus, et le professionnel en soins infirmiers continue à soigner le client.
- Les soins sont fournis en collaboration, ou un aspect des soins est transféré à un professionnel en soins infirmiers qui a plus d'expérience ou de connaissances.
- L'ensemble des soins est transféré à un professionnel en soins infirmiers qui a plus d'expérience ou de connaissances.

À moins que les soins soient transférés, le professionnel en soins infirmiers qui a demandé la consultation demeure responsable des soins au client. Le transfert de soins d'un professionnel en soins infirmiers à un autre s'accompagne du transfert de la responsabilité de ces soins.

Quand le besoin de consulter ou de collaborer augmente ou rend la prestation de soins inefficace, cela peut être une indication qu'il faut transférer la responsabilité des soins à l'II; toutefois, l'II peut quand même profiter du soutien de l'IAA dans la prestation des soins requis par le client en lui confiant des activités précises pour lesquelles l'IAA est compétente.

L'annexe IV présente des scénarios cliniques pour illustrer l'application du cadre à trois facteurs.

Conseils cliniques

Par conseils cliniques, on entend la consultation et un soutien. Étant donné les différences dans les mesures législatives applicables aux IAA et aux II, les conseils cliniques touchent la pratique des deux groupes de manière différente. Tant l'IAA que l'II ont la responsabilité de demander des conseils ou un soutien au besoin et d'en rendre compte, et les deux sont tenues de fournir ces conseils et ce soutien sur demande.

Pour être en mesure de donner des conseils cliniques, l'IAA et l'II doivent connaître :

- le milieu d'exercice,
- le champ d'exercice,
- le rôle de chaque professionnel en soins infirmiers dans ce milieu,
- la population de patients,
- la pratique infirmière dans ce milieu.

L'II amorce le **plan de soins** et donne des conseils cliniques, et les soins au patient sont au centre de ces conseils cliniques. L'IAA, en collaboration avec l'II, contribue au plan de soins infirmiers établi en évaluant les besoins du client, en exécutant des interventions précises auprès du client et en évaluant la réaction du client aux interventions. Il incombe à l'IAA de s'assurer que les évaluations du client concordent avec les attentes et que les résultats voulus sont atteints. Quand les résultats ne sont pas ceux prévus ou ne sont pas atteints, l'IAA a la responsabilité de consulter l'II pour obtenir des conseils cliniques.

Conclusion

Ce document vise à soutenir les professionnels en soins infirmiers du Nouveau-Brunswick et leurs employeurs dans la prestation de soins sécuritaires et éthiques fournis avec compétence et compassion, et il veut favoriser une utilisation optimale de ces professionnels de valeur dans un mode de pratique intraprofessionnelle qui fait appel à la collaboration. L'optimisation des rôles permet aux IAA et aux II d'exercer à la pleine mesure de leur champ d'exercice en fonction de leur compétence individuelle, laquelle est forgée par leur formation et leur expérience. Pour réaliser cette optimisation, il est important que les différences dans les champs d'exercice de chaque désignation soient comprises, que les soins requis et l'environnement soient toujours pris en compte et que les éléments essentiels de la collaboration et de la consultation fassent toujours partie du processus. L'AIAANB et l'AIINB, qui doivent rendre des comptes au public quant à l'assurance de soins sécuritaires, compétents et éthiques, appuient l'optimisation des rôles au sein de la pratique en collaboration et l'affectation du bon fournisseur de soins en fonction des besoins du client. Les données probantes montrent clairement qu'une telle approche favorise des soins optimisés centrés sur le patient et des résultats positifs pour leur santé.

Pour obtenir de l'aide dans l'application du cadre à trois facteurs, veuillez communiquer avec votre organisme de réglementation.

