



Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés au Canada



Conseil canadien de
réglementation des soins
infirmiers auxiliaire

AVANT-PROPOS

Le Conseil canadien de réglementation des soins infirmiers auxiliaires (CCRSIA) s'est engagé à collaborer aux pratiques réglementaires à l'échelle nationale afin de permettre aux organismes de réglementation des IAA de mieux desservir le public. Le CCRSIA a chargé un groupe de travail composé de membres de ses comités d'enquête et de discipline et du conseil des consultants en pratique de mettre à jour le Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA)¹ de 2013.

Le Code de déontologie énonce les valeurs et les responsabilités éthiques que les IAA défendent et dont elles/ils doivent rendre compte. Il guide les réflexions et les décisions éthiques des IAA dans tous les domaines de pratique et informe le public sur les valeurs éthiques et les responsabilités de la profession. Ce document sert également de guide pour l'élaboration des programmes d'études et pour la sensibilisation du public et des employeurs aux attentes de la pratique des IAA.

Les services de CAMPROF Canada Inc. ont été retenus pour effectuer la recherche et les révisions nécessaires. Le Code de déontologie mis à jour a été validé par la communauté des IAA et les principaux groupes d'intervenants en Alberta, en Saskatchewan, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve-et-Labrador, et son adoption a été approuvée par les conseils d'administration des organismes de réglementation respectifs de ces provinces.

Le CCRSIA souhaite remercier tous les participants qui ont contribué à la mise à jour et à la validation du Code de déontologie. Il exprime sa reconnaissance aux membres du groupe de travail pour leur temps, leur engagement et leur dévouement : Karen Archibald (Nova Scotia College of Nursing), Kathy Arseneau (Association des IAA du Nouveau-Brunswick-AIAANB), Sandy Forrest (Collège des IAA du Manitoba), Siobhainn Lewis (College of LPNs of Newfoundland and Labrador), Christina Riehl (College of LPNs of Alberta), Dawn Rix-Moore (College of LPNs of Prince Edward Island) et Glenda Tarnowski (College of LPNs of Alberta). Un merci spécial est adressé à Corey Sigurdson (Collège des IAA du Manitoba) qui a présidé le groupe de travail.

Le CCRSIA est une fédération de membres provinciaux et territoriaux qui sont responsables de la sécurité du public par la réglementation des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés/inscrits, tel qu'identifié dans la législation.

Le CCRSIA approuve le Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés décrit dans le présent document. Les IAA doivent consulter leur autorité de réglementation concernant l'adoption du code dans leur juridiction.

¹ Aux fins du présent document, le terme « infirmière et infirmier auxiliaire autorisé » désigne également « infirmière et infirmier auxiliaire immatriculé ».

Copyright © CCRSIA 2023

Tous droits réservés. La reproduction, le stockage dans un système d'extraction ou la transmission sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit (y compris électronique, mécanique, photographique, par photocopie ou enregistrement) de toute partie de cette publication sans l'autorisation écrite préalable du CCRSIA (Conseil canadien de réglementation des soins infirmiers auxiliaires) constitue une infraction à la loi sur le droit d'auteur.

Pour plus de renseignements, prière de communiquer avec le CCRSIA :

Courriel : ed@ccpnr.ca **Site Web** : www.ccpnr.ca

Disponible en anglais sous le titre : *Code of Ethics for Licensed Practical Nurses*

PREAMBULE

Le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA)* énonce six principes fondamentaux qui régissent l'exercice de la profession d'IAA et définissent leur identité professionnelle. Les IAA s'engagent et doivent se conformer à chacun de ces principes. Aux fins du présent document, l'expression « infirmier(ère) auxiliaire autorisé(e) » englobe également celle d'« infirmier(ère) auxiliaire accrédité(e) » et le terme « infirmier(ère) thérapeutique – relation client » fait référence à la « relation infirmier(ère) auxiliaire – client ». Les principes guident les réflexions et les décisions des IAA dans tous les aspects de la pratique professionnelle, renseignent le public sur les valeurs et les responsabilités éthiques de la profession et affirment l'engagement envers la sécurité des clients et la protection du public.

Les IAA s'acquittent en premier lieu de leur responsabilité envers le/la client(e) dans le cadre d'un environnement collaboratif. En outre, les IAA exercent leur profession au sein d'une équipe de soins et appliquent les principes directeurs dans le contexte de la responsabilité assumée envers le public, la profession, leurs collègues et eux-mêmes.

