AIINB

# Compétences de niveau débutant

## pour les infirmières praticiennes

(En vigueur le 1er janvier 2024)

**Table des matières** **Page**


Introduction 2

Profil de l'infirmière praticienne* de niveau débutant 2

Contexte 2

Objectif des compétences de niveau débutant pour les infirmières praticiennes 2

Compétences et exercice de l'infirmière praticienne de niveau débutant 3

Principes et postulats de l'exercice de l'infirmière praticienne de niveau débutant 3

Structure 3

Cadre des compétences axées sur les rôles des infirmières praticiennes 4

1. **Clinicienne** **5**
2. **Cheffe de file** **9**
3. **Défenseure** **10**
4. **Formatrice** **12**
5. **Érudite** **12**

Description des termes clés 14

Bibliographie 18


**Note - Dans le présent document, le féminin prévaut pour ne pas nuire à la lecture et en reconnaissance de la réalité majoritairement féminine de la profession, mais est employé sans préjudice et désigne aussi les hommes et les membres des communautés LGBTQ2+.*

**Introduction**

Les compétences de niveau débutant (CND) pour les infirmières praticiennes (IP) reflètent les connaissances, les compétences et le jugement de base requis de la part des IP afin de prodiguer des soins sécuritaires, compétents, conformes à l'éthique et empreints de compassion. Alors que les rôles et les responsabilités des IP peuvent varier selon le contexte et la population de patient, ce document définit les compétences que toutes les IP doivent posséder pour être compétentes lorsqu'elles commencent à exercer.

Au Nouveau-Brunswick, comme la pratique des infirmières praticiennes est en soins de santé primaires (SSP) ou en famille/tous âges, le document a été adapté pour refléter ce qui est attendu de la pratique des infirmières praticiennes au Nouveau-Brunswick.

**Profil de IP de niveau débutant**

Les IP sont des infirmières immatriculées (II) dotées d'une expérience et d'une formation en sciences infirmières additionnelles au niveau de la maîtrise, leur permettant de diagnostiquer et de gérer les soins de façon autonome tout au long du continuum de vie dans tous les milieux d'exercice. En tant qu'infirmières en pratique avancée elles utilisent leurs connaissances approfondies en sciences infirmières et leur expérience pour analyser, synthétiser et pour prendre des décisions fondées sur des données probantes. Elles appliquent la théorie et les connaissances en sciences infirmières et autres disciplines pour fournir une gamme complète de services essentiels basés sur des normes professionnelles, éthiques et juridiques, dans le cadre d'un modèle de soins holistique. Les IP travaillent dans tous les domaines d'exercice. Elles offrent un leadership et collaborent au sein des communautés, des entreprises et des populations afin d'améliorer la santé et les résultats systémiques. Dans certains cadres, les IP assument le rôle du prestataire le plus responsable.

**Contexte**

Le Conseil canadien des organismes de réglementation de la profession infirmière (CCORPI) a publié les CND pour les IP au Canada pour la première fois en 2016. En 2020, le CCORPI a lancé un processus de mise à jour des CND, qui sont révisées régulièrement pour refléter l'évolution des besoins de la population, du système de santé et de l'exercice des IP. Les révisions actuelles ont été éclairées par une analyse environnementale, des analyses littéraires et la consultation de parties prenantes et reflètent également une cohérence entre les juridictions pour appuyer les exigences de mobilité de la main-d'œuvre de l'Accord de libre-échange canadien.

**Objectif des CND pour les IP**

Les CND des IP reflètent les connaissances, les compétences et le jugement requis de la part des IP pour exercer de façon sécuritaire et éthique. Elles sont utilisées par les organismes de réglementation pour un certain nombre d'objectifs, y compris mais sans s'y limiter :

- Approbation/reconnaissance des programmes de formation
- Évaluation des candidates formées à l'étranger
- Évaluation des candidates aux fins de réadmission dans la profession
- Conseils/orientation de l'exercice pour les cliniciennes
- Référence pour les questions de conduite professionnelle

- Sensibilisation du public et des employeurs aux attentes d'exercice des IP

**Compétences et exercice de niveau débutant de l'IP**

L'exercice des IP est dynamique et évolutif. Les CND de l'IP englobent et reposent sur les compétences d'une II et établissent la base de l'exercice de l'IP . Alors que ces compétences définissent l'exercice de l'IP de niveau débutant, tous les IP sont finalement responsables de les satisfaire tout au long de leurs carrières.

Une IP est considérée « de niveau débutant » lors de son inscription ou autorisation d'exercer initiale. Son exercice repose sur une base de connaissances théoriques et expérientielles façonnée par son exercice d'II et son programme de formation d'IP.

**Principes et postulats de l'exercice de IP de niveau débutant**

Les principes et postulats fondamentaux suivants éclairent la façon dont les CND influencent la formation et l'exercice des IP de niveau débutant. L'IP de niveau débutant :

- dispose d'une base solide en théorie de soins infirmiers et des connaissances en sciences de la santé, en sciences humaines, en recherche et en éthique grâce aux programmes d'études supérieures reconnus
- exerce de façon autonome en conformité avec la loi, les normes d'exercice, le code de déontologie et le champ d'exercice de sa juridiction
- respecte le champ d'exercice et demande conseil lorsqu'elle rencontre des situations au-delà de sa compétence individuelle
- est préparée à exercer avec sécurité, compétence, et compassion et en conformité avec l'éthique :
    - avec toutes les personnes tout au long du continuum de vie,
    - avec tous les clients - individus, familles, groupes, communautés et populations,
    - dans tous les cadres d'exercice, et
    - dans tous les domaines d'exercice
- utilise des preuves et applique un raisonnement critique dans tous les aspects de l'exercice

**Structure**

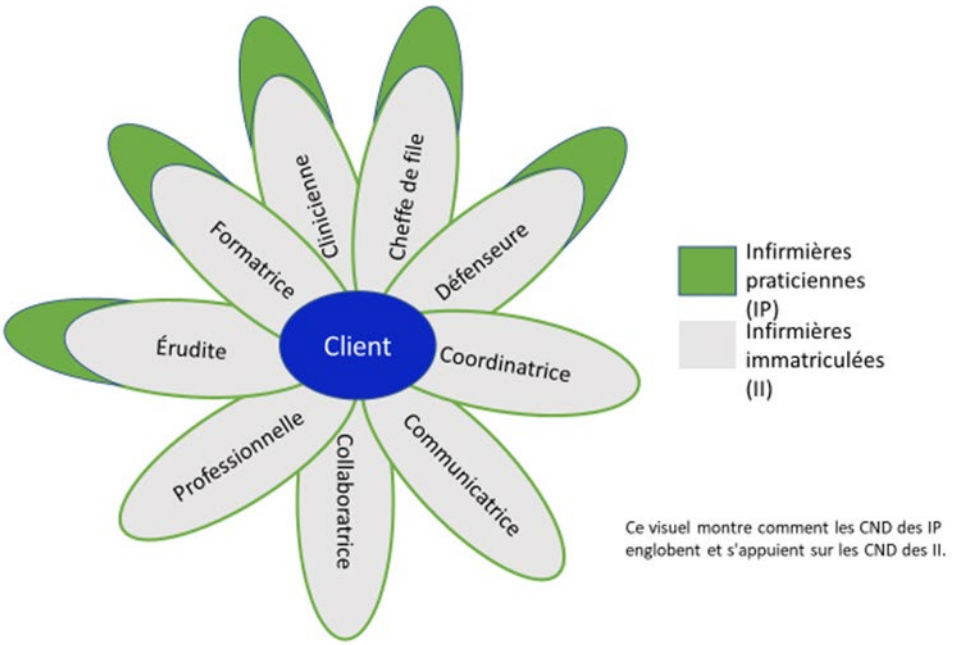
Les CND révisées ont été élaborées à l'aide d'un cadre axé sur les rôles, qui représente les divers rôles que l'IP assume lorsqu'elle fournit des services dans n'importe quel cadre d'exercice. Elles constituent un ensemble interconnecté de compétences et d'indicateurs. À des fins de clarté et pour éviter toute répétition inutile, les concepts clés sont mentionnés une fois et supposés s'appliquer à tous les rôles. Alors que chaque rôle est présenté séparément, il est important de noter que les IP peuvent utiliser des aspects de plusieurs rôles à la fois.