Annexe I : Choisir le fournisseur de soins approprié pour les besoins du client

Facteurs liés au client	Pratique autonome de l'IAA	L'Il participe aux soins ou fournit les soins
Complexité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les soins requis sont clairement définis et établis ▪ Mécanismes d'adaptation et systèmes de soutien efficaces en place ▪ État de santé bien maîtrisé ▪ L'état de santé du client fluctue peu au fil du temps; peu de facteurs entrent en jeu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les soins requis ne sont pas clairement définis ou établis ou ils évoluent ▪ Mécanismes d'adaptation et systèmes de soutien inconnus, inefficaces ou inexistantes ▪ État de santé mal maîtrisé ▪ Une réévaluation et un suivi serrés et fréquents sont nécessaires ▪ L'état de santé du client fluctue au fil du temps; de nombreux facteurs entrent en jeu
Prévisibilité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Résultats prévisibles ▪ Changements prévisibles dans l'état de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Résultats non prévisibles ▪ Changements imprévisibles dans l'état de santé
Risque de résultats négatifs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réaction prévisible, localisée et gérable ▪ Les signes et symptômes sont évidents ▪ Faible risque de résultats négatifs 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réactions imprévisibles, systématiques ou très variées ▪ Les signes et symptômes sont subtils et difficiles à déceler ▪ Risque élevé de résultats négatifs

Adapté du document *Collaborative Decision-making Framework: Quality Nursing Practice* (2017) avec la permission de SALPN, de SRNA et de RPNAS.

Annexe II : Différences entre la pratique des IAA et la pratique des II

Les différences dans la pratique des IAA et des II sont indiquées en caractères **gras en bleu** dans le tableau suivant.

Démarche infirmière	Pratique autonome de l'IAA	Pratique autonome de l'II
Évaluation des besoins	<p>Collabore avec l'II pour établir l'état initial</p> <p>Évalue et détermine l'état des besoins actuels/potentiels du client</p> <p>Reconnaît les changements, approfondit l'évaluation et prend les mesures ou consulte de manière appropriée l'II ou d'autres membres de l'équipe des soins de santé</p>	<p>Établit l'état initial</p> <p>Évalue et prend des décisions au sujet des besoins actuels/potentiels du client</p> <p>Prévoit et reconnaît les changements subtils, approfondit l'évaluation, détermine les facteurs pertinents, en comprend l'importance et gère la situation de manière appropriée</p>
Planification	<p>Collabore, contribue et participe à la planification des soins</p> <p>Collabore à l'élaboration du plan de soins</p> <p>Accepte des affectations de l'II</p> <p>Exerce un leadership et une surveillance et donnent des directives et des affectations aux travailleurs de la santé non réglementés</p> <p>Partage ses connaissances et son savoir-faire avec d'autres pour répondre aux besoins du client</p>	<p>Dirige et coordonne la planification des soins</p> <p>Établit le plan de soins initial en se fondant sur une évaluation complète*</p> <p><i>*L'II sait utiliser les données recueillies par d'autres fournisseurs de soins de santé, mais elle ne peut pas déléguer l'évaluation infirmière exhaustive de ces données.</i></p> <p>Affecte et délègue des activités de soins infirmiers conformément aux besoins du client, aux rôles et à la compétence des autres fournisseurs de soins ainsi qu'aux exigences du milieu d'exercice</p> <p>Appuie les clients, les collègues et les étudiantes en partageant ses connaissances et son expertise infirmières et en étant un modèle de rôle, une ressource, une préceptrice ou une mentor efficace</p>

<p>Mise en œuvre</p>	<p>A la responsabilité de demander conseil et soutien dans la mise en œuvre du plan de soins</p> <p>Réalise* le plan de soins établi/coordonne les soins/fournit les soins pour des clients dont l'état est moins grave, moins complexe et moins variable et dont les résultats sont prévisibles</p> <p>*réalise le plan de soins tant que le client atteint les résultats établis ou des résultats optimaux pour la santé</p> <p>Utilise un plan de soins infirmiers établi pour faciliter les actes infirmiers et orienter les décisions</p> <p>Effectue des interventions infirmières planifiées pour lesquelles les résultats du client peuvent être pris en charge durant et après l'intervention, et des ressources sont accessibles</p> <p>Consulte de façon appropriée dans les situations qui évoluent et les urgences lorsque les exigences pour assurer des soins sécuritaires, compétents et éthiques excèdent ses limites personnelles</p> <p>Assume certains aspects des soins pour les clients dont les besoins sont très complexes – l'Il dirige/coordonne les soins de ce client</p>	<p>Coordonne et supervise les soins dans leur ensemble et fournit un soutien et des conseils cliniques</p> <p>Offre des directives, une expertise clinique, un leadership, des conseils cliniques et un soutien pour la mise en œuvre du plan de soins</p> <p>Fait évoluer / coordonne / fournit les soins au client quelle que soit la gravité, la complexité, la variabilité ou la prévisibilité des besoins</p> <p>Dirige le plan de soins/s'occupe des clients dont l'état est plus complexe</p>
<p>Évaluation des soins</p>	<p>Surveille et reconnait les changements dans l'état du client/les écarts par rapport à la réaction attendue d'une intervention et consulte de manière appropriée</p>	<p>Surveille et interprète les changements dans l'état du client/la réaction aux interventions/l'efficacité du plan de soins</p>

