



Compétences nationales des infirmières et infirmiers autorisés en soins primaires

© Tout matériel contenu dans le présent document appartient à l'Association canadienne des infirmières en médecine familiale. Toute reproduction ou retransmission des documents, en entier ou en partie, sans le consentement préalable du détenteur des droits d'auteur, contrevient à la loi. Il est possible de faire une seule copie, uniquement à des fins d'utilisation non commerciale.

Courriel : cfpna.executive@cfpna.ca

Site Web : <https://www.cfpna.ca/>

Décembre 2019

Remerciements

L'Association canadienne des infirmières en médecine familiale (ACIMF) aimerait remercier les organisations et les personnes mentionnées ci-après qui ont contribué à la réussite de cette initiative.

Reconnaissance du financement

- Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) (n° 399218)
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC)
- Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI)

Partenaires du projet

- Association des infirmières et infirmiers du Canada
- Association canadienne des écoles de sciences infirmières
- Registered Nurses Professional Development Centre (RN PDC), Nouvelle-Écosse

Équipe de projet pancanadienne

Nous remercions chaque membre de l'équipe pancanadienne de recherche et d'intervenants qui a contribué par son savoir-faire en lien avec les soins infirmiers primaires, les services de santé et différentes méthodes nécessaires à l'élaboration des compétences. Le leadership collectif de cette équipe s'est avéré d'une importance capitale à la réalisation réussie de ce projet.

- Dr. Julia Lukewich (responsable du projet)
- Michelle Allard
- Lisa Ashley
- Dr. Kris Aubrey-Bassler
- Dr. Denise Bryant-Lukosius
- Treena Klassen
- Tanya Magee
- Dr. Ruth Martin-Misener
- Dr. Maria Mathews
- Dr. Marie-Eve Poitras
- Josette Roussel
- Ruth Schofield
- Dr. Joan Tranmer
- Dr. Ruta Valaitis
- Dr. Sabrina Wong

Nous tenons également à remercier les personnes suivantes de leur soutien en recherche qui a permis l'élaboration réussie des énoncés de compétences et la publication de ce rapport final :

- Dana Ryan, Nancy Murray, Olivia Parsons et Ryley Siscoe.

Participants au sondage Delphi

Nous remercions les participants qui ont assisté à la réunion des intervenants clés à Winnipeg, au Manitoba, en 2017. Cette réunion des intervenants a mis en branle ce projet et a mené à l'obtention du financement des IRSC à l'appui des activités du projet. Nous voulons aussi remercier les participants qui ont pris part à l'atelier sur l'élaboration des compétences au Congrès biennal de l'ACIMF de 2018 (Winnipeg, Manitoba) et ont contribué par leurs rétroactions/commentaires à la première ébauche des énoncés de compétence. Nous remercions Helena Wall qui a animé de manière professionnelle ces deux événements. Nous sommes également reconnaissants auprès des membres du comité national d'experts du sondage Delphi qui ont pris le temps de participer au consensus en répondant à des sondages consécutifs en ligne.

Autres remerciements

Nous remercions les fondateurs de la CFPNA qui ont eu la vision d'établir pour la première fois, en 2008, les compétences des infirmières et infirmiers autorisés en soins primaires :

- Ann Alsaffar, Michelle Allard, April Frego, Annie Dickson, Carol Todd, Marilyn Howlett et Patsy Smith.

Nous remercions également les Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada (IISCC) de leur soutien constant dans le cadre de ce projet et de leur volonté de travailler de concert avec la CFPNA.

Table des matières

Introduction	1
Les infirmières et infirmiers autorisés en soins primaires	3
Aperçu des compétences	4
Hypothèses	5
Compétences des infirmières et infirmiers autorisés en soins primaires.....	7
Domaine 1.0 – Professionnalisme.....	7
Domaine 2.0 – Pratique clinique.....	7
Domaine 3.0 – Communication	8
Domaine 4.0 – Collaboration et partenariat.....	9
Domaine 5.0 – Assurance de la qualité, évaluation et recherche	9
Domaine 6.0 – Leadership	10
Références	11
Annexe A : Glossaire	155
Annexe B : Méthodologie	199

Introduction

Les besoins de santé des Canadiens et les réformes continues dans le but de renforcer les soins primaires exigent un effectif infirmier autorisé bien défini et compris au sein du système de santé. L'absence de compétences nationales dans ce rôle représente un défi fondamental de l'intégration des infirmières et infirmiers autorisés en soins primaires (1). Ce rapport fondamental, rédigé par une équipe de projet pancanadienne pour l'Association canadienne des infirmières en médecine familiale (ACIMF), présente les compétences des infirmières et infirmiers autorisés qui travaillent en soins primaires. L'Association canadienne des infirmières en médecine familiale est le porte-parole national des infirmières et infirmiers autorisés en soins primaires. Elle offre au personnel infirmier autorisé en soins primaires du leadership, du mentorat et encourage l'expérience du réseautage et du perfectionnement professionnel. L'ACIMF est un réseau de membres complet et un groupe d'intérêt spécialisé de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC). Le présent document articule la contribution unique des infirmières et infirmiers autorisés en soins primaires, qui œuvrent dans différentes pratiques de la gamme de services de soins primaires.

