



Mars 2006

**Ligne directrice sur les
pratiques exemplaires en
soins infirmiers**
Bâtir l'avenir des soins infirmiers

Soins axés sur les besoins du client

Supplément

Membres de l'équipe de révision

Penny Nelligan, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.
Chef d'équipe
Directrice générale
Huron County Health
Clinton (Ontario)

Frances Flint, inf.aut., M.Sc.Inf.
Directrice de la pratique des soins infirmiers
Sunnybrook & Women's College Health
Sciences Centre
Toronto (Ontario)

**Doris Grinspun, inf. aut., M.Sc.Inf., Ph.D. (candidate),
O.Ont.**
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Nancy Lefebvre, inf. aut., M.Sc.Inf.
Chef de la direction clinique et vice-présidente
Connaissance et pratique
Saint Elizabeth Healthcare
Markham (Ontario)

Sheila Lewis, B.Sc.Inf., M.Sc.S.
Chargée de cours adjointe
École des sciences infirmières
Université York
Toronto (Ontario)

Dianne Martin, IPA, inf. aut., B.Sc.Inf.
Analyste principale des politiques
Secrétariat des soins infirmiers
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Toronto (Ontario)

Suzanne Payeur-Grenier, inf. aut.
Gestionnaire clinique
Niagara Health Systems
Welland (Ontario)

Elizabeth Peter, inf. aut., Ph.D.
Professeure agrégée
Faculté des sciences infirmières
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Beryl Pilkington, inf. aut., Ph.D.
Professeure agrégée
École des sciences infirmières
Université York
Toronto (Ontario)

Kari Van Camp, inf. aut., M.Sc.Inf. CSPSM(C), CARN-AP
Infirmière en pratique avancée
West Park Healthcare Centre
Toronto (Ontario)

Barb Van Maris, B.Sc., M.Sc.
Vice-présidente
NRC+Picker Canada
Markham (Ontario)

Tracey Skov, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf. (cand.)
Coordonnatrice de programme
Programme des Lignes directrices sur les pratiques
exemplaires en soins infirmiers
Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Intégration du supplément

Le présent supplément à la ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers intitulée *Soins axés sur les besoins du client* est le fruit d'une révision des lignes directrices organisée à tous les trois ans. Des données complémentaires ont été ajoutées dans le but de fournir au lecteur des données probantes actuelles à l'appui de la pratique. Comme c'est le cas pour la ligne directrice qui avait été publiée initialement, ce document doit être révisé et appliqué en fonction des besoins particuliers de l'établissement ou du lieu de travail, ainsi que des besoins et des désirs du client. Le présent supplément doit être utilisé conjointement avec la ligne directrice en tant qu'un outil pour aider à la prise de décisions en ce qui concerne les soins individualisés prodigués au client, ainsi que pour s'assurer que les structures et les soutiens adéquats sont en place pour prodiguer les meilleurs soins possibles.

La ligne directrice *Soins axés sur les besoins du client* reflète nettement les principes fondamentaux des soins de santé primaires énoncés par l'Organisation mondiale de la santé à Alma-Ata, en 1978 (OMS, 2005) :

Accessibilité : accès raisonnable à des services de santé essentiels sans barrières financières ni géographiques.

Technologie appropriée : la technologie et les modes de dispensation de soins doivent être fondés sur des besoins en matière de santé et

adaptés de manière adéquate au développement social, économique et culturel de la collectivité.

Participation des collectivités : les collectivités sont incitées à participer à la planification et à la prise de décisions qui concernent leur santé.

Prévention et promotion de la santé : les systèmes de soins de santé visent à aider les gens à demeurer en santé plutôt qu'à traiter les malades.

Collaboration entre secteurs : des professionnels issus de divers secteurs collaborent, de concert avec des membres de la collectivité, à la promotion de la santé communautaire.

De plus, la Coalition pour les soins de santé primaires s'appuie sur douze principes de base pour une réforme, principes que l'on retrouve dans la ligne directrice intitulée *Soins axés sur les besoins du client* et qui sont les suivants : assurer l'accès à toute une gamme de services complets; dispenser des soins de santé primaires 24 heures sur 24, sept jours sur sept; organiser des groupes de pratique interdisciplinaires; offrir des services basés sur les besoins de la collectivité; les soins de santé primaires doivent être dispensés dans le cadre d'organismes sans but lucratif; conseils communautaires; inscription; financement; gestion de l'information; coordination des soins; droits, responsabilités et imputabilité; éducation (RNAO, 2005).

Afin de faciliter la lecture des textes, le terme « infirmière » est utilisé. Il est entendu que cette désignation n'est nullement restrictive et englobe les infirmiers.



