



National Emergency Nurses Association

Leaders in Emergency Nursing

Leaders pour les Soins Infirmiers d'Urgence

NORMES CANADIENNES DE PRATIQUE EN SOINS INFIRMIERS D'URGENCE

PREMIÈRE ÉDITION

Avril 2025

Normes canadiennes de pratique en soins infirmiers d'urgence
Association Nationale des Infirmières et Infirmiers d'Urgence (ANIIU)

Tous droits réservés © 2025, Association Nationale des Infirmières et Infirmiers d'Urgence (ANIIU)

Aucune partie de ce document ne peut être reproduite, sous quelque forme que ce soit, sans l'autorisation écrite de l'ANIIU.

Publié initialement en 1986 sous le titre *Étendue et normes de la pratique canadienne*.
Révisé en 1993, 1999, 2007, 2011, et 2018.

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières

TABLE DES MATIÈRES	2
SECTION UN	4
Introduction	4
SECTION DEUX	5
Fondements de la pratique en soins infirmiers d'urgence	5
Fondements théoriques de la pratique en soins infirmiers d'urgence	8
Fondements théoriques	8
Patricia Benner – Modèle du novice à l'expert	8
Pratique fondée sur les compétences	8
Métabaradigme des soins infirmiers	9
Intersectionnalité	10
SECTION TROIS	12
Milieux de pratique en soins infirmiers d'urgence	12
Service d'urgence tertiaire (SU)	12
Services d'urgence régionaux et des grandes communautés	12
Services d'urgence en petites communautés et en milieu rural	13
Soins infirmiers et milieu éloigné	13
SECTION QUATRE	13
Normes de pratique en soins infirmiers d'urgence	13
Domaine 1: Pratique clinique	15
Norme 1: Triage	15
Norme 2: Évaluation	16
Norme 3: Planification	16
Norme 4: Intervention et évaluation	16
Norme 5: Transition des soins	17
Norme 6: Éducation et inscription	17
Norme 7: Jugement clinique et raisonnement	17
Domaine 2: Pratique relationnelle	18
Norme 8: Communication	18
Norme 9: Collaboration	18
Domaine 3: Perfectionnement professionnel	19
Norme 10: Perfectionnement professionnel	19
Norme 11: Leadership et mentorat	19
Norme 12: Pratique fondée sur les compétences	19
Norme 13: Amélioration de la qualité et recherche	19

**Normes canadiennes de pratique en soins infirmiers d'urgence
Association Nationale des Infirmières et Infirmiers d'Urgence (ANIIU)**

Norme 14: Éthique professionnelle	20
Domaine 4: Considérations juridiques	20
Norme 15: Obligations légales	20
Références bibliographiques	21

SECTION UN

Introduction

Contexte

L'Association nationale des infirmières et infirmiers d'urgence (ANIIU) est le porte-parole national des normes et des pratiques les plus rigoureuses en soins infirmiers et en milieux de soins d'urgence au Canada (Association canadienne des médecins d'urgence [ACMU], 2020; ANIIU, 2018). Fondée en 1982, l'ANIIU se consacre à la promotion de soins d'urgence de qualité. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) reconnaît l'ANIIU comme l'association professionnelle représentant les infirmières et infirmiers d'urgence à l'échelle nationale et a désigné les soins infirmiers d'urgence comme une spécialité en 1991. Des infirmières et infirmiers de toutes les provinces et de tous les territoires du Canada en sont membres (ANIIU, 2018).

L'ANIIU promeut les soins infirmiers d'urgence en tant que spécialité essentielle dans le domaine des soins de santé et démontre son engagement envers l'excellence des soins infirmiers d'urgence en :

1. Établissant les normes de la pratique en soins infirmiers d'urgence et les compétences connexes au Canada.
2. Publiant des prises de position fondées sur des données probantes sur un large éventail de sujets relatifs aux soins infirmiers d'urgence.
3. Faisant la promotion de la recherche en soins infirmiers d'urgence à l'aide de bourses et de publications.
4. Favorisant le réseautage lors de conférences, notamment lors du congrès annuel de l'Association nationale des infirmières et infirmiers d'urgence.
5. Publiant le Journal canadien des infirmières et infirmiers d'urgence.
6. Établissant et en offrant des cours reconnus à l'échelle internationale, y compris :
 - a. L'échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG)
 - b. Cours de base de soins infirmiers en traumatologie (TNCC)
 - c. Cours de soins infirmiers d'urgence en pédiatrie (ENPC)
7. Soutenant des cours pertinents sur le plan clinique, notamment :
 - a. Soutien avancé de la réanimation cardiaque (SARC)
 - b. Soins avancés en réanimation pédiatrique (SARP)
 - c. Programme de réanimation néonatale (PRN)
 - d. Pratique, interventions et soins d'urgence — Canada (EPICC)

Objectif

Le principal objectif du présent document sur les normes et du document connexe à venir, intitulé *Cadre de pratique fondé sur les compétences en soins infirmiers d'urgence de l'ANIIU*, est de faire progresser, promouvoir, orienter et de diriger la pratique professionnelle des soins infirmiers d'urgence au Canada. Les soins d'urgence font partie intégrante du système de santé canadien. La complexité de la prestation des soins d'urgence exige que l'infirmière ou l'infirmier d'urgence possède

un ensemble spécialisé de connaissances, d'aptitudes et de compétences (Healthdirect, 2021; Little et coll., 2021).

L'ANIIU approuve cette édition des Normes canadiennes de pratique des soins infirmiers d'urgence en tant qu'outil essentiel pour l'ensemble du personnel infirmier en soins d'urgence au Canada. Ces normes ont contribué à l'élaboration de l'examen canadien de certification en soins infirmiers d'urgence, dont la réussite confère le titre d'infirmière ou d'infirmier d'urgence certifié(e) en soins d'urgence — Canada (CSU[C]).

Définitions

Normes

Les normes en soins infirmiers sont un ensemble de lignes directrices et d'attentes qui décrivent les responsabilités professionnelles et les pratiques du personnel infirmier au sein en contexte de soins. Elles orientent la pratique en matière de soins cliniques, de conduite éthique, de sécurité des patients et de perfectionnement professionnel. Les normes sont définies comme un «repère en matière de rendement fondé sur un niveau d'excellence souhaité» (Ross, 2010).

Compétence et compétence spécifiques

La compétence est une mesure essentielle des capacités d'une personne et se définit comme l'intégration des attributs fondamentaux à la prestation de soins infirmiers compétents dans un cadre et un contexte précis (AIIC, 2025). Le personnel infirmier est tenu sur le plan juridique et éthique de maintenir ses compétences, lesquelles englobent les aptitudes psychomotrices, cognitives et affectives nécessaires à l'exercice efficace de ses responsabilités (Mrayyan et coll., 2022). L'atteinte de la compétence se fonde sur l'intégration efficace des connaissances, habiletés, jugements, attitudes et techniques en soins infirmiers dans la pratique.

Ces éléments seront examinés en profondeur dans le document à venir intitulé *Cadre de pratique fondé sur les compétences en soins infirmiers d'urgence de l'ANIIU*.

Public cible

Ce document offre des lignes directrices complètes à l'intention du personnel infirmier d'urgence œuvrant dans divers milieux de soins, notamment les services d'urgence (SU), les milieux préhospitaliers et militaires, les centres de soins ambulatoires et les cliniques où des soins urgents ou immédiats sont prodigués aux patients. Il se veut également une ressource précieuse pour les organismes de réglementation et les organismes œuvrant à l'échelle locale, provinciale et fédérale.

SECTION DEUX

Fondements de la pratique en soins infirmiers d'urgence

Définition et contexte des soins infirmiers d'urgence

Les soins infirmiers d'urgence englobent la prise en charge de personnes de tous âges qui présentent souvent un état de santé indifférencié à leur arrivée ou qui ont besoin de soins médicaux et d'interventions pour répondre à des besoins physiques ou émotionnels au sein d'un service ou d'un établissement d'urgence désigné. Les soins infirmiers d'urgence sont généralement de nature épisodique, primaire et principalement aiguë, et s'exercent dans divers contextes de soins (ANIIU, 2019). Ces soins requièrent un ensemble de compétences infirmières générales et spécialisées (ANIIU, 2019) ainsi que la mise en œuvre systématique du processus de soins infirmiers, qui comprend l'évaluation rigoureuse, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions — souvent dans un contexte de données limitées et dans un environnement en constante évolution où le temps est compté (Higgins et Moore, 2000; Paparella, 2018).