OBJET : Les compétences contenues dans ce rapport appuieront l'intégration et l'optimisation des infirmières et infirmiers autorisés en soins primaires à l'échelle du Canada. Plus précisément, ces compétences visent à informer les intervenants nationaux et internationaux, y compris les patients, les fournisseurs de soins primaires, les employeurs, les éducateurs, les décideurs et les chercheurs. Les compétences nationales présentent les avantages suivants pour les infirmières et infirmiers autorisés en soins primaires :

- Appuyer l'intégration et l'optimisation accrues des infirmières et infirmiers autorisés en soins primaires à l'échelle du Canada;
- Formuler la contribution unique des infirmières et infirmiers en milieux de soins primaires;
- Contribuer à un effectif national compétent d'infirmières et infirmiers autorisés en soins primaires;
- Agir comme un outil afin de faciliter le fonctionnement de l'équipe interprofessionnelle en fournissant des rôles clairs et en articulant le champ d'exercice des infirmières et infirmiers autorisés en soins primaires;
- Informer les intervenants, y compris les patients et les décideurs, concernant le rôle ou le rôle éventuel des infirmières et infirmiers autorisés en milieux de soins primaires;
- Soutenir les employeurs dans le cadre du recrutement et de l'intégration des infirmières et infirmiers autorisés en milieux de soins primaires à l'aide de la formation sur les descriptions de travail, les mécanismes liés à la délivrance des titres, les guides d'entrevue, les documents d'orientation, les évaluations du rendement et d'autres outils pertinents;
- Agir comme un cadre d'évaluation du rendement pour permettre aux employeurs, chercheurs et autres intervenants de produire des données probantes sur la contribution des infirmières et

infirmiers autorisés en soins primaires pour les patients et le plus vaste système de santé;

- Orienter les programmes en soins infirmiers à l'échelle du Canada en matière de contenu lié au travail des infirmières et infirmiers autorisés œuvrant en soins primaires, incluant les programmes du baccalauréat, de la certification et du cycle d'études supérieur.

Les infirmières et infirmiers autorisés en soins primaires

Plusieurs termes sont employés pour décrire les infirmières et infirmiers autorisés travaillant en soins primaires. *Les infirmières et infirmiers en médecine familiale* (également connu comme *les infirmières et infirmiers en soins primaires*) sont des infirmières et infirmiers autorisés qui pratiquent en milieu de soins primaires, tels que les cliniques/bureaux de consultation, les équipes de santé familiale et les centres de santé communautaires. Les *soins primaires* représentent pour les patients un point d'accès au système de santé et ces soins misent sur la prestation de la promotion de la santé, la prévention des maladies et la gestion des maladies épisodiques et chroniques (2). Les infirmières et infirmiers autorisés font partie intégrante des équipes de soins primaires interprofessionnelles dans plusieurs provinces et territoires canadiens (3,4) et jouent un rôle essentiel au sein de ces équipes, en partenariat avec les médecins de famille, les infirmières et infirmiers praticiens et d'autres fournisseurs de soins de santé. Les infirmières et infirmiers autorisés en soins primaires sont des généralistes qui fournissent un large éventail de services, entre autres et sans toutefois s'y limiter, de l'éducation en santé, la promotion de la santé, la prévention et le contrôle des maladies chroniques, des interventions thérapeutiques (p. ex. les soins des plaies et la vaccination), la gestion des médicaments, la santé pédiatrique et des femmes, la gestion des consultations, la coordination des soins et l'orientation dans le système (5). Les infirmières et infirmiers autorisés en soins primaires peuvent améliorer l'accès aux soins, la satisfaction des patients et des médecins, la qualité des soins et l'efficacité en fonction du coût (6-8).

Aperçu des compétences

Les *compétences* consistent en une combinaison des connaissances théoriques et pratiques, du jugement et des caractéristiques personnelles qu'une infirmière ou un infirmier doit acquérir pour pratiquer de manière sûre et conforme à l'éthique dans un rôle et un milieu donnés. Les compétences se définissent comme l'envergure et la profondeur de la pratique pour une infirmière dans un milieu de soins de santé particulier (soit les soins primaires). Les normes de pratique guident les compétences (p. ex. les *Normes de pratique des Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada [IISCC]*) (9).

Les infirmières et infirmiers autorisés en soins primaires se classent dans la catégorie des « soins infirmiers en santé communautaire » qui comprend également les soins infirmiers à domicile et les soins infirmiers en santé publique. L'élaboration des compétences a été achevée pour ces autres domaines des soins infirmiers en santé communautaire (10,11). Toutefois, avant ce rapport, il n'y avait aucune compétence pour orienter la pratique unique des infirmières et infirmiers autorisés en soins primaires. L'ACIMF, en collaboration avec ses membres, a adopté les *Normes de pratique de l'IISCC* (9) en tant que cadre des compétences pour les infirmières et infirmiers autorisés en soins primaires.

En fonction des normes de pratique de l'IISCC, les compétences présentées dans ce rapport se divisent en six domaines :

Domaine 1 : Professionnalisme

Domaine 2 : Pratique clinique

Domaine 3 : Communication

Domaine 4 : Collaboration et partenariat

Domaine 5 : Assurance de la qualité, évaluation et recherche

Domaine 6 : Leadership

Hypothèses

Au cours de l'élaboration des compétences, nous avons posé plusieurs hypothèses. Il faut comprendre ces hypothèses afin d'interpréter et de fournir une meilleure compréhension de la manière dont ces compétences peuvent servir dans le cas de postes uniques d'infirmières et infirmiers autorisés en milieux de soins primaires.

