

Lignes directrices sur les pratiques exemplaires

SEPTEMBRE 2025

Soins centrés sur les personnes

Troisième édition



Avis de non-responsabilité

Ces lignes directrices ne sont pas obligatoires pour le personnel infirmier, les autres prestataires de soins de santé ou les organismes qui les emploient. Leur utilisation doit être souple afin de s'adapter aux besoins individuels et aux situations locales. Elles ne constituent en rien une responsabilité ni une décharge de la responsabilité. Même si toutes les mesures possibles ont été prises pour assurer l'exactitude du contenu du document au moment de la publication, ni les auteurs ni l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans ces lignes directrices ni n'acceptent aucune responsabilité quant à la perte, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou omissions dans le contenu du document.

Droits d'auteur

À l'exception des parties de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière de copie est indiquée, le document peut être reproduit et publié entièrement, sans modifications, sous toute forme, y compris dans le format électronique, à des fins éducatives et non commerciales. Si une adaptation quelconque du document s'avérait nécessaire pour quelque raison que ce soit, une permission écrite doit être obtenue auprès de l'AIIAO. La citation ou la référence suivante doit apparaître sur toutes les parties du document reproduites :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Soins centrés sur les personnes. 3^e édition. Toronto, (ON) : RNAO; 2025.

Financement

La réalisation de ce document a été financée par le gouvernement de l'Ontario. Tous les documents produits par l'AIIAO sont indépendants de leur source de financement sur le plan éditorial.

Déclaration sur les conflits d'intérêts

Dans le contexte de l'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO, le terme « conflit d'intérêts » (CI) fait référence aux situations dans lesquelles les relations financières, professionnelles, intellectuelles, personnelles, organisationnelles ou autres d'un membre du personnel de l'AIIAO ou d'un membre du comité d'experts peuvent compromettre sa capacité à mener des travaux de groupe de façon indépendante. Avant de participer aux travaux d'élaboration des lignes directrices, tous les membres du comité d'experts de l'AIIAO ont déclaré, au moyen d'un formulaire normalisé, les conflits d'intérêts qui pourraient être interprétés comme constituant un conflit perçu ou réel. Les membres du comité d'experts ont également mis à jour leur déclaration de conflit d'intérêts lors de la réunion d'orientation, des réunions sur l'élaboration des recommandations et avant la publication des lignes directrices. Tout conflit d'intérêts déclaré par un membre du comité d'experts a été examiné par l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO ainsi que par les coprésidents du comité d'experts. Aucun conflit limitant n'a été défini par les membres du comité d'experts. Voir le résumé des déclarations de conflits d'intérêts sous l'onglet des documents méthodologiques sur la page Web des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires.

Reconnaissance des terres

Nous tenons à souligner que le siège social de l'AIIAO est situé sur le territoire traditionnel et non cédé des Hurons-Wendats, des Haudenosaunee et sur le territoire des Mississaugas de la Première Nation de Credit. Ce territoire a fait l'objet du Pacte de la ceinture de wampum faisant référence au concept du « bol à une seule cuillère ». Il s'agit d'une entente entre la Confédération iroquoise, les Ojibwés et les nations alliées pour partager pacifiquement les ressources autour des Grands Lacs et en prendre soin. Nous reconnaissons également que Toronto est couvert par le Traité 13 en vertu de l'entente d'Achat de Toronto conclu avec les Mississaugas de la Première Nation de Credit. Aujourd'hui, cette terre est toujours le foyer de nombreuses Premières nations, d'Inuits et de Métis de toute l'île de la Tortue, et nous sommes reconnaissants d'avoir l'occasion de travailler sur ce territoire. En faisant une reconnaissance des terres, nous participons à un acte de réconciliation, en honorant la terre et le patrimoine autochtone qui remonte à plus de 10 000 ans. Nous encourageons les lecteurs à se renseigner sur les terres sur lesquelles ils résident sur les traités qui y sont attachés. La reconnaissance des terres est un acte de réconciliation et nous devons tous y contribuer.

Coordonnées

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
500-4211, rue Yonge, Toronto (Ontario) M2P 2A9
Site Web : [RNAO.ca/bpg](https://www.rnao.ca/bpg)



Soins centrés sur les personnes

Troisième édition

Un mot de D^{re} Doris Grinspun

Directrice générale de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario



C'est avec grand plaisir que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) vous présente la troisième édition des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE) intitulée *Soins centrés sur les personnes*. La pratique fondée sur des données probantes va de pair avec l'excellence du service que les fournisseurs de soins de santé s'engagent à offrir chaque jour.

Nous remercions chaleureusement les nombreux partenaires qui ont contribué à concrétiser les LDPE. Tout d'abord, et c'est le plus important, nous remercions le gouvernement de l'Ontario, qui reconnaît depuis 1999 la capacité de l'AIIAO à diriger un programme ayant acquis une reconnaissance mondiale, et qui s'est engagé à le financer. Nous exprimons notre grande reconnaissance aux coprésidents du comité d'experts de l'AIIAO pour leur expertise inestimable et leur gestion de ces LDPE :

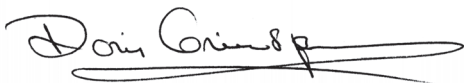
- Michael Creek, représentant des personnes ayant une expérience concrète et directeur des initiatives stratégiques, Working for Change Organization (mai 2023 à aujourd'hui)
- Dre. Kateryna Metersky, IA, Ph. D., professeure adjointe, Daphne Cockwell, École des sciences infirmières, Université métropolitaine de Toronto
- Heather Thiessen, partenaire patient, Organisation de normes en santé (novembre 2021 à avril 2023)

Nous remercions tout particulièrement le comité d'experts d'avoir généreusement mis à disposition leur temps, leurs connaissances et leurs points de vue pour produire un document fiable, rigoureux et fondé sur des données probantes qui orientera la formation et la pratique de millions de fournisseurs de soins de santé. Sans vous, nous n'y serions pas arrivés.

Nous remercions également l'infirmière autorisée (IA) Giulia Zucal (gestionnaire principale, recherche et élaboration des lignes directrices), l'IA Deborah Flores (méthodologue et co-responsable de l'élaboration des lignes directrices), l'IA Gladys Hui (méthodologue et co-responsable de l'élaboration des lignes directrices), Verity Scott (coordinatrice du projet d'élaboration des lignes directrices), l'IA Nafsin Nizum (directrice associée, recherche et élaboration des lignes directrices) et le reste de l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices de l'AIIAO pour leur travail intense et expert dans la production de ces LDPE.

L'application réussie des LDPE exige un effort concerté des éducateurs, des cliniciens, des employeurs, des décideurs, des chercheurs et des bailleurs de fonds. Forts de leur engagement inébranlable et de leur quête d'excellence dans les soins aux patients, le personnel infirmier et les prestataires de soins de santé fournissent l'expertise et les innombrables heures de travail bénévole indispensables à l'élaboration des nouvelles et des prochaines éditions des LDPE. Les employeurs ont répondu avec enthousiasme en devenant des organisations vedettes des pratiques exemplaires (OVPE), rejoignant ainsi plus de 1 500 institutions de service et établissements universitaires au Canada et à l'étranger, déterminés à mettre en œuvre les LDPE de l'AIIAO. Ils ont parrainé des champions des pratiques exemplaires, qui comptent aujourd'hui plus de 150 000 infirmières et infirmiers, autres professionnels de la santé et personnes ayant une expérience concrète – tous désireux de faire progresser les soins centrés sur la personne et fondés sur des données probantes. Les OVPE surveillent et évaluent également avec diligence l'incidence de la mise en œuvre des LDPE sur les personnes, les organisations et les résultats du système de santé.

Nous vous invitons à partager ces LDPE avec le personnel infirmier et les autres membres de l'équipe, les accompagnateurs de la clientèle et les conseillers dans les systèmes de santé et les communautés plus larges au sein desquels vous travaillez. Nous avons beaucoup à apprendre les uns des autres. Ensemble, nous devons veiller à ce que le public ait accès aux meilleurs services de soins de santé et sociaux possible et qu'ils en bénéficient, toujours.



Dre Doris Grinspun, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), Dr. h.c., DHC, CRS, FAAN, FACSI, Ordre de l'Ontario
Directrice générale et fondatrice du programme des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires,
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Table des matières

CONTEXTE	Comment utiliser ce document	5
	Remarque sur la terminologie et le libellé	6
	Objectif et champ d'application	9
	Concepts importants de ces lignes directrices	11
	Aperçu de la méthodologie: énoncés de pratiques exemplaires et recommandations	13
	Résumé des recommandations et des énoncés de pratiques exemplaires	15
	Interprétation des données probantes et énoncés de recommandation	17
	Évaluation des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires	21
	Contexte	27
Principes directeurs	34	
RECOMMANDATIONS ET ÉNONCÉS DE PRATIQUE EXEMPLAIRE	Recommandations et énoncés de pratiques exemplaires	39
	Lacunes de la recherche et conséquences futures	87
	Stratégies de mise en œuvre	89
ANNEXES	Annexe A : Glossaire	91
	Annexe B : Lignes directrices et ressources de l'AllAO qui appuient les présentes Lignes directrices	99
	Annexe C : Énoncés relatifs à la formation	100
	Annexe D : Examen de la portée: approches et stratégies de communication collaborative pertinentes pour les soins centrés sur les personnes	105
	Annexe E : Les composantes et les activités réalisées par les prestataires de services sociaux et de soins de santé dans le cadre de la coordination des soins, qui soutiennent la prestation de soins centrés sur les personnes	118

Table des matières

ANNEXES	Annexe F : Cadres de soutien à la communication	120
	Annexe G : Outil de compte rendu clinique	121
	Annexe H : Exemples de questions à se poser lors de la mise en œuvre d'une approche tenant compte des traumatismes au sein d'une organisation	122
	Annexe I : Modèle à trois voix de la prise de décision partagée	125
	Annexe J : Guide de conversation sur les maladies graves	126
	Annexe K : PAUSE Carte de discussion pour les premières discussions sur les objectifs de soins.	127
	Annexe L : <i>What matters to me</i> : un manuel pour de meilleurs soins de santé (pour les personnes accédant aux services sociaux et de soins de santé)	128
	Annexe M : Modèle de guide personnel d'aide à la décision	133
Annexe N : Description de la Trousse pour la conduite du changement	135	
REMERCIEMENTS	Équipe de recherche et d'élaboration des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO	137
	Comité d'experts sur les Lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO	139
	Examineurs externes	141
LETTRES D'APPUI	Appuis.	150
RÉFÉRENCES	Références	153
NOTES	Remarques	172

Comment utiliser ce document

Tout au long du présent document, les termes en caractères gras suivis de la lettre « G » en exposant (^G) peuvent être trouvés dans le **Glossaire** à l'**annexe A**.

Les présentes **Lignes directrices sur les pratiques exemplaires^G** (LDPE) est un document exhaustif qui fournit une orientation et des ressources pour la **pratique fondée sur les données probantes^G**. Il ne s'agit pas d'un manuel ou d'un guide pratique, mais plutôt d'un outil sur les pratiques exemplaires visant à renforcer la capacité décisionnelle du **personnel infirmier^G**, des autres membres de l'**équipe interprofessionnelle^G**, des enseignants, des **organisations de soins de santé et de services sociaux^G**, des établissements universitaires, des **personnes^G** recevant des soins et de leur **famille choisie^G**. Ces LDPE doivent être révisées et appliquées en fonction des besoins des organisations de soins de santé et de services sociaux, des établissements universitaires ou d'autres lieux de pratique, ainsi que des préférences des personnes durant la durée de vie, des **aidants naturels^G**, des familles ou des communautés. Le présent document fournit des **recommandations^G** fondées sur des données probantes, des **énoncés de pratiques exemplaires^G** et des descriptions de (a) la pratique, l'éducation et les politiques organisationnelles, (b) les bénéfices et les inconvénients, (c) les valeurs et les préférences, et (d) les considérations d'équité dans l'accès aux soins.

Le personnel infirmier et les autres membres de l'équipe interprofessionnelle, les enseignants et les administrateurs qui dirigent et facilitent un processus de modification de pratique trouveront dans ce document de l'information très utile pour élaborer des politiques, des procédures, des protocoles et des programmes de formation à l'appui de la prestation de services. Les cliniciens en charge des soins directs auront tout intérêt à examiner les recommandations et les données probantes pour guider leur pratique et celle des autres.

Si votre organisation ou votre système intégré de soins adopte ces LDPE, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) recommande de mettre sur pied des équipes de changement dont les responsabilités comprennent au moins les éléments suivants :

1. Analyser des lacunes et des possibilités : évaluer vos politiques, procédures, protocoles et programmes éducatifs existants par rapport aux recommandations, aux énoncés de pratiques exemplaires et aux discussions sur les données probantes contenues dans ces LDPE, et définir les points forts, les besoins ou les lacunes.
2. Noter les recommandations et les énoncés de pratiques exemplaires applicables à votre contexte et pouvant être utilisés pour répondre aux priorités, besoins ou lacunes existants au sein de votre organisation.
3. Élaborer un plan de mise en œuvre des recommandations et des énoncés de pratique exemplaire, maintien des pratiques exemplaires et évaluer les **résultats^G** en appliquant le Cadre d'action du mouvement social (1,2) ou le Cadre de mise en pratique des connaissances (3,4).

Les ressources de la **science de mise en œuvre^G** y compris la Trousse pour la conduite du changement, sont disponibles en ligne (5). Une description de la Trousse pour la conduite du changement est disponible à l'**annexe N**. Pour en savoir plus, voir **Stratégies de mise en œuvre à la page 89**.

Toutes les LDPE de l'AIIAO peuvent être téléchargées sans frais depuis le [site Web de l'AIIAO](#). Pour trouver une ligne directrice en particulier, veuillez effectuer une recherche par mot clé ou par sujet. Des documents supplémentaires tels que les **profils de données probantes^G** et les stratégies de recherche liées à chaque recommandation sont disponibles sous l'onglet des documents méthodologiques sur la page Web des LDPE.

L'AIIAO a également rassemblé une collection de publications qui démontrent les effets réels des LDPE de l'AIIAO. Ces publications peuvent être téléchargées sans frais de puis la [bibliothèque ouverte | RNAO.ca](#).

Nous aimerions connaître votre avis sur cette LDPE et apprendre davantage sur la façon dont vous l'avez mis en œuvre. Merci de nous faire part de votre expérience par courriel à l'adresse [RNAO.ca/contact](#).

Le parcours des LDPE de l'AIIAO, qui s'étend sur deux décennies, est documenté dans : Grinspun D, Bajnok I, éditeurs. Transforming nursing through knowledge: best practices for guideline development, implementation science, and evaluation. Toronto (Ont.) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO); 2018. Disponible sans frais à l'adresse suivante : [RNAO.ca/bpg/transforming-nursing-through-knowledge](#).

Remarque sur la terminologie et le libellé

La terminologie utilisée pour décrire les soins centrés sur les personnes peut varier considérablement d'une discipline à l'autre, d'un secteur à l'autre et d'une organisation à l'autre. Les différences de libellé peuvent entraîner une confusion ou une mauvaise interprétation des principes fondamentaux des **soins centrés sur les personnes**⁶ (6). Si les principes fondamentaux des soins centrés sur les personnes sont cohérents (respect de la dignité et de l'autonomie, intégration des perspectives de la maladie et du bien-être dans les services sociaux et de soins de santé, implication dans le processus de soins), la définition des soins centrés sur les personnes n'est pas homogène (7) et il n'existe pas de concept unifié. Par exemple, Najafizada et coll. (2023) ont recensé 15 définitions différentes utilisées par les organisations pour désigner les soins centrés sur les personnes, plus de 12 substituts au terme « centrés sur les personnes » (c'est-à-dire « personne », « client », « famille » et « communauté » pour « patient », et « engagement », « implication », « rétroaction » et « expérience » pour « centralité »), et 19 interventions « centrées sur le patient » mises en œuvre à des degrés divers. Cette hétérogénéité des définitions, de la terminologie et des interventions visant à mettre en œuvre des soins centrés sur les personnes rend difficile la mise en œuvre et l'évaluation des approches centrées sur les personnes (7,8), et peut donner lieu à des interprétations erronées des principes fondamentaux des soins centrés sur les personnes, ce qui pourrait entraîner des lacunes dans la prestation des services. Le **tableau 1** présente quelques définitions adoptées par diverses organisations.