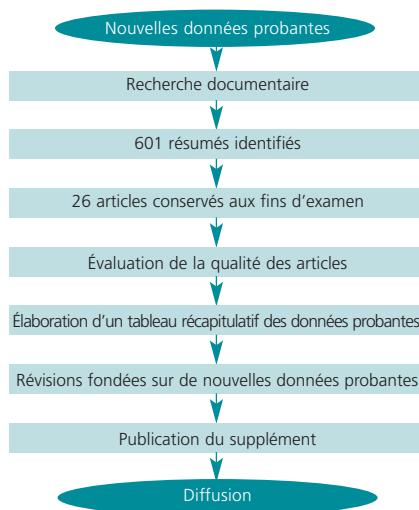
RNAO

Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario

PROGRAMME DES LIGNES DIRECTRICES SUR LES PRATIQUES
EXEMPLAIRES EN SOINS INFIRMIERS

Processus de révision

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) a tenu résolument à ce que cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers soit fondée sur les meilleures données probantes existantes. Pour ce faire, elle procède au suivi et à la révision de chaque ligne directrice tous les trois ans. On a demandé aux membres de l'équipe de révision, qui sont des spécialistes issus de différents milieux, de passer en revue la présente ligne directrice en se concentrant sur les recommandations et sur la portée initiale du document.



Définitions :

Les définitions suivantes sont soit nouvelles soit révisées. Elles seront ajoutées aux définitions qui apparaissent à la section « Définition des termes », qui commence à la page 12 de la présente ligne directrice.

Soins axés sur les besoins du client

Démarche où les clients sont considérés dans leur globalité; il ne s'agit pas de fournir tout simplement des services à l'endroit où se trouve le client. Les soins axés sur les besoins du client comprennent la défense de ses droits, son habilitation, ainsi que le respect de son autonomie, de son opinion, de son autodétermination et de sa participation aux prises des décisions..

Soins dirigés par le client

En comparaison des soins axés sur les besoins du client, les soins dirigés par le client s'inscrivent dans une démarche de prestation des soins où le client est considéré comme l'agent de ses soins et reçoit ce qu'il a demandé.

Compétences cliniques et interpersonnelles (connaissances et habiletés)

Démarche de soins qui intègre les compétences, les connaissances et les habiletés de l'ensemble des membres de l'équipe (y compris le client et sa famille) par observation ou interaction directe, ce qui permet à chacun de partager et de s'influencer mutuellement dans le cadre du processus de soins axés sur les besoins du client.

Connaissances cliniques

Connaissances sur l'état de santé ou l'état pathologique d'un patient, d'un client ou d'une collectivité et sur les façons de préserver ou d'améliorer la santé et le mieux-être. Ce type de connaissance systématique est fondé sur des données probantes et il peut être acquis et perfectionné par la formation professionnelle, l'expérience et la recherche (Grinspun, 2004).

Encadrement à la prise de décisions

L'encadrement à la prise de décisions est offert aux clients par un animateur chevronné qui se montre positif mais neutre dans la prise de décisions. L'encadrement peut se donner en face-à-face (personne, groupe) ou à l'aide de moyens de communication (téléphone, Internet). L'encadrement à la prise de décisions se fait seul ou en association avec des aides à la décision à l'intention des patients. Peuvent figurer au nombre des stratégies :

- La surveillance des conflits d'ordre décisionnel (incertitude quant au plan d'action et lacunes connexes modifiables au chapitre des connaissances, de la clarté des valeurs et du soutien)
- L'adaptation de l'aide à la décision pour répondre aux besoins (p. ex. : faciliter l'accès à des renseignements basés sur des données probantes, évaluer la compréhension, préciser les valeurs, acquérir des compétences en matière de délibération, de communication et avoir accès à du soutien)
- Le suivi des progrès en matière de prise de décisions et de qualité des décisions

L'objectif est d'aider le client à améliorer le processus décisionnel et la qualité des décisions (Greenfield, Kaplan et Ware, 1985; Kennedy et coll., 2002; O'Connor, Jacobsen et Stacey, 2002; Stacey, Murray, Dunn et O'Connor, à l'impression).

Qualité des décisions

Mesure dans laquelle l'option retenue correspond le mieux aux valeurs éclairées du client en termes d'avantages, de préjudices et d'incertitudes scientifiques (O'Connor et coll., 2005; Sepucha, Fowler et Mulley, 2004).

Soins axés sur les besoins de la famille

Indique généralement une démarche de soins où la famille — et non seulement le patient concerné — est considérée comme l'unité de soins. Cette démarche va de pair avec une démarche axée sur les besoins du client dans le cadre de laquelle la signification personnelle du terme « famille » est respectée et où la famille est considérée comme un tout intégral.