	<p>Révisé le plan de soins des patients dont l'état est stable/prévisible et qui obtiennent les résultats attendus</p> <p>Participe à la révision/à la modification/au changement du plan de soins de patients dont l'état est variable/complexé quand les résultats ne sont pas ceux prévus ou ne sont pas atteints (en collaboration avec l'II et le client)</p>	<p>Révisé/modifié/change le plan de soins quand le client atteint/n'atteint pas les résultats établis ou des résultats optimaux pour la santé (en collaboration avec l'équipe des soins de santé et le client)</p>
--	--	---

Annexe III : L'incidence des facteurs liés à l'environnement sur la stabilité du milieu de soins

Facteurs liés à l'environnement	Environnement plus stable	Environnement moins stable
Mesures de soutien à la pratique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procédures, politiques, directives médicales, protocoles, plans de soins, chemins critiques et outils d'évaluation clairement définis ▪ Forte proportion d'infirmières expertes ou faible proportion d'infirmières débutantes ▪ Forte proportion d'infirmières qui connaissent bien le milieu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procédures, politiques, directives médicales, protocoles, plans de soins, chemins critiques et outils d'évaluation mal définis ou inexistantes ▪ Faible proportion d'infirmières expertes ou forte proportion d'infirmières débutantes et de personnel non réglementé ▪ Faible proportion d'infirmières qui connaissent bien le milieu
Ressources à consulter	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombreuses ressources pouvant être consultées pour gérer les résultats 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peu de ressources pouvant être consultées pour gérer les résultats
Stabilité et prévisibilité de l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible taux de roulement des clients ▪ Peu d'événements imprévisibles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taux élevé de roulement des clients ▪ Nombreux événements imprévisibles

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. *Directive professionnelle : L'exercice de l'IA et de l'IAA : l'infirmière, le client et l'environnement* (2018).

Annexe IV : Application du cadre à trois facteurs

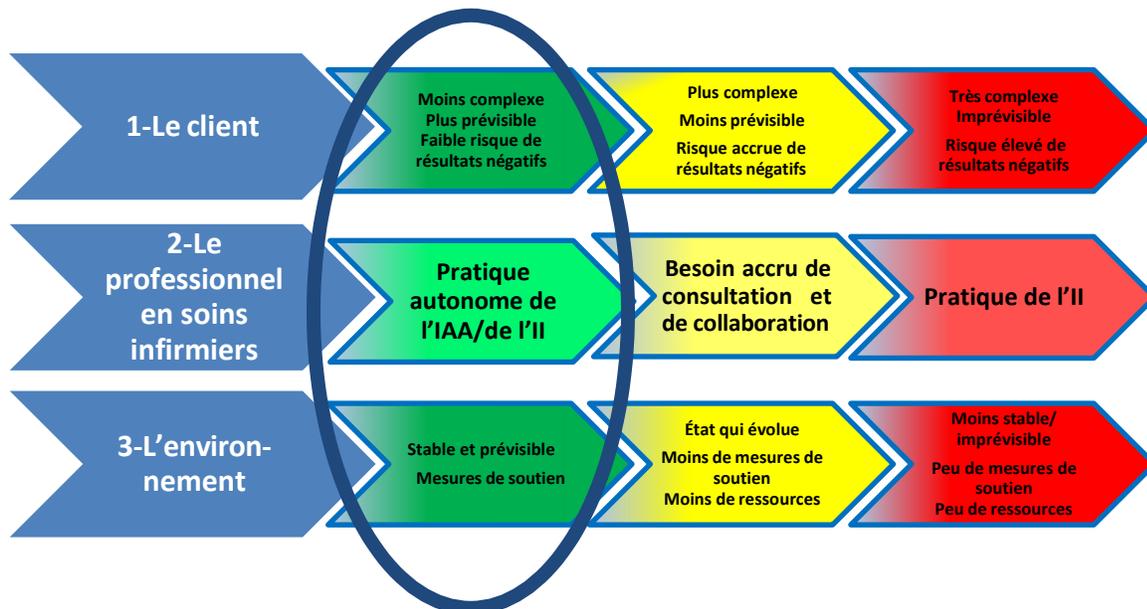
Le cadre est appliqué dans les scénarios cliniques A, B et C pour déterminer le fournisseur de soins auquel le client devrait être affecté.