Tableau 1 : Termes se rapportant aux soins centrés sur les personnes et leurs définitions

TERMES SE RAPPORTANT AUX SOINS CENTRÉS SUR LES PERSONNES ET LEURS DÉFINITIONS	
Soins centrés sur le patient	<p>Des soins qui respectent les préférences, les besoins et les valeurs de chaque patient et qui y répondent (9).</p> <p>Les soins centrés sur le patient sont perçus comme étant conformes au modèle biomédical. L'objectif est de vivre une vie fonctionnelle (10).</p>
Soins centrés sur la personne	<p>Approches et pratiques de soins qui considèrent la personne comme un tout et prenant en compte plusieurs niveaux de besoins et d'objectifs, ces besoins découlant de leurs propres déterminants sociaux de la santé (11).</p> <p>L'objectif des soins centrés sur la personne est d'aider les personnes à mener une vie pleine de sens. Ce terme a été développé pour mettre moins l'accent sur le rôle du malade et plus sur la personne unique vivant avec une maladie ou un handicap (10).</p>

TERMES SE RAPPORTANT AUX SOINS CENTRÉS SUR LES PERSONNES ET LEURS DÉFINITIONS	
Soins centrés sur les personnes	<p>« Une approche des soins qui adopte consciemment les perspectives des personnes, des familles et des communautés dans l'idée qu'ils sont des participants et des bénéficiaires de systèmes de santé fiables qui répondent à leurs besoins et à leurs préférences de manière humaine et complète » (12).</p> <p>Les soins centrés sur les personnes se concentrent sur les besoins et les attentes en matière de santé non seulement de la personne qui se fait soigner, mais aussi de sa famille, de sa communauté et de la société (11). Dans le cadre de ce modèle, toutes les personnes qui participent aux soins à la personne (p. ex., la personne, le médecin, le personnel infirmier, la famille, le travailleur social, les praticiens des soins spirituels, etc.) contribuent à la prestation des soins et des services (13).</p>
Approche du patient en tant que partenaire	<p>Dans cette approche, le patient est considéré comme un membre de l'équipe soignante; il apporte sa propre expérience de vie et son expertise comme tous les autres prestataires de soins de santé (14). L'approche du patient en tant que partenaire met l'accent sur des principes essentiels tels que le partenariat et la collaboration (14).</p>
Participation des personnes et des familles	<p>Une participation intentionnelle et de qualité est nécessaire pour obtenir des soins de qualité centrés sur les personnes. Elle consiste à faire participer les personnes dans le processus de prise de décision, où elles prennent activement part à l'ensemble des activités (p. ex., la planification, l'évaluation, la recherche, la formation, le recrutement). Lors de l'implication la participation des personnes et de la collaboration avec celles-ci, leur expertise unique est valorisée et soutenue (15). On peut l'inscrire dans un continuum, allant de la consultation et de la participation au partenariat à la direction partagée (16).</p>

Discussion

Le terme « centré sur le patient » peut avoir différentes connotations. En particulier, le terme « patient » peut être considéré comme un terme paternaliste pour les personnes malades, car il implique qu'elles sont des bénéficiaires passifs des soins qu'elles reçoivent (7). Dans le contexte canadien, et en particulier du point de vue des peuples autochtones, l'utilisation du terme « patient » est souvent associée de manière négative à des perspectives ethnocentriques et à des points de vue coloniaux, où un déséquilibre de pouvoir avec les prestataires de services sociaux et de soins de santé et les organisations de services sociaux et de soins de santé se traduit par des expériences de stigmatisation, de racisme et de discrimination institutionnelle (17,18). De même, l'expression « soins centrés sur le client » peut poser problème car le terme « client » est considéré comme une relation commerciale transactionnelle entre un acheteur et un vendeur et implique donc que les services de soins de santé sont des marchandises et que les soins de santé sont une industrie commerciale (7). Par ailleurs, le terme « personne » est perçu comme un terme neutre qui peut peut-être « contrebalancer le discours historique sur le caractère centré sur le patient des soins de santé » (7) et offrir une nouvelle façon d'envisager la relation entre la personne et le prestataire de soins. La reconnaissance du fait que ces trois termes mettent l'accent sur la personne plutôt que sur sa communauté élargie a conduit à l'introduction d'autres termes tels que « centré sur la famille », « centré sur la communauté » et « centré sur les personnes » (7).

L'inclusion respectueuse des familles et des communautés, en plus de la personne qui demande des soins, a conduit à l'abandon de l'expression « soins centrés sur la personne » au profit de l'expression plus inclusive « soins centrés sur les personnes ». Les soins centrés sur les personnes se concentrent sur les besoins et les attentes en matière de santé de la personne qui se fait soigner, de sa famille, de sa communauté et de la société (11). Il s'agit de traiter les personnes avec dignité et respect, et de les faire participer aux processus de prise de décision concernant leur santé et leurs soins (11). Dans le cadre de ce modèle, des partenariats efficaces sont essentiels entre les personnes qui ont besoin de soins et celles qui les dispensent (19). Toutes les personnes qui participent aux soins à la personne (p. ex., la personne, la famille, le médecin, le personnel infirmier, le travailleur social, le praticien des soins spirituels, l'ergothérapeute, le physiothérapeute, etc.) contribuent à la prestation des soins et des services (13).



La terminologie continuera toujours à évoluer avec le temps. Il est important de noter que les concepts sous-jacents des soins centrés sur les personnes font partie intégrante de toutes les interactions en matière de soins de santé et de services sociaux, quelle que soit la terminologie utilisée.

Objectif et champ d'application

Objectif

Les LDPE de l'AIIAO sont des documents élaborés de façon systématique et fondés sur des données probantes qui fournissent des recommandations sur des sujets cliniques précis, sur la promotion d'un environnement de travail sain et sur des composantes du système de santé. Elles sont destinées au personnel infirmier, aux autres membres de l'équipe interprofessionnelle dans les postes de soins directs, aux enseignants, aux administrateurs et cadres, aux décideurs politiques et aux chercheurs dans les organisations de santé et de services sociaux et les établissements universitaires. **Les personnes ayant une expérience concrète^G** sont encouragées à se familiariser avec les LDPE afin de les aider à participer à la prise de décisions fondées sur des données probantes en ce qui concerne leurs soins. Les LDPE contribuent à promouvoir la cohérence et l'excellence des soins cliniques, des politiques administratives, des procédures et de la formation afin que le système de santé puisse fournir les meilleurs soins qui soient aux personnes et aux communautés. L'AIIAO vise à respecter les normes internationales de production de rapports pour les lignes directrices de pratique clinique, y compris les normes décrites dans l'instrument Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE II) et l'énoncé Reporting Items for Practice Guidelines in Healthcare (RIGHT) (20,21).

Ces LDPE remplacent les LDPE de l'AIIAO *Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille* (2015) (22), et comprend la combinaison de deux autres LDPE, *Établissement de la relation thérapeutique* (2006) (23) et *Strengthening and Supporting Families through Expected and Unexpected Life Events* (en anglais uniquement) (2006) (24). Ces LDPE ont été combinées en raison du chevauchement des concepts cliniques. De plus, les **organisations vedettes des pratiques exemplaires^{MD}** de l'AIIAO (**OVPE^{MD}**)^G ont permis de fournir une rétroaction sur le fait que la fusion des trois simplifierait la mise en œuvre et l'évaluation des LDPE.

Les termes « personnes » et « soins centrés sur les personnes » sont utilisés dans l'ensemble des LDPE et remplacent les termes « personne », « patient » et « soins centrés sur la personne ». Dans le cadre de ces LDPE, le terme « personnes » englobe les personnes, les aidants naturels, les familles et les communautés. Dans les présentes LDPE, le terme « personne » n'est utilisé que lorsqu'il est logique d'indiquer le singulier du terme, mais il convient de noter que dans ce contexte, le terme « personne » prend tout de même en considération la famille choisie, les aidants naturels et les communautés.

L'objectif de ces lignes directrices est de promouvoir les pratiques culturelles et équitables fondées sur des données probantes associées aux soins centrés sur les personnes, et d'aider les **prestataires de services sociaux et de soins de santé^G** à acquérir les connaissances, les compétences et le jugement nécessaires pour devenir plus compétents en matière de soins centrés sur les personnes. Les recommandations et les énoncés de pratiques exemplaires aideront les prestataires de services sociaux et de soins de santé à apprendre à connaître et à écouter les personnes qui accèdent aux services sociaux et de soins de santé, à développer une relation authentique avec ces personnes et à concevoir conjointement un **programme de soins^G**. Les recommandations s'aligneront mieux sur l'évolution du paysage des services sociaux et de soins de santé et le soutiendront, afin d'intégrer la philosophie des soins centrés sur les personnes.

Les LDPE visent à optimiser la santé tout au long de la vie et à améliorer l'expérience et les résultats de toutes les personnes impliquées dans le système de santé, en fonction du **quintuple objectif^G** (25,26) et des **objectifs de développement durable^G** des Nations Unies (27). Le quintuple objectif définit cinq buts pour les soins de santé : améliorer la santé de la population, améliorer l'expérience des personnes recevant des soins, réduire les coûts, favoriser le bien-être des prestataires de services sociaux et de soins de santé et promouvoir l'équité dans l'accès aux soins (25,26). Les objectifs de développement durable des Nations Unies définissent 17 objectifs mondiaux visant à mettre fin à la pauvreté, à protéger la planète et à garantir la prospérité pour tous d'ici à 2030 (25).

De décembre 2022 à avril 2023, l'AIIAO a formé un comité d'experts chargé de déterminer l'objectif et le champ d'application de la troisième édition de ces LDPE et d'élaborer des **questions de recommandation^G** pour éclairer leurs **revues systématiques^G**. Le comité d'experts interprofessionnel de l'AIIAO comprenait des personnes ayant une expérience concrète et des personnes ayant des connaissances et une expérience dans tous les domaines de la pratique (administration, soins cliniques, éducation, recherche et politique) dans un éventail d'organisations de soins de santé et de services sociaux et d'établissements universitaires.

Ils ont fait part de leur point de vue sur le soutien et la prise en charge des personnes (y compris les aidants naturels, les familles et les communautés) tout au long de la vie et du continuum de soins, notamment les soins primaires, à domicile et de proximité, les soins actifs, la réadaptation, les soins continus complexes et les soins de longue durée (SLD).

L'équipe de recherche et d'élaboration des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et le comité d'experts de l'AIIAO ont effectué un examen et une analyse complets afin de déterminer le champ d'application et les questions prioritaires des recommandations pour ces LDPE (pour en savoir plus, voir les documents supplémentaires sous l'onglet des documents méthodologiques sur la page Web des LDPE).

Champ d'application

L'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO a établi le champ d'application de cette LDPE en empruntant les étapes suivantes :

- a passé en revue les précédentes LDPE de l'AIIAO *Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille* (2015) (22), *Établissement de la relation thérapeutique* (2006) (23), et *Strengthening and Supporting Families through Expected and Unexpected Life Events* (en anglais uniquement) (2006) (24);
- a réalisé une analyse de l'environnement des lignes directrices et normes existantes sur ce sujet;
- a effectué une revue de la documentation pour déterminer les données probantes disponibles sur les interventions en matière de soins centrés sur les personnes;
- a mené 37 entretiens avec des informateurs importants, des prestataires de services sociaux et de soins de santé, des chercheurs, des défenseurs des droits des patients et des personnes ayant une expérience concrète des soins centrés sur les personnes;
- a organisé cinq groupes de discussion impliquant un total de 29 personnes, dont des prestataires de services sociaux et de soins de santé, des chercheurs, des défenseurs des droits des patients et des personnes ayant une expérience concrète;
- a consulté le comité d'experts.

Ces LDPE fournissent des recommandations fondées sur des données probantes pour :

- le personnel infirmier et les autres membres de l'équipe interprofessionnelle dans tous les domaines de la pratique (y compris les soins cliniques, l'administration, l'éducation, la politique et la recherche);
- tous les secteurs et installations de santé, dans l'ensemble des systèmes de santé (santé publique, soins primaires, soins à domicile et de proximité, soins actifs, SLD, soins palliatifs) et des services sociaux;
- toutes les personnes tout au long de leur vie, les aidants naturels, les familles et les communautés.

Les **populations méritant l'équité**^G ont été prises en considération par le biais de **l'intersectionnalité**^G en intégrant le principe de vérité et de réconciliation (28) et le respect des déterminants individuels et sociaux de la santé.

Concepts importants de ces lignes directrices

Personnes : Remplace les termes « personne », « patient », « client », « résident », « usager », « consommateur » utilisés dans les organisations de santé et de services sociaux. Ce terme englobe les aidants naturels, les partenaires de soins essentiels, les familles et les communautés. Le terme concernant la ou les personnes avec lesquelles un prestataire de services sociaux ou de soins de la santé a établi une relation thérapeutique aux fins de partenariat pour la santé.

Soignant : Une personne qui apporte un soutien physique, psychologique et émotionnel, jugé important par la personne recevant les soins. Ces soins peuvent comprendre une aide à la prise de décision, une aide pour les activités de la vie quotidienne, la coordination et la continuité des soins. Les aidants naturels peuvent être des membres de la famille choisie, des amis proches ou d'autres personnes et sont déterminés par les personnes ou leur décideur substitut (29). Les termes « partenaire de soins essentiel » (29) ou « partenaire de soins » sont également couramment utilisés dans la pratique.

Famille choisie : « Terme utilisé pour désigner des personnes qui sont liées (sur le plan biologique, affectif ou légal) avec la personne qui reçoit des services sociaux et des soins de santé, et/ou entretiennent avec elle des liens étroits (amitié, engagement, partage d'un ménage et de responsabilités pour l'éducation d'enfants, ou relations romantiques). La famille choisie d'une personne comprend tous ceux que la personne considère comme des proches dans sa vie (p. ex., parents, aidants naturels, amis, mandataires spéciaux, groupes, communautés et populations). La personne qui reçoit des soins détermine l'importance et le niveau de participation de toutes ces personnes à la prestation de ses soins, selon leur capacité » (22,75).

Prestataires de services sociaux et de soins de santé : Désigne à la fois les prestataires de services sociaux et de soins de santé réglementés (p. ex., personnel infirmier, médecins, pharmaciens, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, physiothérapeutes et personnel paramédical) et non réglementés (p. ex., préposés aux services de soutien à la personne) qui font partie de l'équipe interprofessionnelle.

Prestataires de services sociaux et de soins de santé réglementés : En Ontario, la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (LPSR) offre un cadre pour réglementer 26 professions de la santé, définissant le champ d'exercices et les actes contrôlés ou autorisés propres à la profession que chaque professionnel réglementé a la permission d'exécuter en offrant des soins et des services de santé (30). La *Loi de 1998 sur le travail social et les techniques de travail social* fournit un cadre pour la réglementation des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social (31).

Prestataires de services sociaux et de soins de santé non réglementés : Les prestataires de services sociaux et de soins de santé non réglementés assurent diverses fonctions dans des domaines qui ne sont pas assujettis à la LPSR. Ils sont tenus de rendre compte à leur employeur, mais non à une organisation de réglementation professionnelle (par exemple, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario). Les prestataires de services sociaux et de soins de santé non réglementés exécutent leurs fonctions et leurs tâches, qui sont déterminées par leur employeur et leur milieu d'emploi. Les prestataires de services sociaux et de soins de santé non réglementés n'ont la permission que d'accomplir un acte autorisé, tel que défini dans la LPSR, uniquement si cet acte figure parmi les exemptions établies dans la Loi (32).

Équipe interprofessionnelle : Une équipe réunissant plusieurs prestataires de services sociaux et soins de santé (réglementés et non réglementés) qui collaborent pour assurer la prestation de soins et de services sociaux complets de qualité à des personnes à l'intérieur des milieux de soins, entre ces milieux et dans l'ensemble de ceux-ci (33). Les membres de l'équipe apportent leurs perspectives uniques et coopèrent, coordonnent et collaborent pour atteindre un objectif commun par le biais d'une prise de décision partagée (34) avec la personne qui reçoit des services sociaux et des soins de santé. Les principaux membres de l'équipe interprofessionnelle peuvent être : des infirmiers et infirmières, des médecins généralistes, des médecins, des diététiciens, des pharmaciens, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des praticiens de soins spirituels et d'autres professionnels de la santé. Il est important de souligner que les personnes et la famille et/ou les aidants naturels choisis sont au centre de l'équipe interprofessionnelle en tant que participants actifs.

Prise de décision partagée^G : Il s'agit d'un processus conjoint dans lequel les prestataires de services sociaux et de soins de santé collaborent avec les personnes recevant des soins de santé et des services sociaux pour parvenir à une décision (35). Il s'agit de choisir des tests et des traitements sur la base de données probantes et des préférences, croyances et valeurs individuelles de la personne (35).

Relation thérapeutique^G : Une relation délibérée visant un but, entre le prestataire de soins de santé de services sociaux et les personnes qui font appel au système de santé pour obtenir des soins et un traitement. Cette relation est ancrée dans un processus interpersonnel pour promouvoir les meilleurs intérêts et les résultats de la personne (23,36).



Aperçu de la méthodologie : énoncés de pratiques exemplaires et recommandations

Énoncés de pratiques exemplaires et recommandations

Ce guide comprend à la fois des énoncés de pratiques exemplaires et des recommandations graduées. Les LDPE de l'AIIAO sont élaborées en utilisant la méthode **Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation^G (GRADE)**. Pour en savoir plus sur le processus d'élaboration des lignes directrices, y compris l'utilisation de la méthode GRADE et des profils des données probantes, veuillez vous référer aux documents supplémentaires sous l'onglet des documents méthodologiques sur la page Web des LDPE.