Le personnel infirmier d'urgence démontre sa capacité à fournir des soins et à répondre aux besoins de santé tout au long de la vie, de la petite enfance à la fin de la vie. Au carrefour de diverses spécialités et sous-spécialités au sein du paysage des soins de santé, le personnel infirmier d'urgence joue un rôle essentiel en comblant les lacunes entre les soins préhospitaliers et les services de santé communautaires, satisfaisant ainsi à la demande de soins médicaux urgents et imprévus (Bell et coll., 2019; Foley et Davis, 2017; Nursing Theories, 2021; Weaver et Olson, 2006). Les compétences en soins infirmiers d'urgence s'appuient sur les habiletés fondamentales acquises dans le cadre de la pratique infirmière de base. La pratique des soins infirmiers d'urgence comprend généralement les éléments suivants, sans s'y limiter :

- Le triage, l'évaluation et la réévaluation.
- La priorisation initiale et continue en fonction de l'acuité du patient et de ses besoins en matière de soins.
- La stabilisation et la réanimation.
- Les interventions de crise pour répondre aux besoins des cas individuels des patients.
- L'éducation du patient, de sa famille ou de ses aidants en fonction des symptômes présentés ou d'autres besoins en matière d'information sur la santé.
- Coordination avec l'ensemble du système de soins de santé, y compris les services préhospitaliers, les soins aigus, les services communautaires et les services ambulatoires

(Bell et coll., 2019; Jones et coll., 2015)

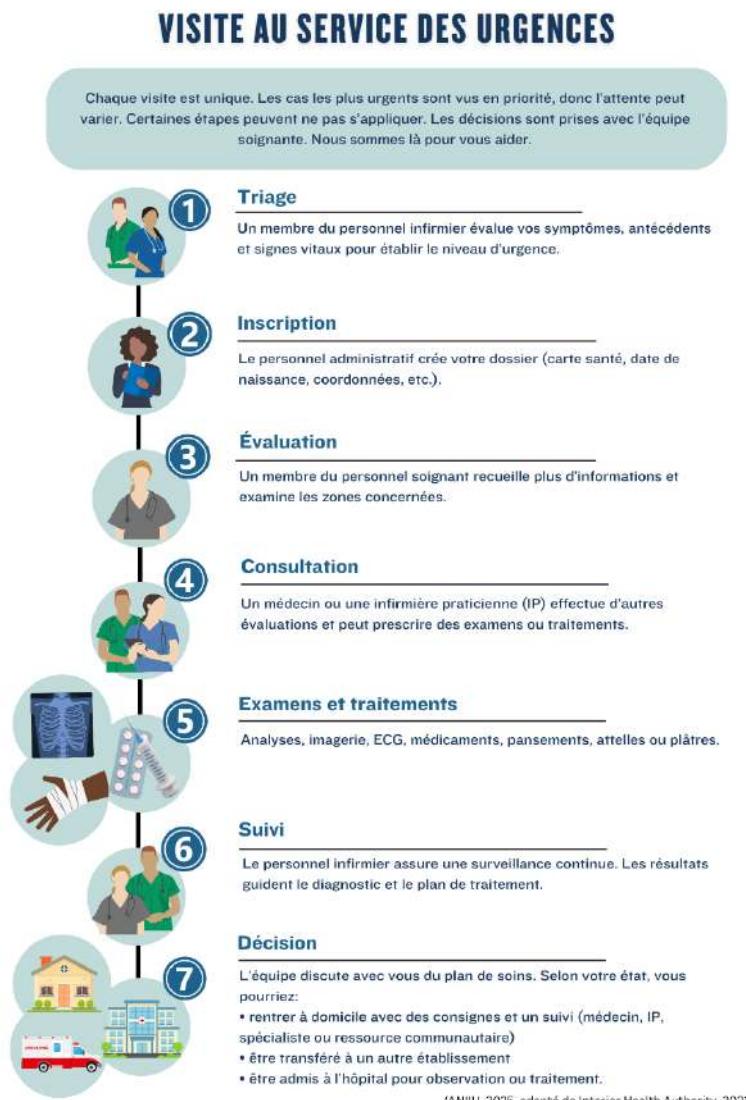
Le parcours du patient aux urgences

La pratique des soins infirmiers d'urgence s'étend tout au long du parcours du patient au sein du service des urgences, tel que présenté à la figure 1. Ce parcours comprend une série d'étapes à travers le système de santé. Il est essentiel que le personnel infirmier des urgences comprenne l'expérience et la trajectoire du patient afin :

- d'améliorer les soins centrés sur le patient et la défense de ses intérêts.
- d'améliorer la communication, la coordination et la collaboration avec le patient quant aux prochaines étapes et aux attentes, y compris l'orientation vers d'autres partenaires de soins, des ressources et la planification du congé.
- de repérer et prévenir les lacunes dans les soins ou lors des transitions de soins entre les étapes citées.
- d'identifier les obstacles à la fluidité du parcours des patients ou les possibilités d'amélioration de l'efficacité au sein du service.

(Royal College of Emergency Medicine, 2018).

Figure 1. Visite au service d'urgence (infographie du patient)



Fondements théoriques de la pratique en soins infirmiers d'urgence

Fondements théoriques

Les théories et les cadres conceptuels en soins infirmiers constituent des fondements et des perspectives essentiels qui orientent le personnel infirmier des urgences dans l'évaluation, l'analyse et l'interprétation des données, la prise de décisions cliniques, le développement des compétences relationnelles, la sensibilisation aux tendances et aux enjeux sociaux, ainsi que l'élaboration de politiques. Les savoirs infirmiers sont transmis et structurés à l'aide de modèles, de cadres et de théories (AIIC, 2015). Les auteurs du présent document ont intégré et façonné ces normes à l'aide de diverses théories, modèles et cadres.

Patricia Benner — Modèle du novice à l'expert

Élaboré en 1982, le modèle du novice à l'expert de la Dre Patricia Benner est un cadre de référence complet, utilisé pour orienter, évaluer et juger la pratique professionnelle du personnel infirmier. Il décrit l'évolution des compétences et des connaissances en soins infirmiers à travers cinq étapes distinctes fondées sur l'expérience clinique et l'exposition (Murray et coll., 2018).

En général, le savoir infirmier progresse à partir du niveau débutant, qui consiste à avoir peu d'expérience, l'application d'une approche fondée sur des règles et un besoin d'encadrement, vers une expertise où l'intuition et les savoirs tacites permettent de prendre des décisions rapides et précises sur la base d'une vaste expérience dans le domaine (Benner, 1982). Benner a souligné l'importance du savoir expérientiel et du savoir situationnel (pratique clinique) comme étant distincts du savoir théorique ou de l'éducation formelle. Le concept d'acquisition de compétences, des habiletés et de l'expertise par l'exposition à la pratique, et non simplement par le passage du temps, a été formulé par Benner en 1982.

Les cinq étapes seront explorées et décrites plus précisément dans le Cadre de pratique fondé sur les compétences des soins infirmiers d'urgence de l'ANIIU, à paraître prochainement, dont le modèle de Benner constitue la base.