Le document est organisé de façon thématique dans un format basé sur les rôles, comme les CND des II . Les CND pour les IP englobent et reposent sur les CND pour les II, tout en étant axées sur les particularités pour les IP. Les compétences sont associées à des indicateurs de performance.

Au total, 29 compétences sont regroupées par thèmes, sous cinq rôles :

1. Clinicienne
2. Chef de file
3. Défenseure
4. Formatrice
5. Érudite

**Cadre des compétences axées sur les rôles de l'IP**



## 1.0 CLINICIENNE

Les IP offrent des soins en toute sécurité, avec compétence, compassion et conforme à l'éthique tout au long du continuum de vie à des populations diverses et dans divers cadres d'exercice. Les IP basent leurs soins sur un exercice éclairé par des données probantes et utilisent le questionnement critique dans leur diagnostic avancé et leur raisonnement clinique.

# Évaluation

**1.1 Établir les raisons de la rencontre avec le client[1] pour déterminer la nature des services requis**

a. Réaliser une évaluation initiale d'observation de l'état de santé du client
b. Poser des questions pertinentes pour établir les problèmes qui se présentent
c. Évaluer l'information pertinente en lien avec les préoccupations du client
d. Établir des priorités pour les situations habituelles, urgentes, émergentes et mettant la vie en danger

**1.2 Obtenir un consentement éclairé conformément aux exigences législatives et réglementaires**

a. Co-créer avec le client une compréhension partagée du champ des services, des attentes, des forces et limites du client, et des priorités
b. Aider le client à prendre des décisions éclairées, en discutant des risques, des avantages, des alternatives et des conséquences
c. Obtenir le consentement éclairé pour la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels et de santé

**1.3 Faire preuve de questionnement critique pour analyser et synthétiser l'information de sources multiples afin d'identifier les besoins du client et éclairer l'évaluation et le diagnostic**

a. Établir une compréhension partagée de la culture, des forces et des limites du client
b. Intégrer l'information spécifique aux circonstances psychosociales, comportementales, culturelles, ethniques et spirituelles du client ; le stade développemental actuel; l'expression de l'identité sexuelle et les déterminants sociaux de santé, en tenant compte de l'épidémiologie et des caractéristiques au niveau de la population
c. Intégrer les résultats antécédents et actuels des examens de santé
d. Utiliser des résultats de recherche, des données probantes et des normes courantes, crédibles et fiables pour éclairer la prise de décisions
e. Recueillir l'historique pharmacologique, y compris les produits sans ordonnance, la médecine complémentaire et alternative, les produits de santé naturels et la médecine traditionnelle
f. Appuyer les souhaits et les orientations du client par rapport à la planification préalable des soins, les soins palliatifs et les soins de fin de vie

**1.4 Réaliser une évaluation pertinente pour la présentation du client afin d'informer les décisions relatives au diagnostic**

a. Déterminer la nécessité de réaliser une évaluation ciblée ou exhaustive
b. Réaliser une évaluation à l'aide de techniques et outils validés et fiables

[1] Les termes clés sont surlignés en bleu et décrits à la fin du document.

c. Compléter l'évaluation avec une sensibilité à la culture, aux expériences vécues, à l'identité sexuelle, à la sexualité et à l'expression personnelle du client
d. Réaliser une évaluation de santé mentale, en appliquant des connaissances des mesures émotionnelles, psychologiques et sociales du bien-être
e. Réaliser un examen des systèmes pour identifier les résultats de présentation pertinents

# Diagnostic

**1.5 Intégrer le questionnement critique et le raisonnement diagnostic pour formuler des diagnostics différentiels et des diagnostics définitifs**

a. Demander et réaliser des examens de dépistage et d'investigation diagnostique, y inclus des tests au point de service, en appliquant les principes d'administration responsable des ressources
b. Interpréter les résultats des évaluations
c. Générer des diagnostics différentiels en fonction de l'analyse des données
d. Créer une compréhension partagée des résultats d'évaluation, des diagnostics, des résultats anticipés et du pronostic
e. Déterminer le principal diagnostic en fonction du raisonnement clinique et diagnostique

# Gestion

**1.6 Utiliser un raisonnement clinique pour créer un plan de gestion partagé basé sur les diagnostics et les préférences et objectifs du client**

a. Examiner et explorer avec le client les options de gestion des diagnostics
b. Tenir compte de la disponibilité, du coût, des déterminants de santé, de l'efficacité clinique et de lla conformité éventuelle du client, pour déterminer la faisabilité et la viabilité du plan de gestion
c. Déterminer et prioriser les interventions en intégrant les objectifs et les préférences du client, les ressources et l'urgence clinique
d. Fournir et rechercher la consultation d'autres professionnels et organismes pour soutenir la gestion des clients
e. Utiliser la technologie pour offrir des services de santé après avoir examiné la pertinence des services de soins virtuels, les facteurs environnementaux, la nature du service, la sécurité du système, les approches alternatives et les plans d'urgence
f. Utiliser les dossiers de santé électroniques et les systèmes de suivi pour recueillir et documenter avec précision les renseignements relatifs au client et la prestation de services de santé