Énoncés de pratiques exemplaires

Les énoncés de pratiques exemplaires sont des énoncés réalisables qui devraient être mis en pratique (37). Ces énoncés sont considérés comme étant si bénéfiques qu'un résumé des données probantes serait une mauvaise utilisation du temps et des ressources du comité d'experts (37). De plus, il se peut que les chercheurs ne mènent plus d'études sur le sujet, que les solutions de rechange à l'action soient contraires à l'éthique ou que leur étude aille à l'encontre des droits de la personne (37,38). Étant donné le niveau élevé de certitude que les bénéfices découlant des énoncés de pratiques exemplaires l'emportent sur les inconvénients, elles ne sont pas fondées sur une revue systématique des données probantes et ne reçoivent pas d'évaluation de la certitude de leurs données probantes ou de leur force (c'est-à-dire une évaluation conditionnelle ou forte, ce qui est discuté plus en détail ci-dessous) (39). Bien que les énoncés de pratiques exemplaires puissent être étayés par des **données probantes indirectes^G**, il existe une justification claire et explicite bien documentée reliant les données probantes indirectes à l'énoncé (37). Cela ne diminue en rien la certitude des données probantes. En tant que tels, les LDPE doivent être interprétés comme des recommandations fortes, car elles reposent sur l'hypothèse sous-jacente d'une grande certitude quant aux bénéfices de la mise en œuvre de l'action (37). Il est important de noter que les énoncés de pratiques exemplaires ne sont pas faits en raison d'un manque de données probantes et qu'ils ne sont pas non plus basés sur l'avis d'un expert.

Recommandations graduées

Les recommandations graduées sont également des énoncés pouvant donner lieu à une action; cependant, les énoncés des recommandations sont formés sur la base d'un lien direct ou indirect avec un ensemble de données probantes trouvées par le biais du processus de revue systématique (38). Les recommandations sont formulées comme fortes ou conditionnelles en tenant compte de la certitude des données probantes, des valeurs et des préférences des personnes concernées par les recommandations, et de l'équité dans l'accès aux soins (voir **Interprétation des données probantes et énoncés de recommandation à la page 17**). Le comité d'experts formule des recommandations en s'appuyant sur des **cadres de données probantes à la décision^G** par le biais d'un processus de consensus informel facilité par l'équipe des LDPE de l'AIIAO. Comme les recommandations sont explicitement liées à l'ensemble des données probantes, un accord est généralement obtenu (40). S'il n'est pas possible de parvenir à un accord, des méthodes de vote formelles sont utilisées pour déterminer l'action et la force des recommandations (40,41).

Bien que les énoncés de pratiques exemplaires et les recommandations soient élaborés différemment, ils fournissent tous les deux des conseils détaillés sur une action/intervention qui devrait (ou ne devrait pas) être réalisée (38). Par conséquent, les énoncés de pratiques exemplaires et les recommandations doivent suivre le même processus de mise en œuvre (voir **Stratégies de mise en œuvre à la page 89**).

Questions de recommandation

Les **questions de recommandation**^G portent sur des domaines pratiques prioritaires, tels que définis par le comité d'experts. Pour répondre à ces questions, il faut procéder à une revue systématique des données probantes. Elles éclairent les **questions de recherche sur la population, l'intervention, les comparaisons et les résultats**^G (PICR) qui orientent les revues systématiques de la littérature et, par la suite, les recommandations. Les résultats potentiels font l'objet d'un remue-méninges et sont classés par ordre de priorité par le comité d'experts pour chaque question de recommandation, et une revue systématique individuelle est réalisée pour chaque question de recommandation, conformément à la méthode GRADE (42).

Voici les questions de recommandation prioritaires et les principaux résultats du comité d'experts qui ont servi de base à l'élaboration des recommandations dans ces LDPE. Les principaux résultats sont présentés selon l'ordre d'importance établi par le comité d'experts.

- **Question de recommandation n° 1 : Les aides à la décision**^G utilisées par les prestataires de soins de santé et les personnes (pour soutenir la prise de décision partagée [PDP] concernant le traitement et les soins) devraient-elles être recommandées ou non?
- **Résultats :**
 - participation des personnes à leurs soins (implication dans la prise de décision et les options)
 - résultats pour le prestataire/les personnes : satisfaction du prestataire à l'égard des soins (ou de l'aide à la décision), connaissances des personnes (sur les bénéfices et les inconvénients) et choix par les personnes d'une option de traitement/dépistage reflétant ce qui est le plus important pour eux
 - comportements des prestataires de soins (établissement d'une relation thérapeutique respectueuse des préférences, de la culture, etc. des personnes)
 - résultats de l'organisation ou du système (satisfaction à l'égard de l'ensemble des soins, durée du séjour, taux de réadmission, adoption et durabilité de l'utilisation de l'aide à la décision)
 - inconvénients (charge pour les personnes/aidants naturels et les prestataires)
 - résultats cliniques
- **Question de recommandation n° 2 : Faut-il recommander ou non des stratégies de minimisation sensorielle du bruit et de la lumière (utilisées pour faciliter les soins centrés sur les personnes)?**
- **Résultats :**
 - satisfaction des personnes, de la famille ou des aidants naturels à l'égard des stratégies de minimisation sensorielle
 - satisfaction du prestataire
 - connaissance du prestataire
 - mesures physiologiques
 - satisfaction à l'égard de l'ensemble des soins
 - durée du séjour
 - taux de réadmission
 - adoption et durabilité (des stratégies de minimisation sensorielle)
 - charge pour le prestataire

Remarque : Ces questions de recommandation prioritaires sont des versions abrégées des questions plus complètes de recherche sur la PICR que le comité d'experts de l'AIIAO a formulées pour orienter les revues systématiques. Pour en savoir plus sur les questions de recherche sur la PICR et le processus détaillé de détermination des questions prioritaires et des résultats par le comité d'experts de l'AIIAO, veuillez vous référer aux documents supplémentaires sous l'onglet des documents méthodologiques sur la page Web des LDPE.

Le comité d'experts de l'AIIAO n'a pas déterminé de questions de recommandation portant sur les stratégies d'éducation et de formation de base requises pour les programmes d'études (ou la formation continue et le perfectionnement professionnel des infirmiers et infirmières ou de l'équipe interprofessionnelle) afin de soutenir les personnes, les aidants naturels, les familles ou les communautés tout au long de la vie. Voir l'**annexe C** pour connaître les **recommandations relatives à la formation**^G formulées à l'intention des enseignants, des gestionnaires, des administrateurs et des établissements universitaires et professionnels dans le but de favoriser l'adoption de ces LDPE.

Résumé des recommandations et des énoncés de pratiques exemplaires

Ces LDPE remplacent et combinent les LDPE de l'AIIAO *Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille* (2015) (22), *Établissement de la relation thérapeutique* (2006) (23), et *Strengthening and Supporting Families through Expected and Unexpected Life Events* (en anglais uniquement) (2006) (24).

Un résumé de la comparaison entre les recommandations de ces LDPE et celles des éditions précédentes est disponible sous l'onglet des documents méthodologiques de la page Web des LDPE.

RECOMMANDATIONS ET ÉNONCÉS DE PRATIQUES EXEMPLAIRES	FORCE DE LA RECOMMANDATION
Relations thérapeutiques	
<p>Énoncé de pratique exemplaire 1.0 :</p> <p>Une pratique exemplaire pour les prestataires de services sociaux et de soins de santé est d'établir et de maintenir une relation thérapeutique avec les personnes, fondée sur des soins tenant compte des traumatismes et des pratiques culturellement sûres, garantissant le respect, la confiance et la collaboration.</p>	Sans objet*
Prise de décision partagée	
<p>Énoncé de pratique exemplaire 2.0 :</p> <p>La pratique exemplaire veut que les prestataires de services sociaux et de soins de santé participent à la prise de décision partagée avec les personnes qui prennent des décisions éclairées sur leur traitement, leurs soins et leurs services.</p>	Sans objet*
<p>Énoncé de pratique exemplaire 3.0 :</p> <p>Une pratique exemplaire consiste, pour les prestataires de services sociaux et de soins de santé, à évaluer régulièrement l'état de préparation des personnes à la planification des soins et à faciliter le processus lorsqu'elles sont prêtes.</p>	Sans objet*
<p>Recommandation 1.0 :</p> <p>Le comité d'experts recommande que les personnes disposent d'aides à la décision pour mieux participer à la prise de décisions éclairées en matière de dépistage et de traitement des maladies.</p>	Forte
Programme de soins	
<p>Énoncé de pratique exemplaire 4.0 :</p> <p>Une pratique exemplaire consiste, pour les prestataires de services sociaux et de soins de santé, à élaborer en collaboration avec les personnes concernées un programme de soins qui reflète leurs valeurs, leurs croyances, leurs objectifs, leurs besoins, leurs attitudes et leurs préférences.</p>	Sans objet*

Prestataire de soins de santé : stratégies de minimisation sensorielle	
<p>Recommandation 2.0 :</p> <p>Le comité d'experts suggère que les personnes reçoivent des masques pour les yeux et des bouchons d'oreille comme stratégie de minimisation sensorielle, en fonction de leurs besoins et de leurs préférences.</p>	Conditionnelle
Soins virtuels	
<p>Énoncé de pratique exemplaire 5.0 :</p> <p>Lorsque les soins virtuels peuvent être proposés comme une solution de rechange aux soins en personne, la pratique exemplaire veut que les prestataires de services sociaux et de soins de santé déterminent la possibilité et les modalités en fonction des besoins et des préférences des personnes en matière de soins et qu'ils s'adaptent à l'évolution des besoins.</p>	Sans objet*

*Les énoncés de pratiques exemplaires sont des pratiques établies et solides. Elles n'ont pas d'autre force associée. Pour en savoir plus, voir l'**Aperçu de la méthodologie : énoncés de pratiques exemplaires et recommandations**.

Interprétation des données probantes et énoncés de recommandation

GRADE fournit un cadre transparent et une approche systématique pour évaluer la certitude des données probantes et déterminer la force des recommandations (43).

Certitude des données

En **recherche quantitative**^G, le degré de certitude des données (le niveau de confiance que nous avons dans la validité d'un effet escompté) est déterminé au moyen de la méthode GRADE (43). Il existe cinq critères pour évaluer la certitude de la recherche quantitative par résultat et par modèle d'étude : risque de biais, incohérence, caractère indirect, imprécision et biais de publication. L'évaluation du degré de certitude des données probantes est effectuée après avoir fait la synthèse des données relatives à chaque résultat prioritaire. Le degré général de certitude des données probantes est établi en tenant compte du degré de certitude des données probantes relatives à tous les résultats prioritaires, par recommandation. La méthode GRADE permet de classer le degré global de certitude des données selon qu'il est *élevé*, *moyen*, *faible* ou *très faible* (voir le **tableau 2** pour la définition des différentes catégories).

Tableau 2 : Certitude des données

CERTITUDE DES DONNÉES	DÉFINITION
Élevée	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est élevé.
Moyen	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est moyen, et nous envisageons la possibilité qu'il soit sensiblement différent.
Faible	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est faible, et nous envisageons la possibilité que l'effet réel s'écarte sensiblement de l'effet prévu.
Très faible	Le degré de confiance que nous accordons à l'énoncé selon lequel l'effet prévu se rapproche de l'effet réel est très faible et il est probable qu'il soit sensiblement différent.

Source : Reproduit avec l'autorisation de : Schünemann H, Brozek J, Guyatt G, et al, éditeurs. *Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach* [en ligne]. [lieu inconnu; maison d'édition inconnue], octobre 2013 [cité le 31 août 2018]. Tableau 5.1, Quality of evidence grades. Disponible à l'adresse suivante : <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html#h.9rdbelsnu4iy>

Remarque : Le degré de certitude attribué aux données figure au-dessous de chaque énoncé de recommandation. Pour en savoir plus sur le processus de détermination de la certitude des données probantes et les décisions documentées prises par les méthodologues de l'AIIAO pour l'élaboration des lignes directrices, veuillez vous référer aux documents supplémentaires sous l'onglet documents méthodologiques sur la page Web des LDPE.

Force des recommandations

Les recommandations peuvent être qualifiées de *fortes* ou de *conditionnelles* selon le degré de *certitude des données probantes* selon les critères de base suivants (voir les définitions dans la section **Discussion sur les données**) :

- équilibre entre les bénéfices et les inconvénients;
- valeurs et préférences;
- équité dans l'accès aux soins.

Selon Schunemann et coll., « une recommandation forte indique que le comité d'experts est convaincu que les effets désirables de l'intervention l'emportent sur les effets indésirables (recommandation forte *pour* l'intervention) ou que les effets indésirables d'une intervention l'emportent sur ses effets désirables (recommandation forte *contre* l'intervention) » (43). En revanche, « une recommandation conditionnelle indique que le comité d'experts pense que les effets désirables l'emportent probablement sur les effets indésirables (recommandation conditionnelle pour l'intervention) ou que les effets indésirables l'emportent probablement sur les effets désirables (recommandation conditionnelle contre l'intervention), bien qu'il existe une certaine incertitude » (43). Le **tableau 3** décrit les implications des recommandations fortes et conditionnelles.

Lorsque le degré global de certitude des données probantes est élevé ou moyen, les membres du comité d'experts peuvent être confiants des effets de l'intervention et qu'ils soutiendront donc une recommandation forte. De plus, les membres du comité d'experts doivent s'assurer que les bénéfices l'emportent sur les inconvénients et qu'il existe une confiance raisonnable et une variabilité limitée dans les valeurs et les préférences des personnes (44). Cependant, lorsque le degré global de certitude des données est faible ou très faible, il existe une incertitude quant aux répercussions de l'intervention en question et les membres du comité d'experts doivent s'attendre à des recommandations conditionnelles (44).

Tableau 3 : implications des recommandations fortes et conditionnelles

IMPLICATIONS DES RECOMMANDATIONS FORTES ET CONDITIONNELLES		
GROUPES VISÉS	RECOMMANDATION FORTE	RECOMMANDATION CONDITIONNELLE
Pour les prestataires de services sociaux et de soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> Les bénéfices d'une intervention recommandée l'emportent sur les inconvénients. Par conséquent, la recommandation peut être appliquée à la plupart des personnes. Les valeurs et les préférences des personnes dans cette situation varient peu. Il faut tenir compte de la situation, des préférences et des valeurs de la personne. 	<ul style="list-style-type: none"> Les bénéfices de la recommandation sont probablement plus importants que les inconvénients. Par conséquent, la recommandation peut être appliquée à la majorité des personnes. Les valeurs et les préférences des personnes dans cette situation varient davantage, ou bien il y a une incertitude quant à leurs valeurs et préférences générales. Il faut examiner plus attentivement que d'habitude la situation, les préférences et les valeurs de la personne.
Pour les personnes recevant des soins	<ul style="list-style-type: none"> La plupart des personnes souhaiteraient appliquer la recommandation et un petit nombre de personnes ne le voudraient pas. 	<ul style="list-style-type: none"> La plupart des personnes dans cette situation voudraient appliquer la recommandation, mais bon nombre de personnes ne le voudraient pas.
Pour les décideurs de politiques	<ul style="list-style-type: none"> La recommandation peut être adaptée sous forme de politique dans la plupart des situations. 	<ul style="list-style-type: none"> L'élaboration d'une politique nécessitera un débat approfondi et la participation de nombreuses personnes affectées par le changement. Les politiques sont également plus susceptibles de comporter des différences d'une région à l'autre.
Pour les chercheurs	<ul style="list-style-type: none"> La recommandation est probablement étayée par des données probantes à certitude élevée ou d'autres jugements convaincants qui font qu'il est peu probable que des recherches supplémentaires modifient la recommandation. 	<ul style="list-style-type: none"> La recommandation sera probablement renforcée par des recherches supplémentaires. Une évaluation des conditions et des critères qui ont déterminé la recommandation conditionnelle permettra de cibler les éventuelles lacunes en matière de recherche.

Source : Adapté avec l'autorisation de : Schünemann H, Brozek J, Guyatt G, Oxman A, éditeurs. *Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach* [en ligne]. [lieu inconnu : maison d'édition inconnue], octobre 2013 [cité le 11 mai 2020]. Table 6.1, Implications of strong and weak recommendations for different users of guidelines. Disponible à l'adresse suivante : <https://gdt.grade.pro.org/app/handbook/handbook.html#h.33qgws879zw>

Remarque : La force de chaque énoncé de recommandation est indiquée directement en dessous et dans le **Résumé des recommandations et des énoncés de pratiques exemplaires**. Pour en savoir plus sur le processus utilisé par le comité d'experts pour déterminer la force de chaque recommandation, veuillez vous référer aux documents supplémentaires sous l'onglet des documents méthodologiques sur la page Web des LDPE.

Discussion sur les données probantes

La discussion sur les données probantes qui accompagne chaque recommandation comprend les principales sections ci-dessous.