Pratique fondée sur les compétences

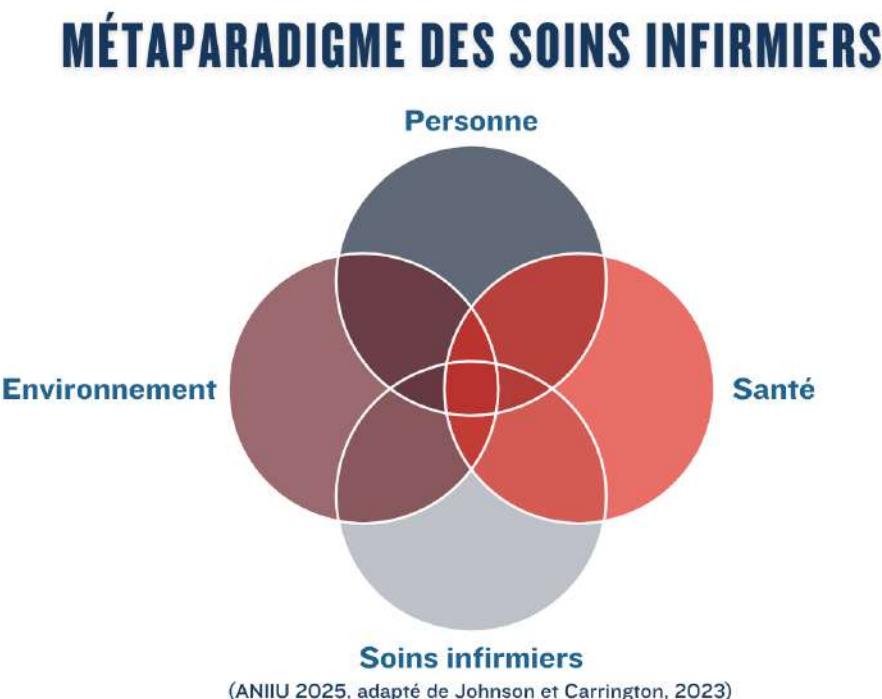
« La compétence est la capacité d'exécuter une tâche ou une action donnée avec les connaissances nécessaires » (Mrayyan et coll., 2023). La pratique fondée sur les compétences tient compte du mécanisme dynamique de la compétence : l'acquisition et l'application des connaissances, des comportements, du jugement, des habiletés, des valeurs et des attitudes nécessaires pour prodiguer aux patients des soins efficaces, sûrs et de qualité (Jones et coll., 2015; Rush et coll., 2013; Vandenkerkhof et coll., 2017). La pratique fondée sur les compétences repose sur une variété de méthodes, plutôt que sur des délais, pour progresser le long de la trajectoire des compétences, allant du novice à l'expert. Les approches peuvent inclure l'auto-évaluation, l'évaluation par les pairs ou par l'éducateur, le mentorat, le préceptorat, la formation formelle et informelle, ainsi que les acquis expérientiels.

obtenus dans la pratique quotidienne. Des simulations sont toutefois souvent nécessaires lorsque l'exposition n'est pas assez fréquente (Bowen et Prentice, 2016; Association des infirmières et infirmiers du Canada et Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, 2015; Holle et coll. 2021; Jayasekara et coll. 2017; Jones et coll. 2015; Moore et coll. 2019; Murray et coll. 2018).

Métaparadigme des soins infirmiers

Le métaparadigme des soins infirmiers (figure 2) est reconnu comme le fondement conceptuel de la profession infirmière (AIIC, 2015). Il oriente le personnel infirmier vers la compréhension des relations clés nécessaires à la prestation de soins efficaces et efficaces, à l'aide de quatre concepts fondamentaux. Ces concepts sont examinés ci-dessous dans le contexte des soins infirmiers d'urgence et comprennent la personne, la santé, l'environnement et les soins infirmiers (Johnson et Carrington, 2023).

Figure 2. Métaparadigme des soins infirmiers



Personne

Le terme « personne » désigne le ou la patient·e, le ou la partenaire de soins, la famille, le groupe, la communauté et la population à laquelle le personnel infirmier d'urgence fournit des soins holistiques (Johnson et Carrington, 2023). Le personnel infirmier des urgences applique les principes d'équité, de diversité et d'inclusion tout en tenant compte des besoins physiques, émotionnels, sociaux et spirituels propres au patient tout au long de sa visite. Le temps imparié au personnel infirmier des urgences pour

établir une relation thérapeutique est limité en raison de la nature épisodique des soins.

Santé

Le personnel infirmier des urgences priorise et répond aux besoins aigus ou critiques, stabilise les patients et prévient la détérioration de leur état de santé afin de favoriser des résultats optimaux. Les enjeux de santé comprennent par exemple les maladies graves, les traumatismes, la santé mentale, la toxicomanie, les maladies aiguës et chroniques, la prévention des blessures, la promotion de la santé et d'autres besoins de santé de nature épisodiques (Johnson et Carrington, 2023; Weaver et Olson, 2006).

Environnement

Le milieu des soins d'urgence est imprévisible et complexe, marqué par une grande variété de motifs de consultations, de niveaux d'acuité, de volumes de consultations et de profils de personnes, comme ci-mentionné. Le personnel infirmier des urgences travaille dans des environnements dynamiques et sous pression, ce qui exige qu'il soit multitâche, qu'il établisse des priorités et qu'il s'adapte rapidement aux divers besoins des patients et aux exigences du service.

Ces facteurs environnementaux peuvent accroître le risque de violence, de menaces ou d'agressions verbales au sein du service des urgences (Peta, 2024; Martinez, 2016; Shafran-Tikva et coll., 2017). « Le personnel infirmier des services d'urgence (SU) est à risque d'épuisement professionnel en raison de situations de stress élevé et répété. L'environnement comprend la composition des équipes et la combinaison des compétences du personnel fournissant les soins aux patients, lesquelles contribuent aux résultats des soins et à la fluidité du parcours des patients dans le service (An Roinn Slainte, Department of Health, 2022). Les responsabilités quotidiennes du personnel infirmier des urgences peuvent inclure la gestion des crises, l'observation et la prise en charge d'une énorme souffrance humaine, la gestion de la douleur ainsi que l'intervention auprès de patients ou de membres de la famille à caractère violent ou hostile. En tentant de prioriser les soins, le personnel infirmier néglige souvent de s'accorder des moments de répit, y compris des pauses mentales et physiques » (Peta, 2024). Les facteurs susmentionnés ont une incidence sur la rétention et le recrutement du personnel infirmier dans les services d'urgence.

Soins infirmiers

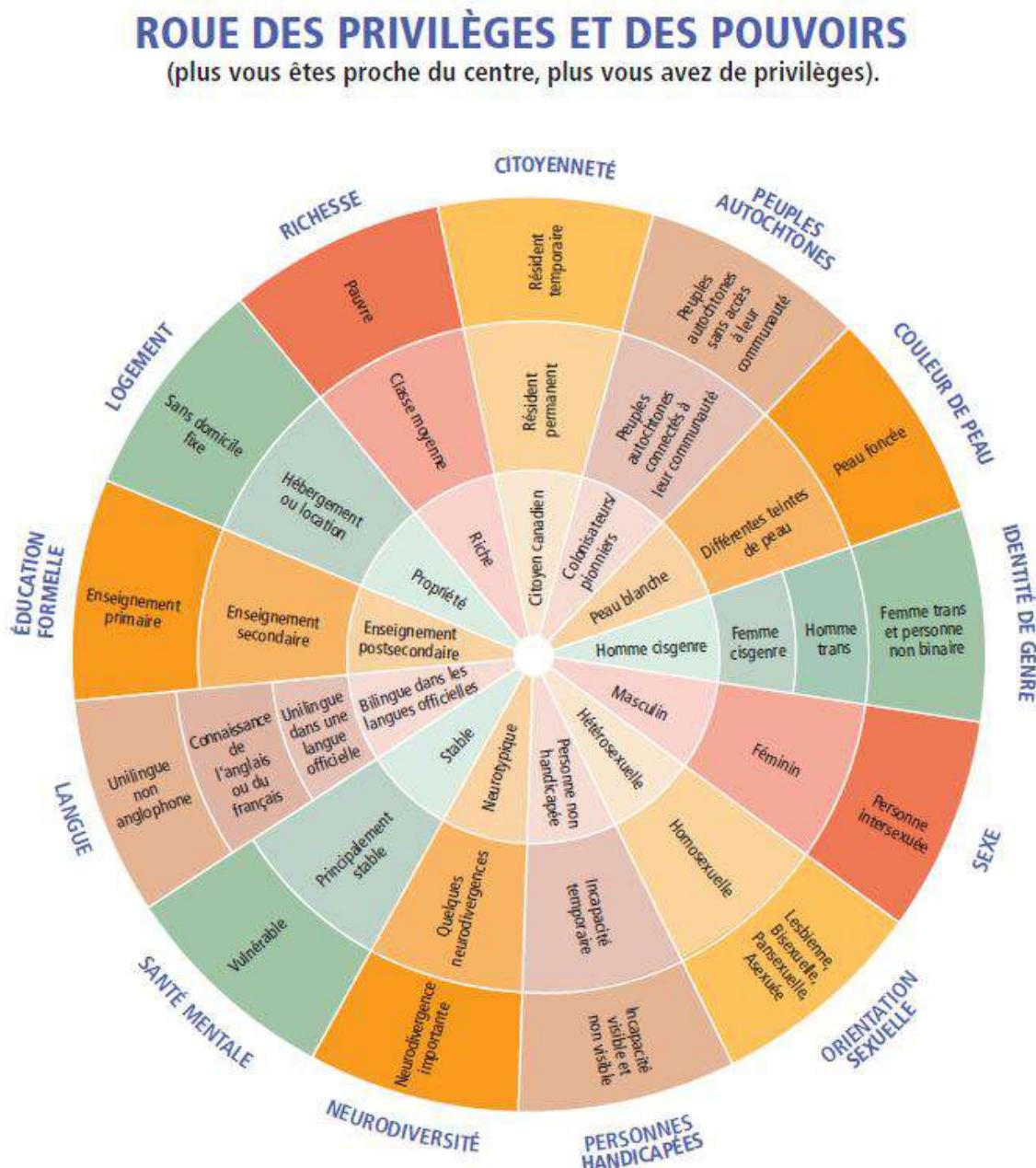
Le personnel infirmier des urgences joue un rôle crucial dans le triage, l'évaluation, la mise en œuvre des interventions et des traitements, le suivi et l'évaluation. Dans l'environnement des urgences, l'infirmier d'urgence doit faire preuve d'un haut niveau de vigilance, de préparation, d'adaptabilité et de flexibilité. Le personnel infirmier des urgences peut assumer divers rôles ou fonctions qui requièrent des compétences variées, soutenues par des programmes d'orientation complets accompagnés d'un mentorat. Il appartient à chaque infirmier et infirmière de gérer sa pratique professionnelle, en utilisant l'auto-évaluation, la réflexion et la fixation d'objectifs comme outils de croissance et de développement tout au long de sa carrière en soins infirmiers d'urgence.