Liste des hypothèses

1. Les termes « *infirmière en médecine familiale* » et « *infirmière en soins primaires* » sont utilisés de manière interchangeable à l'échelle du Canada. Tout au long de ce rapport, pour englober ces deux termes, nous faisons référence à ce rôle par « infirmières et infirmiers autorisés travaillant en soins primaires ».
2. La « compétence » fait allusion à une combinaison des connaissances théoriques et pratiques, au jugement et aux caractéristiques personnelles. Les compétences représentent un énoncé de niveau supérieur aux rôles, activités et fonctions précises. L'énoncé d'une compétence englobe des activités et des tâches précises.
3. Ces énoncés de compétences se fondent sur les compétences actuelles de niveau débutant des infirmières et infirmiers autorisés (12), selon la contribution unique des infirmières et infirmiers autorisés en soins primaires. Nous avons déployé des efforts d'élaboration des énoncés de compétence dans le but d'inclure seulement des compétences distinctes qui ne figurent pas sur les listes de compétences actuelles des domaines connexes, telles que les compétences de niveau débutant des infirmières et infirmiers autorisés, en soins infirmiers en santé publique, en soins infirmiers à domicile et les compétences interprofessionnelles (10-13).
4. Dans le cadre de ces énoncés de compétences, le terme « *patient* » fait référence à la personne, à la famille ou au soignant, le cas échéant.
5. La contribution unique des infirmières et infirmiers autorisés en soins primaires qui se reflète dans l'ensemble de ces énoncés de compétences est la prestation de services de santé « *durant toute la vie* » et « *au fil du temps* ». Ainsi, les infirmières et infirmiers autorisés en soins primaires sont uniques, car ils fournissent des soins à des personnes de tous âges, du « berceau au cercueil », et établissent des liens continus à long terme avec les patients (soit la continuité des soins).
6. Les infirmières et infirmiers autorisés en soins primaires jouent un rôle essentiel parmi les équipes interprofessionnelles travaillant en partenariat avec les médecins, les infirmières et infirmiers praticiens ou d'autres fournisseurs afin de fournir des soins axés sur le patient.
7. L'intégration des infirmières et infirmiers autorisés en soins primaires est indispensable au développement et à l'évolution de milieux de pratique professionnels qui appuient des soins de grande qualité. Les infirmières et infirmiers autorisés en soins primaires contribuent à l'amélioration de l'accès aux soins, l'augmentation de la satisfaction des patients et des médecins ainsi que de la qualité générale des soins (6-8).

Vous trouverez des annexes à la fin du présent document pour assurer une compréhension commune approfondie des énoncés de compétence. L'**annexe A** présente un glossaire et l'**annexe B** décrit la méthode employée afin d'élaborer les énoncés de compétences.

Compétences des infirmières et infirmiers autorisés en soins primaires

Domaine 1.0 – Professionnalisme

- 1.1 Pratiquer en conformité avec les lignes directrices et les politiques fondées sur des données probantes qui sont pertinentes pour les soins primaires.
- 1.2 Entretenir une relation professionnelle et maintenir des limites professionnelles appropriées avec les patients durant toute leur vie et au fil du temps.
- 1.3 Promouvoir une culture d'amélioration de la qualité et de sécurité en soins primaires.
- 1.4 Participer à des activités de perfectionnement professionnel en rapport avec les soins primaires.
- 1.5 Contribuer au développement de capacités en soins infirmiers dans le secteur des soins primaires grâce au mentorat et à l'enseignement.
- 1.6 Formuler les rôles et la contribution des soins infirmiers dans le secteur des soins primaires.
- 1.7 Prendre part à l'avancement de la profession infirmière en soins primaires.
- 1.8 Défendre l'optimisation du rôle des infirmières et infirmiers dans la pratique interprofessionnelle des soins primaires.

Domaine 2.0 – Pratique clinique

- 2.1 Intégrer les principes des soins de santé primaires, tels que définis par la prestation de services en soins primaires.
- 2.2 Déterminer les besoins, les préférences et les valeurs en matière de soins de santé et de services sociaux des patients durant toute leur vie et au fil du temps.
- 2.3 Appliquer des stratégies (p. ex. entrevues motivationnelles, stades du changement) afin de favoriser l'autogestion des patients.
- 2.4 Aborder les principaux déterminants de la santé et les inégalités en matière de santé parmi la population des soins primaires.
- 2.5 Fournir des soins infirmiers en soins primaires guidés par les répercussions du colonialisme et les modes d'acquisition du savoir autochtone.
- 2.6 Déclarer les maladies transmissibles en matière de santé publique, le cas échéant.

- 2.7 Comprendre les besoins des patients ayant des besoins de santé complexes courants en soins primaires.
- 2.8 Gérer les problèmes d'ordre physique, psychologique et social qui surgissent tout au long de la vie du patient en élaborant des plans de soins axés sur les patients.
- 2.9 Fournir des conseils préventifs et une intervention précoce aux patients tout au long de leur vie et au fil du temps.
- 2.10 Analyser, suivre et évaluer les plans de soins des patients durant toute leur vie et au fil du temps.
- 2.11 Intégrer les résultats des recherches pertinentes et les pratiques fondées sur des données probantes à la prise de décisions cliniques en soins primaires.
- 2.12 Gérer les cas et coordonner les soins lorsque des patients ont des besoins de santé complexes afin d'assurer l'utilisation optimale des services et des ressources.
- 2.13 Offrir des programmes fondés sur les soins primaires afin de soutenir la promotion de la santé, la prévention des maladies et la réadaptation.
- 2.14 Faciliter les approches qui renforcent l'autonomisation des patients en soins primaires tout au long de la vie.
- 2.15 Utiliser les technologies de l'information pour soutenir les soins aux patients dans la pratique des soins primaires.
- 2.16 Informer les patients des ressources et des outils d'autogestion pouvant améliorer leur santé et leur bien-être.
- 2.17 Aider les patients à s'orienter dans le système de soins de santé.