1. **Bénéfices et inconvénients :** Les résultats potentiels désirables et indésirables de la pratique recommandée, selon la documentation. Cette section porte uniquement sur les études retenues dans le cadre de la revue systématique de la documentation.
2. **Valeurs et préférences :** L'importance ou la valeur relative accordée aux résultats de santé telle que définie par le suivi d'une intervention clinique particulière dans une perspective centrée sur les personnes. Le contenu de cette section peut comprendre des études retenues dans le cadre de la revue systématique de la littérature et, le cas échéant, des observations et/ou des considérations du comité d'experts de l'AIIAO.
3. **l'équité dans l'accès aux soins :** L'effet que la pratique recommandée pourrait avoir sur la santé dans différentes populations et différents établissements, ou les obstacles à la mise en application de la pratique recommandée dans des établissements particuliers. Cette section peut comprendre des études retenues dans le cadre de la revue systématique de la littérature et, le cas échéant, des observations et/ou des considérations du comité d'experts de l'AIIAO.
4. **Justification et recommandation du comité d'experts :** Une justification de la raison pour laquelle le comité d'experts a pris la décision de classer une recommandation comme forte ou conditionnelle.
5. **Conseils de mise en œuvre :** Met en lumière des informations pratiques pour les personnels infirmiers et les membres de l'équipe interprofessionnelle afin de soutenir la mise en œuvre dans la pratique. Cette section peut comprendre des données probantes issues de l'examen systématique et/ou d'autres sources, p. ex., le comité d'experts de l'AIIAO.
6. **Ressources justificatives :** Ressources pertinentes (p. ex., sites Web, livres et organisations) qui appuient les recommandations. Le contenu figurant dans cette section a été évalué selon cinq critères : la pertinence, la crédibilité, la qualité, l'accessibilité et l'actualité de la publication (publication au cours des dix dernières années). De plus amples détails sur ce processus et les cinq critères sont présentés dans les documents complémentaires sous l'onglet des documents méthodologiques sur la page Web des LDPE. En tant que telle, la liste n'est pas exhaustive, et le fait qu'une ressource a été incluse dans une de ces listes ne signifie pas qu'elle a obtenu l'approbation de l'AIIAO. Il se peut qu'une recommandation ne soit appuyée par aucune ressource justificative connue.

Évaluation des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Lors de la mise en pratique des recommandations de ces LDPE, nous vous demandons de réfléchir à la manière dont vous allez suivre et évaluer ses effets.

Le modèle de Donabedian prévoit l'élaboration d'indicateurs pour l'évaluation de la qualité des services sociaux et des soins de santé et distingue trois catégories d'indicateurs : le mode de structure, le processus et les résultats (45).

La **structure** décrit les caractéristiques du système de santé ou de l'organisation des services de soins de santé qui sont nécessaires pour assurer la qualité des soins. Il comprend les ressources physiques, humaines, informationnelles et financières.

Le **processus** consiste à examiner les services sociaux et les soins de santé fournis aux personnes ou aux populations afin d'en évaluer la qualité.

Les **résultats** permettent d'analyser l'effet de la qualité des soins sur l'état de santé des personnes et des populations, du personnel de la santé, des organisations de services sociaux et de soins de santé ou des systèmes de santé (45).

Pour en savoir plus, voir les sections **Surveillance de l'utilisation des connaissances** et **Évaluation des résultats** dans la Trousse pour la conduite du changement (5).

Les indicateurs suivants ont été élaborés pour soutenir l'évaluation et l'amélioration de la qualité dans les organisations de santé et de services sociaux et les établissements universitaires. Les **tableaux 4** et **5** fournissent une liste d'indicateurs de processus et de résultats ainsi que leurs définitions opérationnelles, numérateurs et dénominateurs. Étant donné le manque d'énoncés de pratiques exemplaires et de recommandations relatives à l'éducation des prestataires de services sociaux et de soins de santé, il n'y a pas d'indicateurs de structure associés dans ces LDPE. Chaque tableau indique également si l'indicateur s'aligne sur d'autres indicateurs dans des organisations locales, provinciales, nationales ou internationales. L'alignement sur les organisations est déterminé en comparant les critères suivants avec les indicateurs élaborés : la définition opérationnelle; si l'indicateur est sensible aux soins infirmiers; et les critères d'inclusion/exclusion. Selon le niveau d'alignement, un indicateur peut être décrit comme étant totalement, partiellement ou pas du tout aligné sur les organisations externes. Les indicateurs peuvent être adoptés (dans leur état actuel) ou adaptés (modifiés) à partir d'organisations.

Les indicateurs suivants contribueront à l'amélioration de la qualité des soins et à leur évaluation. Sélectionner les indicateurs les plus pertinents pour les changements apportés à la pratique, à l'éducation ou à la politique, sur la base des recommandations de la LDPE et des énoncés de pratiques exemplaires qui sont prioritaires pour la mise en œuvre.

Le **tableau 4** fournit une liste d'indicateurs de processus qui soutiennent l'évaluation des changements de pratiques pendant la mise en œuvre et les améliorations de processus correspondantes. Les indicateurs de processus sont dérivés des recommandations des LDPE et des énoncés de pratiques exemplaires.

Tableau 4 : Indicateurs de processus

RECOMMANDATION OU ÉNONCÉS DE PRATIQUES EXEMPLAIRES	INDICATEURS DE PROCESSUS	ALIGNEMENT SUR LES INDICATEURS D'AUTRES ORGANISATIONS
Énoncé de pratique exemplaire 2.0	<p>Pourcentage de personnes ayant participé à une prise de décision partagée concernant leur traitement, leurs soins et leurs services</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes ayant participé à la prise de décision partagée concernant leur traitement, leurs soins et leurs services</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes ayant reçu des soins ou nombre total de répondants à l'enquête</i></p>	<p>Alignement complet sur le Partenariat pour la mesure de la qualité (PMQ) et sur Santé Ontario</p> <p>Alignement partiel sur Agrément Canada et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)</p>
Énoncé de pratique exemplaire 3.0	<p>Pourcentage de personnes ayant été évaluées pour savoir si elles étaient prêtes à planifier leurs soins</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes ayant fait l'objet d'une évaluation en vue d'une planification des soins</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes ayant reçu des soins</i></p>	Nouveau
Énoncé de pratique exemplaire 3.0	<p>Pourcentage de personnes ayant participé à la planification des soins lorsqu'elles étaient prêtes</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes ayant participé à la planification des soins après avoir été prêtes</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes évaluées comme étant prêtes pour la planification des soins</i></p>	<p>Alignement complet sur le PMQ</p> <p>Alignement partiel sur l'Institut de recherche en services de santé (ICES)</p>
Énoncé de pratique exemplaire 4.0	<p>Pourcentage de personnes ayant déclaré que leur programme de soins personnalisé avait été élaboré en collaboration avec les prestataires de soins</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes ayant déclaré que leur programme de soins personnalisé avait été élaboré en collaboration avec les prestataires de soins</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes ayant reçu des soins ou nombre total de répondants à l'enquête</i></p>	<p>Adapté de la Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation^{MD} (NQuIRE^{MD}) (indicateurs de qualité en soins infirmiers pour la production de rapports et l'évaluation).</p> <p>Alignement complet sur l'OCDE</p> <p>Alignement partiel sur le PMQ</p>

RECOMMANDATION OU ÉNONCÉS DE PRATIQUES EXEMPLAIRES	INDICATEURS DE PROCESSUS	ALIGNEMENT SUR LES INDICATEURS D'AUTRES ORGANISATIONS
Recommandation 1.0	<p>Pourcentage de personnes ayant bénéficié d'une aide à la décision afin de participer en connaissance de cause à la prise de décision concernant les examens de santé et/ou les options de traitement des soins de santé</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes ayant reçu une aide à la décision</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes ayant reçu des soins pour lesquels il existe une aide à la décision</i></p>	Nouveau
Recommandation 2.0	<p>Pourcentage de personnes ayant reçu des masques pour les yeux et/ou des bouchons d'oreille en tant que stratégie de minimisation sensorielle, en fonction des besoins et des préférences de la personne</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes ayant reçu des masques pour les yeux et/ou des bouchons d'oreille comme stratégie de minimisation sensorielle</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes à qui l'on a proposé des masques pour les yeux et/ou des bouchons d'oreille comme stratégie de minimisation sensorielle en fonction des besoins et des préférences de la personne</i></p>	Nouveau
Énoncé de pratique exemplaire 5.0	<p>Pourcentage de personnes dont les besoins et les préférences en matière de soins virtuels ont été évalués afin de déterminer l'adéquation et les modalités de prestation des soins</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes dont les besoins et les préférences en matière de soins virtuels ont été évalués afin de déterminer la pertinence et les modalités de prestation des soins</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes ayant fait l'objet d'une évaluation en vue d'une prise en charge virtuelle</i></p>	Alignement partiel sur l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

RECOMMANDATION OU ÉNONCÉS DE PRATIQUES EXEMPLAIRES	INDICATEURS DE PROCESSUS	ALIGNEMENT SUR LES INDICATEURS D'AUTRES ORGANISATIONS
Énoncé de pratique exemplaire 5.0	<p>Pourcentage de personnes ayant reçu des soins virtuels en fonction de l'évaluation de leurs besoins et de leurs préférences</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes ayant reçu des soins virtuels en fonction de l'évaluation de leurs besoins et de leurs préférences</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes ayant fait l'objet d'une évaluation en vue d'une prise en charge virtuelle</i></p>	Alignement partiel sur le Better Outcomes Registry & Network (BORN)

Le **tableau 5** présente des indicateurs de résultats permettant d'évaluer l'impact de la mise en œuvre de changements dans les pratiques fondées sur des données probantes. Les indicateurs de résultats sont associés aux résultats de la ou des questions de recherche et/ou aux réflexions sur les résultats de toutes les recommandations et énoncés de pratiques exemplaires.

Tableau 5 : Indicateurs de résultats

INDICATEURS DE RÉSULTATS	ALIGNEMENT SUR LES INDICATEURS D'AUTRES ORGANISATIONS
<p>Pourcentage de personnes faisant état d'une expérience globalement positive en matière de soins</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes faisant état d'une expérience positive en matière de soins</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes ayant reçu des soins ou nombre total de répondants à l'enquête</i></p>	<p>Alignement complet sur l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), le ministère de la Santé de l'Ontario et le Partenariat pour la mesure de la qualité (PMQ)</p> <p>Alignement partiel sur l'ICES et Statistique Canada</p>
<p>Pourcentage de personnes ayant fait part d'une expérience positive en ce qui concerne leur participation à la planification des soins et du traitement</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes ayant fait part d'une expérience positive en ce qui concerne leur participation à la planification des soins et du traitement</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes ayant reçu des soins ou nombre total de répondants à l'enquête</i></p>	<p>Adapté de NQuIRE</p> <p>Alignement complet sur l'ICES et Santé Ontario</p> <p>Alignement partiel sur L'OCDE</p>

INDICATEURS DE RÉSULTATS	ALIGNEMENT SUR LES INDICATEURS D'AUTRES ORGANISATIONS
<p>Taux de plaintes reçues de la part de personnes recevant des soins pour 1 000 jours de soins/visites de soins</p> <p><i>Numérateur : Nombre de plaintes reçues de la part de personnes recevant des soins</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de jours de soins/visites de soins</i></p>	<p>Adopté de NQuIRE</p> <p>Alignement complet sur Santé Ontario</p>
<p>Pourcentage de personnes déclarant avoir eu une expérience globalement positive des soins virtuels</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes déclarant avoir eu une expérience positive en matière de soins virtuels</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes ayant reçu des soins virtuels ou nombre total de répondants à l'enquête</i></p>	<p>Alignement partiel sur l'ICIS, l'Inforoute Santé du Canada et Statistique Canada</p>
<p>Pourcentage de personnes déclarant que leurs origines et leur identité ont été respectées par leurs prestataires de soins</p> <p><i>Numérateur : Nombre de personnes déclarant que leurs origines et leur identité ont été respectées par leurs prestataires de soins</i></p> <p><i>Dénominateur : Nombre total de personnes ayant reçu des soins ou nombre total de répondants à l'enquête</i></p>	<p>Alignement complet sur Santé Ontario</p>

D'autres ressources de l'AIIAO pour l'évaluation et la surveillance des LDPE :

La [Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation^{MD}](#) (NQuIRE^{MD}), est un système de données international unique hébergé par l'AIIAO, qui permet aux OVPE^{MD} de contrôler et d'évaluer l'effet de la mise en œuvre des LDPE. Le système de données NQuIRE recueille, compare et communique des données sur les indicateurs de structure des ressources humaines ainsi que sur les indicateurs de structure, de processus et de résultats spécifiques aux lignes directrices et au domaine des soins infirmiers. Les définitions des indicateurs NQuIRE sont alignées sur les données administratives disponibles et des mesures de rendement existantes, lorsque c'est possible, selon le principe consistant à « collecter une fois et à utiliser plusieurs fois ». En complétant d'autres répertoires nouveaux ou existants, NQuIRE s'efforce de tirer parti de mesures fiables et valides, de réduire au minimum la charge de travail liée à la production de rapports et d'harmoniser les mesures liées aux évaluations afin de permettre la réalisation d'analyses comparatives. Créé en août 2012, le système de données NQuIRE vise à instaurer et à maintenir des cultures de pratique fondées sur des données probantes. Il se propose aussi de bonifier la sécurité de la personne, d'améliorer les résultats de santé et d'inciter le personnel à prendre conscience des liens qui existent entre la pratique et les résultats, tout cela dans le but d'améliorer la qualité des soins et de préconiser des ressources et politiques qui favorisent les changements conformes aux pratiques exemplaires (46).

Les [RNAO Clinical Pathways^{MC}](#) (cheminements cliniques) de l'AIIAO sont des recommandations numérisées et des énoncés de pratiques exemplaires intégrés dans les dossiers médicaux électroniques par l'intermédiaire d'un logiciel tiers. Actuellement, ces cheminements cliniques sont à la disposition de tous les établissements de soins de longue durée du Canada. La capacité de lier les mesures relatives à la structure et au processus à des mesures spécifiques des résultats chez les clients aide à déterminer les effets de la mise en œuvre des LDPE sur des résultats spécifiques en matière de santé.

Contexte

Que sont les soins centrés sur les personnes?

Historiquement, le modèle de traitement biomédical était la principale méthode de prestation de services de soins de santé, où une maladie était expliquée comme une maladie physique ou biologique, et où la santé était considérée comme l'absence de maladie (47). Le modèle biomédical est associé à une autorité paternaliste (attribuée au prestataire de services sociaux et/ou de soins de santé), et les personnes soignées sont reléguées à un rôle passif dans la relation de soins et d'aide sociale. Cela crée une différence de pouvoir entre le prestataire de services sociaux et de soins de santé (considéré comme l'expert dans ce modèle patriarcal) et les personnes recevant des soins de santé et des services sociaux (48). Les rencontres avec les prestataires qui adoptent cette approche sont souvent transactionnelles; le prestataire de services sociaux et de soins de santé se concentre uniquement sur les symptômes physiques de la maladie, et non sur la personne qui en est atteinte ou sur les facteurs environnementaux, culturels et sociaux qui influencent sa capacité à accéder aux soins nécessaires à la prise en charge de sa maladie (47,49). La maladie est un état et une expérience de l'ensemble de la personne, et le traitement des seuls symptômes physiques peut ne pas résoudre la véritable source du problème (47). Le modèle biomédical objective les personnes recevant des soins de santé et des services sociaux et les blâme souvent lorsque leur état de santé ne s'améliore pas, au lieu de les faire participer dès le départ aux décisions concernant leur état de santé et les interventions précoces potentielles (47). L'évolution du paysage de la santé mondiale et l'accent mis sur les besoins, les valeurs et les préférences des personnes rendent nécessaire une approche plus globale des soins et de la gestion des maladies.

Au cours des vingt dernières années, l'adoption d'une approche des soins de santé et des services sociaux mettant l'accent sur la relation entre les prestataires de services sociaux et de soins de santé et les personnes recevant des soins de santé a suscité un élan croissant (50). Ces travaux ont conduit à la conceptualisation et à l'acceptation croissante de la notion de soins centrés sur les personnes, dans le cadre desquels les prestataires de services sociaux et de soins de santé s'efforcent de parvenir à une compréhension commune avec les personnes afin de mieux répondre à leurs besoins précis, à leurs préférences et à leurs valeurs (14). L'expression « soins centrés sur les personnes » a été adoptée pour ne plus se focaliser sur la personne en quête de soins, mais pour adopter une approche plus complète et tenir compte de l'importance de la famille, de la communauté et de la société pour la santé (11). Pour en savoir plus, voir la **Remarque sur la terminologie et le libellé**.

Pourquoi les soins centrés sur les personnes sont-ils importants?