Intersectionnalité

L'intersectionnalité est un objectif fondamental et théorique essentiel des soins infirmiers d'urgence. Il s'agit d'un cadre analytique fondé sur les systèmes sociaux et les déterminants de la santé. Les variables intersectionnelles ont un impact important sur la santé, l'accès aux soins et le bien-être global. L'intersectionnalité vise à examiner comment différentes formes de discrimination (p. ex. la race, la religion, la langue, l'orientation sexuelle) s'entrecroisent, se chevauchent, s'imbriquent et se renforcent mutuellement pour créer un tableau social à multifacette des modèles qui influencent la marginalisation, la discrimination et les inégalités (ASPC, 2022).

Dans le service des urgences, les patients victimes d'iniquités sont moins susceptibles de consulter, plus susceptibles de quitter le service sans avoir été vus ou avant la fin de leur prise en charge, et se présentent souvent à nouveau pour des soins répétés. Il est donc essentiel que le personnel infirmier des urgences comprenne les variables interreliées (figure 3) qui contribuent aux inégalités en matière de santé afin de favoriser des environnements de soins sécuritaires, inclusifs et axés sur l'équité (Gilboe et coll., 2017; Park et coll., 2015; Rodriguez, 2018; Varcoe et coll., 2019).

Figure 3. La roue du privilège et du pouvoir, présentée ci-dessous démontre les variables intersectionnelles du privilège et du pouvoir.



Avertissement : Les catégories de cette roue ne sont que des exemples dans le contexte canadien, et nous ne devrions pas nous y limiter. L'intersectionnalité est un concept large et cet outil n'est qu'un point de départ.

Description : Plus une personne est près du centre, plus elle détient de priviléges et de pouvoir. Ces variables s'entrecroisent et se chevauchent. Les catégories figurant dans cette roue sont des exemples issus du contexte canadien et ne doivent pas être considérées comme étant exhaustives. Cet outil représente un point de départ pour amorcer des discussions sur l'intersectionnalité (gouvernement du Canada, 2022).

SECTION TROIS

Milieu de pratique en soins infirmiers d'urgence

Les urgences sont soumises à une pression excessive, car elles constituent le premier point de contact avec le système de santé pour de nombreux patients (ministère de la Santé de l'Ontario, 2023). Au Canada, les services d'urgence sont généralement classés selon le niveau de services qu'ils offrent. Ces classifications sont influencées par des facteurs tels que la taille de la population, la proximité de centres médicaux plus importants, le temps de déplacement et des considérations locales, régionales et provinciales. La littérature ne propose pas de définition normalisée de ces niveaux de service dans les services d'urgence (Fleet et coll., 2017b; ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2012). Ainsi, les descriptions fournies dans les sections suivantes s'appuient sur la terminologie couramment employée dans le système de soins de santé canadien.

Le rôle du personnel infirmier des urgences peut varier en fonction de facteurs locaux, contextuels, démographiques et géographiques. Des compétences élargies relevant du champ de pratique du personnel infirmier autorisé peuvent être soutenues dans les régions où les ressources sont insuffisantes. Par conséquent, il est essentiel d'offrir des possibilités de maintenir ou d'élargir les compétences en soins infirmiers d'urgence par le biais de la formation professionnelle continue, en fonction des besoins d'apprentissage identifiés pour l'infirmière ou l'infirmier, du contexte du service, et des ressources disponibles.

Service d'urgence tertiaire (SU)

Les services d'urgence tertiaires offrent le niveau le plus élevé de soins d'urgence disponibles dans une région, une province ou un territoire. Ils fournissent des services d'urgence spécialisés et sous-spécialisés, accueillent généralement les patients nécessitant des niveaux de soins plus élevés et sont situés dans des zones densément peuplées. Les urgences tertiaires disposent d'un large éventail de services interdisciplinaires spécialisés, disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Services d'urgence régionaux et des grandes communautés

Les services d'urgence régionaux et ceux des grandes communautés desservent une région géographique et offrent un niveau de services plus élevé que les services d'urgence des petites communautés ou des zones rurales, mais sont moins spécialisés ou disposent de moins de services que les centres tertiaires. Le personnel

infirmier des urgences joue un rôle clé dans la transition des soins, car il reçoit des patients provenant d'hôpitaux ou d'établissements de taille plus modeste, mais peut aussi transférer des patients qui ont besoin d'un niveau de soins plus élevé vers un centre tertiaire. Le personnel infirmier des urgences exerçant dans ce contexte est souvent exposé à un volume élevé de patients aux présentations variables, mais n'a souvent pas le même accès au personnel de soutien interdisciplinaire que dans les centres tertiaires.

Services d'urgence en petites communautés et en milieu rural

Les urgences des petites communautés et des zones rurales fournissent souvent des services d'urgence de base aux habitants locaux et se fient fortement aux services d'urgence pour le transfert vers des établissements de soins offrant des services spécialisés et surspécialisés. Ces établissements accueillent généralement moins de patients que les grands centres. De plus, les équipes de soins disposent de moins de ressources en personnel et en tests de dépistage. Le personnel infirmier d'urgence exerçant dans ce contexte possède un large éventail de compétences et prodigue des soins aux patients de tous les niveaux de gravité, y compris la stabilisation initiale et le transport des cas critiques.

Soins infirmiers en milieu éloignés

Le personnel infirmier des régions éloignées n'est pas tenu de posséder toutes les compétences attendues en soins d'urgence, bien que les professionnels des soins d'urgence y exercent fréquemment. Les régions éloignées sont souvent les moins bien dotées en ressources et en moyens de diagnostic et de traitement. Les compétences requises en régions éloignées sont vastes et comprennent souvent la préparation aux situations d'urgence et la réponse de première ligne, une autonomie et une indépendance accrues, et la capacité de recourir à la télésanté ou à la télémédecine. Dans ce contexte, le personnel infirmier fait souvent appel à des connaissances en matière de soins primaires, en gestion des maladies chroniques, en santé publique, en sécurité et de sensibilisation culturelles, en soins d'urgence ainsi qu'à la capacité à agir en tant que premier répondant.