Ces principes ont pour fondement :

- l'[humilité culturelle](#)ⁱ et le respect de la dignité intrinsèque et les droits des clients, des collègues et des IAA;
- la promotion d'une [santé et d'un bien-être optimaux](#)ⁱ;
- l'engagement envers une [pratique tenant compte des traumatismes](#)ⁱ et de la [réduction des méfaits](#)ⁱ;
- l'engagement à contribuer à la vérité et à la réconciliation par l'autonomie et l'autodétermination des clients;
- des soins compétents et sûrs; et
- l'équité dans l'accès de tous les clients aux soins.

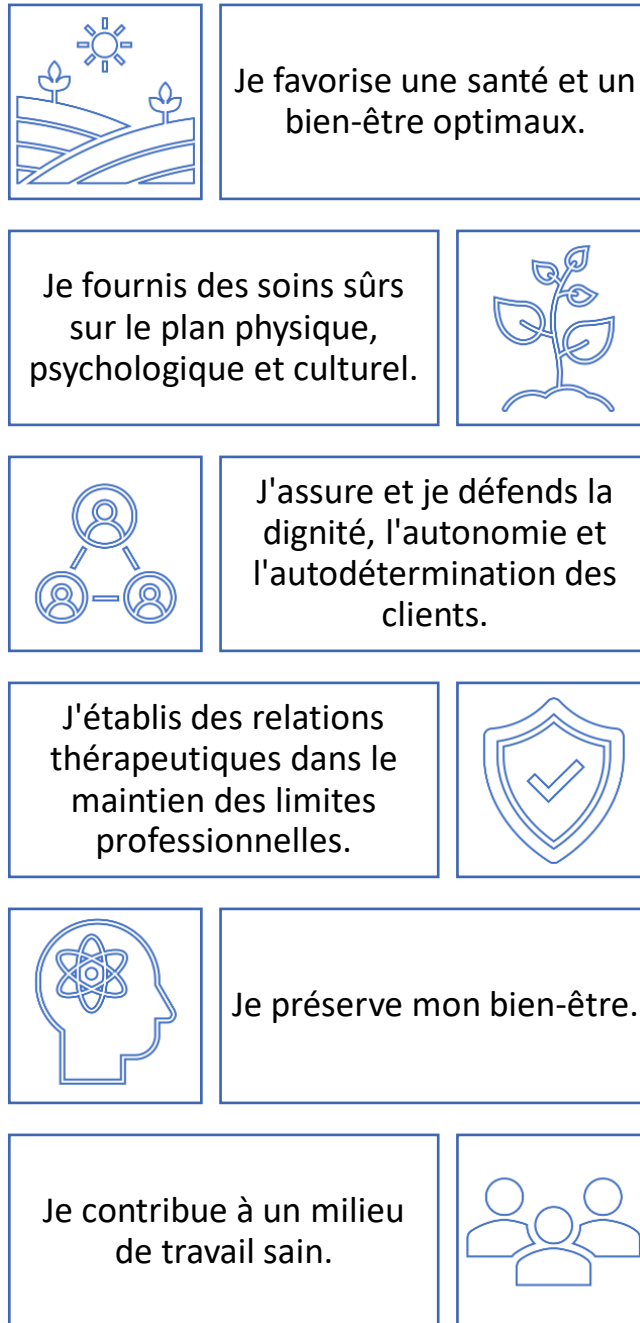
« Client(e) » désigne une personne (ou son/ses représentant(e)(s) désigné(e)(s)), des familles et des groupes.

Les IAA appliquent le Code de déontologie en conformité avec les normes et compétences professionnelles édictées, les politiques en vigueur et les exigences réglementaires et juridiques qui inspirent leur pratique et leur comportement. Les indicateurs qui accompagnent chaque principe décrivent les responsabilités éthiques et la conduite professionnelle attendue des IAA. Il n'y a pas d'ordre de priorité; collectivement, ils reflètent l'engagement global des IAA à fournir des soins sûrs.

L'annexe A offre une série de questions que les IAA pourraient envisager, qui sont susceptibles de susciter leur réflexion et de les amener à consulter des tiers face à une prise de décision éthique. Les termes importants qui peuvent être peu familiers sont soulignés dans le document et définis à l'annexe B. L'annexe C contient des informations sur les activités ayant servi de base à cette édition du Code de déontologie.

NB : Pour la commodité du lecteur, les termes apparaissant dans le texte et dont la définition est précisée dans le glossaire font l'objet d'un lien hypertexte vers leur entrée dans le glossaire. Immédiatement après la définition du glossaire, cliquez sur le lien « Retour au texte » pour revenir à l'endroit du texte où le terme apparaît pour la première fois. Pour les personnes qui consultent le document à l'aide de la visionneuse Adobe PDF, le fait de passer la souris sur l'icône ⓘ fait apparaître une infobulle contenant la définition du terme.