Lorsque des personnes, tout au long de leur vie, ont besoin de services sociaux et de soins de santé, elles cherchent à vivre une expérience sûre et positive. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit des services de soins de santé de qualité supérieure comme étant sûrs, efficaces, centrés sur les personnes, opportuns, efficaces, équitables et intégrés (11). Les soins centrés sur les personnes sont reconnus à l'international comme une caractéristique essentielle, et sont à la base de services de soins de santé de qualité supérieure (9,12,51,52). Les soins centrés sur les personnes sont importants car la recherche démontre que lorsque le programme de soins d'une personne est en harmonie avec ses besoins, ses souhaits, ses valeurs et ses préférences, les soins dispensés sont plus efficaces et permettent d'obtenir des résultats de qualité pour les patients, les organisations et les prestataires de services sociaux et de soins de santé (50,53,54). Lorsque les personnes se sentent respectées et véritablement entendues, elles sont plus susceptibles de participer à leurs soins, de suivre leur programme de soins, de prendre des décisions en connaissance de cause et de se déclarer plus satisfaites de leurs soins (50). De plus, les personnes qui ont une expérience positive du système de santé sont mieux outillées pour participer activement à leur parcours de soins. C'est pourquoi l'expérience des personnes avec le système de santé est l'un des piliers du quintuple objectif (26) et de la prise en compte des données probantes et de la durabilité des mouvements sociaux (2). Chez les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque, de maladie respiratoire obstructive chronique, de syndrome coronarien aigu et de rhumatologie, les interventions centrées sur les personnes (p. ex., communication efficace, identification des problèmes/préoccupations, **élaboration conjointe**^G de plans d'action, détermination des ressources pour l'autogestion des problèmes) sont associées à une réduction des admissions à l'hôpital, de la durée du séjour à l'hôpital, de la mortalité, des visites non planifiées et des coûts des soins ainsi qu'à l'amélioration de la qualité de vie (55).

Quels sont les principes, qualités et comportements essentiels des soins centrés sur les personnes?

Les principes essentiels des soins centrés sur les personnes sont les suivants :

- intégrité : reconnaît que les personnes sont les experts de leurs propres expériences (13);
- pertinence : il s'agit d'offrir la possibilité de créer un espace de compréhension mutuelle des besoins et des attentes (13);
- communication : il s'agit d'échanger les informations de manière à les affirmer et à les servir, et d'accueillir les questions et les éclaircissements (13);
- inclusion et préparation : rappelle aux prestataires de services sociaux et de soins de santé d'impliquer activement les personnes dans leurs soins (13);
- humilité et apprentissage : on attend des prestataires de services sociaux et de soins de santé qu'ils créent des espaces plus sûrs pour que les personnes puissent faire part de leurs problèmes et de leurs préoccupations (13).

Les qualités et comportements des prestataires de services sociaux et de soins de santé, des membres du personnel non clinique et du personnel de soutien sont importants pour les soins centrés sur les personnes (10,53,56). Ces qualités et comportements sont notamment les suivantes :

- attitude bienveillante;
- empathie : lorsque les prestataires de services sociaux et de soins de santé entrent dans le monde de la personne (en se mettant « à la place » de la personne) et s'efforcent de comprendre les expériences vécues par les personnes;
- respect : les personnes sont abordées avec une attitude respectueuse;
- approche complète de la planification et de la prestation des services sociaux et de soins de santé;
- prestation de soins de santé et de services sociaux culturellement sûrs et tenant compte des traumatismes;
- compétences en matière de communication, à l'écoute des besoins des autres pour faire progresser la relation (développement et maintien d'une relation thérapeutique de confiance et respectueuse) (voir l'**énoncé de pratique exemplaire 1.0** et l'**annexe D**);
- implication en partenariat avec les personnes lorsque le prestataire de services sociaux et/ou de santé est présent et engagé auprès des personnes;
- inclure activement les aidants naturels dans le partenariat avec les personnes et les prestataires de services sociaux et/ou de santé, en reconnaissant qu'ils apportent non seulement un éclairage essentiel sur les valeurs et les besoins de la personne recevant les soins, mais qu'ils peuvent également soutenir et gérer conjointement les besoins de la personne recevant les soins (p. ex., gestion des médicaments, prise de rendez-vous, etc.) (56);
- prise de décision partagée (voir l'**énoncé de pratique exemplaire 2.0**);
- encouragement de l'autonomie et de l'autogestion des personnes;
- création collaborative d'un programme de soins adapté aux préférences physiques, psychologiques, spirituelles et sociales ou environnementales de la personne recevant les soins de santé et les services sociaux (voir l'**énoncé de pratique exemplaire 4.0**); et offrir des soins coordonnés entre les prestataires de services sociaux et de soins de santé et les personnes recevant les soins (voir l'**annexe E**).

Comment les préjugés implicites influencent-ils la prestation de soins centrés sur les personnes?

Un préjugé implicite est une attitude ou un stéréotype qui est intériorisé et qui affecte inconsciemment les perceptions, les actions et les décisions des personnes (57). Ces préjugés sont le fruit d'expériences de vie personnelles, ainsi que d'une éducation culturelle et sociale (57). Les préjugés implicites, conscients ou non, influencent la manière dont les prestataires de services sociaux et de soins de santé, les membres du personnel non clinique et le personnel de soutien évaluent les personnes et agissent à leur égard. Les préjugés implicites peuvent souvent entraîner des expériences de santé discriminatoires et négatives pour les personnes qui cherchent à accéder aux services sociaux et de soins de santé nécessaires (58,59). La discrimination ou un traitement négatif lors de l'accès aux services sociaux et de soins de santé peut décourager les personnes de se faire soigner, conduire à de moins bons résultats en matière de santé et entraîner des inégalités de santé fondées sur la race, l'origine ethnique, la situation socio-économique, l'âge, le poids et le genre (60-65).

Étant donné que toutes les personnes ont des idées et des opinions préconçues sur les autres, il est important que les prestataires de services sociaux et de soins de santé, les membres du personnel non clinique et le personnel de soutien de tous les établissements de soins réfléchissent de manière critique à leurs propres hypothèses, attitudes et préjugés préconçus. L'accès à la formation sur les préjugés implicites est également impératif pour toutes les personnes travaillant dans le secteur de la santé et des services sociaux (57). Il a été démontré qu'une formation intégrant la pleine conscience, le renforcement de l'esprit d'équipe et la rétrospection personnelle réduisait les effets négatifs des préjugés implicites dans l'environnement clinique (57). Voir les **Ressources justificatives** dans l'énoncé de pratique exemplaire 1.0 pour consulter les documents éducatifs et les ressources relatives à l'équité, la diversité et l'inclusion et aux préjugés implicites, y compris la manière de déterminer ses propres préjugés implicites.

Comment les soins centrés sur les personnes favorisent-ils l'équité dans l'accès aux soins?

Les soins centrés sur les personnes peuvent améliorer l'équité dans l'accès aux soins en mettant en évidence les inégalités en matière de santé, en s'attaquant aux difficultés d'accès aux services de soins de santé et aux services sociaux et, en fin de compte, en contribuant à améliorer les résultats en matière de santé pour toutes les populations (54,66). Lorsqu'une approche des soins centrée sur les personnes est adoptée, les prestataires de services sociaux et de soins de santé réorientent leur action pour tenir compte du rôle important que les facteurs sociaux, culturels et socio-économiques jouent sur la capacité des personnes à accéder en toute sécurité aux services sociaux et de soins de santé (66). En veillant à ce que les populations défavorisées aient accès aux services sociaux et de soins de santé et à ce que ces services correspondent à leurs besoins personnels, à leurs valeurs et à leurs préférences, on peut réduire les obstacles aux soins (48). La section suivante présente diverses perspectives sur la façon dont les soins centrés sur les personnes favorisent l'équité dans l'accès aux soins au sein de plusieurs populations qui en ont besoin.

Promouvoir l'équité pour les peuples autochtones au Canada

La santé et le bien-être des **peuples autochtones**^G au Canada sont influencés par des déterminants et des contextes autochtones complexes, croisés et interdépendants (67). Les déterminants de la santé qui ont des répercussions sur les peuples autochtones vont au-delà des seuls déterminants sociaux et sont tous interconnectés (68). Les déterminants comprennent ce qui suit :

- les déterminants historiques de la santé, tels que le colonialisme et la colonisation;
- les déterminants structurels, tels que les déterminants sociaux de la santé (expériences de la petite enfance, environnements physiques, revenus et statut social, éducation et alphabétisation, réseaux de soutien social, comportements sains, accès aux services de soins de santé, déterminants biologiques, emploi, race/racisme, culture et genre);
- les autres facteurs qui facilitent ou entravent la santé et le bien-être, tels que la promotion de la santé, les services de soins de santé, l'éducation, le soutien social;
- les déterminants propres aux Autochtones, notamment les relations avec la terre, les réseaux de parenté, les langues et cérémonies traditionnelles et l'échange des connaissances (68);
- les déterminants autochtones les plus ancrés et les plus distaux de la santé, qui comprennent les fondements historiques, politiques, idéologiques, économiques et sociaux (visions du monde, spiritualité et autodétermination) (68).

La Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR) du Canada comprend sept « appels à l'action » sur la santé (28). Les cinq appels* à l'action particulièrement pertinents pour les soins centrés sur les personnes et conformes à ces LDPE sont brièvement paraphrasés ci-dessous (voir les énoncés complets pour en savoir plus).

La Commission de vérité et réconciliation insiste sur la nécessité de ce qui suit :

- 19. Réduire l'écart entre les résultats de la santé des peuples autochtones et ceux des populations non autochtones;
- 20. Reconnaître que les peuples autochtones ont des besoins en santé distincts qui doivent être respectés et pris en compte;
- 22. Reconnaître que les pratiques de guérison autochtones ont de la valeur et devraient être utilisées (en collaboration avec les guérisseurs et les aînés autochtones) dans le traitement des peuples autochtones, si la demande en est faite;
- 23. Veiller à ce que tous les prestataires de soins de santé reçoivent une formation sur les compétences culturelles;
- 24. Exiger que tous les établissements d'enseignements de médecine et de soins infirmiers obligent les étudiants à suivre un cours sur la santé autochtone, ainsi qu'une formation sur les compétences culturelles, les droits de la personne et la lutte contre le racisme (28).

* Les chiffres ci-dessus sont ceux utilisés dans les appels à l'action de la CVR

Outre les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada, quatre dimensions sont essentielles à la promotion de la santé et du bien-être des peuples autochtones :

- soins respectueux de l'équité
- soins culturellement sûrs
- soins tenant compte des traumatismes et de la violence
- soins adaptés au contexte (élargissement du concept de soins centrés sur les personnes) (48)

Les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent reconnaître les obstacles systémiques auxquels sont confrontés les peuples autochtones et les autres populations méritant l'équité, et travailler activement à l'amélioration des conditions et des résultats pour ces populations en pratiquant des soins centrés sur les personnes. Pour en savoir plus sur les problèmes actuels auxquels sont confrontés les groupes minoritaires au Canada (et dans le monde entier), veuillez consulter le site suivant (en anglais uniquement) : <https://minorityrights.org/country/canada>.

Promouvoir l'équité pour les personnes et les communautés noires

Le racisme est un système structurel existant dans la société, fondé sur la croyance erronée que certaines races sont supérieures ou inférieures les unes aux autres, accordant à certains groupes des privilèges et des possibilités, tout en opprimant et en marginalisant d'autres groupes (69). Dans le domaine des soins de santé, le racisme médical désigne la discrimination systémique et le traitement inégal des personnes en fonction de leur race ou de leur appartenance ethnique. Que cela se produise consciemment ou inconsciemment, cela crée un obstacle à la santé et aux soins de santé pour les diverses personnes racialisées (69). Les pratiques médicales biaisées, l'inégalité d'accès aux soins et la perpétuation de fausses croyances sur les différences biologiques entre les races sont autant de facteurs qui entraînent des disparités dans les résultats de santé (70). Par exemple, il a été démontré que le racisme et la discrimination raciale ont des répercussions sur la santé physique et mentale des personnes noires, ce qui entraîne une charge de morbidité disproportionnée pour les populations noires dans le monde entier (65).

Les expériences de racisme peuvent inclure des manifestations interpersonnelles cachées, telles que le rejet par les prestataires de services sociaux et de soins de santé, l'indifférence (p. ex., concernant la douleur), les préjugés et les microagressions raciales, ou des expressions manifestes, telles que le traitement différentiel et l'évitement du contact entre le prestataire et le patient (65). Il n'est pas rare que les personnes noires aient l'impression d'être réduites au silence ou rejetées par les professionnels de la santé, que leur expérience et leur connaissance de leur maladie et de leur corps ne soient pas reconnues (71) ou que leurs préoccupations en matière de santé soient minimisées (65). Dans un récent rapport publié à partir de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2016, les tendances en matière d'hospitalisations évitables (c'est-à-dire les admissions

à l'hôpital pour des problèmes de santé traitables, tels que l'asthme et le diabète) ont été examinées parmi les Soins centrés sur les personnes – Troisième édition groupes racialisés au Canada. Le rapport a révélé que les probabilités d'hospitalisations évitables étaient nettement plus élevées chez les hommes, les personnes noires et les non-immigrants; au cours des années de pandémie de la COVID-19 (2020 à 2022), les hospitalisations évitables ont augmenté de manière significative chez les hommes noirs, par rapport aux hommes non racialisés (72). Cette étude met en lumière les inégalités flagrantes en matière de santé auxquelles sont confrontées les personnes noires canadiennes, notamment les obstacles considérables à l'accès aux soins primaires. Donner la priorité aux personnes, adapter les services sociaux et de soins de santé aux valeurs, aux croyances et aux besoins des personnes, et leur donner les moyens de prendre des décisions éclairées en matière de santé, peut contribuer à atténuer les disparités en matière de santé et à améliorer l'accès aux soins pour cette population (73).

Promouvoir l'équité pour les personnes et les communautés 2ELGBTQI+

Le manque de connaissances, de formation et de compréhension des problèmes de santé des personnes 2ELGBTQI+ de la part des prestataires de services sociaux et de soins de santé peut conduire à des expériences négatives en matière de soins de santé et, en fin de compte, à de moins bons résultats pour la population 2ELGBTQI+ (74,75). Historiquement, le manque de sensibilisation des prestataires de services sociaux et de soins de santé aux besoins précis des personnes 2ELGBTQI+ a créé des obstacles à l'accès à des soins inclusifs et équitables (75,76). Les personnes 2ELGBTQI+ qui accèdent aux services sociaux et de soins de santé sont souvent victimes de stigmatisation et de discrimination, et les établissements de soins de santé ne sont pas toujours accueillants (74,75). En raison des besoins de santé uniques et des expériences vécues par les personnes 2ELGBTQI+, il est important que les prestataires de services sociaux et de soins de santé examinent de manière critique la façon dont leurs propres préjugés et hypothèses affectent la prestation des soins (74,75). La mise en place d'environnements positifs, inclusifs et respectueux peut conduire à des relations de confiance et de soutien entre les personnes 2ELGBTQI+, leur famille choisie et les prestataires de services sociaux et de soins de santé (75). Il existe de nombreuses organisations (p. ex., *Safer Spaces*) qui peuvent proposer des ateliers de formation en personne ou virtuels et des modules d'apprentissage aux prestataires de services sociaux et de soins de santé dans le but de créer des programmes et des lieux de travail inclusifs pour les personnes et les communautés 2ELGBTQI+.

Promouvoir l'équité pour les personnes âgées

Il est essentiel de transposer une approche centrée sur les personnes dans les établissements de soins pour personnes âgées (p. ex., les établissements de soins de longue durée [ESLD], les maisons de retraite) où les personnes sont souvent confrontées à des enjeux croisés liés au handicap, au déclin cognitif et aux maladies chroniques qui affectent la vie quotidienne des personnes, de leur famille choisie et des prestataires de soins (77). L'accès à des soins de qualité supérieure dans les ESLD est compliqué en raison des préjugés associés au vieillissement, à la santé mentale et au handicap (78). Les personnes âgées sont souvent marginalisées et perçues comme un fardeau, surtout lorsqu'elles perdent leurs capacités (78). Pour défendre les droits des personnes âgées et répondre à leurs besoins et préférences uniques, une nouvelle commission du Lancet a été créée pour favoriser les soins centrés sur les personnes dans les ESLD, conformément au cadre du vieillissement en bonne santé de l'OMS (78). Créée conjointement avec des personnes âgées ayant une expérience concrète, la commission a pour objectif de se concentrer sur les questions importantes en matière de politique, de réglementation, d'éducation et de soins afin de respecter et de restaurer la dignité des personnes âgées et d'optimiser leurs capacités fonctionnelles et leur bien-être (78).

Il existe des données probantes constantes qu'une approche des soins centrée sur les personnes dans les ESLD a des effets positifs sur les personnes résidentes. Une revue systématique visant à examiner les répercussions des interventions centrées sur les personnes âgées dans les ESLD a permis de constater une association positive entre la qualité de vie déclarée par les personnes résidentes et un fonctionnement cognitif plus élevé lorsque les personnes résidentes participaient à des activités quotidiennes (p. ex., faire du café, arroser les plantes). Ces interventions ont également contribué à l'amélioration de l'état psychologique grâce à la réduction de l'ennui et du sentiment d'impuissance (79). Chez les personnes atteintes de démence, on a constaté que les soins centrés sur les personnes réduisaient les symptômes neuropsychiatriques et la dépression, et que les interventions intensives et fondées sur l'activité à court terme étaient efficaces pour réduire l'agitation (80).