SECTION QUATRE

Normes de pratique en soins infirmiers d'urgence

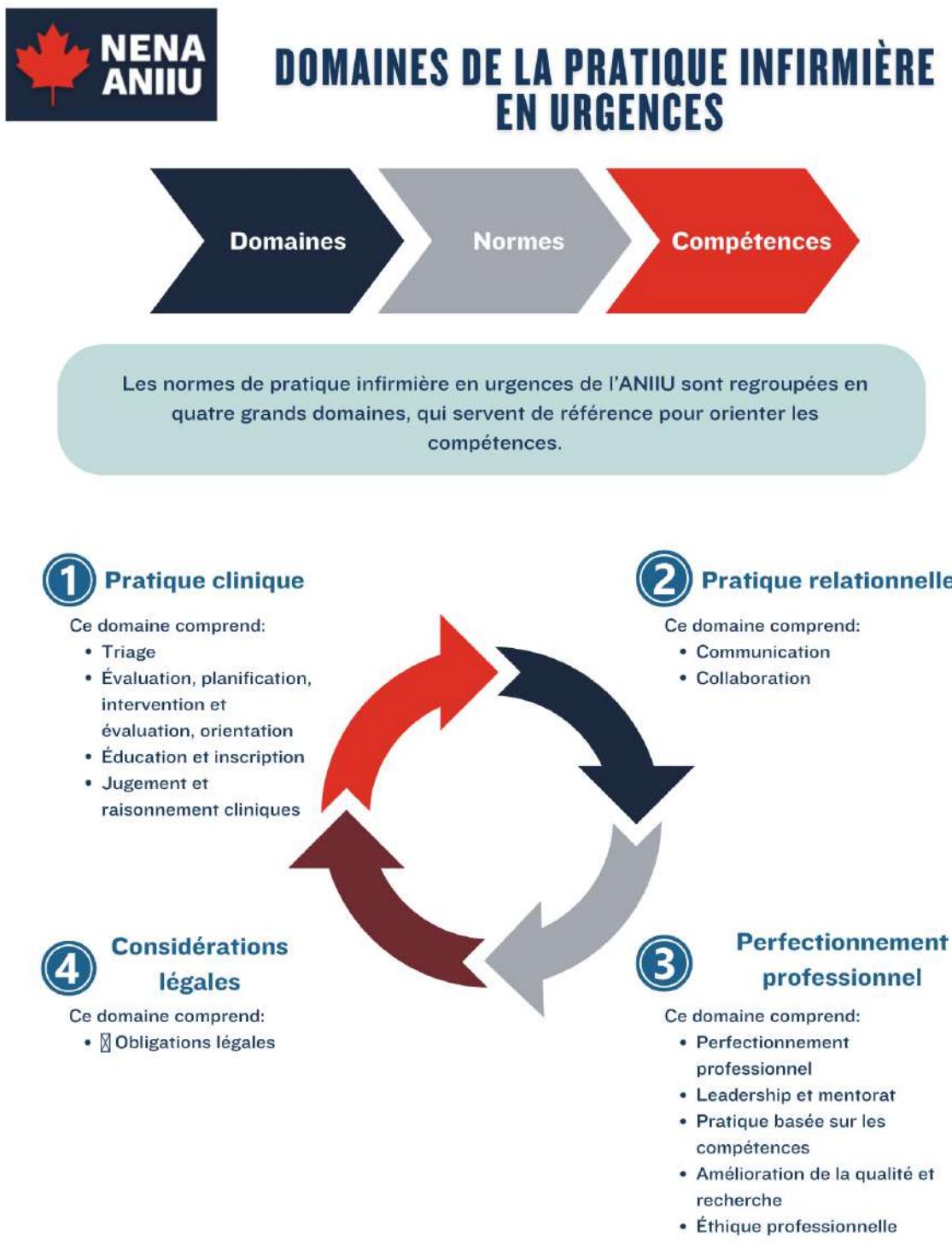
En plus des normes en soins infirmiers d'urgence, le personnel infirmier d'urgence exerce sa profession conformément aux normes professionnelles et aux lignes directrices réglementaires provinciales et fédérales, ainsi qu'à des lignes directrices ou politiques organisationnelles propres à chaque établissement (Almost, 2021).

Normes canadiennes de pratique en soins infirmiers d'urgence
Association Nationale des Infirmières et Infirmiers d'Urgence (ANIIU)

L'objectif du présent document n'est pas de redoubler les normes professionnelles, mais plutôt de mettre en évidence celles qui sont pertinentes aux soins infirmiers d'urgence.

Les normes présentées dans cette section sont organisées en **quatre grands domaines : pratique clinique, pratique relationnelle, perfectionnement professionnel et considérations juridiques** (figure 4), tels qu'ils s'appliquent aux soins infirmiers d'urgence.

Figure 4. Domaines de la pratique des soins infirmiers d'urgence



(ANIIU, 2025)

Domaine 1 : Pratique clinique

Norme 1 : Triage

Le personnel infirmier au triage, en tant que premier point de contact avec les patients aux urgences, joue un rôle essentiel dans le déroulement de la consultation et doit être compétent en matière de triage. À l'aide de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG), le personnel infirmier chargé du triage détermine les délais d'attente appropriés pour que les patients puissent voir un fournisseur de soins d'urgence et procède rapidement à toute intervention immédiate nécessaire.

Un aspect fondamental du processus de triage est la connaissance et la mise en œuvre de pratiques de prévention et de contrôle des infections afin d'éviter la transmission supplémentaire de micro-organismes aux membres du personnel soignant, aux patients et aux visiteurs. Le personnel infirmier chargé du triage tient compte des symptômes présentés, des exigences locales, régionales ou provinciales, ainsi que des avis d'épidémies de santé publique. Il amorce, utilise et communique à l'équipe soignante le besoin permanent d'équipement de protection individuelle (EPI) et met en œuvre le niveau de précaution approprié pour le patient (ANIIU, 2024).

1a. Évaluation au triage

Le personnel infirmier chargé du triage procède à une collecte rapide et systématique des données relatives au principal motif de consultation du patient. Il fait preuve d'esprit critique et de jugement clinique pour attribuer un niveau de triage en fonction de l'urgence du problème présenté selon les catégories de l'ÉTG (*Figure 5*).

Figure 5.
Les cinq niveaux de triage selon l'ÉTG



Référence : (Bullard et coll., 2017)

1b. Plan de triage

Le personnel infirmier chargé du triage se sert de ses compétences en évaluation et en réflexion critique pour déterminer la destination et les prochaines étapes dans la prise en charge du patient.

1c. Interventions au triage

Le personnel infirmier chargé du triage met en œuvre le plan de triage et les interventions, protocoles et processus infirmiers. Les interventions lors du triage doivent se limiter aux premiers soins et aux interventions vitales. Si le temps le permet, d'autres tâches infirmières peuvent être effectuées, mais le personnel

infirmier de triage reconnaît que la priorité est accordée aux patients en attente de triage.

1d. Soins collaboratifs au triage

Le personnel infirmier chargé du triage communique et collabore avec l'équipe interdisciplinaire afin de faciliter la prestation de soins sécuritaires et rapides aux patients. Il communique et collabore également avec les patients et leurs partenaires de soins pour leur fournir une éducation, des informations et des mises à jour concernant leur prise en charge. Cela inclut les consignes visant à ce que le patient revienne pour une réévaluation en cas de changement de son état de santé pendant l'attente d'une place à l'unité de soins d'urgence.

1e. Évaluation du triage

Le personnel infirmier chargé du triage s'efforce de respecter les délais d'évaluation et de réévaluation établis par l'ÉTG. Il est conscient du volume des patients en attente d'une place à l'urgence et de ceux en attente de triage. Le personnel infirmier chargé du triage reconnaît que la demande, le volume et l'acuité des urgences entraînent un engorgement et créent un environnement dans lequel il ne peut satisfaire aux normes de triage. Il communique et collabore alors avec l'équipe soignante de l'urgence pour assurer la sécurité des patients, y compris en faisant appel à la direction en cas de surcharge (ACMU, 2013). Dans le cadre de la pratique réflexive individuelle et de l'amélioration systémique de la qualité, le personnel infirmier chargé du triage participe à la revue des indicateurs et des processus de qualité.