Scénario clinique A

Un homme de 76 ans ayant des antécédents d'insuffisance cardiaque et dont l'état est stable a été admis dans une unité chirurgicale en raison de l'infection d'une plaie à la suite d'une chirurgie abdominale. Une canule sodique a été posée, et des antibiotiques intraveineux sont prescrits. Les outils d'évaluation normalisés et un plan de soins établi sont en place. Pour le relais de nuit, il y a trois II expérimentées et deux IAA qui connaissent le milieu d'exercice. Les IAA et les II présentes ont la formation et l'expérience nécessaires pour administrer des médicaments par intraveineuse.

Dans ce scénario, il est approprié d'affecter ce patient à une IAA

L'IAA consultera l'II si elle constate des changements dans l'état du patient.

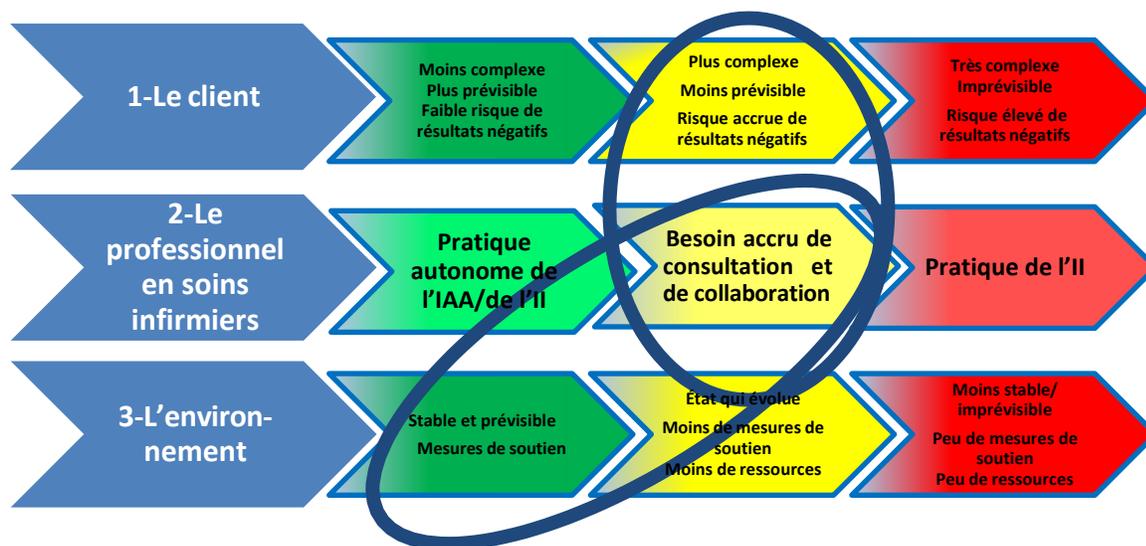


Scénario clinique B

L'IAA constate une diminution du débit urinaire du patient décrit dans le scénario clinique A. Les outils d'évaluation normalisés et le plan de soins ont été mis à jour pour surveiller les signes d'insuffisance cardiaque.

Dans ce scénario, il est approprié d'affecter le patient à l'IAA en collaboration avec l'II. On s'attend à ce que l'IAA collabore avec l'II quand elle décide d'apporter un changement au plan de soins ou qu'elle observe un changement dans l'état de santé.