**1.7 Prescrire et conseiller les clients sur les interventions pharmacologiques et autres, tout au long du continuum de vie**

a. Suivre les exigences législatives, réglementaires et organisationnelles lors de la prescription d'interventions pharmacologiques et non-pharmacologiques
b. Sélectionner des interventions pharmacologiques éclairées par des données probantes, basées sur les diagnostics, les thérapies concomitantes du client et les antécédents médicamenteux disponibles, à l'aide des systèmes d'information sur les médicaments
c. Utiliser des programmes de contrôle des ordonnances et de signalement conformément aux exigences juridictionnelles et législatives
d. Réaliser un bilan comparatif des médicaments pour prendre des décisions cliniques basées sur une analyse du traitement pharmacologique et non-pharmacologique actuel du client

e. Analyser la polypharmacie pour identifier les prescriptions inutiles et dangereuses, et annuler les prescriptions lorsque possible
f. Recommander ou prescrire des interventions non-pharmacologiques et des traitements de médecine complémentaire et alternative, et des produits de santé naturels selon les préférences, l'historique et la pratique culturelle du client
g. Intégrer les principes d'administration responsable des produits pharmacologiques
h. Établir un plan de contrôle pour les interventions pharmacologiques et non-pharmacologiques
i. Conseiller le client au sujet des interventions pharmacologiques et non-pharmacologiques, y compris l'indication, les bénéfices, le coût, les effets indésirables potentiels, les interactions, les contre-indications, les précautions, les raisons de respecter le schéma posologique prescrit, la surveillance requise et le suivi

**1.8 Réaliser des interventions invasives et non-invasives tel qu'indiqué par le plan de gestion**

a. Co-créer avec le client une compréhension des procédures, notamment les indications, les risques et bénéfices attendus, les effets indésirables, la surveillance prévue et les soins de suivi
b. Réaliser les procédures à l'aide de techniques éclairées par des données probantes
c. Contrôler et évaluer les résultats cliniques, la surveillance et le suivi
d. Mettre en œuvre des interventions pour stabiliser le client en situations urgente, émergente et mettant la vie en danger

**1.9 Évaluer l'efficacité du plan de gestion pour identifier les modifications et/ou la cessation requise d'un traitement**

a. Élaborer un processus systématique et opportun pour surveiller l'évolution du client, et assurer le suivi des résultats et des interventions
b. Évaluer les réponses au plan de gestion en collaboration avec le client, et réviser le plan de gestion au besoin
c. Discuter et mettre en œuvre un suivi pour faciliter la continuité des soins en collaboration avec le client
d. Faciliter la mise en œuvre du plan de gestion avec le client, la famille, autres professionnels de santé et partenaires communautaires
e. Faciliter l'orientation vers un autre praticien ou service si le client devait tirer profit de la consultation ou si les besoins en soins du client vont au-delà de la compétence individuelle ou du champ d'exercice de l'IP

## Conseil

**1.10 Co-créer une relation de conseil thérapeutique propice à des résultats de santé optimaux**

a. Co-créer avec le client une compréhension partagée du champ de services, des attentes, des forces et des limites du client, et des priorités
b. Identifier les obstacles qui interfèrent avec les objectifs du client
c. Utiliser des techniques et des outils de communication adaptées au stade développemental, au niveau socio-démographique et aux préférences culturelles.
d. Évaluer l'efficacité de la relation de conseil et orienter vers les professionnels appropriés au besoin

**1.11 Fournir des conseils tel qu'indiqué par le plan de gestion**

a. Intégrer les théories de développement cognitif et émotionnel tout au long du continuum de vie
b. Identifier l'impact d'une partialité potentielle et réelle sur la création d'espaces sûrs

c. Intégrer l'utilisation thérapeutique du soi pour faciliter une expérience et un résultat optimal pour le client
d. Anticiper et réagir à l'expression d'émotions intenses de façon à faciliter une résolution sûre et efficace
e. Tenir compte de l'impact des facteurs contextuels et personnels sur le client
f. Proposer des soins tenant compte des traumatismes et des violence vécus par le client
g. Identifier les causes profondes des traumatismes, notamment les traumatismes intergénérationnels, avec le client et l'orienter vers des professionnels appropriés
h. Gérer le transfert et le contre-transfert dans les relations thérapeutiques

**1.12 Appliquer des stratégies de réduction des méfaits et un exercice éclairé par des données probantes pour aider les clients en cas de trouble lié à la consommation de substance, tout en respectant la législation et la réglementation fédérale et provinciale/territoriale**

a. Identifier les risques et les signes éventuels de trouble lié à la consommation de substance
b. Co-créer un plan de gestion de la réduction des méfaits en tenant compte des options de traitement et d'intervention
c. Appliquer des pratiques sécuritaires de prescription, éclairées par des données probantes lors de l'initiation et de la gestion des interventions pharmacologiques et non-pharmacologiques
d. Respecter la législation, la réglementation et la politique de l'organisation en matière d'entreposage et de manipulation sécuritaire des médicaments et des substances contrôlés
e. Fournir de l'éducation sur l'entreposage et la manipulation sécuritaire des médicaments et des substances contrôlés

## Transition des soins, planification de congé, documentation

**1.13 Mener la planification des admissions, de la transition des soins et des congés de façon à assurer la continuité et la sécurité des soins du client**

a. Collaborer avec le client pour faciliter l'accès aux ressources requises, au traitement médicamenteux, aux tests diagnostiques, aux procédures et au suivi pour favoriser la continuité des soins
b. Faciliter le transfert de l'information pour favoriser la continuité des soins
c. Promouvoir l'accès du client aux services communautaires et autres ressources du système
d. Contrôler et modifier le plan de gestion en fonction des besoins de transition du client

**1.14 Mener des activités de tenue des dossiers conformément à la législation et aux exigences réglementaires juridictionnelles**

a. Documenter toutes les interactions avec les clients et la justification des actions pour faciliter la continuité des soins
b. Recueillir, divulguer, utiliser et détruire l'information sur la santé conformément à la législation, à la réglementation et aux normes réglementaires juridictionnelles en matière de protection de la vie privée et de confidentialité
c. Appliquer les mesures de sécurité pertinentes à la tenue de dossiers et à la documentation

**1.15 Fournir des services sûrs, éthiques et compétents en tant que praticien indépendant**

a. Adopter des pratiques éthiques qui respectent la législation, la réglementation, les directives cliniques et les normes éthiques juridictionnelles et fédérales pour les soins infirmiers
b. Employer des pratiques de facturation et de publicité véridiques, honnêtes et éthiques
c. Agir en tant que dépositaire d'informations sur la santé veillant à ce que l'information relative au client soit sécurisée et demeure confidentielle

d. Identifier et gérer les conflits d'intérêts éventuels et réels, en agissant toujours dans le meilleur intérêt du client

**1.16 Employer des stratégies de soins virtuels éclairées par des données probantes**

a. Articuler les risques et les avantages des soins virtuels pour informer le consentement éclairé du client afin de participer à une visite de soins virtuels
b. Assurer le respect de la vie privée du client pendant les rendez-vous virtuels, ainsi que lors du transfert de données et de l'envoi de documents médicaux par voie électronique
c. Déterminer quand le problème de santé du client peut être géré virtuellement sans retarder ni fragmenter les soins
d. Comprendre les limites des soins virtuels pour déterminer la nécessité d'une évaluation et d'une gestion en personne
e. Adapter les techniques de vérification des antécédents et d'évaluation pour réaliser de façon efficace l'évaluation virtuelle du client
f. Adopter des approches de communication efficaces dans l'environnement des soins virtuels
g. Intégrer des technologies de soins de santé et des plateformes de communication pour proposer des soins virtuels
h. Respecter les exigences de communication et de documentation des rencontres virtuelles avec les clients