Mon engagement envers une pratique conforme à la déontologie



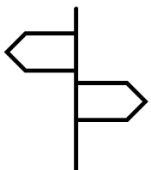
L'image se veut une référence rapide aux six principes, qui peut facilement être affichée ou partagée. L'IAA doit néanmoins comprendre pleinement le contenu de chaque principe, comme l'explique le reste du document.

1

Les IAA favorisent une santé et un bien-être optimaux ⁱ

Les IAA :

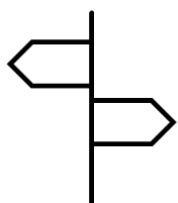
- 1.1 Fournissent des soins pour la santé et le bien-être de la personne, de la famille et de la communauté.
- 1.2 Reconnaissent et respectent l'importance des différents points de vue sur la santé et la maladie.
- 1.3 S'engagent dans des interactions fondées sur la compassion et le non-jugement.
- 1.4 Favorisent la guérison et le rétablissement par une [approche tenant compte des traumatismes](#) ⁱ.
- 1.5 Soutiennent la [réduction des méfaits](#) ⁱ par le choix et la promotion de pratiques plus sûres.
- 1.6 Identifient et minimisent les risques pour les clients, en adhérant aux principes de sécurité des clients et aux mesures d'assurance qualité.
- 1.7 Cultivent des relations significatives et positives entre l'infirmier(ère) et le(la) client(e).



Contenu et liens connexes : Pour plus d'informations, nous vous suggérons de consulter les normes de pratique, les compétences de base ou les outils pédagogiques approuvés par votre organisme de réglementation ou votre association professionnelle. Par exemple : se reporter aux normes et directives réglementaires sur les [soins adaptés aux traumatismes](#) ⁱ et la [réduction des méfaits](#) ⁱ.

Les IAA :

- 2.1 Reconnaissent que les [déterminants sociaux de la santé](#) ⁱ influencent la capacité d'un(e) client(e) à recouvrer et à conserver la santé.
- 2.2 Plaident pour que les clients bénéficient d'un accès juste et équitable aux services et ressources de santé.
- 2.3 S'appuient sur des [données probantes](#) ⁱ, les connaissances et le discernement professionnel pour guider les décisions infirmières.
- 2.4 Développent une compréhension de l'évolution du cheminement culturel et spirituel des clients.
- 2.5 Favorisent l'inclusion, l'appartenance et des environnements exempts de racisme et de discrimination.
- 2.6 Reconnaissent que la prestation des soins de santé est profondément influencée par la [pensée et les pratiques coloniales](#) ⁱ.
- 2.7 Se renseignent sur les inégalités en matière de soins auxquelles sont confrontés les clients racialisés, marginalisés ou mal desservis et chercher à y remédier.
- 2.8 Recherchent et échangent les connaissances avec les peuples des Premières Nations, les Métis et les Inuits.
- 2.9 Reconnaissent le rôle tenu dans la réponse apportée aux [appels à l'action](#) ⁱ de la Commission de vérité et de réconciliation (CVR) du Canada aux [appels à la justice](#) ⁱ de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones et les personnes 2SLGBTQQA+ disparues et assassinées.
- 2.10 Appliquent les nouvelles connaissances, technologies et avancées scientifiques pour promouvoir la sécurité, la satisfaction des clients et leur bien-être.



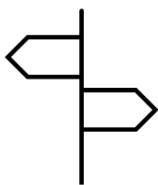
Contenu et liens connexes : Pour plus d'informations, nous vous suggérons de consulter les normes de pratique, les compétences de base ou les outils pédagogiques approuvés par votre organisme de réglementation ou votre association professionnelle. Par exemple : se reporter aux normes et directives réglementaires sur les motifs protégés dans la législation sur les droits de la personne, les expériences des clients issus de groupes racialisés et méritant l'équité, les [appels à l'action](#) ⁱ de la CVR, les [déterminants sociaux de la santé](#) ⁱ et la sécurité culturelle.