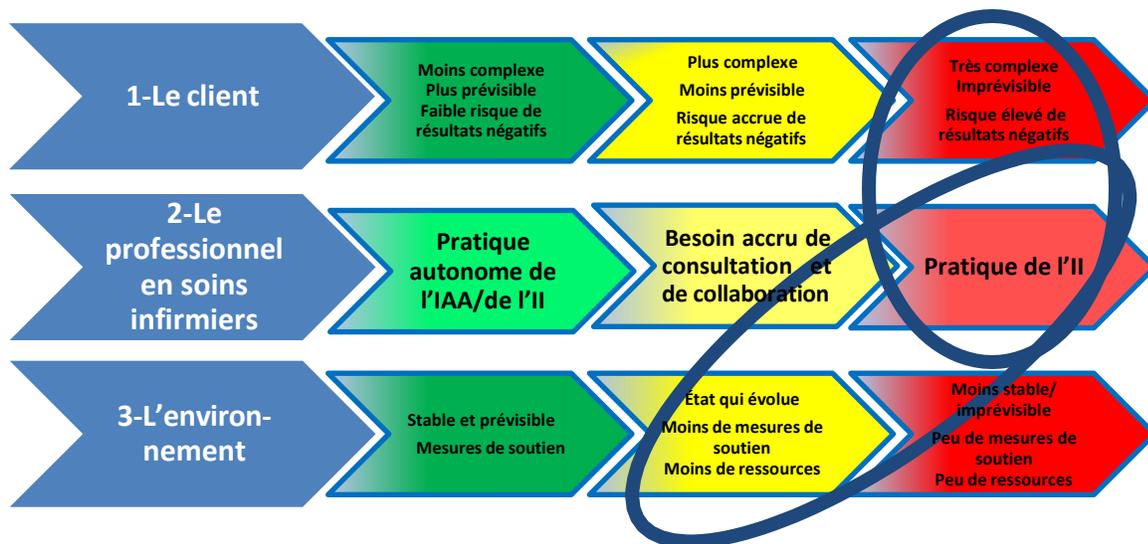
L'II doit accepter le transfert des soins si l'état du client devient très complexe.



Scénario clinique C

Une II à l'horaire du relais de nuit a téléphoné pour dire qu'elle est malade, ce qui laisse une II et deux IAA pour le relais. Le même patient se plaint d'essoufflement et de douleur autour de la plaie, une solution saline perfuse à 125 cc/h avec des antibiotiques, et la glycémie est élevée. Le médecin, appelé sur son téléavertisseur, n'a pas encore répondu.

Dans ce scénario, l'équipe doit collaborer, et il est approprié d'affecter le patient à **II** car les soins requis sont complexes, de multiples problèmes de santé se chevauchent, la réaction aux soins est imprévisible, les résultats pour la santé sont inconnus et les ressources qui peuvent être consultées dans l'environnement sont limitées. L'IAA peut également assister l'II dans la prestation de certains soins.



Annexe V : Foire aux questions

1. EN TANT QU'IL QUI DONNE DES CONSEILS CLINIQUES, SUIS-JE RESPONSABLE DE LA PRATIQUE DE L'IAA?

Les II ne sont pas responsables de la pratique des IAA. Tout comme les II, les IAA exercent une profession autoréglémentée et ont donc l'obligation de respecter les normes d'exercice et de suivre un code de déontologie. En tant qu'II qui donne des conseils cliniques, vous êtes responsable de ce que vous faites de l'information que vous transmet l'IAA et des décisions que vous prenez à la lumière de cette information. Pour être en mesure de donner des conseils cliniques, l'II doit obtenir des données pertinentes pour prendre des décisions et connaître le champ d'exercice et le rôle de l'IAA dans le milieu d'exercice, la population de patients, la pratique des soins infirmiers dans ce milieu en particulier et les mesures de soutien accessibles. Toutefois, on ne peut tenir quelqu'un responsable de ce qu'il ne pouvait pas savoir.

2. QUEL EST LE RÔLE DE L'IAA DANS L'ÉLABORATION DU PLAN DE SOINS?

L'IAA collabore à la planification des soins en déterminant l'état du patient, en examinant et en interprétant le plan de soins, en mettant en œuvre des interventions, et en surveillant et en reconnaissant les changements dans l'état du patient et les réactions du patient aux interventions. L'information doit être communiquée à l'II, qui est l'ultime responsable de la planification des soins.

3. QUELLES SONT MES RESPONSABILITÉS SI JE VOIS DES PREUVES D'UNE PRATIQUE DANGEREUSE OU INCOMPÉTENTE QUI POURRAIT POSER UN RISQUE POUR LES PATIENTS?