Connaissances interactionnelles

Connaissances des façons d'établir des liens avec une personne, un groupe ou une collectivité. Comprennent les interactions verbales et non verbales (c'est-à-dire le regard, la posture, le ton de la voix et le comportement) qui sont intentionnelles et constructives, lorsque l'on désire sincèrement établir des liens ou s'engager vis-à-vis d'autres personnes, et qui ont pour but de permettre aux autres d'être à la tête de leur cheminement (Grinspun, 2004).

Aide à la prise de décisions à l'intention du patient

Les aides à la prise de décisions à l'intention du patient sont des outils basés sur des données probantes conçus pour préparer le client à faire des choix précis et délibérés, comme il l'entend, parmi une gamme d'options en matière de soins de santé. Les aides à la prise de décisions à l'intention du client se veulent un complément (et non pas un substitut) aux conseils du clinicien sur les options. Ces outils aident à la prise de décisions, car ils :

- a) Fournissent des renseignements basés sur des données probantes concernant un état de santé, les options, avantages associés, préjudices, probabilités et incertitudes scientifiques;
- b) Aident le client à reconnaître la nature sensible aux valeurs de la décision et à préciser la valeur qu'il accorde aux avantages, aux préjudices et aux incertitudes scientifiques. Peuvent figurer au nombre des stratégies : décrire les options en détails suffisants de sorte que le client puisse s'imaginer les répercussions physiques, émotives et sociales, et guider le client pour qu'il prenne en compte les avantages et les préjudices qui ont le plus d'importance à ses yeux;
- c) Fournir un encadrement structuré aux étapes de prise de décisions et de communication des valeurs éclairées auprès des autres personnes qui participent à la prise de décisions (p. ex. : le médecin, la famille, les amis).

Le but ultime visé par les aides à la prise de décisions à l'intention du patient est l'amélioration du processus de prise de décisions et de la qualité des décisions (O'Connor et coll., 2005; O'Connor, Llewelyn-Thomas et Flood, 2004).

Qualité du processus de prise de décisions

On peut juger la qualité du processus de prise de décisions au moyen de certains critères. Il existe des preuves à l'effet que le patient reçoit de l'aide pour : a) reconnaître qu'une décision doit être prise; b) connaître les options qui s'offrent à lui, ainsi que les procédures, avantages, préjudices, probabilités et incertitudes scientifiques connexes; c) comprendre les valeurs qui influent sur la décision; d) déterminer clairement les caractéristiques des options qui comptent le plus pour lui (p. ex. : avantages, préjudices et incertitudes scientifiques); e) discuter des valeurs avec son ou ses cliniciens; et f) prendre part à la prise de décisions comme il l'entend (O'Connor et coll., 2005; O'Connor et coll., 2002).

Sommaire des données probantes

Le tableau suivant présente les modifications apportées à la version initiale (2002) de la ligne directrice, selon le consensus atteint par les membres de l'équipe de révision.

-  modifiée
-  non modifiée
-  renseignement supplémentaire

Recommandation 1

Les infirmières adoptent les valeurs et croyances suivantes : le respect, la dignité humaine, le client est le meilleur juge pour tous les aspects de sa vie personnelle, le client comme leader, les objectifs du client coordonnent les soins prodigués par l'équipe soignante, la continuité et la cohérence des soins et des dispensateurs de soins, le moment opportun, la réceptivité et l'accès universel aux soins. Ces valeurs et croyances doivent être intégrées et mises en évidence dans chacun des aspects des soins et des services au client.



On a révisé la formulation de cette recommandation pour la rendre plus facile à saisir. Les paragraphes suivants seront ajoutés au point 2e), à la page 22 :

f) Offrir un soutien à la prise de décisions

Les infirmières ont un rôle de partenaire exceptionnel à jouer auprès des clients qui doivent prendre des décisions en matière de santé. « Partenariat axé sur les besoins du client » signifie que les infirmières respectent leurs clients, qui sont les meilleurs juges pour tous les aspects de leur vie personnelle, et défendent leurs intérêts afin de diriger l'équipe de soins de santé. Les infirmières, à titre de spécialistes professionnelles, ont un rôle central à jouer dans la prestation et le partage de l'expertise clinique pour simplifier la prise de décisions par le client sur des sujets pour lesquels il a besoin de plus amples renseignements ou désire en obtenir. Le partenariat vise à consolider la capacité du client de prendre des décisions éclairées et qui sont dans son meilleur intérêt (Grinspun, 2004).