3

Les IAA honorent et défendent la dignité, l'autonomie et l'autodétermination des clients

Les IAA :

- 3.1 Respectent les droits du client, tout en reconnaissant leur origine, leurs valeurs et leurs croyances.
- 3.2 Reconnait comment les multiples aspects de l'[identité sociale](#)ⁱ d'une personne peuvent être la source d'une discrimination ou un d'un privilège.
- 3.3 Aident, soutiennent et respectent le(la) client(e) dans sa prise de décision éclairée, y compris lorsque des facteurs réduisent la capacité du(de la) client(e) à les prendre de telles décisions.
- 3.4 Observent les lois et les exigences réglementaires applicables en matière d'évaluation de la capacité et de prise de décision par un tiers, dans le cas où le(la) client(e) est incapable de donner son consentement.
- 3.5 Sollicitent l'[assentiment](#)ⁱ des personnes qui sont dans l'incapacité de donner leur consentement.
- 3.6 Reconnait le droit du(de la) client(e) à prendre des [risques raisonnables](#)ⁱ, ce qui est essentiel à sa dignité et à sa qualité de vie globale.
- 3.7 Lorsqu'il s'agit d'une [objection de conscience](#)ⁱ à la prestation de soins, informent l'employeur et respectent la mission et les besoins du (de la) client(e) jusqu'à ce qu'un remplaçant soit trouvé.



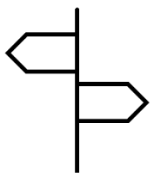
Contenu et liens connexes : Pour plus d'informations, nous vous suggérons de consulter les normes de pratique, les compétences de base ou les outils pédagogiques approuvés par votre organisme de réglementation ou votre association professionnelle. Par exemple : se reporter aux normes et directives réglementaires sur le consentement éclairé, la prise de décision, la vie privée et la confidentialité.

4

Les IAA établissent des relations de nature thérapeutique tout en maintenant des limites professionnelles

Les IAA :

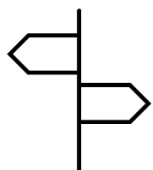
- 4.1 Comprennent que la relation infirmier(ère)-client(e) exige l'honnêteté, la confiance, l'intégrité, le respect, l'intimité professionnelle et l'empathie.
- 4.2 Acceptent que le maintien des limites professionnelles est la responsabilité de l'IAA.
- 4.3 Considèrent l'impact potentiel de la divulgation de soi sur la relation thérapeutique.
- 4.4 Sont informé(e)s et comprennent les conséquences associées aux communications sur les médias sociaux sur sa relation avec les clients, les employeurs et la profession infirmière.
- 4.5 Comprennent leur propre [identité sociale](#)¹ et agissent de manière à minimiser l'impact négatif des valeurs et des hypothèses personnelles sur les interactions et les décisions.
- 4.6 Remettent en question leur propre culture, les préjugés, les privilèges et le pouvoir lié à l'environnement professionnel.
- 4.7 Réfléchissent aux facteurs cliniques, pratiques et éthiques qui sont à la base de la cessation de la relation thérapeutique entre l'infirmier(ère) et le(la) client(e).



Contenu et liens connexes : Pour plus d'informations, nous vous suggérons de consulter les normes de pratique, les compétences de base ou les outils pédagogiques approuvés par votre organisme de réglementation ou votre association professionnelle. Par exemple : se reporter aux normes et directives réglementaires sur les questions de conflits d'intérêts, de vie privée, de confidentialité, d'inconduite sexuelle, etc.

Les IAA :

- 5.1 Établissent des objectifs et des mécanismes pour combler les lacunes prévues ou inattendues en matière de bien-être.
- 5.2 Réfléchissent et cherchent les occasions de s'améliorer sur les plans personnel et professionnel.
- 5.3 Prennent [soin de leur personne](#)¹, y compris de leur propre bien-être psychologique.
- 5.4 Réfléchissent et prennent des mesures lorsque leur capacité à pratiquer de manière sûre, compétente ou éthique est menacée.
- 5.5 Signalent les aspects de la pratique qui peuvent affecter leur bien-être et leur capacité à pratiquer leur profession en toute sécurité.



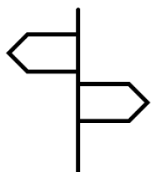
Contenu et liens connexes : Pour plus d'informations, nous vous suggérons de consulter les normes de pratique, les compétences de base ou les outils pédagogiques approuvés par votre organisme de réglementation ou votre association professionnelle. Par exemple : se reporter aux normes et directives réglementaires sur l'aptitude professionnelle.

6

Les IAA contribuent à un milieu de travail sain ⁱ

Les IAA :

- 6.1 Collaborent avec les clients, leurs familles et les collègues pour promouvoir la santé et le bien-être.
- 6.2 Contribuent à rendre le milieu de travail équitable, exempt de discrimination, de harcèlement, d'oppression et d'intimidation.
- 6.3 Saisissent les occasions de discuter des rôles, des responsabilités et de l'expertise des diverses professions de la santé, y compris la leur.
- 6.4 Préconisent et gèrent le temps ou les ressources humaines de manière à améliorer les résultats pour les clients et l'équipe de soins de santé.
- 6.5 Réagissent en temps utile aux situations dangereuses et aux [comportements dommageables](#) ⁱ.