## 2.0 Cheffe de file

Les IP démontrent un leadership collaboratif au sein du système de soins de santé au niveau local, régional, national et mondial. Ce sont des cheffes de file dans le développement, la mise en œuvre et la prestation de soins axés sur la personne et basés sur la continuité. Les IP servent de modèles et de mentors, en faisant preuve de leadership pour favoriser l'amélioration continue des résultats pour le client et des systèmes de santé. Elles contribuent à la mise en œuvre et à l'entretien d'un système de soins de santé de haute qualité, grâce à l'innovation et à l'élaboration de politiques. Elles font tout leur possible pour favoriser une culture d'excellence et faciliter le développement d'équipes et de communication efficaces au sein de systèmes de santé complexes

**2.1 Faire preuve de leadership pour contribuer à un système de soins de santé de haute qualité**

a. Créer des partenariats avec des équipes pluridisciplinaires, inter et intra-professionnelles, des particuliers, des communautés et des organisations pour atteindre des objectifs communs et une vision partagée
b. Démontrer une certaine connaissance de la situation lors de la réalisation d'une analyse critique du fonctionnement individuel, d'équipe et d'organisation
c. S'engager dans et encourager les autres à faire preuve de communications transparentes pour favoriser la culture de la confiance
d. Utiliser les principes de la dynamique d'équipe et de la résolution de conflit pour appuyer une collaboration efficace
e. Soutenir, diriger, former et accompagner collègues, étudiants et autres pour renforcer les capacités, les compétences et la confiance
f. Partager son expertise au sein de et entre les équipes
g. Appliquer les principes d'administration responsable des ressources environnementales, financières et matérielles pour promouvoir un système de santé durable

**2.2 Contribuer à une culture d'amélioration, de sécurité et d'excellence**

a. S'engager dans une analyse du contexte pour identifier les besoins futurs du client et/ou du système de soins de santé
b. Participer à et mener des initiatives de gestion de la qualité et des risques pour identifier les problèmes du système et améliorer la prestation de services
c. Utiliser l'analyse comparative et les meilleures pratiques établies pour fixer des objectifs visant à faciliter les modifications du système
d. Élaborer, modifier et mettre en œuvre des outils et stratégies de gestion de la qualité pour recueillir et assurer le suivi des données d'amélioration de la qualité
e. Recommander des changements pour améliorer les résultats en fonction des principes d'amélioration continue de la qualité
f. Communiquer les données des résultats d'amélioration de la qualité et les recommandations pour faire avancer la connaissance, changer la pratique et améliorer l'efficacité des services
g. Anticiper et réagir aux situations non familières, complexes et imprévisibles
h. Réclamer des politiques pour des milieux d'exercice sûrs et sains

**2.3 Concevoir, mettre en œuvre et évaluer les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies**

a. S'engager dans une analyse du contexte pour anticiper les tendances en matière de santé mondiale, publique et de la population
b. Proposer des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies en fonction des tendances, des données, de la documentation, des besoins des clients identifiés et de la recherche
c. Appliquer l'informatique lors de l'utilisation des données, des informations et des connaissances pour s'engager dans des activités de surveillance de la santé
d. Mener la mise en œuvre de stratégies éclairées par des données probantes pour les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies primaires, secondaires et tertiaires
e. Promouvoir la sensibilisation aux déterminants sociaux de la santé et problèmes de santé importants
f. Faciliter l'utilisation de ressources pertinentes en matière de santé publique
g. Élaborer et mettre en œuvre des protocoles et politiques de planification en cas de catastrophe ou de pandémie
h. Évaluer programmes et stratégies et recommander des modifications en fonction de justifications éclairées par des données probantes

## 3.0 Défenseure

Les IP influencent et améliorent la santé et le bien-être de leurs clients, des communautés et de plus vastes populations qu'elles desservent. Elles traitent des questions relatives aux inégalités en matière de santé, à la culture, à la diversité et à l'inclusion pour améliorer les résultats de santé et mènent des efforts de plaidoyer pour changer les politiques et la législation.

**3.1 Pratiquer la conscience de soi pour réduire la partialité personnelle en fonction de la position sociale et du pouvoir**

a. Faire preuve d'humilité culturelle et examiner ses propres hypothèses, croyances et privilèges et remettre en question les préjugés, les stéréotypes et les idées préconçues
b. Résoudre les effets de la répartition inégale du pouvoir et des ressources sur la prestation de services
c. Entrer dans un dialogue respectueux, ouvert et efficace et prendre des décisions communes

d. Évaluer et solliciter des rétroactions sur son propre comportement

**3.2 Contribuer à un cadre d'exercice diversifié, équitable, inclusif et culturellement sûr**

a. Reconnaître que chacun a ses propres expériences de discrimination et d'oppression
b. Démontrer une conscience et une sensibilité à la culture, aux expériences vécues, à l'identité sexuelle, à la sexualité et à l'expression personnelle du patient
c. Prendre des mesures pour adresser des situations en cas d'observation d'un comportement raciste ou discriminatoire
d. Intégrer la compréhension du client de la santé, du bien-être et de la guérison dans le plan de soins
e. Impliquer les personnes ou les communautés importantes pour le client
f. Collaborer avec les partenaires et communautés locaux, notamment les interprètes et les chefs de file
g. Établir un dialogue critique avec les autres parties prenantes pour créer un changement positif

**3.3 Fournir des soins culturellement sûrs, antiracistes pour les peuples autochtones**

a. Identifier les effets historiques et actuels du colonialisme et de la colonisation sur les expériences de soins de santé des peuples autochtones
b. Reconnaître, analyser et comprendre les effets négatifs et disproportionnés actuels de l'oppression systémique et historique sur les peuples autochtones
c. Reconnaître que les langues, les histoires, le patrimoine, les pratiques culturelles et de guérison et les modes de connaissance autochtones peuvent différer entre les communautés autochtones
d. Faire preuve d'humilité culturelle et examiner ses propres valeurs, idées préconçues, croyances et privilèges qui peuvent impacter la relation thérapeutique avec les peuples autochtones
e. Suivre les principes de l'autodétermination et soutenir le client autochtone dans la prise de décisions qui affectent la façon dont il souhaite vivre sa vie
f. Reconnaître l'identité culturelle de la personne autochtone, chercher à comprendre son vécu et offrir le temps et l'espace nécessaires pour discuter des besoins et des objectifs
g. Identifier, intégrer et faciliter l'implication des ressources culturelles, des familles et autres, par exemple les aînés de la communauté, les gardiens du savoir traditionnel, les navigateurs culturels et les interprètes au besoin et sur demande
h. Évaluer et solliciter des rétroactions sur son propre comportement à l'égard des peuples autochtones

**3.4 Promouvoir une prestation de soins et de services équitable**

a. Parcourir les obstacles systémiques pour permettre l'accès aux ressources
b. Remettre en question les préjugés et les structures sociales liés à l'oppression systémique
c. Réagir aux déterminants sociaux, structurels, politiques et écologiques de la santé, du bien-être et aux opportunités
d. Résoudre les situations et les systèmes d'inégalité et d'oppression dans sa propre sphère d'influence
e. Résoudre l'impact de la répartition inégale du pouvoir et des ressources sur la prestation de services