<p>Le contenu qui suit est tiré des travaux de Stacey, Murray, Dunn et O'Connor (sous presse).</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Faire participer le client comme il l'entend à la prise de décisions. La plupart des Canadiens veulent prendre part aux décisions en matière de santé (Magee, 2003; Martin, 2002; O'Connor et coll., 2003). La participation comme on l'entend, plutôt que la participation elle-même, se traduit par une amélioration des résultats (Gaston et Mitchell, 2005). ■ Fournir au client une aide à la décision structurée au moyen d'aides à la prise de décisions à l'intention du patient et d'encadrement. La démarche suivante est fondée sur le Modèle d'aide à la décision d'Ottawa (MADO) et a fait l'objet d'évaluations dans de nombreuses études (Murray, Miller, Fiset, O'Connor et Jacobsen, 2004; O'Connor et coll., 1999; O'Connor et coll., 2002; Stacey, O'Connor, Graham et Pomey, sous presse). <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer la décision et le conflit d'ordre décisionnel : <ol style="list-style-type: none"> i. Décision : Parlez-moi de la décision que vous avez à prendre. ii. Stade : Où en êtes-vous par rapport à la détermination d'un choix? iii. Certitude : Êtes-vous certain de ce qui représente le meilleur choix pour vous? iv. Connaissance : Connaissez-vous les options qui s'offrent à vous? Connaissez-vous les avantages et les risques associés à chaque option? v. Valeurs : Avez-vous clairement déterminé les avantages et les risques qui comptent le plus pour vous? vi. Soutien : Quel rôle préférez-vous jouer lorsqu'il s'agira d'arrêter votre choix? Avez-vous suffisamment d'appuis et de conseils pour faire un choix? Faites-vous un choix sans subir les pressions des autres? À part vous, qui est en cause? • Adapter l'aide à la décision en fonction des besoins : <ol style="list-style-type: none"> i. Non éclairé : consolider des connaissances précises, clarifier des idées fausses, fournir des faits, réorienter les attentes. ii. Valeurs diffuses : clarifier ce qui compte le plus aux yeux du client et aider le client à partager ses valeurs avec les autres personnes qui prennent part à la prise de décisions. iii. Sans appui : Favoriser les compétences et la confiance en matière de : prise de décisions, gestion, communication des besoins, accès au soutien et aux ressources, gestion des tensions, mise en place du changement. • Évaluer : <ol style="list-style-type: none"> i. la qualité des décisions (éclairées, attentes réalistes, choix cadrant avec les valeurs et les priorités) (O'Connor et Stacey, 2005; Ratliff et coll., 1999; Sepucha et coll., 2004). ii. les actions (progrès au stade de la prise de décisions ou du changement) 	
<p>Autres références à l'appui</p> <p>Anthony et Hudson-Barr, 2004; Cott, 2004; Ford, Schofield et Hope, 2003; Gaston et Mitchell, 2005; Grinspun, 2004; Joff, Manocchia, Weeks et Cleary, 2003; Lewin, Skea, Entwistle, Zwarenstein et Dick, 2005; Magee, 2003; Martin, 2002; Murray, Miller, Fiset, O'Connor et Jacobsen, 2004; O'Connor et coll., 1999; O'Connor et coll., 2002; O'Connor et coll., 2003; O'Connor et Stacey, 2005; Ponte et coll., 2003; Ratliff et coll., 1999; Stacey, Murray, Dunn et O'Connor, 2006; Stacey, O'Connor, Graham et Pomey, à l'impression; Sepucha et coll., 2004; Sumsiun, 2005</p>	
<p>Recommandation 2</p> <p>*Recommandation supprimée et intégrée à la liste à puces sous la recommandation 5.</p>	✎
<p>Recommandation 3</p> <p>Les principes des soins axés sur les besoins du client devraient être compris dans le programme de base offert aux infirmières et devraient être accessibles dans le cadre de la formation continue, présentés dans les programmes d'orientation et disponibles dans les programmes de perfectionnement professionnel au sein des établissements. Ceux-ci doivent inciter tous les membres de l'équipe de santé à prendre part à cette démarche de formation continue.</p>	✓
<p>Autres références à l'appui</p> <p>Bauman, Fardy et Harris, 2003; Cott, 2004; Lewin et coll., 2005; Parley, 2001</p>	
<p>Recommandation 4</p> <p>Pour assurer des soins uniformes axés sur les besoins du client au sein de l'établissement, les services de santé doivent être organisés et administrés de manière à garantir que tous les dispensateurs de soins, quels que soient leurs qualités personnelles, mettent cette pratique en place avec succès. On peut y parvenir notamment en fournissant des occasions d'acquérir les connaissances et les compétences qui permettent de vraiment comprendre le point de vue des clients, ainsi que des modèles organisationnels de prestation des soins qui permettent aux infirmières et aux clients de bâtir des rapports continus et significatifs.</p>	✓
<p>Autres références à l'appui</p> <p>Bauman, Fardy et Harris, 2003; Cott, 2004; Jonas et Chez, 2004; Lewin et coll., 2005; Parley, 2001</p>	