Contenu et liens connexes : Pour plus d'informations, nous vous suggérons de consulter les normes de pratique, les compétences de base ou les outils pédagogiques approuvés par votre organisme de réglementation ou votre association professionnelle. Par exemple : se reporter aux normes et directives réglementaires sur la discrimination, la collaboration, l'harcèlement, l'oppression et l'intimidation, de même que la [sécurité psychologique](#) ⁱ.

ANNEXES

A. Prise de décision éthique et questions laissées à la réflexion

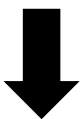
Les différences d'opinion sur la part relative des valeurs et des croyances sont courantes dans la prise de décision éthique. Cet exemple de processus et de questions soutient les IAA dans leur recherche des faits, leur réflexion critique et leurs discussions.

1. Évaluer l'éthique de la situation - les faits, les relations, les objectifs, les croyances et les valeurs



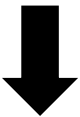
- a) Quelles informations faut-il recueillir pour prendre une décision éthique ? (par ex., faits pertinents, objectifs des soins, séquence des événements, ressources disponibles).
- b) Qui est important dans la situation ?
 - Quels sont les objectifs, les croyances et les valeurs importants des personnes en cause ?
 - Comment mes valeurs influencent-elles ma démarche?
- c) Quels sont les principes éthiques, les politiques, les lois et règlements applicables?
- d) A-t-on des raisons de soupçonner le comportement contraire à l'éthique d'un pair ou d'un collègue ?

2. Reconnaître les choix possibles et la manière dont ils sont évalués



- a) Quelles sont les attentes du(de la) client(e) ?
 - Ai-je aidé le(la) client(e) à clarifier ses valeurs ?
 - Quel est le conflit central sur le plan des valeurs de ceux(celles) qui sont impliqué(e)s?
- b) Quelles sont les actions qui, à mon avis, feront « le plus de bien », « le moins de tort », « causeront le moins de détresse morale » ?
 - Comment les personnes importantes seront-elles affectées?
- c) Quels facteurs jouent un rôle dans la prise en charge d'un(e) client(e)?
- d) Y a-t-il des implications pour différentes actions (par ex. : qui découlent d'une politique, des lois et des règlements en vigueur) ?

3. Choisir l'action qui maximise les bienfaits



- a) Puis-je soutenir le choix du(de la) client(e) ou celui des autres fournisseurs de soins de santé ?
 - Si non, quelles actions dois-je entreprendre ?
- b) Ai-je le courage moral, les compétences et les connaissances nécessaires à une action éthique ?
- c) Y a-t-il des contraintes qui m'empêchent d'entreprendre une action éthique ?
 - Serai-je soutenu dans ma décision ?
- d) Quels sont les risques de préjudice si je fais ou ne fais pas quelque chose ?

4. Exécuter l'action



- a) Est-ce que je pratique comme une infirmière auxiliaire raisonnable et prudente le ferait dans cette situation ?
- b) Est-ce que j'agis avec humilité, attention et compassion dans mes relations avec les autres ?
- c) Est-ce que je réponds aux attentes de la profession et de l'employeur dans cette situation ?
- d) Que devrais-je communiquer à toutes les personnes concernées ?

5. Poser des gestes réfléchis

- a) Les résultats ont-ils été acceptables ?
- b) Toutes les personnes concernées se sont-elles senties en sécurité, respectées et valorisées ?
- c) Ai-je signalé le(s) geste(s) par les voies appropriées ?
- d) Qu'est-ce qui a été bien fait et qu'est-ce qui aurait pu être fait différemment ?

(Adapté pour brièveté : *Questions for Ethical Reflection* (Oberle, K., & Raffin Bouchal, S.,2009), *The Ethical Decision Making Framework for Individuals* (McDonald, 2009) et d'autres références et outils basés sur ceux-ci).

B. Glossaire

L'explication des termes aidera le lecteur à comprendre certains termes utilisés dans le Code de déontologie. Les explications peuvent différer de celles qui sont utilisées par les organismes de réglementation, les associations professionnelles, les employeurs et les prestataires de soins individuels. Des clarifications sont offertes afin de fournir un contexte pour les concepts nouveaux ou complexes. Notez qu'il ne s'agit pas d'une liste exhaustive.