Exerçant des professions autoréglémentées, les IAA et les II ont la responsabilité éthique, légale et professionnelle de signaler toute pratique dangereuse ou toute conduite indigne d'un professionnel. Les normes professionnelles et déontologiques établissent l'obligation de signaler les situations dans lesquelles il y a de bonnes raisons de croire que l'aptitude ou la compétence d'un professionnel de la santé pourrait poser un risque important pour le public. Dans la plupart des cas, vous ferez rapport à votre surveillante immédiate ou à votre employeur.

4. LES IAA ET LES II DOIVENT-ELLES CONSIGNER LES CONSULTATIONS QU'ELLES ONT EUES L'UNE AVEC L'AUTRE?

Les IAA et les II consignent les évaluations du patient, les interventions effectuées, les réactions du patient aux interventions et les mesures de suivi qui sont prises, y compris la défense des intérêts du patient. Lorsqu'il y a consultation, le nom de la personne qui a été consultée, son titre professionnel, l'information ou les préoccupations signalées, les conseils fournis et toute mesure de suivi prise à la suite de la consultation sont consignés au dossier infirmier.

5. EN TANT QU'IAA, QUE DOIS-JE FAIRE SI J'ÉPROUVE DES DOUTES À L'ÉGARD DES CONSEILS OU DES DIRECTIVES DONNÉS PAR L'II?

Les IAA et les II ont la responsabilité professionnelle et déontologique d'exiger que les soins au patient soient sécuritaires, compétents et éthiques.

Si, après avoir consulté l'II, vous éprouvez des doutes quant à la pertinence des conseils reçus, vous devez continuer à défendre les intérêts du patient. Cela peut vouloir dire consulter un autre fournisseur de soins de santé ou faire part de vos préoccupations à votre gestionnaire ou à votre surveillante. Les IAA et les II doivent aussi consigner toute mesure prise pour défendre les intérêts du patient.

6. QUE DOIS-JE FAIRE SI ON ME DEMANDE D'EFFECTUER UNE ACTIVITÉ POUR LAQUELLE JE NE SUIS PAS COMPÉTENTE?

Les IAA et les II sont responsables de leur propre compétence et doivent en rendre compte. On attend d'elles qu'elles exercent leur profession avec compétence et qu'elles acquièrent continuellement de nouvelles connaissances et habiletés dans leur domaine d'exercice. Lorsqu'on demande à une IAA ou à une II d'effectuer une activité pour laquelle elle n'est pas compétente, elle doit discuter de la situation avec la personne qui affecte les tâches afin que d'autres dispositions puissent être prises pour la prestation des soins en question. En tant qu'IAA ou II, vous dispensez uniquement les soins que vous avez la compétence de fournir, tout en cherchant à acquérir les compétences exigées dans votre rôle.

7. MON LIEU DE TRAVAIL A COMMENCÉ À OPTIMISER LE RÔLE DE L'IAA, ET NOUS AVONS MAINTENANT NOS PROPRES AFFECTATIONS DE PATIENTS. QUE DOIS-JE FAIRE SI J'ESTIME NE PAS POUVOIR RÉPONDRE AUX BESOINS D'UN PATIENT QUI M'EST AFFECTÉ?

Encore une fois, les IAA et les II sont responsables de leur propre compétence. Si vous estimez que les soins requis sont devenus trop complexes ou imprévisibles et que le patient présente un risque de résultat négatif, vous devez collaborer avec une II et la consulter. L'II peut alors réévaluer le patient et redéfinir les priorités ou les affectations au besoin.

8. JE VIENS DE COMMENCER UN NOUVEL EMPLOI ET, VU LA POLITIQUE EN VIGUEUR, JE NE PEUX PAS FAIRE TOUT CE QUE JE FAISAIS DANS MON ANCIEN EMPLOI. QUE DOIS-JE FAIRE?

La pratique des IAA et des II est guidée de différentes manières, notamment par les politiques de l'employeur. La loi et les normes d'exercice de l'AIAANB ou de l'AIINB établissent les attentes pour la pratique de ces deux groupes. À partir de cette information, l'employeur élabore des politiques sur ce qui est une pratique appropriée pour les IAA et les II dans un milieu donné. Si vous pensez que les effectifs IAA et II à votre nouveau lieu de travail pourraient travailler autrement pour fournir aux patients des soins sécuritaires, compétents et éthiques, vous pouvez en parler à votre gestionnaire ou à votre surveillante pour voir la façon dont cela pourrait être étudié.