Recommandation 5

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires ne peuvent être mises en place avec succès que si la planification, les ressources, le soutien administratif et organisationnel et la facilitation appropriée sont disponibles. Les établissements pourraient élaborer un plan de mise en place qui comprendrait :

- La compréhension et le soutien de la part du conseil et de la haute direction
- Une évaluation du niveau de préparation de l'établissement et des obstacles à l'éducation
- La participation de tous les membres (qu'ils offrent un appui direct ou non) qui prennent part au processus de mise en place
- Des occasions régulières de discussion et de perfectionnement afin de renforcer l'importance des pratiques exemplaires
- Des occasions de réflexion sur les expériences personnelles et les expériences de l'établissement lors de la mise en place de la ligne directrice
- Un soutien financier initial et permanent
- Des représentants du public

À cet égard, la RNAO (par le biais d'un groupe d'infirmières, de chercheurs et d'administrateurs) a préparé le document intitulé *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique* selon les données probantes disponibles, les perspectives théoriques et le consensus. La RNAO recommande d'utiliser cette Trousse comme guide de mise en place de la ligne directrice intitulée *Soins axés sur les besoins du client*.

*Recommandation 2 : supprimée et intégrée à la liste à puces ci-dessus.

La formulation de cette recommandation a été revue afin d'englober, sous forme de points, la recommandation 2 qui avait été supprimée, ainsi que pour expliquer plus en détails ressources importantes et les domaines de planification.

Autres références à l'appui

Cott, 2004; Chin, 2004; Kuokkanen et Katajisto, 2003; McCormack, 2003; Nelligan, Grinspun, Jonas-Simpson, McConnell, Peter, Pilkington et coll., 2002; Ponte et coll., 2003.

Stratégies pour la mise en place

Les données probantes justifient les recommandations établies et l'ajout d'une nouvelle compréhension des réussites et des enjeux qui se sont posés lors de la mise en place. La mise à l'essai initiale de la ligne directrice dans cinq établissements a permis de réaffirmer l'importance de l'adoption de l'ensemble des recommandations. Des soins axés sur les besoins du client qui portent des fruits exigent non seulement des infirmières qu'elles adoptent les valeurs et les croyances relatives aux soins axés sur les besoins du client, mais qu'elles le fassent conjointement avec les autres membres de l'équipe de professionnels et obtiennent le soutien de l'établissement concernant les règlements et les procédures qui s'appliquent.

Les soins axés sur les besoins du client exigent :

- Un changement de l'orientation de l'établissement pour éliminer les barrières de « pouvoir »
- L'inclusion de structures de pratique qui permettent le partage du pouvoir
- La défense des intérêts au sein des structures de pouvoir existantes
- La mise en place des besoins du patient et de la famille au centre de l'équipe de santé et du système de prestation de soins de santé

Une formation et des ressources suffisantes et permanentes à l'appui de l'adoption de pratiques axées sur les besoins du client sont primordiales (se reporter à l'illustration A). Les horaires rigides des hôpitaux, l'absence d'outils de soutien à la documentation, l'insuffisance de temps consacré à la sensibilisation et aux soins personnels peuvent se poser en obstacles à une mise place réussie (se reporter à l'illustration B). Il sera peut-être nécessaire de remettre en question et d'évaluer les procédures mises en place par le passé à la lumière des recommandations sur les soins axés sur les besoins du client. De tels soins sont une responsabilité commune de l'infirmière et des autres dispensateurs de soins de santé et de l'établissement dans lequel travaillent les praticiens.

Autres références à l'appui

Chin, 2004; Kuokkanen et Katajisto, 2003; Spence Laschinger, Finegan, Shamian et Piotr, 2001; Worthley, 1997

Lacunes de la recherche et implications

Lors de l'analyse des données probantes aux fins de la révision de la présente ligne directrice, de nombreuses lacunes ont été décelées dans la recherche, notamment :

- La nécessité d'évaluer les effets d'une démarche de soins axés sur les besoins du client sur la réduction des complications et des réadmissions, ainsi que la contribution à l'état de préparation au congé de l'hôpital;
- La nécessité d'évaluer les effets du contexte de soutien d'un établissement axé sur les besoins du client sur les résultats de ce dernier;
- La nécessité d'évaluer l'apport du client dans la prestation des soins et ses répercussions sur la qualité des soins;

Outre les conseils susmentionnés, la RNAO a élaboré des ressources pour la mise en place. Ces ressources sont disponibles sur le site Web de la RNAO. Employée correctement, la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique* peut se révéler très utile. Ce document peut être téléchargé gratuitement sur le site www.rnao.org/bestpractices.