**3.5 Défendre l'accès aux ressources et les changements de système pour promouvoir la sécurité et l'humilité culturelles**

a. Appuyer le développement des ressources et la formation qui traitent de l'antiracisme et de l'oppression
b. Défendre des environnements et des politiques qui soutiennent l'accès équitable aux soins
c. Sensibiliser aux limites et à la partialité de l'information et des systèmes
d. Sensibiliser les clients à leur droit d'accéder à des soins de qualité

**3.6 Soutenir l'élaboration de politiques et législation qui améliorent la santé**

a. Comprendre l'interdépendance entre politique et pratique
b. Recommander des stratégies éclairées par des données probantes qui influencent les changements de politique
c. Évaluer l'impact des politiques et de la législation sur la santé et l'équité en matière de santé
d. Communiquer l'information de plusieurs sources de façon logique, complète et concise
e. Contribuer à l'élaboration de politiques et de législation

## 4.0 Formatrice

Les IP élaborent et fournissent une formation à une large gamme d'individus, de groupes, de communautés et d'organisations afin d'améliorer les connaissances et d'influencer la pratique infirmière, les résultats de santé et le changement de système.

**4.1 Élaborer et fournir d**e la **formation pour renforcer les capacités et améliorer les connaissances et les compétences**

a. Appliquer les théories d'enseignement et d'apprentissage pour élaborer, modifier, proposer, mettre en œuvre et évaluer les supports pédagogiques et programmes de formation
b. Concevoir des supports pédagogiques et des contenus de programmes de formation éclairé par des données probantes
c. Intégrer la technologie pour améliorer les expériences d'apprentissage et la diffusion de l'information
d. Accompagner les autres pour développer leurs compétences en formation

**4.2 Évaluer les méthodes d'apprentissage et de diffusion pour améliorer les résultats**

a. Élaborer et utiliser des instruments d'évaluation pour évaluer l'acquisition de connaissances
b. Analyser et synthétiser les données d'évaluation pour éclairer les modifications du contenu de formation et l'approche de la prestation
c. Accompagner les autres dans l'évaluation et l'amélioration des supports pédagogiques et résultats de formation

## 5.0 Erudite

Les IP cherchent, participent et font preuve de leadership dans les activités de recherche afin d'évaluer, d'explorer et d'approfondir les connaissances et soutiennent l'application des connaissances dans tous les domaines des sciences infirmières.

**5.1 Contribuer aux initiatives de recherche pour promouvoir un exercice éclairé par des données probantes**

a. Rechercher des relations et partenaires de recherche collaboratifs
b. Comprendre le lien entre la recherche et la pratique avancée
c. Identifier les manques de connaissances pour déterminer les priorités de recherche
d. Respecter les principes éthiques, notamment les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession des Premières Nations
e. Mener une recherche à l'aide de méthodologies validées et fiables
f. Analyser les résultats de recherche pour tirer des conclusions validées et fiables

**5.2 Promouvoir l'application des connaissances issues de la recherche afin d'améliorer les résultats des soins et du système de santé**

a. Discuter des avantages pratiques et des applications possibles de la recherche avec les équipes et les partenaires
b. Faire des recommandations quant à l'intégration des résultats de la recherche à la pratique
c. Partager les résultats de la recherche avec les clients, groupes, communautés et organisations
d. Appliquer les résultats de recherche à l'élaboration de normes, de lignes directrices, de pratiques et de politiques qui améliorent les soins aux clients et renforcent les systèmes de soins de santé
e. Faire preuve de leadership dans la mise en œuvre de nouvelles approches de pratique en fonction des résultats de recherche
f. Façonner la manière dont les données de recherche sont utilisées pour appuyer les changements de pratique et de système

| Description des termes clés | |
|---|---|
| **Antiracisme (antiraciste)** | Pratique consistant à identifier, remettre en question, prévenir, éliminer et modifier de façon active les valeurs, les structures, les politiques, les programmes, les pratiques et les comportements qui perpétuent le racisme. Il ne s'agit pas simplement de n'être « pas raciste », mais de prendre des mesures pour créer les conditions pour plus d'inclusion, d'égalité et de justice. (Turpel-Lafond, 2020) |
| **Application des connaissances** | Processus dynamique et itératif qui englobe la synthèse, la dissémination, l'échange et l'application conforme à l'éthique des connaissances dans le but d'améliorer la santé des clients, d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé. (Instituts de recherche en santé du Canada, 2016) |
| **Client** | Personne, patient ou résident qui bénéficie de soins infirmiers. Un client peut être une personne, une famille, un groupe, une communauté ou une population. (Association des infirmières du Nouveau-Brunswick, 2016) |
| **Co-créer** | S'engager dans une relation volontaire aux fins de créer quelque chose ensemble. Cela va au-delà de la collaboration et de soins axés sur le client, car cela exige que la dynamique de la relation crée quelque chose. Cela signifie que les clients et les infirmières sont des partenaires égaux et partagent le pouvoir dans la relation. (Hemberg & Bergdahl, 2019) |
| **Colonialisme** | Le colonialisme a lieu lorsque des groupes de personnes se rendent dans un lieu ou dans un pays, volent les terres et les ressources des peuples autochtones, puis élaborent un ensemble de lois et de processus publics conçus pour enfreindre les droits humains des peuples autochtones, éliminent de façon violente les structures de gouvernance, juridiques, sociales et culturelles des peuples autochtones et les obligent à respecter l'état colonial. (Turpel-Lafond, 2020) |
| **Culturellement sûr** | Culturellement « sûr » est un raffinement du concept de « sécurisation culturelle ». Une IP compétente fait tout ce qu'elle peut pour fournir des soins culturellement sûrs. Mais elle reste consciente du fait qu'elle est en position de pouvoir dans la relation avec les clients et qu'il est possible que certains clients ne se sentent jamais entièrement en sécurité. L'IP permet à ceux qui bénéficient du service de déterminer ce qu'ils considèrent comme sûr. L'IP les aide à puiser des forces dans leur identité, leur culture et leur communauté. Comme il est peu probable que la sécurisation culturelle soit entièrement réalisable, nous y travaillons. (ACOTRO, ACOTUP, & CAOT, 2021)<br><br>Un environnement culturellement sûr est physiquement, socialement, émotionnellement et spirituellement sûr. Il y a une reconnaissance et un respect des identités culturelles des autres, sans remise en question ni déni de l'identité de l'individu, de ce qu'elle est ou de ce dont elle a besoin. Les environnements culturellement dangereux diminuent, rabaissent ou dévalorisent l'identité culturelle et le bien-être d'un individu. (Turpel-Lafond, 2020) |
| **Équipes pluridisciplinaires** | La collaboration pluridisciplinaire est la mesure conjointe prise par les secteurs de la santé et autres secteurs gouvernementaux, ainsi que des représentants de groupes privés, bénévoles et à but non lucratif, afin d'améliorer la santé des populations. L'action pluridisciplinaire prend différentes formes, telles que des initiatives de coopération, des alliances, des coalitions ou des partenariats.<br>https://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/ |