9. JE SUIS UNE II QUI DONNE DES CONSEILS CLINIQUES (DIRIGE LES SOINS) AUX IAA. SI L'ÉTAT D'UN CLIENT SE DÉTÉRIORE, DOIS-JE ASSUMER LES SOINS DE CE PATIENT EN PLUS DE MA PROPRE CHARGE DE TRAVAIL?

Si l'état d'un patient de l'IAA se détériore, l'II peut offrir un soutien de différentes façons.

L'II peut :

- donner des conseils à l'IAA concernant d'autres évaluations possibles;
- fournir les soins au patient en collaboration avec l'IAA en se concentrant sur les aspects des soins qui dépassent la description de rôle ou le niveau de compétence de l'IAA, ou
- devoir s'occuper du patient si la plupart des aspects des soins dépassent la description de rôle ou le niveau de compétence de l'IAA.

Il est important de considérer l'incidence que peut avoir la responsabilité d'un patient supplémentaire sur la charge de travail de l'II et sa capacité de fournir des soins sécuritaires, compétents et éthiques. Par exemple, quand la situation l'exige, l'IAA peut assumer le soin d'un autre patient actuellement affecté à l'II, ou l'IAA peut effectuer certaines fonctions actuellement affectées à l'II, comme la prise des signes vitaux des patients de l'II.

Annexe VI : Autres ressources

L'AIAANB et l'AIINB proposent à leurs membres d'autres ressources qui offrent plus d'information sur les attentes de la pratique des soins infirmiers.

Ressources documentaires de l'AIAANB

- [Loi sur les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés](#)
- [Code de déontologie des infirmiers et infirmières auxiliaires autorisés](#)
- [Normes de pratique des soins infirmiers auxiliaires autorisés au Canada](#)
- [Compétences d'entrée pour les infirmiers et infirmières auxiliaires autorisés](#)

Ressources documentaires de l'AIINB

- [Loi sur les infirmières et infirmiers](#)
- [Code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés](#)
- [Normes d'exercice pour les infirmières immatriculées](#)
- [Compétences de niveau débutant pour la pratique des infirmières immatriculées du Nouveau-Brunswick](#)
- [L'examen des demandes d'ajout de procédures de niveau post-débutant](#)

Services de consultation :

AIAANB : 1-800-942-0222

AIINB : 1-800-442-4417

Glossaire

Affectation de soins infirmiers

Attribution de clients ou de responsabilités ou d'interventions liées aux soins d'un client qui correspondent au champ d'exercice et/ou au cadre d'emploi du fournisseur. L'affectation décrit la répartition du travail que chaque membre du personnel devra accomplir. (CRNNS, 2017a)

Autonomie professionnelle

Avoir le pouvoir de prendre des décisions et la liberté d'agir en conséquence grâce à sa base de connaissances professionnelles. (CCRSIA, 2019)

Client

Une personne, une famille, un groupe, une population ou une communauté qui a besoin de soins ou de services infirmiers. Le terme « client » illustre la variété de personnes et de groupes avec lesquels l'infirmière peut interagir. Certains milieux emploient des termes comme patient ou résident. Dans le contexte de la formation, le client peut également être une étudiante ou un étudiant; dans le domaine de l'administration, le client peut également être un membre du personnel; en recherche, le client est habituellement un sujet ou un participant. (AIINB, 2017)

Désignation

Un titre professionnel attribué aux membres d'une catégorie de professionnels en soins infirmiers par leur organisme de réglementation professionnelle.

Fournisseur de soins de santé non réglementé

Travailleurs de la santé qui ne détiennent pas de permis d'exercice ou qui ne sont pas immatriculés par un organisme de réglementation (CRNBC, 2017).

Modèles de prestation de soins

Un système d'organisation et de prestation de soins infirmiers aux clients et à leur famille qui comprend les éléments structurels et contextuels de la pratique infirmière. (AIIC, 2012)

Organisme de réglementation professionnelle

Organismes provinciaux et territoriaux qui sont chargés de la réglementation de leurs membres (CCRSIA, 2019).