Promouvoir l'équité pour les populations à faibles revenus

Les populations à faible revenu sont souvent confrontées à des obstacles importants pour accéder aux services sociaux et de soins de santé, y compris des obstacles liés aux coûts, même au sein des systèmes de santé financés par l'État (81,82). Une étude portant sur plus de 700 participants en Ontario, au Canada, a révélé que les personnes rencontraient des difficultés considérables pour accéder aux services de soins à domicile et de proximité financés par l'État, tels que la physiothérapie, l'ergothérapie et d'autres aides à la réadaptation, et qu'elles devaient souvent payer de leur poche des médicaments essentiels et des équipements nécessaires sur le plan médical (83). Ces charges financières étaient particulièrement lourdes pour ceux qui avaient du mal à joindre les deux bouts. Pour que les soins soient véritablement centrés sur les personnes, les prestataires de services sociaux et de soins de santé devraient s'informer sur la situation socio-économique de la personne et la prendre en compte afin d'adapter le programme de soins. Cette approche garantit que les soins sont non seulement adaptés aux besoins personnels, mais aussi accessibles financièrement, ce qui contribue à réduire les disparités en matière de santé et à améliorer les résultats.

Comment les soins centrés sur les personnes peuvent-ils être mis en œuvre efficacement?

Formation sur les soins centrés sur les personnes

Une formation sur les soins centrés sur les personnes est nécessaire pour aligner la terminologie utilisée, les compétences et les capacités des prestataires de services sociaux et de soins de santé, et pour construire une culture centrée sur les personnes au sein des organisations de services sociaux et de soins de santé qui s'engagent à apprendre et à s'améliorer en permanence (84). La formation est importante pour les apprenants qui entrent dans les professions du domaine de la santé et pour les prestataires de services sociaux et de soins de santé qui exercent dans toute une série de disciplines et de lieux de pratique. L'intégration des principes essentiels des soins centrés sur les personnes à tous les niveaux de la prestation de soins peut également garantir la durabilité de leur mise en œuvre.

Les enjeux de la mise en œuvre des soins centrés sur les personnes et le rôle des champions

Malgré l'importance d'une approche des soins centrée sur les personnes, des difficultés persistent dans sa mise en œuvre. Par exemple, les facteurs environnementaux peuvent soit inhiber, soit soutenir la mise en œuvre d'interventions qui donnent la priorité aux préférences et aux valeurs des personnes dans la planification des soins. Ceux qui travaillent dans un environnement de pratique qui soutient un paradigme biomédical peuvent rencontrer des difficultés, dans la dynamique prestataire-patient existante, lors de l'introduction d'un modèle de prise de décision centré sur les personnes (85). Les prestataires peuvent donner la priorité aux aspects « objectifs » et « médicalisés » du traitement d'une maladie (85) et ne pas tenir compte des attentes de la personne en matière de soins et de rétablissement. Parmi les autres obstacles institutionnels, citons la pénurie de personnel infirmier, la charge de travail élevée, l'épuisement professionnel et les contraintes de temps. Le nombre de membres du personnel étant inférieur au nombre optimal et la charge de travail augmentant, il est difficile de communiquer et d'interagir efficacement avec les personnes et d'établir des relations thérapeutiques solides et significatives qui constituent le fondement des soins centrés sur les personnes (86). En raison des contraintes liées aux services, aux politiques et aux systèmes, l'accent peut être mis sur les soins centrés sur les tâches - ce qui constitue un obstacle aux soins centrés sur les personnes - car les prestataires de soins se concentrent davantage sur l'accomplissement des tâches que sur les besoins et les préférences des personnes et de leur famille (86). Outre les obstacles imposés à l'échelle de l'institution ou du système, la personnalité et le comportement des prestataires peuvent également entraver la mise en œuvre de soins centrés sur les personnes. La diversité des caractéristiques démographiques, des contextes culturels et linguistiques, des croyances, des préférences et des valeurs en matière de santé et de maladie joue un rôle dans les relations entre le prestataire et le patient et dans les résultats en matière de santé et de soins (86).

Les pairs leaders formés, appelés **champions**^G, sont bien placés pour contourner ces obstacles et faciliter la mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes. Les champions sont des pairs leaders formés (p. ex., des infirmières au point de service) qui assument des rôles de leadership formels ou informels pour soutenir l'introduction, la mise en œuvre et la durabilité des LDPE sur le lieu de travail (87,88). Bien que l'adoption d'une approche de soins centrés sur les personnes se soit généralisée, il reste nécessaire de revoir les programmes d'éducation et de formation afin que les partenaires essentiels puissent aider à soutenir et à mettre en œuvre le changement vers des soins centrés sur les personnes (49). À cet égard, les champions peuvent utiliser leurs connaissances, leurs compétences et leurs aptitudes pour créer des changements significatifs dans les pratiques fondées sur des données probantes qui promeuvent et soutiennent une approche des soins centrée sur les personnes.

CONCLUSION

Les soins centrés sur les personnes consistent à apprendre qui sont les personnes - leurs valeurs et leurs préférences, leurs croyances et leurs besoins. Il s'agit de reconnaître l'expérience concrète des personnes, de la valoriser et de l'encourager lors des interactions avec les prestataires de services sociaux et de soins de santé. Dans une optique de soins centrés sur les personnes, ces dernières deviennent des partenaires à part entière de leurs propres soins, et il incombe aux prestataires de services sociaux et de soins de santé de les soutenir dans leur objectif de bonne santé en écoutant attentivement et en comprenant leur histoire de vie et leurs expériences (13).



Principes directeurs

Les **principes directeurs**^G sont des concepts généraux qui dénotent une philosophie, une croyance, une valeur et/ou une norme de comportement que le personnel infirmier, les autres membres de l'équipe interprofessionnelle et les organisations de santé et de services sociaux devraient appliquer dans leur pratique. Il est important que les principes directeurs soient respectés afin d'améliorer les résultats en matière de santé pour tous. Les principes directeurs suivants ont été sélectionnés par le comité d'experts et sont considérés comme fondamentaux pour les soins centrés sur les personnes et pour toutes les recommandations et pratiques exemplaires contenues dans ces LDPE.

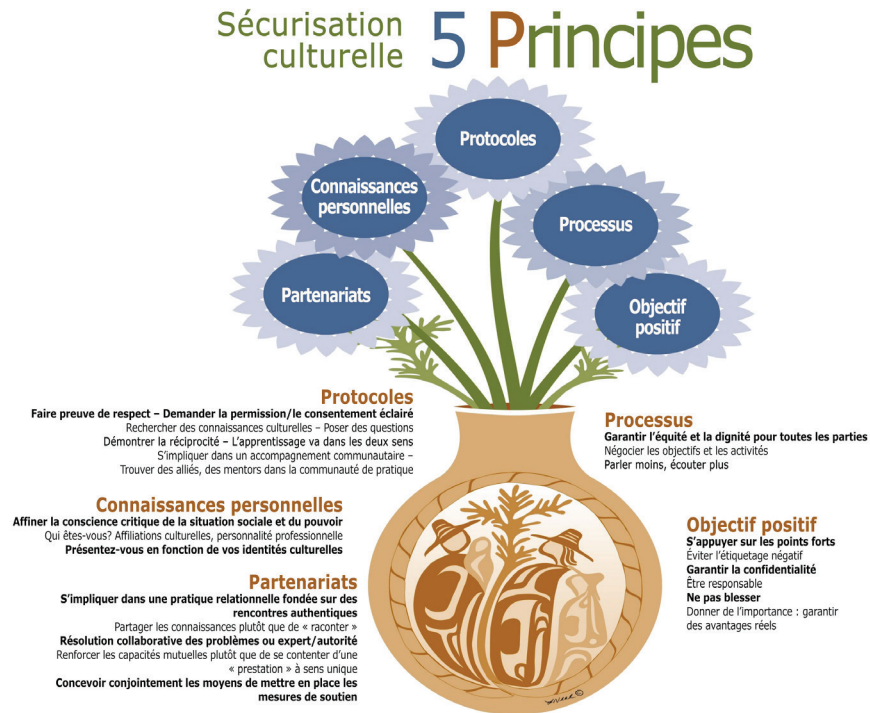
Sécurité culturelle

La **sécurité culturelle**^G se produit lorsque les personnes s'impliquent de manière respectueuse en reconnaissant les déséquilibres de pouvoir inhérents au système de santé et en s'efforçant de les corriger. Elle implique que les prestataires de services sociaux et de soins de santé adoptent une approche humble et consciente de la pratique clinique, en se positionnant comme des collaborateurs respectueux et ouverts d'esprit dans le cadre de soins centrés sur les personnes plutôt que comme des experts faisant autorité (17). Dans les soins centrés sur les personnes et culturellement sûrs, les services sociaux et de soins de santé doivent respecter les besoins et souhaits culturels et linguistiques de diverses populations et y répondre. L'objectif est de créer un environnement exempt de microagressions, de racisme et de discrimination, dans lequel les personnes se sentent en sécurité lorsqu'elles reçoivent des soins de santé et des services sociaux (17). Les services sociaux et de soins de santé culturellement sûrs reconnaissent que les populations les plus exposées à de mauvais résultats en matière de santé doivent recevoir des soins appropriés qui ne portent pas atteinte à leur identité culturelle, à leur sentiment d'identité et à leur bien-être (17).

Plusieurs termes sont utilisés dans la documentation pour désigner la sécurité culturelle, mais il s'agit de concepts distincts sur un continuum. Il s'agit des suivants : 1) la **sensibilisation culturelle**^G, qui consiste à être conscient des différences et des similitudes entre les cultures; 2) la **sensibilité culturelle**^G, qui consiste à être conscient et à reconnaître les répercussions de sa propre culture sur nos comportements, connaissances et préjugés; 3) l'**humilité culturelle**^G, qui est un parcours d'autoréflexion et d'apprentissage caractérisé par la capacité d'écouter sans jugement et d'être ouvert à l'apprentissage à partir des autres et à leur sujet; et 4) la **compétence culturelle**^G, qui se manifeste lorsque les personnes développent les connaissances, les compétences et les attitudes nécessaires pour travailler efficacement et respectueusement avec des personnes diverses (89).

Comme le montre la **figure 1**, les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent tenir compte de cinq principes pour promouvoir la sécurité culturelle et s'assurer qu'ils fournissent des soins culturellement sûrs. Il s'agit notamment des protocoles, des connaissances personnelles, des partenariats, du processus et d'un objectif positif.

Figure 1 : Cinq principes pour promouvoir la sécurité culturelle



Source : Reproduit avec l'autorisation de : Ball J. *Cultural safety*. Dans : *Early Childhood Development Intercultural Partnership* [en ligne]. Victoria (C.-B.) : Université de Victoria; c2024. Disponible à l'adresse suivante : <https://ecdip.org/cultural-safety/>

Veillez consulter le programme de formation de l'Indigenous Primary Health Care Council soutenant la sécurité culturelle autochtone pour en savoir plus sur la sécurité culturelle, la sensibilisation culturelle, la sensibilité culturelle, la compétence culturelle et l'humilité culturelle, et pour acquérir les compétences et les connaissances essentielles pour créer des environnements empreints de compassion, améliorer les résultats en matière de santé et établir des relations plus solides avec les personnes recevant des soins (<https://iphcc.ca/cultural-safety-training/>).

Approche des soins tenant compte des traumatismes

Une **approche des soins tenant compte des traumatismes**^G est un cadre qui met l'accent sur la sécurité physique, psychologique et émotionnelle dans le but de donner aux personnes les moyens de se rétablir. En adoptant une approche des soins tenant compte des traumatismes, l'objectif est non seulement de comprendre la personne dans sa globalité, mais aussi d'être conscient de la manière dont les répercussions des traumatismes et les expériences vécues par les personnes influencent l'état de santé et les comportements (90). Le traumatisme peut être un incident ou une série d'incidents qu'une personne juge émotionnellement perturbants ou mettant sa vie en danger (p. ex., maltraitance physique, sexuelle et/ou émotionnelle; pauvreté; racisme, discrimination et oppression; violence) et qui ont des conséquences durables sur le bien-être mental, physique, social, émotionnel et/ou spirituel de la personne (91). Les prestataires de services sociaux et de soins de santé qui pratiquent une approche tenant compte des traumatismes se rendent compte que les traumatismes ont des répercussions considérables sur la vie et le comportement des personnes, comprennent le chemin vers la guérison d'un traumatisme et peuvent reconnaître les signes et les symptômes associés à un traumatisme. Ces prestataires peuvent intégrer leurs connaissances sur les traumatismes dans les politiques, les procédures et les pratiques, et peuvent activement éviter de traumatiser et de retraumatiser les personnes (91) en travaillant en collaboration avec elles. Six principes essentiels guident l'approche tenant compte des traumatismes :

1. sécurité : assurer la sécurité physique, psychologique et émotionnelle des prestataires de services sociaux et de soins de santé et des personnes;

2. confiance et transparence : instaurer la confiance et veiller à ce que toutes les décisions soient transparentes;
3. soutien par les pairs : encourager les liens avec d'autres personnes qui ont également vécu un traumatisme et, dans la mesure du possible, intégrer les perspectives des personnes ayant vécu un traumatisme dans l'organisation et les processus; collaboration et réciprocité : diminuer les différences de pouvoir entre les prestataires de services sociaux et de soins de santé, les personnes et les organisations afin de favoriser la prise de décision partagée;
4. responsabilisation, voix et choix : reconnaître les forces des personnes et favoriser un sentiment de contrôle, tout en offrant des choix et en respectant l'autonomie individuelle afin de restaurer la confiance et l'efficacité personnelle;
5. sensibilité culturelle, historique et à l'égard du genre : reconnaître les contextes culturels, historiques et liés au genre des traumatismes, traiter les personnes selon ces contextes, et reconnaître le rôle de l'oppression systémique dans l'élaboration des expériences de traumatisme (91,92).

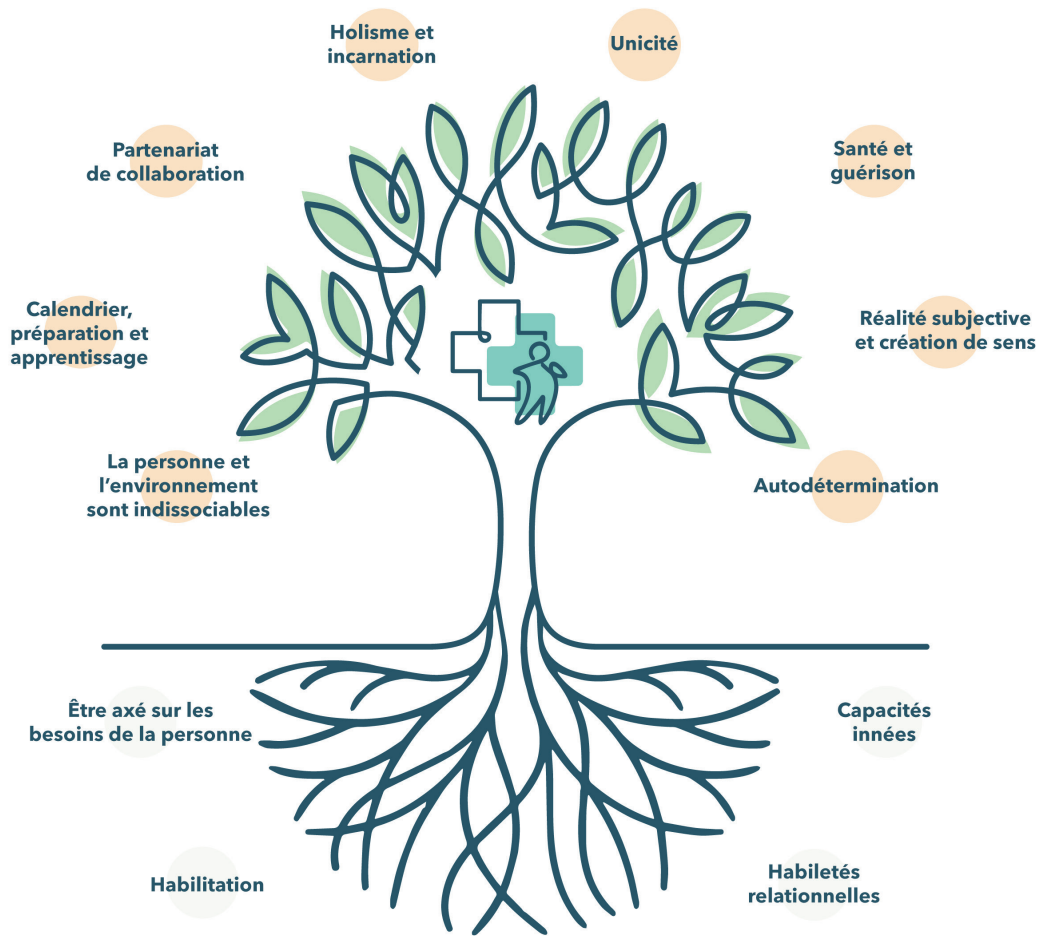
Intersectionnalité

L'intersectionnalité fait référence à l'étude des identités sociales croisées et des systèmes d'oppression, de domination ou de discrimination qui y sont liés. Dans un cadre d'intersectionnalité, les catégories de race, de classe, de genre, de sexualité, de nation, de handicap et d'âge sont considérées comme interdépendantes (93). Elle prend en compte toute la gamme des identités potentielles fondées sur des contextes historiques, politiques et sociaux, en plus des expériences et circonstances uniques vécues par la personne, et la manière dont elles peuvent se façonner les unes les autres (93). L'adoption d'une approche des soins centrée sur les personnes signifie que l'accent est mis sur la personne elle-même et sur ses besoins, préférences et valeurs précis (14). En adoptant également une optique intersectionnelle, les prestataires de services sociaux et de soins de santé peuvent mieux comprendre les facteurs qui se croisent, interagissent et contribuent à l'individualité des personnes, y compris leurs forces, leurs besoins, leurs préférences et leurs valeurs précis.