Domaine 3.0 – Communication

- 3.1 Utiliser des approches en matière de communication fondées sur des données probantes auprès des patients, des familles et de la collectivité à l'appui de la réalisation des objectifs liés à la santé qui sont axés sur les patients.
- 3.2 Renforcer la capacité des patients en matière de littératie en santé.
- 3.3 Communiquer avec les membres d'équipes interprofessionnelles de soins primaires en les respectant et en les soutenant.
- 3.4 Échanger des connaissances entre les membres d'équipes interprofessionnelles pour encourager l'excellence dans la pratique des soins primaires.

- 3.5 Utiliser des stratégies et des outils de communication (p. ex. les technologies de l'information) de manière sécuritaire et confidentielle afin de gérer efficacement les soins aux patients avec l'aide des membres de l'équipe interprofessionnelle en soins primaires.

Domaine 4.0 – Collaboration et partenariat

- 4.1 Collaborer avec les organisations en santé et les autres secteurs afin de promouvoir un état de santé et de bien-être optimal pour les patients en soins primaires.
- 4.2 Comprendre les rôles et les responsabilités des professionnels de la santé réglementés et travailleurs non réglementés qui contribuent aux équipes interprofessionnelles de soins primaires.
- 4.3 Faciliter des pratiques organisationnelles qui soutiennent la continuité des soins.
- 4.4 Soutenir la transition des soins dans les milieux de soins de santé et entre ceux-ci afin d'améliorer les résultats pour les patients.
- 4.5 Prendre part à la communication et aux stratégies intrasectorielles et intersectorielles qui soutiennent les soins intégrés pour les patients ayant des besoins complexes en santé et en services sociaux.

Domaine 5.0 – Assurance de la qualité, évaluation et recherche

- 5.1 Participer aux initiatives d'amélioration de la qualité de la pratique, incluant les activités d'agrément.
- 5.2 Collaborer avec les membres de l'équipe en soins primaires pour aborder les risques réels ou éventuels, les incidents évités de justesse, les violations de la vie privée et les évaluations d'incident critique.
- 5.3 Comprendre les indicateurs de performance en matière de qualité de la pratique en soins primaires.
- 5.4 Contribuer à l'élaboration des politiques et des procédures afin qu'elles reflètent les pratiques exemplaires et le contexte local.
- 5.5 Entreprendre des activités de recherche et d'évaluation qui sont pertinentes pour les soins primaires et le rôle de l'infirmière dans la pratique des soins primaires avec les établissements universitaires, les services communautaires et d'autres types de professionnels.
- 5.6 Contribuer à recueillir, interpréter ou résumer des données sur les patients afin d'éclairer l'amélioration continue de la qualité.

- 5.7 Utiliser les données cliniques et la documentation ou les études pour étayer la conception et la planification des programmes et une approche de santé de la population dans la pratique des soins primaires.

Domaine 6.0 – Leadership

- 6.1 Soutenir le leadership dans le cadre de la mise en œuvre d'initiatives en soins primaires.
- 6.2 Défendre l'utilisation efficace des ressources dans la pratique interprofessionnelle des soins primaires.
- 6.3 Partager de nouvelles connaissances avec les pairs et les collègues afin de faire progresser la pratique fondée sur des données probantes des soins infirmiers en soins primaires.
- 6.4 Défendre les politiques pour une population en santé et la justice sociale qui sont pertinentes pour les patients et les populations en soins primaires.
- 6.5 Participer à l'élaboration ou à la mise en œuvre des programmes axés sur les soins primaires à l'appui de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et de la réadaptation.

Références

1. Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., Bullard, C., Campbell, D., Carter, N., Donald, F., Kilpatrick, K., McKinlay, J., Parks, C., Sherifali, D., Tranmer, J., Valaitis, R., Viscardi, V. et Yuille, L. (2014). Optimisation du rôle des infirmières et des infirmiers dans les soins primaires au Canada : Rapport final. Association des infirmières et infirmiers du Canada. Tiré de <https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/optimisation-du-role-des-infirmieres-et-infirmiers-dans-les-soins-primaires-au-canada.pdf?la=fr&hash=72441D8CECF8569DA978C80ECEB9EB219B777193>
2. Starfield, B. (2009). Family medicine and shape reform, not vice versa. *Family Practice Management*, 16(4): 6-7.
3. Ardal, S., Abrahams, C., Olsen, D., Lalani, H. et Kamal, A. (2007). Health Human Resources Toolkit (en anglais seulement). ProfessionsSantéOntario. Tiré de https://www.hhr-rhs.ca/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=6095&cf_id=68&lang=en
4. Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2013). Infirmières et infirmiers autorisés : Acteurs de la transformation des soins de santé. Ottawa : l'Association; p. 26. Tiré de https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/files/fr/registered_nurses_stepping_up_to_transform_health_care_f.pdf?la=en&hash=F2A179E3C033D338AADFE8ED45E6E65D93A7361E
5. Lukewich, J., Taylor, S., Poitras, M. et Martin-Misener, R. (2018). Advancing family practice nursing in Canada: An environmental scan of international literature and national efforts towards competency development. *Nursing Research*, 31(2), 66-78. doi: 10.12927/cjnl.2018.25602.
6. Horrocks, S., Anderson, E. et Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 324(7341), 819-823. doi:10.1136/bmj.324.7341.819
7. Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R. et Sibbald, B. (2005). Substitution of doctors by nurses in primary care (revue). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18(2), CD001271. doi: 10.1111/j.1440-172X.2008.01726.x
8. Todd, C., Howlett, M., MacKay, M. et Lawson, B. (2007). « Les infirmières en pratique familiale et en soins primaires de la Nouvelle-Écosse ». *infirmière canadienne*, vol. 8, n° 6, 21-25. Tiré de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17622032>
9. Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada. (2019). Modèle et normes de pratique professionnelle des soins infirmiers en santé communautaire au Canada, p. 1-45. Tiré de <https://www.chnc.ca/fr/normes-de-pratique>
10. Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada. (2019). Compétences en soins infirmiers à domicile (en anglais seulement). Version 1.0, mars 2010, p. 1-14. Tiré de <https://www.chnc.ca/membership/documents?category=22>

11. Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada. (2019). Public Health Nursing Discipline Specific Competencies. Version 1.0, mai 2009, p. 1-13. Tiré de <https://www.chnc.ca/membership/documents?category=22>
12. Conseil canadien des organismes de réglementation de la profession infirmière. (2018). Compétences de niveau débutant (CND) de l'infirmière. Compétences révisées, version du 24 juillet 2018. Tiré de http://www.ccrnr.ca/assets/draft-rn-elc-competencies-july-24-2018_fr.pdf
13. Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. (2010). Un cadre national de compétences interprofessionnelles (en anglais seulement). Février 2010. Tiré de https://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf
14. . Leatherman, S. et Sutherland, K. (2010). La qualité des services de santé au Canada en graphiques. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Tiré de https://www.fcass-cfhi.ca/migrated/pdf/chartbook/CHARTBOOK%20Fre_June_withdate.pdf
15. Bodenheimer, T., MacGregor, K. et Sharifi, C. (2005). Helping Patients Manage their Chronic Conditions. California Healthcare Foundation. Tiré de <https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2017/12/PDF-HelpingPatientsManageTheirChronicConditions.pdf>
16. Hamid-Balma, S. (2016). Indigenous people: Reconciliation and healing. *BC's Mental Health and Addictions Journal Visions*, 11(4), 1-39.
17. Stamler, L.L., Yiu, L., Dosani, A., Etowa, J. et Van Daalen-Smith, C. (2019). *Community Health Nursing: A Canadian Perspective*. 6^e éd. Toronto (Ontario) : Pearson Prentice Hall.
18. Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2015). Cadre de pratique des infirmières et infirmiers au Canada (p. 30-31). Tiré de <https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/cadre-de-pratique-des-infirmieres-et-infirmiers-au-canada.pdf?la=fr>
19. Association canadienne de protection médicale. (2009). Leçons à tirer des événements indésirables : Favoriser une culture juste en matière de sécurité dans les hôpitaux et les établissements de santé au Canada. Tiré de https://www.cmpa-acpm.ca/static-assets/pdf/advice-and-publications/handbooks/com_learning_from_adverse_events-f.pdf
20. Gouvernement du Canada. (2017). Glossaire. Tiré de <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/pratique-sante-publique/competences-ligne/glossaire.html#p>
21. Battiste, M. (2002). Indigenous knowledge and pedagogy in First Nations education: A literature review with recommendations. Préparé pour le Groupe de travail national sur l'éducation et le ministre des Affaires indiennes du Nord canadien (MAINC). Tiré de https://www.afn.ca/uploads/files/education/24._2002_oct_marie_battiste_indigenousknowledgandpedagogy_lit_review_for_min_working_group.pdf

22. Restoule, J.P. (2018). Indigenous education: Indigenous ways of knowing. University of Toronto, Ontario Institute for Studies in Education. Tiré de <https://www.oise.utoronto.ca/abed101/indigenous-ways-of-knowing/>
23. Association canadienne de santé publique. (2010). La pratique infirmière en santé publique – santé communautaire au Canada : rôles et activités. (4^e éd., p. 34). Tiré de <https://www.chnc.ca/upload/membership/document/2016-07/lapratiqueinfirmiereensantepublique-ensantecommunautaireaucanadarolesetactivites2010.pdf#upload/membership/document/2016-07/lapratiqueinfirmiereensantepublique-ensantecommunautaireaucanadarolesetactivites2010.pdf>
24. Institut canadien pour la sécurité des patients (2016). Trousse à outils pour la sécurité des patients et la gestion des incidents / Glossaire. Tiré de <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/patientsafetyincidentmanagementtoolkit/pages/glossary.aspx>
25. Organisation mondiale de la Santé. (2018). Déterminants sociaux de la santé : action intersectorielle (en anglais seulement). Tiré de http://www.who.int/social_determinants/thecommission/countrywork/within/isa/en/
26. Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2017). Code de déontologie des infirmières et infirmiers. Tiré de <https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/code-de-deontologie-edition-2017-secure-interactive.pdf?la=fr>
27. Organisation mondiale de la Santé. (1988). Recommandations d'Adélaïde sur une politique publique saine. *Deuxième Conférence mondiale sur la promotion de la santé* (en anglais seulement), Adélaïde, Australie-Méridionale : du 5 au 9 avril 1988. Tiré de <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index1.html>
28. Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2010). Cadre des compétences de base des infirmières et infirmiers praticiens du Canada. Tiré de http://www.cno.org/globalassets/for/rnec/pdf/competencyframework_fr.pdf
29. Starfield, B. (2001). Basic concepts in population health and health care. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55(7), 452-454.
30. Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2019). Représentation et politiques. Tiré de <https://www.cna-aiic.ca/fr/representation-et-politiques>
31. Gouvernement du Canada. (2012). Qu'est-ce que la santé de la population? Tiré de <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/approche-axee-sur-la-sante-de-population.html#What>