| Description des termes clés | |
|---|---|
| **Facteurs contextuels** | Il existe trois niveaux de facteurs contextuels<br>• Les micro-facteurs contextuels concernent l'environnement immédiat du client - son propre état de santé, sa famille, ses amis et son environnement physique.<br>• Les méso-facteurs contextuels concernent les politiques et les processus intégrés à l'organisation et au système de santé qui affectent le client<br>• Les macro-facteurs contextuels concernent le contextuel socioéconomique et politique entourant le client: les valeurs et les croyances sociales et culturelles, les lois et les politiques publiques. (ACOTRO, ACOTUP, & CAOT, 2021) |
| **Humilité culturelle*** | Processus à vie d'autoréflexion et d'autocritique. C'est essentiel pour obtenir un environnement culturellement sûr. Alors que les modèles occidentaux de médecine commencent généralement par un examen du client, l'humilité culturelle commence par un examen en profondeur des idées préconçues, croyances et privilèges du soignant imbriqués dans sa propre compréhension et sa pratique, ainsi que des objectifs de la relation entre le client et le soignant. Adopter une certaine humilité culturelle permet aux voix des autochtones d'être au-devant et au centre et favorise des relations client/soignant basées sur le respect, le dialogue ouvert et efficace et la prise de décisions commune. Cette pratique permet de veiller à ce que les peuples autochtones soient partenaires des choix qui les impactent, qu'ils fassent partie de et qu'ils soient présents dans leur parcours de soins. (Turpel-Lafond, 2020) |
| **Identité sexuelle** | Le sentiment intime et profond d'une personne de se sentir femme, homme, les deux, aucun ou autre, selon où l'on se positionne sur le continuum de l'identité sexuelle. L'identité sexuelle d'une personne peut ou peut ne pas correspondre au genre généralement associé au sexe de naissance. L'identité sexuelle n'est pas forcément visible et n'est pas liée à l'orientation sexuelle (Gouvernement Canada, 2019) |
| **Inégalités en matière de santé** | Présence de disparités systématiques en matière de santé (ou des principaux déterminants sociaux de la santé) dans des groupes aux avantages/désavantages sociaux différents. (Turpel-Lafond, 2020) |
| **Médecine complémentaire et alternative** | Les termes « médecine complémentaire » et « médecine alternative » font référence à un large éventail de pratiques en matière de soins de santé qui ne font pas partie de la médecine traditionnelle ou conventionnelle de ce pays et qui ne sont pas pleinement intégrés au système de soins de santé dominant. (Organisation Mondiale de la Santé 2019)<br><br>La terminologie liée aux pratiques et aux approches de soins continue d'évoluer; la « médecine intégrative et fonctionnelle » émerge sous forme d'un terme plus inclusif pour remplacer « médecine complémentaire et alternative ». Alors que la médecine fonctionnelle est axée sur la création de thérapies personnalisées pour traiter les causes sous-jacentes de la maladie, la médecine intégrative cherche à comprendre la personne dans son ensemble et applique de nombreuses formes de thérapie pour améliorer le bien-être. (Allessi, 2019). Alors que la « médecine intégrative et fonctionnelle » ne constitue pas encore la nomenclature commune, la terminologie plus traditionnelle de « médecine complémentaire et alternative » est utilisée. |

| Description des termes clés | |
|---|---|
| **Modes de connaissance** | Indique la grande variété de connaissances qui existe dans différentes communautés autochtones et les signaux indiquant que l'apprentissage va au-delà de l'interaction et des relations humaines pour inclure l'apprentissage tiré d'autres éléments de la création tels que le monde végétal et animal, jusqu'aux « objets » que de nombreuses personnes considèrent inanimés. (Queens University Office of Indigenous Initiatives, 2020) |
| **Partialité** | Façon de penser ou d'opérer basée de façon explicite ou implicite sur un stéréotype ou une image fixe d'un groupe de personnes. (Turpel-Lafond, 2020) |
| **Peuples autochtones** | Premiers habitants d'une zone géographique. Au Canada, les peuples autochtones comprennent ceux qui peuvent s'identifier comme Premières Nations (avec ou sans le statut), Métis et/ou Inuits (Turpel-Lafond, 2020) |
| **Principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession des Premières Nations** | Les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession des Premières Nations – plus couramment connus sous le nom de PCAP® – affirment que les Premières Nations ont le contrôle sur les processus de collecte de données et qu'elles appartiennent ces informations et contrôlent la façon qu'elles peuvent être utilisées. https://fnigc.ca/fr/a-propos-de-nous/ |
| **Soins tenant compte des traumatismes et des violences*** | Les soins tenant compte des traumatismes et des violences s'élargissent au-delà des traumatismes prenant compte des impacts croisés de la violence systémique et interpersonnelle et des inégalités structurelles sur la vie d'une personne, en mettant l'accent à la fois sur la violence historique et actuelle et ses impacts traumatiques. Elle met l'accent sur les expériences de violences passées et actuelles de la personne, de sorte que les problèmes sont considérés comme concernant leur état psychologique et les circonstances sociales. (EQUIP Health Care, n.d.) |
| **Soins virtuels** | Les soins virtuels concernent toute interaction entre le client et/ou les membres de son cercle de soins, à distance, à l'aide de toute forme de communication ou de technologie de l'information, avec l'objectif de faciliter ou d'optimiser la qualité et l'efficacité des soins du client. Les technologies de soins virtuels sont les formes de technologie qui permettent des interactions « virtuelles » avec des professionnels des soins de santé en temps réel, de presque n'importe où. Les services fournis à l'aide des technologies de soins virtuels peuvent être simples ou complexes. Comme exemples de technologies simples, on peut citer le téléphone, le message texte, le messager ou le courriel, etc. Les technologies complexes peuvent inclure, mais sans s'y limiter, des conférences audio/vidéo en direct, à deux sens ou des visites virtuelles, la téléradiologie, la télérobotique et des instruments chirurgicaux télécommandés. (AMC, 2020) |
| **Tests au point de service** | Les tests au point de service se rapportent à des tests diagnostiques effectués sur place ou è proximité du client par un professionnel de santé ou autre membre du personnel qualifié. Cela peut comprendre les tests menés par les clients eux-mêmes, à domicile ou dans un cadre communautaire. (Cowling & Dolcine, 2017) |
| **Traumatismes intergénérationnels** | Traumatismes historiques et contemporains qui se sont aggravés au fil du temps et se sont transmis d'une génération à une autre. Les effets cumulatifs négatifs peuvent impacter des individus, des familles, des communautés et des populations entières, entraînant un legs de disparités physiques, psychologiques et économiques qui perdurent à travers les générations. Pour les peuples autochtones, les traumatismes historiques comprennent les traumatismes |

| Description des termes clés | |
|---|---|
| | créés par l'imposition des politiques et des lois d'assimilation visant une tentative de génocide culturel et continuent de s'accentuer par des formes contemporaines de colonialisme et de discrimination. (Turpel-Lafond, 2020) |