Illustration A

Facteurs de réussite pour des soins axés sur les besoins du client

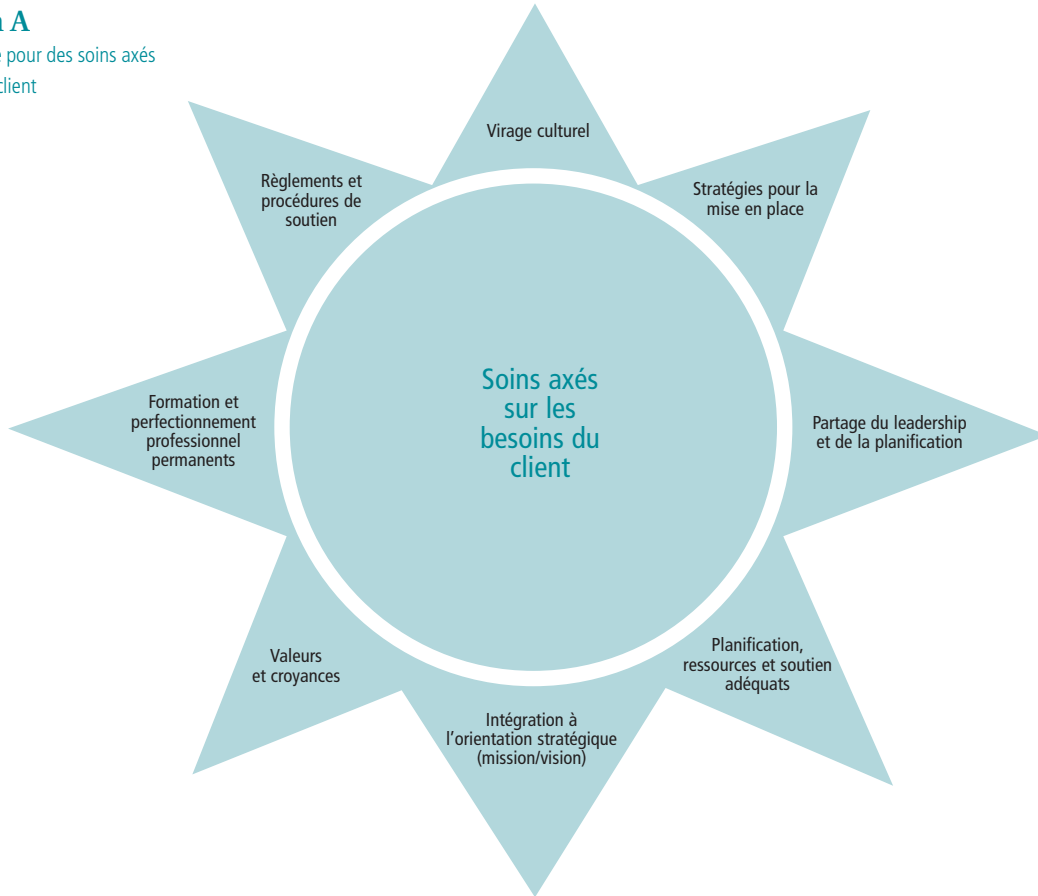


Illustration B

Enjeux et obstacles liés aux soins axés sur les besoins du client



Les études de cas suivantes sont des compléments à l'Annexe 2, page 60.

Étude de cas – Scénario 1 (Université York, Toronto, Ontario : cours NURS 4130 6.0 — Living Client Centred Care in Complex Care)

« Perspectives de soins axés sur les besoins des clients hospitalisés dans une unité de soins complexes »

Antoine est un adolescent chez qui un diagnostic de schizophrénie a récemment été posé. Son médecin l'a informé qu'il devra prendre des neuroleptiques toute sa vie. Au cours des six derniers mois, Antoine a été hospitalisé à deux reprises. Il souhaiterait éventuellement que l'on réduise la quantité de médicaments qu'il prend : il estime que les effets secondaires de ces médicaments ont des repercussions sur sa vie personnelle. Il dit à l'infirmière que les médicaments lui donnent l'impression qu'il est en train de se perdre. Ses parents tiennent à ce qu'il continue de prendre ses médicaments et se montrent également catégoriques quant à son besoin d'un suivi de longue durée en psychothérapie. Un matin, dans la salle de réunion, le père d'Antoine dit à l'infirmière qu'il espère que son fils guérira un jour. Plus tard la même journée, Antoine dit à l'infirmière avoir le sentiment que ses espoirs et ses rêves ont été anéantis. Lors de son séjour à l'hôpital, Antoine a commencé à s'isoler et à refuser de participer aux activités de groupe. Un grand nombre de camarades d'école qui lui ont souvent rendu visite lors de sa première hospitalisation ne viennent plus le voir. On vous a désignée infirmière des soins intégraux d'Antoine. Veuillez décrire les soins infirmiers que vous comptez prodiguer. Attardez-vous notamment à la façon dont vous comptez faire valoir auprès d'Antoine et de sa famille les valeurs, les croyances et les processus fondamentaux pertinents liés aux soins axés sur les besoins du client. Précisez le fondement de votre démarche et vos actions.