32. Organisation mondiale de la Santé. (2018). Déclaration d'Astana. *Conférence internationale sur les soins de santé primaires*, Astana, Kazakhstan : du 25 au 26 octobre 2018 (en anglais seulement). Tiré de <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>

Annexe A : Glossaire

Amélioration de la qualité : « Des données robustes, cohérentes, valables et fiables sur le rendement du système de santé sont essentielles dans toute tentative d'améliorer la qualité. Un recueil de graphiques élaboré par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) évalue la qualité sous divers angles et divers lieux, que ce soit sur la scène internationale ou au pays, ainsi que dans les provinces et les territoires. Quatre principes directeurs ont guidé la conception du recueil : l'accessibilité et la validité des données, la diversité des points de vue et l'équilibre dans la présentation des données. Les données ont trait à six dimensions clés de la qualité : l'efficacité, l'accès, la capacité, la sécurité, l'orientation sur le patient et l'équité. » (14)

Autogestion : « La capacité du patient de composer avec tout ce que comporte la maladie chronique, y compris les symptômes, le traitement ainsi que les conséquences physiques et sociales. » (15)

Colonialisme : « Une manière de contrôler le territoire, les personnes, la culture et la société. Le colonialisme fait référence aux croyances, philosophies et politiques qu'un groupe utilise pour revendiquer sa supériorité ou sa dominance par rapport à un autre groupe. » (16)

Communauté : « Un groupe de personnes qui vivent, apprennent, travaillent et jouent dans un environnement à un moment donné. Elles partagent des caractéristiques et des intérêts communs et fonctionnent dans un plus grand système sociétal, tel qu'une organisation, région, province ou nation. Le cœur d'une communauté est ses gens, qui se caractérisent par leur âge, sexe, situation socioéconomique, éducation, profession, ethnicité et religion. Une communauté se définit également par son lieu et ses limites géopolitiques. » (17)

Complexité : « Degré caractérisant l'état de santé ou la situation du patient et qui est influencé par diverses variables (par ex. diagnostic multiple, processus décisionnel affaibli, dynamique familiale difficile). » (18)

Culture juste en matière de sécurité : « Une démarche en soins de santé où offrir des soins de santé sécuritaires est une valeur fondamentale de l'organisation. La culture encourage et développe les connaissances, les compétences et l'engagement de l'ensemble des dirigeants, des gestionnaires, des professionnels de la santé, du personnel et des patients en vue de prodiguer des soins sécuritaires. Les occasions d'améliorer proactivement la sécurité des soins sont constamment relevées et des mesures sont prises pour y donner suite. Les professionnels de la santé et les patients reçoivent un soutien approprié et adéquat dans la quête de soins sécuritaires. La culture favorise l'apprentissage à partir des événements indésirables et des accidents évités de justesse pour renforcer le système, et, au besoin, soutient et sensibilise les professionnels de la santé et les patients pour aider à éviter que des événements semblables se reproduisent. Il y a un engagement commun dans l'ensemble de l'organisation concernant la mise en œuvre d'améliorations et le partage des leçons à retenir. La justice constitue un élément important. Tous les intervenants sont conscients des attentes, et, dans l'analyse des événements indésirables, toute responsabilisation professionnelle des professionnels de la santé est établie de manière équitable. Les intérêts des patients et des professionnels de la santé sont protégés. » (19)

Déterminants de la santé : « Facteurs définissables qui influencent l'état de santé, ou qui y sont associés. La santé publique se rapporte essentiellement aux interventions et aux activités de plaidoyer qui visent l'ensemble des déterminants de la santé modifiables, non seulement ceux liés aux actions sur les individus, tels les comportements en matière de santé et le mode de vie, mais également les facteurs tels que le revenu et le statut social, l'instruction, l'emploi et les conditions de travail, l'accès aux services de santé appropriés et l'environnement physique. Les déterminants de la santé interagissent entre eux et engendrent des conditions de vie qui influent sur la santé. » (20)

Façons autochtones de savoir : « Le savoir autochtone comprend un ensemble complexe de technologies élaborées et maintenues par les civilisations autochtones. Souvent oral et symbolique, il est transmis par la structure de la langue autochtone à la prochaine génération au moyen de modèles, de la pratique et de l'animation, plutôt que les mots écrits. » (21,22)

Gestion de cas : « Méthode de gestion des soins qui vise à améliorer la capacité des personnes ou des familles à prendre soin d'elles, ainsi que la capacité des systèmes et des communautés à coordonner et à offrir des services. » (23)

Incident évité de justesse : « Un incident lié à la sécurité d'un patient qui n'a pas atteint le patient et n'a pas causé de préjudice. » (24)