*met à jour la description/définition des CND des II de 2018

**Bibliographie**

***Remarque** : Toute référence fournie en anglais n'est disponible qu'en anglais.*


Academy of Nutrition and Dietetics. (mars 2021). *Essential practice competencies for the commission on dietetic registration's credentialed nutrition and dietetics practitioners*. https://www.cdrnet.org/essential-practice-competencies-information

ACORE, ACPUE et ACE. (2021). Référentiel de compétences pour les ergothérapeutes au Canada/Competencies for Occupational Therapists in Canada Consulté le 21 Avril 2022 à l'adresse https://acotro-acore.org/sites/default/files/uploads/ot_competency_document_fr_web.pdf

Allessi, G. (19 décembre 2019). *What's the difference between functional & integrative medicine?* Balanced Well-Being Healthcare. https://www.balancedwellbeinghealthcare.com/whats-the-difference-between-functional-integrative-medicine/

American Association of Colleges of Nursing (2018). *Defining scholarship for academic nursing task force: Consensus position statement.*https://www.aacnnursing.org/Portals/42/News/Position-Statements/Defining-Scholarship.pdf

American Counselling Association. The Center for Counseling Practice, Policy, and Research (2009). *ALGBTIC competencies for counseling LGBQIQA*. https://www.counseling.org/docs/default-source/competencies/algbtic-competencies-for-counseling-lgbqiqa.pdf?sfvrsn=1c9c89e_14

Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (2012). *La formation des infirmiers et infirmières praticiens du Canada. Cadre national de principes directeurs et éléments essentiels.* https://www.casn.ca/fr/2014/12/la-formation-des-infirmieres-et-infirmiers-praticiens-du-canada-cadre-national-de-principes-directeurs-elements-essentiels/

Association canadienne des écoles de sciences infirmières (2015). *Cadre national de la formation en sciences infirmières. Rapport final.* https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/FINAL-FR-Framework-web.pdf

Association des infirmières du Nouveau-Brunswick. (2016). *Compétences de niveau débutant pour les infirmières praticiennes. https://www.nanb.nb.ca/wp-content/uploads/2016/10/NANB-EntryLevelCompetenciesNP-October2016-F.pdf*

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (janvier 2005). *Cadre de compétences clés de l'infirmière praticienne au Canada.* https://silo.tips/download/canadian-nurse-practitioner-core-competency-framework

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (mai 2010). *Infirmière praticienne au Canada : cadre de compétences clés.* https://www.cna-aiic.ca/fr/soins-infirmiers/pratique-infirmiere-avancee/infirmieres-et-infirmiers-praticiens/ressources-pour-les-infirmieres-et-infirmiers-praticiens

Association des infirmières et infirmiers du Canada (2015). Soins de santé primaires [exposé de fonctions]. https://www.cna-aiic.ca/fr/representation-et-politiques/outils-daide-aux-politiques/soins-de-sante-primaires

Association des infirmières et infirmiers du Canada (2017). *Code d'éthique des infirmières autorisées*. https://nanb.nb.ca/fr/bibliotheque/document/code-deontologie-aiic-2017/

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2019). *Pratique infirmière avancée : un cadre pancanadien.* https://www.cna-aiic.ca/fr/soins-infirmiers/pratique-infirmiere-avancee

Association médicale canadienne. (février 2020). *Soins virtuels : recommandations* pour la création d'un cadre pancanadien. https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Images/PDF/VCTF-report-Final-FRE-Feb-11-20.pdf

British Columbia College of Nurses & Midwives. (janvier 2022). *Practice standard: Indigenous cultural safety, cultural humility, and antiracism.* https://www.bccnm.ca/RN/PracticeStandards/Pages/CulturalSafetyHumility.aspx

Collins, P. H. & Bilge, S. (2020). *Intersectionality 2nd Edition*. Polity Press. Combes, J. R., & Arespacochaga, E. (2012). Compétences de médecin pour un système de soins de santé du 21e siècle. *Journal of Graduate Medical Education*, *4*(3), 401–405. https://doi.org/10.4300/JGME-04-03-33

Conseil canadien de réglementation des soins infirmiers auxiliaires (2015). *Practice Analysis Study of Nurse Practitioners.* http://www.ccrnr.ca/assets/ccrnr-practice-analysis-study-of-nurse-practitioners-report---final.pdf

Conseil canadien des ordres de sages-femmes. (2008). *Compétences canadiennes pour les sages-femmes*. https://cmrc-ccosf.ca/sites/default/files/pdf/National_Competencies_FR_rev08.pdf

Conseil canadien des ordres de sages-femmes. (2020). *Compétences canadiennes pour les sages-femmes.* https://cmrc-ccosf.ca/sites/default/files/pdf/CMRC%20Competencies%20Dec%202020%20FINAL_3-f_Jan%202022.pdf

Conseil en sciences infirmières de Nouvelle-Zélande. (mars 2017). *Competencies for the nurse practitioner scope of practice.* https://www.nursingcouncil.org.nz/public/nursing/scopes_of_practice/nurse_practitioner/ncnz/nursing-section/nurse_practitioner.aspx

Conseil international des infirmières (2020). *Directives sur la pratique infirmière avancée.* https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_FR_WEB.pdf

Contino, D.S. (2004). Compétences en leadership : Connaissances, compétences et aptitudes dont les infirmières ont besoin pour diriger les organisations de façon efficace. *Critical Care Nurse, 24*(3): 52-64. https://doi.org/10.4037/ccn2004.24.3.52

Cowling, T. & Dolcine, B. (2017). *Analyse environnementale, essais au niveau des points d'intervention*. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. https://www.cadth.ca/fr/analyses-de-biologie-delocalisees-une-analyse-de-lenvironnement

Curtis, E., Jone, R., Tipene-Lech, D., Walker, C., Loring, B., Paine. S., (2019). Pourquoi la sécurité culturelle plutôt que la compétence culturelle pour atteindre l'égalité en matière de santé : analyse documentaire et

recommandation de définition. *International Journal for Equity in Health, 18* (174). https://doi.org/10.1186/s12939-019-1082-3

Emergency Nurses Association (2019). *Emergency nurse practitioner competencies.* https://www.ena.org/docs/default-source/education-document-library/enp-competencydraft

Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. (2019) *Réclamer notre pouvoir et notre place : le rapport final de l'enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. https://www.mmiwg-ffada.ca/fr/*

EQUIP Health Care (n.d.). *Trauma- & Violence-Informed Care (TVIC): A Tool for Health & Social Service Organizations & Providers.* https://equiphealthcare.ca/files/2021/05/GTV-EQUIP-Tool-TVIC-Spring2021.pdf

Frank, J.R., Snell, L., & Sherbino, J. (Eds). (2015). CanMEDS 2015: *Cadre de compétences du médecin*. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. https://canmeds.royalcollege.ca/uploads/en/framework/CanMEDS%202015%20Framework_EN_Reduced.pdf