Norme 2 : Évaluation

Une fois le triage initial effectué, le personnel infirmier des urgences procède aux évaluations initiales les plus appropriées, telles qu'une évaluation primaire, secondaire ou ciblée, en fonction de l'évaluation du triage et de l'état actuel du patient. Le personnel infirmier des urgences exerce son esprit critique pour déterminer les évaluations continues les plus appropriées en fonction des constatations et de la gravité de l'état du patient, y compris les ajustements de fréquence des évaluations en cas de changement d'état, et les documente en conséquence.

Norme 3 : Planification

Le personnel infirmier d'urgence détermine et adapte continuellement le plan de soins selon les résultats de l'évaluation et de la réévaluation, tout en tenant compte des priorités des autres patients sous sa responsabilité et dans le service. Le personnel infirmier des urgences fournit des informations claires et concises sur le patient lors des transitions de soins, comme lors des transmissions de quart.

Norme 4 : Intervention et évaluation

Le personnel infirmier des urgences détermine et met en œuvre tous les protocoles ou lignes directrices locales pertinents, tout en prévoyant et en préparant les interventions en fonction des besoins et des préférences du patient en matière de soins. Il assiste et réalise des interventions supplémentaires dans le cadre de l'équipe de soins d'urgence. Le personnel infirmier d'urgence évalue les résultats des

interventions, communique les constatations importantes et participe à la mise à jour du plan de soins, le cas échéant.

Norme 5 : Transition des soins

Le personnel infirmier des urgences facilite une sortie sécuritaire et efficace des urgences, ce qui inclut le congé, le transfert ou l'admission, par la planification des soins et l'éducation du patient et de sa famille. À l'occasion d'un transfert de soins interne ou externe, le personnel infirmier des urgences assure une communication claire et détaillée sur les traitements reçus aux urgences, les constats cliniques, les instructions de suivi et la planification des soins, en utilisant un format de rapport structuré et fondé sur des données probantes.

Lors du congé à domicile, le personnel infirmier des urgences s'assure que le patient et sa famille ou personne aidante comprennent le plan de congé et les consignes communiquées par l'équipe soignante des urgences. Cela peut inclure, sans s'y limiter, la remise de consignes écrites, de ressources pédagogiques, de dossiers de référence et d'autres ressources visant à soutenir le patient après son congé.

En raison de la nature des services d'urgence, il peut arriver qu'un patient soit vu par le prestataire de services d'urgence et quitte l'hôpital sans que le personnel infirmier des urgences participe au congé. Cela concerne généralement des patients présentant une faible gravité, et il est attendu du personnel infirmier documente le fait que le patient a reçu son congé sans avoir été vu par le personnel infirmier des urgences.

Norme 6 : Éducation et inscription

Le personnel infirmier d'urgence compare sa pratique aux normes établies de la spécialité des soins infirmiers d'urgence, en reconnaissant et en répondant à ses besoins en matière de connaissances, de formation et d'éducation, en s'engageant dans un perfectionnement continu afin d'améliorer ses compétences et son expertise pour fournir des soins sécuritaires, efficaces et fondés sur des données probantes (CENA, 2020).

Au-delà des exigences minimales en matière de formation pour l'exercice de la profession au niveau débutant, et des exigences pour maintenir une inscription active auprès de leur organisme de réglementation respectif, le personnel infirmier des urgences est encouragé à améliorer et à perfectionner ses connaissances spécialisées. Cela peut se réaliser par l'acquisition d'une formation spécialisée dans le cadre de programmes de certificat d'études supérieures en soins infirmiers d'urgence, par l'adhésion à des associations ou organisations professionnelles telles que l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) l'Association nationale des infirmières et infirmiers d'urgence (ANIIU), ou par l'obtention du titre de certification en soins infirmiers d'urgence décerné par l'AIIC.

Norme 7 : Jugement clinique et raisonnement

Le personnel infirmier des urgences prodigue des soins compétents et de qualité dans un environnement dynamique et complexe, en identifiant, en anticipant et en atténuant la détérioration des patients. Cela exige l'application de son expertise, de ses connaissances, de ses compétences en matière d'évaluation, de sa pensée critique et de son jugement clinique, afin d'optimiser les pour le patient. Le personnel infirmier des urgences développe et perfectionne également ses compétences en matière de planification et de préparation aux situations d'urgence, notamment pour faire face aux hausses d'achalandage quotidiennes, aux urgences cliniques ou aux événements impliquant un grand nombre de blessés. Il doit donc être en mesure de s'adapter à l'évolution rapide des priorités et des besoins en soins et faire preuve d'un jugement clinique éclairé dans sa prise de décision.

Domaine 2 : Pratique relationnelle

Norme 8 : Communication

Dans l'environnement dynamique du service des urgences, où les enjeux de dignité, d'intimité et de confidentialité sont accentués, le personnel infirmier des urgences s'engage à respecter ces aspects fondamentaux des soins aux patients. En intégrant le cadre théorique de l'intersectionnalité, le personnel infirmier des urgences adopte une communication ouverte et sans jugement afin de prodiguer des soins culturellement sensibles et de préserver la confidentialité, en particulier auprès des populations marginalisées et vulnérables.

Le personnel infirmier des urgences communique de manière claire et efficace :

- lors des situations d'urgence aiguës ou de réanimation :
 - avec les patients et leurs partenaires de soins.
 - Avec l'équipe interdisciplinaire
 - avec les partenaires externes
- après une urgence aiguë, une réanimation ou un événement traumatique :
 - lors de séances de compte rendu
 - pour offrir du soutien aux collègues
- tout au long du parcours du patient :
 - discuter du plan de soins
 - fournir des mises à jour sur les soins et les délais d'attente
 - enseigner au sujet des interventions
 - transmettre les consignes de congé
- Transfert de responsabilité
- avec les services de l'ordre, les autorités judiciaires et les partenaires communautaires :
 - Consentement à la divulgation d'informations
 - Collecte et remise de preuves médico-légales
 - Signalement obligatoire ou requis par la loi, notamment en cas de blessures par balle, de maltraitance d'enfants et de maladies contagieuses
 - Demandes d'accès aux patients ou à leurs effets personnels au service d'urgence
- pour recommander des services supplémentaires pour les patients vulnérables, tels que :
 - la maltraitance envers les personnes âgées
 - la violence entre partenaires intimes
 - traite des personnes
 - les agressions sexuelles
 - Risque suicidaire
 - Problèmes de toxicomanie
 - Crise ou problèmes de santé mentale

Norme 9 : Collaboration

Le personnel infirmier des urgences participe aux activités de coordination et de prestation des soins afin de faciliter la prestation de soins sûrs et de qualité tout au long du parcours du patient, comme le

montre la **figure 1**. Il collabore également avec les patients et leurs partenaires de soins, en les impliquant dans la planification des soins et les processus décisionnels. La coordination des soins comprend la communication et la collaboration au sein de l'équipe de soins interdisciplinaire, la délégation des soins, la liaison avec les partenaires internes ou externes et la réalisation de toutes les activités et interventions de soins pertinentes, y compris les transitions de soins sécuritaires.

Domaine 3 : Perfectionnement professionnel

Norme 10 : Perfectionnement professionnel

Le personnel infirmier des urgences fait preuve de compétences dans sa spécialité, comme indiqué dans le document de l'ANIIU intitulé Compétences de base en soins infirmiers d'urgence (2019). Il s'efforce d'atteindre et de maintenir ses compétences en soins infirmiers d'urgence par l'apprentissage autodirigé et la formation formelle ou informelle. Le personnel infirmier des urgences reconnaît que ce processus relève d'un effort de collaboration entre lui-même et les organisations pour lesquelles il travaille, et s'efforce donc de soutenir son propre parcours du novice à l'expert. Le personnel infirmier des urgences prodigue des soins fondés sur les données probantes et veille à actualiser ses connaissances en matière de soins infirmiers d'urgence, de littérature médicale et de données probantes.