Intersectoriel : « Actions mises en œuvre par des secteurs autres que celui de la santé, éventuellement mais pas nécessairement en collaboration avec ce dernier, visant des résultats pour la santé ou l'équité en santé ou portant sur des déterminants de la santé ou de l'équité en santé. Les principales influences qui façonnent la santé des populations et la répartition des inégalités en santé se situent à l'extérieur du secteur de la santé. Le fait que la majorité de ces influences résident à l'extérieur de la compétence exclusive du secteur de la santé exige que le secteur de la santé participe avec d'autres secteurs du gouvernement et de la société pour aborder les déterminants de la santé et le bien-être. » (25)

Justice sociale : « Répartition équitable des avantages et des responsabilités de la société et de leurs conséquences. L'accent est mis sur la position relative d'un groupe social par rapport à d'autres au sein de la société, ainsi que sur les causes profondes des disparités et sur ce qui peut être fait pour les éliminer. » (26)

Politiques publiques de la santé : « Une politique publique saine se caractérise par un souci explicite pour la santé et l'équité dans tous les domaines de la politique, et par le fait qu'elle rend des comptes quant aux impacts sur la santé. Le but principal d'une politique publique saine est de créer un environnement favorable pour permettre à la population de mener une vie en bonne santé. Ce type de politique permet au citoyen de faire plus facilement des choix favorables à sa santé et des environnements sociaux et physiques qui mettent l'accent sur la santé. » (27)

Pratique éclairée par des données probantes : « Méthode de prise de décision suivant laquelle la clinicienne ou le clinicien, au cours d'une consultation avec le patient, intègre consciencieusement les données probantes soigneusement examinées, l'expérience tirée de la pratique clinique ainsi que

la connaissance des facteurs contextuels, afin de déterminer l'option qui répond le mieux aux besoins du patient. Les données probantes peuvent inclure – sans s'y limiter – des recherches publiées, des recherches décrites dans la littérature grise, des lignes directrices de pratique clinique, des énoncés de consensus, des expertises cliniques, des données du processus d'assurance de la qualité et des données sur la sécurité des patients. » (28)

Pratiques exemplaires : « Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires sont des énoncés systématiques (fondés sur les meilleures données probantes disponibles) de la pratique recommandée en milieu de travail clinique précis ou sain qui visent à orienter les praticiens et les gestionnaires afin de prendre des décisions cliniques. » (18)

Prévention : « Une ou des interventions qui interrompent le lien de causalité entraînant un ou plusieurs aspects de la mauvaise santé... Il est certain qu'il y a un réseau d'interactions qui détermine l'état de santé, allant des plus éloignées aux plus près. Les plus distantes sont probablement le contexte politique dans lequel les déterminants évoluent, suivies des aspects des politiques (santé, sociales, environnementales), et du contexte des contacts sociaux et médicaux dans les communautés, suivies des caractéristiques sociales et comportementales de la personne (telles que l'isolement social et les comportements liés à la santé), suivies des états physiologiques, tels que ceux liés aux facteurs de stress perçus. Lorsque les interventions visent à empêcher qu'une situation de risque ne se produise, elles se nomment prévention primaire. Dans un réseau de déterminants, plusieurs interventions pourraient être considérées comme primaires. La prévention primordiale se produit lorsque l'accent est mis sur une stratégie de prévention primaire encore plus antérieure. La prévention la plus efficace est centrée sur la partie la plus affaiblie du réseau et n'est pas nécessairement celle qui est la plus près. » (29)

Promotion de la santé : « Processus consistant à permettre aux personnes d'accroître leur pouvoir sur leur santé et d'améliorer leur santé. Ce processus englobe non seulement les mesures visant à renforcer les capacités des personnes, mais aussi les mesures prises pour modifier les conditions sociales, environnementales, politiques et économiques, de manière à réduire leur incidence sur la santé publique et la santé individuelle. La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé décrit cinq stratégies clés de promotion de la santé : élaborer des politiques publiques favorisant la santé, créer des environnements favorables, renforcer l'action communautaire, acquérir des aptitudes individuelles et réorienter les services de santé. » (20)

Représentation/représenter : « La représentation consiste à encourager la participation des autres, à exercer son droit de parole et à réunir des données probantes afin d'influencer les politiques et la pratique. Elle signifie dénoncer l'injustice et l'inégalité. La représentation comporte la participation directe et indirecte aux processus stratégiques et la reconnaissance de l'importance des données probantes, du pouvoir et des politiques dans la progression des choix stratégiques. » (30)

Santé : « État de complet bien-être physique, mental [spirituel] et social, et non seulement absence de maladie. » (28)

Santé de la population : « L'approche axée sur la santé de la population vise à améliorer l'état de santé d'une population entière et à réduire les inégalités en matière de santé entre différents

groupes démographiques. Pour atteindre ce double objectif, cette discipline se penche sur le vaste éventail de facteurs et de conditions exerçant le plus d'incidence sur notre santé et tente d'influer sur ceux-ci. » (31)

Soins de santé primaires (SSP): « Se fondent sur la nouvelle Déclaration d'Astana sur les soins de santé primaires qui a remplacé la Déclaration d'Alma-Ata. Elle décrit 'un engagement à l'égard de la santé et du bien-être pour tous en fonction de la couverture sanitaire universelle (CSU). La CSU signifie que toutes les personnes, y compris celles qui sont marginalisées ou vulnérables, devraient avoir accès à des services de santé de qualité qui mettent l'accent sur leurs besoins sans difficulté financière. Les SSP représentent l'approche la plus efficace, efficiente et équitable pour améliorer la santé, ce qui en fait un fondement nécessaire pour atteindre la CSU. La Déclaration envisage ceci :