Gaudry, A., & Lorenz, D. (2018). Indigenization as inclusion, reconciliation, and decolonialization: Navigating the different visions for Indigenizing the Canadian academy. *AlterNative: An International Journal of Indigenous Peoples*, *14*(3), 218-227. https://doi.org/10.1177/1177180118785382

Ginwright, S. (31 mai 2018). The future of healing: shifting from trauma informed care to healing centered engagement. *Medium*. https://ginwright.medium.com/the-future-of-healing-shifting-from-trauma-informed-care-to-healing-centered-engagement-634f557ce69c

Gouvernement du Canada. (2015). *Le rapport final de la Commission de vérité et réconciliation :* Appels à l'action. Extrait du site Web du Gouvernement du Canada : https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1450124405592/1529106060525#chp2

Gouvernement du Canada. (2019). Identité sexuelle. *Dans le Lexique sur la diversité sexuelle et de genre*. Extrait du site Web du gouvernement du Canada : https://www.btb.termiumplus.gc.ca/publications/diversite-diversity-fra.html

Gouvernement du Canada et Agence de la santé publique du Canada. (2016). *Portail canadien des meilleures pratiques :* Favoriser la collaboration entre les différents secteurs et niveaux. Extrait du site Web du gouvernement du Canada : https://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/approche-axee-sante-population-cadre-organisateur/element-cle-6-favoriser-la-collaboration-entre-les-differents-secteurs-et-niveaux/

Hemberg, J. & Bergdahl, E. (2019). Cocreation as a caring phenomenon - nurses' experiences in palliative home care. *Journal of Holistic Nursing Practice*, 33, 273-284. https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000342

Institute for Integrative Science and Health. *Two-Eyed Seeing*. http://www.integrativescience.ca/Principles/TwoEyedSeeing/

Instituts de recherche en santé du Canada. (2016). *Application des connaissances*. https://cihr-irsc.gc.ca/f/29418.html

Janamian, T., Crossland, L., & Wells, L. (2016). On the road to value co-creation in health care: The role of consumers in defining the destination, planning the journey and sharing the drive. *The Medical Journal of Australia*, *204*(7 Suppl), S12–S14. https://doi.org/10.5694/mja16.00123

Kesten, K.S., & Beebe, S.L. (2021). Competency frameworks for nurse practitioner residency and fellowship programs: Comparison, analysis, and recommendations. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners 34(1)*, 160–168. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33767119/

Kuipers, S. J., Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2019). The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multi-morbidity in the primary care setting. *BMC Health Services Research*, *19*(1), 2-9. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3818-y

Le Collège des médecins de famille du Canada. (2017). *CanMEDS-Médicine familiale : Un Référentiel de compétences pour les médecins de famille dans tout le continuum de formation.* https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Medical-Education/CanMEDS-Family-Medicine-2017-ENG.pdf

Matshaka, L. (2021). Self-reflection: A tool to enhance student nurses' authenticity in caring in a clinical setting in South Africa. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 15. https://doi.org/10.1016/j.ijans.2021.100324

National Health Service and Royal College of General Practitioners . (2020). *Core capabilities framework for advanced clinical practice (nurses) working in general practice/primary care in England*. https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/ACP%20Primary%20Care%20Nurse%20Fwk%202020.pdf

Nursing and Midwifery Board Ahpra. (mars 2021). *Nursing and midwifery board nurse practitioner standards for practice*. https://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/codes-guidelines-statements/professional-standards/nurse-practitioner-standards-of-practice.aspx

Ordre des Infirmières et Infirmiers de l'Ontario (2020). *Directive professionnelle. Les télésoins.* https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51041_telephone.pdf

Ordre des psychothérapeutes autorisés de l'Ontario (mars 2012). *Profil de compétences de niveau débutant pour les psychothérapeutes autorisés.* https://www.crpo.ca/wp-content/uploads/2017/11/RP_Competency_Profile_FR.pdf

Organisation Mondiale de la Santé (2019). *WHO Global Report on Traditional and Complimentary Medicine*. https://www.who.int/publications/i/item/978924151536

Pollard, C.L., & Wild, C. (2014). Nursing leadership competencies: Low-fidelity simulation as a teaching strategy. *Nurse Education in Practice, 14(6)*, 620-626. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2014.06.006

Provincial Health Services Authority and Office of Virtual Health Practice and Education. (juillet 2022). *Literature*

*review summary: Virtual health competencies.* http://www.phsa.ca/health-professionals-site/Documents/Office%20of%20Virtual%20Health/OVHCompetencyFrameworkLiteratureReview.pdf

Queens University Office of Indigenous Initiatives. (2020). Modes de connaissance. https://www.queensu.ca/indigenous/ways-knowing/about

Robinson, D., Masters, C., & Ansari, A. (2021). The 5 Rs of cultural humility: A conceptual model for health care leaders. *The American Journal of Medicine, 134(*2*)*: 161-163. https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2020.09.029

Royal College of General Practitioners (novembre 2015). *General practice advanced nurse practitioner competencies*. https://sybwg.files.wordpress.com/2017/02/rcgp-np-competencies.pdf

Rumman, A., & Alheet, A.F. (2019). The role of researcher competencies in delivering successful research. *Information and Knowledge Management, 9(*1*),* 15-19. https://www.iiste.org/Journals/index.php/IKM/article/view/45969/47849

Sevelius, J. M. (2013). Gender affirmation: a framework for conceptualizing risk behaviour among transgender women of color. *Sex Roles*, *68*, 675-689. https://doi.org/10.1007/s11199-012-0216-5

Sharma, R., Davidson, K.W., & Nochomotitz, M. (2019). It's not just FaceTime: core competencies for the Medical Virtualist. *Journal of Emergency Medicine, 12*(8). https://doi.org/10.1186/s12245-019-0226-y

Special Committee on Competencies for Special Librarians (2003). *Competencies for information professionals of the 21st century.* https://dbiosla.org/Competencies%20for%20Information%20Professionals%20of%20the%2021st%20Century.pdf

The National Organization of Nurse Practitioner Faculties. (2017). *Nurse practitioner core competencies content*. https://cdn.ymaws.com/www.nonpf.org/resource/resmgr/competencies/2017_NPCoreComps_with_Curric.pdf

The National Organization of Nurse Practitioner Faculties. (2022). *Nurse practitioner role core competencies*. https://cdn.ymaws.com/www.nonpf.org/resource/resmgr/competencies/20220719_nonpf_np_role_core_.pdf

Thibault, G.E. (2020). The future of health professions education: Emerging trends in the United States. *FASEB BioAdvances, 2*:685–694. https://faseb.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1096/fba.2020-00061

Turpel-Lafond, M. E. (novembre 2020). *In plain sight: addressing indigenous-specific racism and discrimination in B.C. Health Care Summary Report.* Extrait du site Web du ministère de la santé de Colombie-Britannique : https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/613/2020/11/In-Plain-Sight-Summary-Report.pdf

Van Oerle, S., Lievens, A., & Mahr, D. (2018). Value co-creation in online healthcare communities: The impact of patients' reference frames on cure and care. *Psychology and Marketing, 35*: 629-639. https://doi.org/10.1002/mar.21111