Lectures connexes :

Ahmann, E. et J. Lawrence (1999). Exploring language about families. *Pediatric Nursing*, 25(2), 221–224.

Deegan, P. E. (1993). Recovering our sense of value after being labelled. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 31(4), 7–11.

Étude de cas – Scénario 2 (Université York, Toronto, Ontario : cours NURS 4130 6.0 — Living Client Centred Care in Complex Care)

« Perspectives de soins axés sur les besoins des clients hospitalisés dans une unité de soins complexes »

Vous prenez soin de monsieur C. (60 ans) depuis qu'il a été admis aux soins intensifs, il y a deux semaines, en raison d'une blessure à la tête et de multiples fractures subies après avoir fait une chute du deuxième étage de sa maison. Dans l'intervalle, vous avez appris à mieux connaître madame C., qui vous a confié se sentir coupable parce que c'est elle qui avait demandé à son mari de ramasser les feuilles sur le toit de la maison — c'est en effectuant cette tâche qu'il est tombé. Les médecins viennent tout juste de discuter, avec la famille de monsieur C., de l'interruption du maintien des fonctions vitales en raison du pronostic peu encourageant. Vous vous trouvez dans la chambre de monsieur C., en compagnie de madame C., de Robert, leur fils et de son conjoint de même sexe de longue date, Sam. Soudain, madame C. se met à crier à son mari de se lever. Robert lance avec colère qu'elle est responsable de ce qui s'est produit. Sam dit à Robert d'arrêter de s'en prendre à sa mère et ajoute qu'il ne croit pas que les médecins en ont fait suffisamment pour monsieur C. Il est en outre d'avis que la famille ne devrait pas accepter que le maintien des fonctions vitales de monsieur C. soit interrompu. Veuillez expliquer dans quelle mesure vos lectures de documents sur les familles et de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de la RNAO intitulée *Soins axés sur les besoins du client* orienteraient votre réflexion dans ce cas-ci. Décrivez également votre intervention et justifiez-la.

Lectures connexes :

Ahmann, E. et J. Lawrence (1999). Exploring language about families. *Pediatric Nursing*, 25(2), 221–224.

Cody, W. (2000). Parse's human becoming school of thought and families. *Nursing Science Quarterly*, 13(4), 281–284.

Références

Ahmann, E. et J. Lawrence (1999). « Exploring language about families. » *Pediatric Nursing*, 25(2), 221–224.

Anthony, M. et D. Hudson-Barr (2004). « A patient-centred model of care for hospital discharge. » *Clinical Nursing Research*, 13(2), 117–136.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2005). *Principles of Primary Healthcare*. Se trouve à l'adresse : www.rnao.org/bestpractices.

Bauman, A., J. Fardy et P. Harris (2003). « Getting it right : Why bother with patient-centered care? » *MJA*, 179, 253–256.

Chin, P. (2004). *Peace and Power* (6e édition). Sudbury, MA : Jones and Bartlett Publishers.

Cody, W. (2000). « Parse's human becoming school of thought and families. » *Nursing Science Quarterly*, 13(4), 281–284.

Cott, C. (2004). « Client-centred rehabilitation : Client perspectives. » *Disability and Rehabilitation*, 26(24), 1411–1422.

Deegan, P. E. (1993). « Recovering our sense of value after being labelled. » *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 31(4), 7–11.

Ford, S., T. Schofield et T. Hope (2003). « What are the ingredients for a successful evidence-based patient choice consultation? A qualitative study. » *Social Science & Medicine*, 56, 589–602.

Gaston, C. M. et G. Mitchell (2005). « Information giving and decision-making in patients with advanced cancer : A systematic review. » *Social Science & Medicine*, 61, 2252–2264.

Greenfield, S., S. Kaplan, J. Ware. (1985). « Expanding patient involvement in care. Effects on patients outcomes. » *Annals of Internal Medicine*, 102(4), 520–528.

Grinspun (2004). *The social construction of caring in nursing. Ébauche de mémoire de doctorat. Département de sociologie, Université York, Toronto.*

Joffe, S., M. Manocchia, J. Weeks et P. Cleary (2003). « What do patients value in their hospital care? An empirical perspective on autonomy centred bioethics. » *Journal of Medical Ethics*, 29, 103–108.

Jonas, W. et R. Chez (2004). « Towards optimal healing environments in health care. » *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10(1), 51–56.