Soins infirmiers et de santé fondés sur l'exploitation des forces

Les **soins infirmiers et de santé fondés sur l'exploitation des forces**^G prennent en compte la compréhension des enjeux et des limites d'une personne dans un contexte plus large qui inclut ses forces intérieures et extérieures, telles que la résilience, les capacités d'adaptation, le soutien familial ou les ressources de la communauté (94). Il s'agit d'une approche des soins qui met l'accent sur les capacités et les ressources des personnes, en découvrant les points forts qui peuvent leur permettre de mieux maîtriser leur santé et leur bien-être (94). L'approche des soins infirmiers et des soins de santé fondés sur l'exploitation des forces repose sur quatre fondements : 1) les soins centrés sur la personne, qui se concentrent sur les capacités, les ressources, les valeurs et les objectifs de la personne afin de la comprendre en tant que personne au-delà de sa maladie ou de son handicap actuel; 2) l'autonomisation, qui reconnaît que les personnes sont pleines de ressources et capables de participer à une prise de décision partagée; 3) la pratique relationnelle, qui favorise les relations entre les personnes et les prestataires, fondées sur la collaboration et le partenariat, et non sur la hiérarchie; et 4) les capacités innées, qui s'appuient sur ce qui fonctionne bien pour la personne (95). Comme le montre la **figure 2**, outre les quatre piliers fondamentaux, les soins infirmiers et de santé fondés sur l'exploitation des forces reposent également sur huit valeurs fondamentales, soit : la santé et la guérison; l'unicité; l'holisme (schème de pensée et incarnation); la réalité subjective (perspectives multiples) et la création de sens; l'autodétermination; le partenariat collaboratif; l'apprentissage, la préparation et le choix du moment; et la reconnaissance de l'importance de l'environnement d'une personne (94).

Figure 2 : Les quatre piliers fondamentaux et les huit valeurs des soins infirmiers et de santé fondés sur l'exploitation des forces



Source : Reproduit avec l'autorisation de : Gottlieb LN. *SBNH Tree [Illustration]*. Montréal (Québec) : École des sciences infirmières Ingram, Université McGill; 2025. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.mcgill.ca/strengths-based-nursing-healthcare/about/strengths-based-nursing-and-healthcare>.

Une approche des soins infirmiers et de santé fondés sur l'exploitation des forces s'aligne étroitement sur les soins centrés sur les personnes et les renforce, car elle reconnaît et exploite les points forts et les capacités des personnes, les encourage à participer activement à leur parcours de santé et de bien-être, favorise les relations de collaboration entre les personnes et les prestataires de services sociaux et de soins de santé, et fournit des soins adaptés et complets.

Pratique réflexive

La pratique réflexive est un processus continu par lequel les personnes analysent et évaluent de manière critique leurs expériences, actions et décisions (96,97) et les répercussions de ces actions et comportements sur leur pratique (98).

En s'engageant dans une autoréflexion délibérée, les prestataires de services sociaux et de soins de santé peuvent cibler les points forts des personnes, ainsi que les domaines de leur pratique ou de leur base de connaissances susceptibles d'être améliorés, et les adapter en conséquence (96,97). La pratique réflexive offre donc un outil qui donne un sens à l'expérience de chacun et améliore la compréhension de sa propre pratique (99). Selon une analyse conceptuelle, Patel & Metersky (98) proposent d'inclure trois formes de réflexion dans la formation et la pratique des soins infirmiers :

- la réflexion dans l'action, le processus actif qui consiste non seulement à penser mais aussi à agir, et qui offre des possibilités de modifier les actions au fur et à mesure qu'elles se produisent (100);
- la réflexion pour l'action, qui consiste à anticiper les situations à venir en fonction de connaissances et d'expériences antérieures (101);
- la réflexion sur l'action, qui consiste à examiner rétrospectivement les situations pour en tirer des enseignements et modifier les actions futures (102,103).



Recommandations et énoncés de pratiques exemplaires

Relations thérapeutiques

ÉNONCÉ DE PRATIQUE EXEMPLAIRE 1.0 : RELATIONS THÉRAPEUTIQUES

Une pratique exemplaire pour les prestataires de services sociaux et de soins de santé est d'établir et de maintenir une relation thérapeutique avec les personnes, fondée sur des soins tenant compte des traumatismes et des pratiques culturellement sûres, garantissant le respect, la confiance et la collaboration.

Les soins centrés sur les personnes sont une approche des soins dans laquelle la personne est considérée de manière holistique. Pour apprendre à connaître une personne dans sa globalité, il est nécessaire d'établir une relation thérapeutique entre la personne et le prestataire (22). La relation thérapeutique est un élément fondamental et central des soins centrés sur les personnes (22), et la capacité à fournir ce genre de soins dépend de l'établissement d'une relation thérapeutique efficace (23). Par conséquent, l'établissement et le maintien d'une relation thérapeutique avec les personnes constituent une pratique exemplaire (23,36). Le comité d'experts a estimé qu'il était nécessaire de communiquer cet énoncé de pratique exemplaire, mais qu'il n'était pas nécessaire de procéder à une revue systématique de la documentation.

Une relation thérapeutique est fondée sur la confiance, le respect mutuel, la fiabilité et l'absence de jugement (104). L'empathie, la compassion, l'humilité culturelle et la capacité à comprendre et à écouter attentivement les préoccupations, les valeurs et les préférences des autres sont essentielles pour établir des relations thérapeutiques et, en fin de compte, fournir des soins centrés sur les personnes (36,105). L'esprit d'ouverture, la disponibilité, la possibilité d'échanger et l'individualisation des soins, tout en prêtant attention au langage verbal et non verbal qui est communiqué au cours des interactions, ont également été notés comme étant importants pour établir des relations thérapeutiques (106). Pour consulter une liste de stratégies de communication susceptibles de favoriser les relations thérapeutiques, voir l'[annexe D](#), et pour consulter des exemples de trois cadres de soutien à la communication (« N-U-R-S-E-S », Souhaiter-S'inquiéter-S'interroger et Demander-Dire-Demander) voir l'[annexe F](#).

Des relations thérapeutiques de qualité et significatives ont été associées à de meilleurs résultats pour les personnes, mesurés par l'état de santé physique et mentale et la satisfaction à l'égard des soins, ainsi que pour les prestataires de soins, qui font état d'une plus grande satisfaction au travail et d'un taux d'épuisement professionnel plus faible (107). L'amélioration de l'efficacité personnelle, de l'adhésion au traitement et de l'état fonctionnel, ainsi que la réduction de la morbidité ont également été associées à des relations positives entre la personne et le prestataire de soins (108,109). Il est important de noter que le fait que les personnes perçoivent leur relation avec leur prestataire de soins ou de services sociaux comme positive est associé à une participation accrue à la prise de décision médicale (105,109).

L'importance de développer et d'entretenir des relations thérapeutiques dans une optique centrée sur les personnes est démontrée dans la coordination des soins. Les coordinateurs de soins organisent les activités de soins d'une personne et échangent les informations entre toutes les personnes impliquées dans le cercle de soins de la personne (110). La coordination des soins est une approche centrée sur les personnes et basée sur l'équipe qui évalue les besoins, les préférences et les objectifs des personnes et qui vise ensuite à y répondre en référant la personne aux services sociaux et aux soins de santé appropriés. Ceci permet de garantir la prestation de soins sûrs, appropriés et efficaces des personnes dans le système de santé (110). Les activités de coordination des soins comprennent, par exemple, la communication et l'échange de connaissances, l'évaluation des besoins et des objectifs des personnes, le soutien des objectifs d'autogestion des personnes et l'alignement des ressources sur les besoins des personnes (110). Pour consulter une liste détaillée des activités et des éléments centrés sur les personnes qui font partie intégrante de la coordination des soins, voir l'[annexe E](#).

Cadre de l’AIIAO – Ce dont vous avez besoin pour établir une relation thérapeutique

Pour établir et maintenir une relation thérapeutique, les prestataires doivent posséder sept formes de connaissances et cinq capacités (23). Les connaissances requises sont les suivantes :

- connaissances de base (c’est-à-dire ce que le prestataire apporte à l’interaction avec les personnes);
- connaissance des théories interpersonnelles et du développement (p. ex., les théories du développement d’Erickson [1963] [111] et de Freud [1912] [112]);
- connaissance de la diversité (équité, diversité et inclusion) et des déterminants sociaux de la santé;
- connaissance de la personne (c’est-à-dire comprendre le monde de la personne, cibler/confirmer ce qui est significatif pour elle, découvrir ses forces et écouter attentivement l’histoire de sa vie);
- connaissance de l’état de santé et de la maladie de la personne;
- connaissance des influences générales sur les soins de santé et la politique des soins de santé (p. ex., les forces sociales et politiques, le champ d’action des différentes professions de santé, l’accessibilité aux ressources, etc.);
- connaissance du système de santé (c’est-à-dire le fonctionnement du système afin que le prestataire puisse aider la personne à s’y retrouver et à accéder aux services appropriés).

Les capacités requises sont les suivantes :

- conscience de soi
- connaissance de soi
- empathie
- conscience des limites
- capacité à être conscient des limites du rôle professionnel (p. ex., le champ d’application de la pratique) (36)

Bien que toutes les relations ne suivent pas une progression linéaire, les prestataires doivent comprendre que chaque relation comporte généralement une phase d’orientation, une phase de travail et une phase de résolution (36). Dans la phase d’orientation, le prestataire et la personne sont des étrangers, mais chacun apporte des idées préconçues à la rencontre, fondées sur des relations, des expériences, des attitudes et des croyances antérieures. Grâce à la confiance, au respect, à l’honnêteté et à une communication efficace, une relation commence à se former, des informations sont recueillies et les questions prioritaires sont discutées (36). Dans la phase de travail de la relation thérapeutique, les personnes peuvent explorer leurs pensées, leurs sentiments et leurs comportements (le processus étant facilité par le prestataire), les problèmes sont identifiés et des plans pour y remédier sont élaborés en collaboration (36). Enfin, la phase de résolution arrive lorsque les besoins ou les objectifs des personnes sont pris en compte et/ou satisfaits. La personne et le prestataire partagent les sentiments relatifs aux fins de la relation et parviennent à une compréhension mutuelle (36).

Il est important de noter que si les liens entre les personnes et les prestataires peuvent s’établir au fil du temps, ils peuvent également se produire lors de brèves rencontres ponctuelles; il est donc important de créer un lien et de commencer à construire la relation dès les premiers moments de la prise en charge (107,113).

Conseils de mise en œuvre

Selon le comité d'experts

Pour les prestataires de services sociaux et de soins de santé

- Il est important que les prestataires de services sociaux et de soins de santé se livrent à une autoréflexion, qu'ils comprennent leurs propres préjugés et qu'ils soient conscients d'eux-mêmes. L'autoréflexion comprend également la réflexion sur chaque interaction avec les personnes et l'apprentissage à partir de ces interactions. Voir l'**annexe G** pour consulter l'outil de compte rendu clinique *TALK* qui aide à promouvoir la réflexion et guide les équipes cliniques dans leur débriefage. Voir la section **Ressources justificatives** ci-dessous pour consulter l'*outil de compte rendu PEARLS pour les soins de santé* qui fournit un cadre structuré pour améliorer le processus de débriefage dans les contextes éducatifs et de formation et comprend une auto-évaluation de l'apprenant.
- L'établissement de relations thérapeutiques exige des prestataires de services sociaux et de soins de santé qu'ils fixent et maintiennent des limites avec les personnes.
- Les relations fondées sur des approches tenant compte des traumatismes et culturellement sûres renforcent la confiance entre les personnes et les prestataires de services sociaux et de soins de santé et peuvent réduire la peur, les jugements ou les préjugés.
- Les soins culturellement sûrs sont définis par les personnes ou les communautés qui reçoivent les soins, et non par les prestataires de services sociaux ou de soins de santé qui les dispensent.
- Les prestataires doivent utiliser le prénom de préférence de la personne lors de la rédaction des documents et veiller à ce que les dossiers soient tenus à jour.
- Ils doivent demander aux personnes qui elles souhaitent impliquer dans leurs soins ou dans les discussions sur leurs soins (p. ex., l'aidant naturel, la famille choisie, etc.).
- Ils doivent demander directement aux personnes s'il existe des préférences personnelles ou culturelles à connaître et qui les mettraient (les personnes) plus à l'aise.
- Ils doivent également documenter et présenter les résultats des préférences et des considérations avec l'équipe interprofessionnelle (voir également l'**énoncé de pratique exemplaire 4.0**, programme de soins).
- Il faut aussi prêter attention aux actions verbales et non verbales. Les actions non verbales, telles que le réconfort (p. ex., apporter une couverture chaude, parler à hauteur des yeux) peuvent aider à établir une relation thérapeutique.
- Il faut fournir des informations de différentes manières, par exemple à l'oral et à l'écrit.
- Il est aussi important de donner du temps et de l'espace aux personnes pour qu'elles puissent assimiler les informations données et poser des questions.
- Les aidants naturels peuvent avoir des besoins uniques et être confrontés à des niveaux élevés de stress, ce qui a des conséquences sur leur propre expérience et leur santé, ainsi que sur leur capacité à soutenir les soins de la personne recevant les soins. Il faut chercher à comprendre les besoins des aidants naturels qui jouent un rôle essentiel dans les soins et le soutien.
- Il est possible d'utiliser des services d'interprétation accrédités en cas de barrières linguistiques.
- Lorsqu'il y a des contraintes de temps :
 - Les lignes directrices concernant l'implication peuvent être discutées et créées conjointement avec les personnes lors de la première rencontre. Par exemple, les personnes doivent être informées qu'il est préférable d'avoir des discussions approfondies avec leur infirmier primaire ou leur infirmière primaire et non pendant les changements d'équipe, etc.
 - Les règles de base de l'implication sont mises en œuvre. Par exemple, il faut se présenter aux personnes par son nom, expliquer clairement les services que vous allez fournir et comment vous allez le faire, et discuter des objectifs de la personne pour la journée.
- Lors de l'établissement de relations thérapeutiques, il est important de se tenir au courant des stratégies d'implication, telles que l'intégration réfléchie des médias sociaux dans les interactions avec les personnes, le cas échéant.

- Pour pouvoir établir une relation thérapeutique avec les personnes, les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent également prendre soin d'eux-mêmes. L'autogestion de la santé aide les prestataires de services sociaux et de soins de santé à gérer le stress, à préserver leur santé mentale et physique et à prévenir l'épuisement professionnel et l'**usure de compassion**^G. L'usure de compassion, également connue sous le nom de traumatisme vicariant ou secondaire, résulte du désir de soulager la souffrance des autres (114). Il s'agit d'un état qui survient lorsque les prestataires de services sociaux et de soins de santé s'impliquent si intensément dans la douleur et la souffrance émotionnelles des personnes qu'ils deviennent eux-mêmes affectés émotionnellement, ce qui entraîne un épuisement émotionnel, physique et psychologique (115). Pour en savoir plus sur l'usure de compassion, y compris sur la manière de reconnaître les signes et les symptômes, et sur les stratégies pour y faire face et la gérer, voir les **Ressources justificatives** ci-dessous.