Norme 11 : Leadership et mentorat

Bien que le leadership soit une composante de toute pratique infirmière, en contexte de service d'urgence, il peut s'agir de compétences et de formations spécialisées telles que l'équipe de réanimation, l'infirmière-chef en traumatologie et d'autres fonctions cliniques comme le mentorat ou le préceptorat.

Le personnel infirmier des urgences favorise le perfectionnement professionnel de ses collègues et du personnel au sein du service des urgences (CENA, 2020). Pour soutenir les nouveaux apprenants, le personnel infirmier d'urgence doit posséder des connaissances, une compréhension et des compétences en partage et en transfert des connaissances, ainsi qu'en développement des compétences professionnelles.

Norme 12 : Pratique fondée sur les compétences

La pratique fondée sur les compétences et la progression des habiletés sont essentielles pour le personnel infirmier d'urgence. Les infirmières et infirmiers d'urgence sont des cliniciens autorégulés qui assument des rôles ou des responsabilités supplémentaires en plus des compétences infirmières de base.

Le personnel infirmier des urgences peut avoir à évoluer dans différents rôles et à effectuer des transitions entre ces rôles. La formation requise pour ces fonctions doit donc être basée sur l'état de préparation individuel et sur l'évaluation des compétences. Cette approche assure la maîtrise des compétences, permettant au personnel infirmier de progresser du rôle de novice à celui d'expert et de répondre efficacement aux exigences changeantes des soins de santé, ce qui améliore la qualité des soins et les résultats pour les patients dans les situations d'urgence dynamiques.

Norme 13 : Amélioration de la qualité et recherche

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la qualité des soins comme étant efficace, sûre, centrée sur la personne, opportune, équitable, intégrée et efficiente (OMS, 2020). Les résultats de la recherche et les données probantes éclairent les voies, les outils, les protocoles, les processus, les flux de travail et les normes de soins.

Cela permet de renforcer les connaissances et les compétences infirmières tout en améliorant les résultats pour les patients (CENA, 2020).

Le personnel infirmier en soins d'urgence met son expertise à profit pour identifier des tendances et orienter les occasions d'amélioration en collaboration avec les dirigeants organisationnels. Il préconise des soins d'urgence de haute qualité, fondés sur des données probantes, en repérant des possibilités d'amélioration des processus et des politiques, en participant à des initiatives liées à la sécurité des patients et du personnel, et en remplissant des rapports d'incident afin de faire progresser la pratique infirmière en soins d'urgence (CENA, 2020; Mustonen et coll., 2024; OMS, 2020).

Norme 14 : Éthique professionnelle

Au Canada, la profession infirmière est autoréglementée, le personnel infirmier étant tenu de respecter un code de déontologie dans le cadre d'un processus de réglementation visant à servir et à protéger le public (AIIC, 2017). Le personnel infirmier fait preuve d'une pratique éthique en demeurant conscient des déterminants sociaux de la santé et du bien-être, des enjeux sociétaux élargis et en agissant à titre de porte-parole pour l'amélioration de sa pratique (AIIC, 2017).

Les soins infirmiers d'urgence reposent fondamentalement sur la capacité à établir des priorités et à s'occuper efficacement de nombreux patients ayant un besoin urgent d'évaluation et de prise en charge afin d'atténuer les souffrances, les incapacités à long terme et la mortalité potentielle. Cette priorité impérative accordée à l'optimisation de la qualité de vie et des soins aux personnes à différents stades de leur santé souligne la nature éthique des soins infirmiers d'urgence (CENA, 2020).

Domaine 4 : Considérations juridiques

Norme 15 : Obligations légales

Le personnel infirmier des urgences est soumis aux mêmes exigences légales que l'ensemble du personnel infirmier au Canada et se conforme aux directives établies par les organismes de réglementation locaux, provinciaux et fédéraux.

Il comprend que les situations suivantes ont été examinées par les tribunaux et nécessitent une diligence accrue :

- Le partage des renseignements de santé avec les autorités, les partenaires externes ou dans le cadre d'exigences de déclaration obligatoire.
- Le consentement éclairé, sachant que dans les situations critiques, l'obtention du consentement avant de prodiguer des soins peut s'avérer impossible.
- Les lignes directrices en matière de triage, les évaluations et les décisions relatives à l'état du patient, au niveau de risque et à l'urgence des besoins en matière de soins.
- La priorisation des ressources, y compris l'équipement et le personnel au sein des urgences, qui peut être compliquée par la surcharge.
- La communication et la clarté des rôles au sein de l'équipe interdisciplinaire.

- La compréhension des mécanismes d'autorisation pertinents dans le cadre du service des urgences (tels que les ordonnances des médecins, les actes délégués ou les directives médicales).
- La documentation de la mise en place de directives médicales organisationnelles ou de politiques d'interventions immédiates pour les patients en préarrêts cardiaques ou dans d'autres situations critiques avant la présence d'un médecin.
- Une documentation précise, ponctuelle et complète reflète la qualité des soins prodigués et constitue la preuve que le personnel infirmier a agi selon les exigences ou les ordres reçus.

(CNPS, 2010; HIROC, 2017).

Références bibliographiques

- Almost, J. (2021). *Regulated Nursing in Canada: The Landscape in 2021*. Canadian Nurses Association.
- An Roinn Slainte Department of Health. (2022). *Framework for Safe Nurse Staffing and Skill Mix in Adult Emergency Care Settings in Ireland*. Retrieved from <https://assets.gov.ie/226687/1a13b01a-83a3-4c06-875f-010189be1e22.pdf>
- Bauer, G. (2021). Meet the methods series: Quantitative intersectional study design and primary data collection. <https://www.womenshistory.org/education-resources/biographies/sojourner-truth>
- Bell, A., Ghasem-Sam Toloo, D., Fellow Julia Crilly, R., John Burke, P., Director, D., FitzGerald, G., & of School, H. (2019). Emergency department models of care in Queensland: a multisite cross-sectional study. *Australian Health Review*, 43, 363–370. <https://doi.org/10.1071/AH17233>
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *American Journal of Nursing*, 82(3), 402-407
- Bowen, K., & Prentice, D. (2016). Are Benner's expert nurses near extinction? *Nursing Philosophy*, 17(2), 144–148. <https://doi.org/10.1111/nup.12114>
- Bullard, M. J., Musgrave, E., Warren, D., Unger, B., Skeldon, T., Grierson, R., van der Linde, E., & Swain, J. (2017). Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) Guidelines 2016. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 19(S2), S18–S27. <https://doi.org/10.1017/cem.2017.365>
- Canadian Association of Emergency Physicians. (2013). *Canadian Association of Emergency Physicians Statement on Emergency department overcrowding and access block*. https://caep.ca/wp-content/uploads/2016/03/cjem_2013_overcrowding_and_access_block.pdf
- Canadian Association of Emergency Physicians [CAEP]. (2020). *Canadian Association of Emergency Physicians Statement on Violence in the Emergency Department*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.01.010>
- Canadian Nurses Association [CNA]. (n.d.). Career Competencies. Retrieved from <https://www.cna-aiic.ca/en/nursing/career-development/career-planning/career-competencies>
- Canadian Nurses Association [CNA]. (2015). Framework for the Practice of Registered Nurses. <https://www.cna-aiic.ca/en/nursing/regulated-nursing-in-canada/rn->