Pensée critique

Un processus délibéré, discipliné et systématique qui consiste à se poser des questions constamment, à appliquer un raisonnement logique et à réfléchir en s'appuyant sur l'interprétation, l'inférence, l'analyse, la synthèse et l'évaluation afin d'atteindre le résultat souhaité. (CRNNS, 2017a)

Plan de soins

Un plan pour orienter les soins infirmiers qui appuie la pratique et la collaboration interprofessionnelles. Les soins sont guidés par des interventions infirmières prioritaires visant à appuyer les soins uniques de chaque client et à atteindre des objectifs centrés sur le client. (CRNNS, 2017).

Références

- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2016). *Intra-professional collaborative practice among nurses*. Ontario, chez l'auteur.
- Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés du Nouveau-Brunswick (2014). *Loi sur les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés*. Lois du Nouveau-Brunswick. Fredericton (N.-B.), gouvernement du Nouveau-Brunswick.
- Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés du Nouveau-Brunswick (2016). *Domaine de pratique : Professional Practice Series*. Fredericton, chez l'auteur.
- Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés du Nouveau-Brunswick et Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (2019). *Directive professionnelle : Une approche en collaboration pour l'affectation, la délégation et l'enseignement en soins de santé*. Fredericton, chez l'auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2008). *Unregulated health workers: A Canadian and Global Perspective*. Ottawa, chez l'auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2012). *Modèles de prestation des soins infirmiers: consensus canadien sur des principes directeurs*. Ottawa, chez l'auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2015). *Cadre de pratique des infirmières et infirmiers au Canada*. Ottawa, chez l'auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2017). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés*. Ottawa, chez l'auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (2002). *Loi sur les infirmières et infirmiers*. Fredericton (N.-B.), chez l'auteur
- Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (2017). *Normes d'exercice pour les infirmières praticiennes en soins de santé primaires*. Fredericton, chez l'auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (2019). *Normes d'exercice pour les infirmières immatriculées*. Fredericton, chez l'auteur.
- College and Association of Registered Nurses of Alberta (2014). *Assignment of client care. Guidelines for registered nurses*. Alberta, chez l'auteur.
- College of Registered Nurses of British Columbia (2017). *Delegating tasks to unregulated care providers* [Practice standard]. Récupéré de <https://www.crnbc.ca/Standards/PracticeStandards/Pages/delegating.aspx>
- College of Registered Nurses of Nova Scotia (2017). *Nursing Plan of Care*. Practice Guideline. Halifax (N.-É.), chez l'auteur.

Conseil canadien de réglementation des soins infirmiers auxiliaires et Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés du Nouveau-Brunswick (2013a). *Code de déontologie des infirmières auxiliaires autorisé(e)s au Canada*. Fredericton, chez l'auteur.

Conseil canadien de réglementation des soins infirmiers auxiliaires et Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés du Nouveau-Brunswick (2013b). *Compétences d'admission et de pratique pour les infirmiers et infirmières auxiliaires autorisé(e)s*. Fredericton, chez l'auteur.

Conseil canadien de réglementation des soins infirmiers auxiliaires et Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés du Nouveau-Brunswick (2013c). *Normes de pratique des soins infirmiers et infirmières auxiliaires autorisé(e)s au Canada*. Fredericton, chez l'auteur.

Conseil canadien de réglementation des soins infirmiers auxiliaires et Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés du Nouveau-Brunswick (2019). *Compétences d'entrée pour les infirmiers et infirmiers auxiliaires autorisé(e)s*. Fredericton, chez l'auteur.

Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (2009). *Factsheets Collaborative Practice*. Vancouver, chez l'auteur.

Nova Scotia College of Nursing (2019). *Effective utilization of RNs and LPNs*. Halifax (Nouvelle-Écosse), chez l'auteur.

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (2018). *Directive professionnelle : L'exercice de l'IA et de l'IAA : l'infirmière, le client et l'environnement*. Toronto, chez l'auteur.

Registered Psychiatric Nurses Association of Saskatchewan, Saskatchewan Association of Licensed Practical Nurses et Saskatchewan Registered Nurses' Association (2017). *Collaborative Decision-making Framework: Quality Nursing Practice*. Saskatchewan, chez les auteurs.

L'Association des Infirmier(ère)s Auxiliaires Autoris(è)s du Nouveau-Brunswick

384 rue Smythe Fredericton, N.-B.

E3B 3E4

Téléphone: 1-506-453-0747 ou 1-800-942-0222

Telecopier: 1-506-459-0503