- 1. Assentiment** (définition) : Un accord, souvent recherché en concomitance avec des procédures médicales, dans des circonstances où une personne n'est pas légalement autorisée ou n'a pas une compréhension suffisante pour donner son consentement de manière compétente (par exemple, les enfants ou les personnes dont la capacité est diminuée). L'assentiment est une obligation éthique plutôt que juridique au Canada, une fois que le consentement éclairé d'un tuteur légal ou d'un mandataire spécial a été obtenu.
[>> Retour au texte](#)
Référence : Adapté du Segen's Medical Dictionary, 2012.
- 2. Appels à l'action** (Clarification) : Afin de réparer les séquelles des pensionnats et de faire avancer le processus de réconciliation canadienne, la Commission de vérité et de réconciliation a lancé 94 appels à l'action dans les domaines de la protection de l'enfance, de la langue et de la culture, de la santé, de la justice, des actions réconciliatrices du gouvernement liées à la DNUDPA, du système juridique, de la création d'un conseil national pour la réconciliation, de la formation des fonctionnaires, des excuses des églises, de l'éducation, des programmes pour les jeunes, des musées et des archives, des enfants disparus et des informations sur les sépultures, de la commémoration, des médias, des sports, des affaires et des nouveaux arrivants au Canada.
[>> Retour au texte](#)
Référence : Commission de vérité et de réconciliation du Canada, 2015 - https://nctr.ca/wp-content/uploads/2021/04/4-Appels_a_l-Action_French.pdf
- 3. Appels à la justice** (Clarification) : Issus des lois internationales et nationales sur les droits humains et autochtones, notamment la Charte, la Constitution, et l'honneur de la Couronne, les appels à la justice sont une obligation légale pour que les femmes, les filles et les personnes 2ELGBTQQA autochtones vivent dans la dignité. [>> Retour au texte](#)
Référence : MMIWG2SLGBTQQA+ Appels à la justice, 2019 - <https://www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-final-volume-1b.pdf>
- 4. Client(e)** (Définition) : Une personne (ou son représentant désigné), une famille, un groupe ou une communauté.
Référence : Canadian Practical Nurse Registration Examination (2017). Examination Blueprint.

Accessible au https://www.cpnre.ca/wp-content/uploads/2021/11/CPNRE_Blueprint_2022-2026_e.pdf

5. **Comportements dommageables** (Définition) : Des comportements négatifs qui vont de formes moins actives et moins intentionnelles, comme l'incivilité, à des formes plus actives et plus intentionnelles, comme le harcèlement ou la violence physique. Les exemples incluent l'intimidation, la violence, l'agression, les abus, l'hostilité, le sabotage et l'incivilité sur le lieu de travail. [>> Retour au texte](#)

Références : Layne et al. (2019). Negative Behaviors among Healthcare Professionals: Relationship with Patient Safety Culture. *Healthcare* 7(1): 23 doi:[10.3390/healthcare7010023](https://doi.org/10.3390/healthcare7010023); Trepanier, et al. (2021) When workload predicts exposure to bullying behaviours in nurses: The protective role of social support and job recognition. *Journal of Advanced Nursing* 77(7): 3093-3103 <https://doi-org.login.ezproxy.library.ualberta.ca/10.1111/jan.14849>

6. **Déterminants sociaux de la santé** (Définition) : englobent des facteurs sociaux et économiques particuliers des déterminants généraux de la santé. Ces facteurs sont associés à la place de l'individu dans la société, que ce soit en fonction du revenu, de l'éducation ou de l'emploi. L'expérience de discrimination ou de racisme ou d'un traumatisme historique est un important déterminant social de la santé pour certains groupes comme les peuples autochtones, la communauté LGBTQ et les communautés noires. (Gouvernement du Canada, 2022 - <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>)

Les déterminants sociaux de la santé dans un contexte autochtone comprennent également des déterminants structurels uniques tels que l'histoire, le climat politique, l'économie et les contextes sociaux. Les relations, l'interconnectivité et la communauté sont fondamentales pour ces déterminants. [>> Retour au texte](#)

Référence: Lines, LA., Yellowknives Dene First Nation Wellness Division. & Jardine, C.G. Connection to the land as a youth-identified social determinant of Indigenous Peoples' health. *BMC Public Health* 19, 176 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6383-8>.