Kennedy, A., M. J. Sculpher, A. Coulter, N. Dwyer, M. Rees, K. R. Abrams et coll. (2002). « Effects of decision aids for menorrhagia on treatment choices, health outcomes, and costs : A randomized controlled trial. » *Journal of the American Medical Association*, 288, 2701–2708.

Kuokkanen, L. et J. Katajisto (2003). « Promoting or impeding empowerment. » *Journal of Nursing Administration*, 33(4), 209–215.

Lewin, S., Z. Skea, V. Entwistle, M. Zwarenstein et J. Dick (2005). « Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations (Review). » *The Cochrane Collaboration*.

Magee, M. (2003). « Relationship-based health care in the United States, United Kingdom, Canada, Germany, South Africa, and Japan. A comparative study of patient and physician perceptions worldwide. » Tiré de *World Medical Association Patient Safety in Care and Research*.

Martin, S. (2002). « 'Shared responsibility' becoming the new medical buzz phrase. » *Journal de l'Association médicale canadienne*, 167(3), 295.

McCormack, B. (2003). « Researching nursing practice : Does person-centredness matter? » *Nursing Philosophy*, 4, 179–188.

Murray, M. A., T. Miller, V. Fiset, A. O'Connor et M. J. Jacobsen (2004). « Decision support : Helping patients and families to find a balance at the end of life. » *International Journal of Palliative Nursing*, 10, 272–277.

Nelligan, P., D. Grinspun, C. Jonas-Simpson, H. McConnell, E. Peter, B. Pilkington et coll. (2002). « Client-centred care : Making the ideal real. » *Hospital Quarterly*, 70–74.

O'Connor, A., G. Elwyn, A. Barratt, M. Barry, A. Coulter, M. Holmes-Rovner et coll. (2005). « IPDAS-2005 : International patient decision aid standards collaboration. » Tiré de la 3e Conférence internationale sur la prise de décision partagée, Ottawa.

O'Connor, A. M., E. Drake, V. Fiset, I. Graham, A. Laupacis et P. Tugwell (1999). « The Ottawa patient Decision Aids. » *Effective Clinical Practice*, 2, 163–170.

O'Connor, A. M., H. A. Llewellyn-Thomas et A. B. Flood (7 octobre 2004). « Modifying unwarranted variations in health care : shared decision making using patient decision aids. » *Health Affairs Web Exclusive*.

O'Connor, A. M., M. J. Jacobsen et D. Stacey (2002). « An evidence-based approach to managing women's decisional conflict. » *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 31(5), 570–581.

O'Connor, A. M., E. R. Drake, G. A. Wells, P. Tugwell, A. Laupacis et T. Elmslie (2003). « A survey of the decision-making needs of Canadians faced with complex health decisions. » *Health Expectations*, 6, 97–109.

O'Connor, A. M. et D. Stacey (2005). « Should patient decision aids (PtDAs) be introduced in the healthcare system? » Réseau des bases factuelles en santé, Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe.

Organisation mondiale de la santé (2005). Déclaration d'Alma Ata : Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS, 6–12 septembre 1978. Se trouve à l'adresse : http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?language=French

Parley, F. (2001). « Person-centred outcomes. » *Journal of Learning Disabilities*, 5(4), 299–308.

Ponte, P., C. Genevieve, J. Conway, S. Grant, C. Medeiros, J. Niew et coll. (2003). « Making patient-centred care come alive : Achieving full integration of the patient's perspective. » *Journal of Nursing Administration*, 23(2), 82–90.

Ratliff, A., M. Angell, R. Dow, M. Kupperman, R. Nease et R. Fisher (1999). « What is a good decision? Effective Clinical Practice. » *Effective Clinical Practice*, 2, 185–197.

Sepucha, K. R., F. J. Fowley et A. G. Mulley (7 octobre 2004). « Policy support for patient-centered care : The need for measurable improvements in decision quality. » *Health Affairs Web Exclusive*.

Spence Laschinger, H., J. Finegan, J. Shamian et W. Piotr (2001). « Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings : Expanding Kanter's model. » *Journal of Nursing Administration*, 31(5), 260–272.

Stacey, D., M. Murray, S. Dunn et A. O'Connor (2006). Recommendation about nurses providing decision support when clients experience decisional conflict. Travaux non publiés.

Stacey, D., A. M. O'Connor, I. Graham et M. P. Pomey (sous presse). « Randomized controlled trial of the effectiveness of an intervention to implement evidencebased patient decision support into a nursing call centre. » *Journal of Telemedicine and Telecare*.

Sumsion, T. (2005). « Facilitating client-centred practice : Insights from clients. » *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(1), 13–20.

Worthley, J. (1997). *Power and the healthcare professional : The bad things that we good people do*. Chicago, IL : Health Administration Press.

Citation :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2006). *Soins axés sur les besoins du client* (suppl. rév.) Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.