- practice-framework2
- Canadian Nurses Association [CNA]. (2017). Code of Ethics for Registered Nurses. Regulated Nursing in Canada. <https://www.cna-aiic.ca/en/nursing/regulated-nursing-in-canada/nursing-ethics>
- Canadian Nurses Association, & Canadian Federation of Nurses Unions. (2015). *Joint Position Statement: Practice Environments - Maximizing Outcomes for Clients, Nurses and Organizations*.
- Canadian Nurses Protective Society [CNPS]. (2010). InfoLAW: Emergency Room Nursing. <https://cnps.ca/article/emergency-room-nursing/>
- College of Emergency Nursing Australasia. (2020). Practice standards for the specialist emergency nurse. 4th edition. Victoria: CENA. <https://www.cena.org.au/public/118/files/Policies/2020%20PracStnd%20SpecEmergNurse.pdf>
- Foley, A. S., & Davis, A. H. (2017). A guide to concept analysis. *Clinical Nurse Specialist*, 31(2), 70–73. https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=3993352&Journal_ID=54033&Issue_ID=3993308
- Gilboe, F.-, Wathen, M., Varcoe, C. N., Herbert, C., Jackson, C., & Browne, A. J. (. (2017). *Promoting Health Equity for Indigenous and non-Indigenous People in Emergency Departments in Canada 1 Examining the Impacts of an Organizational-level Health Equity Intervention in Emergency Departments*. https://equiphealthcare.ca/files/2019/12/EQUIP-ED-project-summary_20Jun2019.pdf
- Government of Canada. (2022). IRCC Anti-Racism Strategy 2021-2024: Change management. Retrieved from <https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/corporate/mandate/anti-racism-strategy/change.html>
- Healthcare Insurance Reciprocal of Canada [HIROC]. (2017). Strategies for Improving Documentation - Lessons from Medical-Legal Claims A Guide for Healthcare Providers and Administrators 2. <https://www.hiroc.com/system/files/resource/files/2018-10/Documentation-Guide-2017.pdf>
- Healthdirect. (2021). Hospital Emergency Departments. Healthdirect Australia. <https://www.healthdirect.gov.au/hospital-emergency-departments>
- Holle, M. N., Strayer, D., Balderrama, D., & Hanson, D. (2021). Recruitment and Retention of Healthcare Personnel: Nursing Staff Development and Employee Orientation. *CINAHL Nursing Guide*. <https://doi.org/10.3928/00220124-20180517-09>
- Interior Health Authority. (2021). *An Emergency Visit*.
- Jayasekara, R., Smith, C., Hall, C., Rankin, E., Smith, M., Visvanathan, V., & Friebe, T.-R. (2017). The effectiveness of clinical education models for undergraduate nursing programs: A systematic review. *Nursing Education in Practice*, 29, 116–126. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.12.006>
- Johnson, E., & Carrington, J. M. (2023). Revisiting the nursing metaparadigm: Acknowledging technology as foundational to progressing nursing knowledge. *Nursing Inquiry*, 30(1), e12502. <https://doi.org/10.1111/NIN.12502>
- Jones, T., Shaban, R. Z., & Creedy, D. K. (2015). Practice standards for emergency nursing: An international review. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 18, 190–203. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2015.08.002>
- Little, A. D., Kharbanda, V., Joshi, D., Imran, S., Kenkere, N., & Bhageria, P. (2021).

Normes canadiennes de pratique en soins infirmiers d'urgence
Association Nationale des Infirmières et Infirmiers d'Urgence (ANIIU)

- Building the Next Generation of Emergency Care Systems.*
https://www.adlittle.com/sites/default/files/reports/ADL_Emergency_care_system_s.pdf
- Martinez, A. J. S. (2016). Managing workplace violence with evidence-based interventions: A literature review. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 54(9), 31–36. <https://doi.org/https://doi-org.ezproxy.library.ubc.ca/10.3928/02793695-20160817-05>
- Ministry of Health (2023). *Office of the Auditor General of Ontario - Value-For-Money Audit: Emergency Departments*. Retrieved from https://www.auditor.on.ca/en/content/annualreports/arreports/en23/AR_emergencydeps_en23.pdf
- Moore, A., Meucci, J., & McGrath, J. (2019). Attributes of a successful clinical ladder program for Nurses: An integrative review. *Sigma Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(4), 263–270. <https://doi.org/10.1111/WVN.12371>
- Mayyayn, M. T., Abunab, H. Y., Khait, A. A., Rababa, M. J., Al-Rawashdeh, S., Algunmeeyn, A., Saraya, A. A., & Abunab, Y. (2023). Competency in nursing practice: a concept analysis. *BMJ Open*, 13, 67352. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067352>
- Murray, M., Sundin, D., & Cope, V. (2018). Benner's model and Duchscher's theory: Providing the framework for understanding new graduate nurses' transition to practice. *Nurse Education in Practice*, 34, 199–203. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.12.003>
- Mustonen, M., Ameel, M., Ritmala, M. (2024). Nursing Quality Indicators in Emergency Nursing: A Scoping Review. *Journal of Nursing Care Quality*, 39(4), 376-382. Retrieved from https://journals.lww.com/jncqjournal/fulltext/2024/10000/nursing_quality_indicators_in_emergency
- National Emergency Nurses Association [NENA]. (2014). *Position Statement: Violence in the ED*. <https://nena.ca/wp-content/uploads/2023/04/Violence-in-the-ED.pdf>
- National Emergency Nurses Association [NENA]. (2018). *Scope and Standards of Canadian Practice*. <https://nena.ca/w/wp-content/uploads/2018/11/Standards-of-ED-Nursing-Practice-2018.pdf>
- National Emergency Nurses Association [NENA]. (2019). Board Policy ED Definition – Board of Director Qualifications [PDF document]. <https://nena.ca/wp-content/uploads/2023/03/ED-BOD-Qualification-Definition-Dec2019.pdf>
- National Emergency Nurses Association [NENA]. (2019). Emergency Nursing Core Competencies. <https://nena.ca/wp-content/uploads/2023/04/NENA-Core-Competencies-10%EF%80%A211%EF%80%A219.pdf>
- National Emergency Nurses Association [NENA]. (2025, in press). Canadian Triage Acuity Scale Education Package Participant Manual, version 2024.3
- Nursing Theories. (2021). *Models of Nursing Care Delivery*. https://currentnursing.com/nursing_theory/models_of_nursing_care_delivery.html
- Park, A., Anderson, A., Nguyen, J., Saltzman, D., Kastetter, B., Winsauer, L., Phillips, C., & Capp, R. (2015). Assessing economic and health care access social determinants of health in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 66(4S), S65. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.07.214>

Normes canadiennes de pratique en soins infirmiers d'urgence
Association Nationale des Infirmières et Infirmiers d'Urgence (ANIIU)

- Peta, D. (2024). NENA position statement on the self-care of the ED Nurse. *Journal of the National Emergency Nurses' Association*, 47(1), 107–108.
<https://doi.org/https://doi.org/10.29173/cjen207>
- Public Health Agency of Canada [PHAC]. (2022, June). *How to integrate intersectionality theory in quantitative health equity analysis? A rapid review and checklist of promising practices*. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/science-research-data/how-integrate-intersectionality-theory-quantitative-health-equity-analysis/intersectionality-report.pdf>
- Rodriguez, J. K. (2018). Intersectionality and Qualitative Research. In *The SAGE Handbook of Qualitative Business and Management Research Methods: History and Tradition*. SAGE Incorporated.
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4135/9781526430212.n26>
- Ross, J. (2010). *Nova Scotia Emergency Care Standards*.
<https://novascotia.ca/dhw/publications/Emergency-Care-Standards.pdf>
- Rush, K. L., Adamack, M., Gordon, J., Lilly, M., & Janke, R. (2013). Best practices of formal new graduate nurse transition programs: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 50(3), 345–356.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.06.009>
- Shafran-Tikva, S., Chinitz, D., Stern, Z., & Feder-Bubis, P. (2017). Violence against physicians and nurses in a hospital: How does it happen? A mixed-methods study. *Israel Journal of Health Policy Research*, 6(59).
<https://doi.org/10.1186/s13584-017-0183-y>
- Vandenkerkhof, E., Sears, N., Edge, D. S., Tregunno, D., & Ginsburg, L. (2017). Patient safety in practical nurses' education: A cross-sectional survey of newly registered practical nurses in Canada. *Nurse Education Today*, 51, 48–56.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.01.003>
- Varcoe, C., Bungay, V., Browne, A. J., Wilson, E., Nadine Wathen, C., Kolar, K., Perrin, N., Comber, S., Garneau, A. B., Byres, D., Black, A., & Price, E. R. (2019). EQUIP Emergency: Study protocol for an organizational intervention to promote equity in health care. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1–14.
<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4494-2>
- Weaver, K., & Olson, J. K. (2006). Understanding paradigms used for nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 459–469. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03740.x>
- World Health Organization. (2020, July 20). Quality health services [Fact sheet]. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>