- a. Des gouvernements et des sociétés qui fixent des priorités, promeuvent et protègent la santé et le bien-être des populations, à la fois aux niveaux collectif et individuel, par l'intermédiaire de systèmes de santé solides;
- b. Des soins de santé primaires et des services de santé qui sont de grande qualité, sûrs, complets, intégrés, accessibles, disponibles et abordables pour tous et partout; et qui sont dispensés avec compassion, respect et dignité par des professionnels de santé bien formés, compétents, motivés et engagés;
- c. Des environnements stimulants et propices à la santé dans lesquels les individus et les communautés sont dotés des moyens de conserver et d'améliorer leur santé et leur bien-être et y participent activement;
- d. Des partenaires et des parties prenantes unis et cohérents pour apporter un soutien efficace aux politiques, aux stratégies et aux plans sanitaires nationaux.' » (9,32)

Soins primaires : « Fait référence à l'accès courant aux services au premier point de contact avec le système de santé. » (17)

Annexe B : Méthodologie

Les compétences des infirmières et infirmiers autorisés en soins primaires ont été élaborées à l'aide d'une approche systématique et éclairée par des données probantes. L'élaboration a requis la contribution d'une équipe de chercheurs expérimentés, d'intervenants clés et d'un comité d'experts composé d'infirmières et infirmiers en soins primaires de partout au Canada. En particulier, une approche modifiée en matière de sondage Delphi (consensus) a permis d'obtenir une entente sur un ensemble national d'énoncés de compétences pour les infirmières et infirmiers autorisés en soins primaires.

Premier sondage Delphi : La première ébauche des compétences a été élaborée par un comité d'informateurs clés composé de tous les membres de l'équipe et des partenaires du projet, ayant l'expertise et l'expérience en matière de soins infirmiers en soins primaires, qui se sont réunis en personne durant une journée complète pour participer à un atelier à Toronto, en Ontario. Les compétences ont également été guidées par une recension des écrits et une analyse environnementale internationales en lien avec les compétences des soins infirmiers en médecine familiale, les compétences dans les domaines de pratique connexes (p. ex. les compétences de niveau débutant des infirmières détenant un baccalauréat, en soins infirmiers à domicile, en soins infirmiers en santé publique et le Cadre national de compétences interprofessionnelles du Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé) (10-13) et le Modèle et les normes de pratique professionnelle des soins infirmiers en santé communautaire au Canada (9). Le comité d'informateurs a déployé des efforts pour éviter le dédoublement ou le chevauchement des compétences actuelles publiées dans des domaines semblables. La première ébauche des compétences a été guidée par les commentaires des infirmières et infirmiers en soins primaires qui ont participé à un atelier lors du congrès biennal de l'ACIMF en 2018 (Winnipeg, Manitoba). L'ébauche des énoncés de compétences qui en a découlé comportait 49 énoncés organisés en six domaines (soit le professionnalisme; la pratique clinique; la communication; la collaboration et le partenariat; l'assurance de la qualité, l'évaluation et la recherche ainsi que le leadership).

Deuxième et troisième sondages Delphi : Deux sondages consécutifs ont été menés afin d'atteindre un consensus concernant les énoncés de compétences élaborés. Le sondage en boule de neige a permis de déterminer les participants du comité pour le processus du sondage Delphi, et les recherches en ligne ont défini les participants admissibles. Le comité était composé exclusivement d'infirmières et infirmiers détenant des connaissances, de l'expertise ou de l'expérience en lien avec la pratique familiale des soins infirmiers et représentaient tous les provinces et territoires ainsi que domaines de pratique (p. ex. pratique clinique, éducation, administration, recherche). Une adjointe à la recherche, la responsable du projet, ou un membre de l'équipe du projet a convoqué par courriel les participants. L'invitation par courriel fournissait de l'information sur l'étude et un lien vers le sondage sur l'élaboration des compétences en ligne, qui était offert en anglais et en français. Les participants devaient indiquer leur accord avec chaque énoncé de compétences selon l'échelle Likert de six points (1 = pas du tout important; 6 = extrêmement important) et fournir leurs commentaires à propos de chaque énoncé ou d'autres suggestions générales. Un consensus sur un énoncé de compétences a été déterminé par un accord d'au moins 80 % (ou un résultat moyen d'au moins 5,0).

La majorité des énoncés ont obtenu un accord après le premier sondage. Les énoncés qui n'avaient pas obtenu un résultat d'au moins 5,0 ont été examinés et révisés par l'équipe de la recherche et ont été inclus dans le deuxième sondage. Toutes les personnes qui ont répondu au premier sondage ont été jointes de nouveau pour répondre au deuxième sondage (final). Au total, 86 personnes ont répondu au premier sondage d'avril à mai 2019, et 72 personnes ont répondu au deuxième sondage de juin à août 2019. La liste finale des énoncés de compétences des infirmières et infirmiers autorisés en soins primaires comprend 47 énoncés distincts organisés en six domaines. Un énoncé a été retiré entièrement, car il n'a pas obtenu l'accord d'au moins 80 % aux deux sondages et deux autres énoncés ont été regroupés en un seul énoncé.

Ce rapport contient les énoncés de compétences finaux. D'autres détails seront fournis dans une publication qui en est présentement à l'étape de préparation par les membres de l'équipe du projet.