7. **Données probantes** (Définition) : Savoir provenant de sources variées, notamment de recherches qualitatives et quantitatives, d'évaluations de programmes, des valeurs et des préférences des clients et de l'expérience professionnelle (Calgary Health Region, 2006). [>> Retour au texte](#)

8. **Humilité culturelle** (Définition) : Avoir des traits de respect, d'empathie et d'autoréflexion critique aux niveaux intrapersonnel et interpersonnel. La composante intrapersonnelle implique

une prise de conscience de la capacité limitée à comprendre la vision du monde et la culture de la personne atteinte. La composante interpersonnelle comprend une attitude envers le(la)client(e) qui est marquée par le respect et l'ouverture à sa vision du monde. >> [Retour au texte](#)

Référence : Hughes, et al., (2020) Not missing the opportunity: Strategies to promote cultural humility among future nursing faculty. *Journal of Professional Nursing* 36 (2020): 28-33.
<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2019.06.005>

9. **Identité sociale** (Définition) : L'identité sociale d'un individu indique qui il est en fonction des groupes auxquels il appartient. Les groupes d'identité sociale sont généralement définis par certaines caractéristiques physiques, sociales et mentales des individus. Des exemples d'identités sociales sont la race/ethnicité, le sexe, la classe sociale/le statut socio-économique, l'orientation sexuelle, les (in)aptitudes et la religion/les croyances religieuses.

>> [Retour au texte](#)

Reference: Northwestern University Searle Center for Advancing Learning and Teaching, 2022 - <https://www.northwestern.edu/searle/initiatives/diversity-equity-inclusion/social-identities.html>

10. **Milieu de pratique sain** (Adapté) : Les éléments d'un environnement de pratique sain comprennent une culture de collaboration, de communication, de responsabilité, de leadership, de ressources adéquates, de prise de décision partagée, de perfectionnement continu et de reconnaissance de la contribution des soins infirmiers.

Référence : Nursing Organizations Alliance, endorsed by American Organization for Nursing Leadership, 2019 - https://www.aonl.org/system/files/media/file/2020/02/elements-healthy-practice-environment_1.pdf ;

Un milieu de pratique sain favorise la sécurité psychologique, assurant que les membres du personnel se sentent capable de se montrer et de s'engager sans craindre les conséquences négatives sur l'image de soi, le statut ou la carrière. >> [Retour au texte](#)

Référence : Ito, et al. (2022) A concept analysis of psychological safety: Further understanding for application to health care. *Nursing Open* 9(1): <https://doi.org/10.1002/nop2.1086>

11. **Objection de conscience** (Définition) : Situation dans laquelle une infirmière/un infirmier informe son employeur d'un conflit de conscience et de la nécessité de s'abstenir de fournir des soins parce qu'une pratique ou une procédure est en conflit avec ses convictions morales.

>>[Retour au texte](#)

Référence : Code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés de l'AIIC (2017) - <https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/Code de deontologie Edition 2017 Secure Inter>

12. **Pensée et pratiques coloniales** (Définition) : Fondées sur les idées européennes de « terra nullius » (terre vide) et sur la « Doctrine de la découverte » de l'Église catholique, les pratiques de colonisation, de déplacement et d'assimilation forcée des peuples autochtones de l'île de la Tortue ont entraîné la dissimulation ou la perte des connaissances et des systèmes juridiques existants, de la spiritualité, des pratiques de chasse et de récolte pendant de nombreuses générations. (Adapté de : Pulling Together : Foundations Guide, Chapter 2 : Colonization). La pensée et les pratiques coloniales dominent de nombreux aspects de la vie contemporaine au Canada, y compris les soins de santé. Par exemple, le modèle biomédical exclut de nombreux facteurs psychologiques, sociaux et spirituels lorsqu'on tente de comprendre la maladie ou le trouble d'une personne. Conscientes de ce fait, les infirmières auxiliaires autorisées peuvent adapter la façon dont elles dispensent les soins afin d'inclure davantage les connaissances et les pratiques de guérison autochtones. >> [Retour au texte](#)
Référence : Medical Dictionary for the Health Professions and Nursing, 2012 - <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/biomedical+model>
13. **Réduction des méfaits** (Définition) : Approche fondée sur des données probantes et centrée sur le client, qui vise à réduire les dommages sanitaires et sociaux associés à la dépendance et à la consommation de substances, sans nécessairement exiger des personnes qui consomment des substances qu'elles s'abstiennent ou qu'elles cessent de le faire. L'approche de la réduction des méfaits de la consommation de substances comprend une série de programmes, de services et de pratiques. L'élément essentiel d'une approche de réduction des dommages est qu'elle permet aux personnes qui consomment des substances de choisir la manière dont elles vont minimiser les dommages grâce à des stratégies non moralisatrices et non coercitives, afin d'améliorer leurs compétences et leurs connaissances pour mener une vie plus sûre et plus saine. (CMHA, 2022 - <https://ontario.cmha.ca/harm-reduction/>).
>> [Retour au texte](#)
14. **Risque raisonnable** (Définition) : Les risques sont considérés raisonnables lorsqu'ils sont compensés ou dépassés par les avantages attendus de l'action ou de l'activité, et qu'ils sont soigneusement évalués, planifiés et alignés sur les politiques de l'organisation.
>> [Retour au texte](#)
Référence : Croft, J. (2017) Enabling positive risk-taking for older people in the care home. Nursing and Residential Care 19(9): <https://doi.org/10.12968/nrec.2017.19.9.515>
15. **Santé optimale** (Définition): La santé optimale est un état de complet bien-être physique, mental et social. >> [Retour au texte](#)
Référence : American Occupational Therapy Association, 2022 - <https://www.aota.org/career/career-center/wellness-for-life-and-career/maintain-your->

16. **Soins auto-administrés** (Définition) : Toute activité délibérée visant à assurer notre bien-être physique, mental et spirituel. Elle est importante pour les travailleurs de tous les domaines, mais surtout pour les infirmières, qui passent leurs heures de travail à prendre soin des autres. L'autosoin réduit le stress, reconstitue la capacité de l'infirmière à faire preuve de compassion et d'empathie, et améliore la qualité des soins. [>> Retour au texte](#)

Référence : Purdue University Global, 2021 - <https://www.purdueglobal.edu/blog/nursing/self-care-for-nurses/>

17. **Soins culturellement sûrs** (Définition) : un résultat fondé sur un engagement respectueux qui reconnaît et s'efforce de corriger les déséquilibres de pouvoir inhérents au système de santé. Il en résulte un environnement exempt de racisme et de discrimination, où les gens se sentent en sécurité. La sécurité culturelle autochtone est le processus qui consiste à rendre les espaces, les services et les organisations plus sûrs et plus équitables pour les peuples autochtones en tenant compte de l'impact colonial actuel et historique et en cherchant à éliminer le racisme et la discrimination structurels. [>> Retour au texte.](#)

Référence : BC Centre for Disease Control (2022) - <http://www.bccdc.ca/health-professionals/clinical-resources/covid-19-care/education-and-training/culturally-safe-care>

18. **Approches tenant compte des traumatismes et de la violence** (Définition) : Les approches tenant compte des traumatismes et de la violence sont des politiques et des pratiques qui reconnaissent les liens entre les traumatismes, la violence et leurs répercussions négatives sur la santé et les comportements. Ces approches sont favorables à la sécurité, au contrôle et à la résilience pour les personnes à la recherche de services liés à des expériences de violence ou qui ont des antécédents de telles expériences. [>> Retour au texte](#)

Référence : Agence de la santé publique du Canada, 2018 - <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/secure-et-risque-pour-sante/approches-traumatismes-violence-politiques-pratiques.html>

C. Méthodologie et processus

Entre janvier et décembre 2022, la mise à jour du Code de déontologie du CCRSIA a entendu de 1 000 participants dans le cadre de 15 entrevues avec des informateurs clés, 10 groupes de discussion et une enquête de validation pancanadienne. Le projet n'aurait pas été possible sans la direction et le dévouement du Groupe de travail sur le Code de déontologie, composé de personnel et de responsables de la réglementation de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, du Nouveau-Brunswick, de Terre-Neuve-et-Labrador, de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Nouvelle-Écosse.

La consultation a touché les IAA actives dans tous les domaines de pratique, y compris les rôles d'éducation et de leadership, et a donné l'occasion de réfléchir individuellement et en petits groupes à la prise de décisions éthiques s'étendant à la pratique exercée au quotidien dans des communautés de tout le Canada. Les IAA qui ont participé étaient d'appartenance diversifiée, incluant, sans s'y limiter, des membres des Premières Nations, des Métis, des Inuits, des Afro-américains, des Asiatiques de l'Est et du Sud, des IAA qui s'identifient comme membres de la communauté 2ELGBTQ+ et des IAA qui s'identifient comme personnes ayant un handicap visible ou invisible, des IAA dont l'ancienneté était inférieure à un an et d'autres qui comptaient plus de 30 ans d'expérience.

Des représentants de certaines associations spécifiques aux domaines de pratique des IAA ont également participé aux consultations. Il s'agit notamment d'organisations qui œuvrent dans les champs d'activité des soins des pieds, des soins de longue durée et les soins palliatifs.

Des expert(e)s en la matière ont participé à des entretiens individuels ou collectifs. Leurs compétences vont de la réduction des méfaits à la dignité, en passant par l'éthique, la pratique des IAA et les soins infirmiers et la réglementation professionnelle. Chacun(e) a apporté son point de vue et ses perspectives sur les aspects de la conduite éthique dans la pratique des IAA ou des soins de santé en particulier.