Pour les organisations de services sociaux et de soins de santé

- Les organisations de services sociaux et de soins de santé doivent reconnaître que les facteurs organisationnels, tels que l'augmentation de la charge de travail (y compris l'augmentation du nombre de patients), la prolongation des heures de travail et le manque de ressources pratiques de soutien, peuvent conduire à l'usure de compassion et à l'épuisement professionnel (116). Par ailleurs, la présence et l'engagement des dirigeants, une culture professionnelle positive et des activités de bien-être sur le lieu de travail peuvent protéger les prestataires de services sociaux et de soins de santé contre l'usure de compassion et l'épuisement professionnel (116).
- Pour les organisations de santé et de services sociaux qui souhaitent mettre en œuvre une approche tenant compte des traumatismes dans l'ensemble de l'organisation, voir les **Ressources justificatives** ci-dessous pour obtenir un lien vers le document d'orientation de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration, ainsi que l'**annexe H** qui fournit des domaines de mise en œuvre et des exemples de questions que les organisations peuvent prendre en compte lors de la mise en œuvre d'une approche tenant compte des traumatismes.
- Lorsque les établissements d'enseignement et les organisations de services sociaux et de soins de santé planifient et conçoivent des formations pour les prestataires de services sociaux et de soins de santé et les étudiants, ils doivent fournir des informations, des formations et des ressources sur les soins tenant compte des traumatismes et la sécurité culturelle. Cela aidera les prestataires de services sociaux et de soins de santé à mettre en œuvre ces approches dans la pratique.

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
Bajaj K, Meguerdichian M, Thoma B, Huang S, Eppich W et coll. (2018). L'outil de compte rendu PEARLS pour les soins de santé. <i>Acad Med</i> , 93(2), 336. DOI : 10.1097/ACM.0000000000002035	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un cadre créé pour soutenir les débriefages des soins de santé à la suite d'événements cliniques ou simulés ▪ L'outil aborde chacune des cinq phases du débriefage (mise en scène, réactions, description, analyse, application/résumé), les objectifs et les tâches, ainsi que des exemples de phrases et de questions. ▪ Il fournit également une variété de domaines de performance qui peuvent être explorés
Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario (STCO). Initiative Langage centré sur la personne. North Bay (Ont.) : BSO; n.d. Disponible à l'adresse suivante : https://brainxchange.ca/BSOPCL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fournit un large éventail de ressources, de matériel pédagogique et de cours aux personnes travaillant dans les ESLD afin de garantir que les choix terminologiques entourant les soins centrés sur les personnes sont appropriés et inclusifs
Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). <i>Preventing and recognizing burnout and compassion fatigue while working with older adults</i> . Toronto (Ont.) : CAMH; 2020. Disponible à l'adresse suivante : https://kmb.camh.ca/eenet/sites/default/files/2018/2019/2020/Compassion fatigue resource.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fournit des informations sur l'épuisement professionnel, l'usure de compassion, la manière d'identifier les signes et les symptômes de l'usure de compassion et la manière de l'éviter
Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). Relation thérapeutique infirmière-client ou infirmier-client [en ligne]. Toronto (Ont.) : CNO; 2006. Disponible à l'adresse suivante : https://cno.org/Assets/CNO/Documents/Standard-and-Learning/Practice-Standards/51033_nurseclient.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une norme de pratique pour le personnel infirmier qui fournit des attentes et des conseils sur les connaissances, les compétences et le jugement nécessaires pour établir des relations thérapeutiques avec les personnes ▪ Cette norme est fondamentale pour la pratique infirmière; c'est pourquoi elle a été incluse dans les ressources justificatives, bien qu'elle ait été publiée en 2006.

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Gouvernement du Canada. Approches tenant compte des traumatismes et de la violence – politiques et pratiques. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2 février 2018. Disponible à l'adresse suivante : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/securete-et-risque-pour-sante/approches-traumatismes-violence-politiques-pratiques.html</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Site Web du gouvernement du Canada qui donne un aperçu des éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> □ pourquoi les approches tenant compte des traumatismes et la violence sont nécessaires et importantes □ comment les traumatismes et la violence sont liés □ comment le genre et la culture sont liés aux traumatismes et à la violence □ comment les organisations et les praticiens individuels peuvent mettre en œuvre des approches tenant compte des traumatismes □ comment aborder les répercussions sur les prestataires de services qui travaillent avec des personnes qui ont subi (ou subissent) des violences et des traumatismes
<p>Excellence en santé Canada (ESC). Échange de connaissances virtuel sur l'équité, la diversité et l'inclusion. Ottawa (Ont.) : HEC; 2025. Disponible à l'adresse suivante : https://www.healthcareexcellence.ca/fr/ressources/echange-de-connaissances-virtuel-sur-l-equite-la-diversite-et-l-inclusion/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Propose des webinaires et des réflexions guidées pour : <ul style="list-style-type: none"> □ identifier et discuter les causes profondes des inégalités en matière de soins de santé □ apprendre à remettre en question et à démanteler les inégalités systémiques et structurelles □ explorer des approches accessibles et centrées sur l'équité
<p>Indigenous Primary Health Care Council (IPHCC). <i>About the Anishinaabe Mino'Ayaawin – People in good health approach to Indigenous cultural safety</i>. Port Perry (ON) : IPHCC; n.d. Disponible à l'adresse suivante : https://iphcc.ca/cultural-safety-training/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Approche de la sécurité culturelle autochtone (SCA) ■ Comprend : cours de formation en ligne, ateliers personnalisés, soutien à la gestion du changement, élaboration d'outils et de ressources
<p>Klinic Community Health Centre. Tenant compte des traumatismes : The trauma toolkit, second edition [en ligne]. Winnipeg (Manitoba) : Klinic Community Health Centre; 2013. Disponible à l'adresse suivante : https://trauma-informed.ca/wp-content/uploads/2023/04/trauma-informed_toolkit_v07-1.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit des connaissances et des conseils aux prestataires de services sociaux et de soins de santé qui travaillent avec des personnes ayant subi un traumatisme (ou affectées par un traumatisme) ■ Fournit des orientations aux prestataires et aux organisations sur la manière de travailler dans une perspective tenant compte des traumatismes et de développer des relations tenant compte des traumatismes

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Massachusetts General Hospital. <i>Nursing and patient care services: icare: Fostering a welcoming environment</i>. Boston (Massachusetts) : Massachusetts General Hospital; 2019. Disponible à l'adresse suivante : https://www.mghpcs.org/eed/pte/pte-icare.shtml</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un modèle et un outil pour tous les prestataires de services sociaux et de soins de santé, leur rappelant d'être réfléchis et ancrés avant de s'impliquer avec les personnes ▪ Il s'agit d'une série de rappels simples sur la façon dont nous façonnons les expériences des personnes au quotidien, que nous fournissions des soins indirectement ou directement ▪ Élaboré en collaboration avec un groupe de réflexion interdisciplinaire et le bureau de l'expérience des patients ▪ icare signifie : <ul style="list-style-type: none"> ▫ <i>communicate</i> (communiquer) ▫ <i>advocate</i> (défendre) ▫ <i>respect</i> (respecter) ▫ <i>empathize</i> (faire preuve d'empathie)
<p>Northern Health Indigenous Health. <i>Sécurisation culturelle : Supporting increased cultural competency and safety throughout Northern Health</i>. Prince George (C.-B.) : Northern Health; 2025. Disponible à l'adresse suivante : https://www.indigenoushealthnh.ca/cultural-safety</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Offre des affiches, des vidéos et d'autres ressources sur la sécurité culturelle afin d'accroître la sensibilisation, la compréhension et les capacités ▪ Les termes essentiels comme l'humilité culturelle, la sensibilisation culturelle, la sensibilité culturelle, la sécurité culturelle et la sécurité culturelle et le racisme envers les Autochtones sont décrits
<p>Carrefour du bien-être des médecins. <i>Usure de compassion : signes, symptômes et prise en charge</i>. Ottawa (Ont.) : Association médicale canadienne; 8 décembre 2020. Disponible à l'adresse suivante : https://www.cma.ca/fr/carrefour-bien-etre-medecins/contenu/usure-compassion-signes-symptomes-prise-charge</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fournit des informations sur ce qu'est l'usure de compassion, les signes avant-coureurs de celle-ci, les stratégies d'adaptation et de gestion à son égard, ainsi que des ressources supplémentaires en matière de bien-être
<p>Richardson L, Murphy T. <i>Favoriser la réconciliation dans les soins de santé au Canada – Wise practices for healthcare leaders</i>. Ottawa (Ont.) : SoinsSantéCan; avril 2018. Disponible à l'adresse suivante : https://www.healthcarecan.ca/wp-content/themes/camyno/assets/document/Reports/2018/HCC/FR/TRCC_FR.pdf?target=blank</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapport qui examine les problèmes critiques auxquels sont confrontés les peuples autochtones du Canada et la manière dont les responsables de la santé au Canada peuvent jouer un rôle essentiel pour contribuer à combler le fossé en matière de santé ▪ Inclut des pratiques judicieuses pour les leaders et les organisations de la santé afin de répondre aux appels à l'action de la Commission de vérité et de réconciliation du Canada (CVR) dans le domaine de la santé

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Schulman, M. <i>Laying the groundwork for trauma-informed care</i> [en ligne]. Hamilton (NJ): Centre for Health Care Strategies, Inc; janvier 2018. Disponible à l'adresse suivante : https://www.traumainformedcare.chcs.org/wp-content/uploads/Brief-Laying-the-Groundwork-for-TIC_11.10.20.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fournit des recommandations pratiques que les organisations de soins de santé et de services sociaux peuvent mettre en œuvre pour s'informer sur les traumatismes ▪ Décrit les étapes fondamentales que les prestataires peuvent suivre lorsqu'ils adoptent une approche des soins tenant compte des traumatismes
<p>Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). <i>Practical guide for implementing a trauma-informed approach</i>. Publication de l'SAMHSA n° PEP23-06-05-005. Rockville (MD) : National Mental Health and Substance Use Policy Laboratory, SAMHSA; 2023. Disponible à l'adresse suivante : https://library.samhsa.gov/sites/default/files/pep23-06-05-005.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un guide pratique qui fournit des stratégies permettant aux organisations de mettre en œuvre des approches de soins tenant compte des traumatismes ▪ Les chapitres portent notamment sur la manière de mener une évaluation organisationnelle, sur la gouvernance et le leadership, la formation et le perfectionnement de la main-d'œuvre, ainsi que sur l'évaluation et la durabilité
<p>Trauma-Informed Care Implementation Resource Center. <i>What is trauma-informed care? Shifting the focus from "what's wrong with you?" to "what happened to you?"</i> Hamilton (NJ): Center for Health Care Strategies; 2025. Disponible à l'adresse suivante : https://www.traumainformedcare.chcs.org</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le site Web propose de nombreuses ressources, notamment : <ul style="list-style-type: none"> ▫ des informations sur les soins tenant compte des traumatismes et les répercussions des traumatismes sur la santé ▫ des exemples de la manière dont les soins tenant compte des traumatismes peuvent être intégrés dans les établissements de soins de santé ▫ des stratégies et des outils pour la mise en œuvre d'approches de soins tenant compte des traumatismes; ▫ des témoignages de personnes qui ont adopté les principes de l'approche tenant compte des traumatismes dans leur propre pratique
<p>Vital talk. Vital talk permet d'apprendre les techniques de communication en cas de maladie grave. Disponible à l'adresse suivante : https://www.vitaltalk.org/resources/quick-guides/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fournit une série de guides d'une page qui proposent des stratégies de communication pour des sujets tels que les nouvelles graves, la discussion du pronostic, les transitions/objectifs de soins et les conférences de famille

Prise de décision partagée

ÉNONCÉ DE PRATIQUE EXEMPLAIRE 2.0 : PRISE DE DÉCISION PARTAGÉE

La pratique exemplaire veut que les prestataires de services sociaux et de soins de santé participent à la prise de décision partagée avec les personnes qui prennent des décisions éclairées sur leur traitement, leurs soins et leurs services.

La participation à la prise de décision partagée avec les personnes qui prennent des décisions concernant leur traitement, leurs soins et leurs services fait partie des pratiques exemplaires (96,117) et fait partie intégrante d'une approche des soins centrée sur les personnes (118). Le comité d'experts a estimé qu'il était nécessaire de communiquer cet énoncé de pratique exemplaire aux prestataires de services sociaux et de soins de santé, mais qu'il n'était pas nécessaire de procéder à une revue systématique de la documentation. La prise de décision partagée est un processus par lequel les prestataires de services sociaux et de soins de santé collaborent avec les personnes pour prendre des décisions concernant leurs besoins immédiats ou futurs en matière de santé et de soins, y compris la planification des soins (voir l'**énoncé de pratique exemplaire 3.0**) (35,119). Ces décisions sont fondées sur les risques, les bénéfices et les conséquences possibles des différentes options de soins et de traitement en utilisant les meilleures données disponibles, en combinaison avec les préférences, les besoins, les croyances et les valeurs de la personne informée (35,119). Ce processus de collaboration et de choix est l'essence même des soins centrés sur les personnes et tenant compte des traumatismes (91,119,120), car il permet aux personnes de prendre les décisions qui leur conviennent (35), y compris la décision de ne pas suivre de traitement ou d'apporter des changements à ce qui est fait actuellement (35).

La prise de décision partagée est une approche structurée qui permet aux personnes de prendre des décisions éclairées en équilibrant les bénéfices et les inconvénients d'une intervention (sur la base de données probantes), en fonction de leurs valeurs et de leurs préférences personnelles (121). En participant à la prise de décision partagée, les prestataires de services sociaux et de soins de santé soutiennent le principe selon lequel les personnes doivent jouer un rôle actif dans la prise de décision concernant leurs propres soins de santé, en veillant à ce qu'elles disposent des meilleures données disponibles pour prendre des décisions en connaissance de cause (122). Bien que la prise de décision partagée puisse être un processus continu et itératif, les étapes de la prise de décision partagée sont généralement les suivantes :

- le consentement de la personne informée recevant les soins à participer à la prise de décision partagée;
- la compréhension claire, tant par la personne que par le prestataire de services sociaux ou de soins de santé, de la décision à prendre et des options qui s'offrent à elle;
- la communication à la personne des informations sur le problème clinique et les options (bénéfices, inconvénients, conséquences) à choisir sont présentées à la personne, et expliquer clairement et comparer les options à l'aide de données probantes;
- le point de vue de la personne sur ce qui compte le plus pour elle est sollicité et les préférences sont élaborées selon ses priorités et ses valeurs;
- le prestataire de services sociaux ou de soins de santé guide la personne informée vers une décision;
- la réalisation d'une évaluation pour déterminer si la personne informée est à l'aise avec sa décision (121,123).

Lorsque les personnes participent à la prise de décision partagée, elles ont tendance à se sentir mieux informées sur leurs soins (124), déclarent mieux connaître leur santé et les risques associés aux options de traitement (124), sont plus impliquées dans le processus de prise de décision et ont une meilleure expérience globale avec les prestataires (122). Inversement, une faible satisfaction à l'égard de la prise de décision partagée (telle que rapportée par les personnes) a été associée à une probabilité accrue de mauvais résultats en matière de santé physique et mentale rapportés par les patients, ainsi qu'à une utilisation accrue des services d'urgence (125). Bien que les données probantes de l'efficacité de la prise de décision partagée sur la qualité des soins de santé, le coût et le temps de consultation soient limitées (126), il est probable que la prise de décision partagée puisse conduire à de meilleurs résultats en matière de santé en raison des bénéfices liés à la satisfaction des personnes, à l'amélioration de leurs connaissances et à leur implication dans la prise de décision.

Il convient de noter que certaines personnes ne souhaitent pas jouer un rôle actif dans la prise de décisions concernant leurs besoins en matière de santé et de soins. Dans ces circonstances, les prestataires de services sociaux et de soins de santé devraient donner aux personnes la possibilité de choisir le niveau d'implication qu'elles souhaitent et la quantité d'informations qui leur est communiquée (35). Cependant, pour consentir à un traitement, les personnes doivent comprendre les options, les bénéfices et les risques.

L'**annexe I** propose un modèle de prise de décision partagée en trois étapes : la « discussion d'équipe », la « discussion sur les options » et la « discussions sur la décision ».

Conseils de mise en œuvre

Conseils du comité d'experts en matière de mise en œuvre

Pour les prestataires de services sociaux et de soins de santé

- Établir une relation thérapeutique avant d'amorcer la prise de décision partagée et demander aux personnes comment les prestataires de services sociaux et de santé peuvent les faire se sentir respectées et à l'aise (voir l'**énoncé de pratique exemplaire 1.0** pour des informations sur l'établissement de relations thérapeutiques).
- Les aides à la décision sont des outils qui peuvent être utilisés pour faciliter la prise de décision partagée lorsque les personnes prennent des décisions sur les options de dépistage et/ou de traitement (voir **Recommandation 1.0**).
- Dans la mesure du possible, demandez aux personnes concernées qui elles souhaitent voir participer à ces discussions et précisez le niveau d'implication souhaité de la famille choisie ou de l'aidant naturel.
- La prise de décision partagée est guidée par la personne qui reçoit les soins; il convient de réévaluer régulièrement le niveau d'implication de la personne, car son désir d'être impliqué peut changer au fil du temps. En particulier lorsqu'un diagnostic est posé, les personnes peuvent être angoissées et ne pas se rendre compte qu'elles peuvent être impliquées dans la prise de décision. Cependant, en discutant du diagnostic et des bénéfices/risques/effets secondaires des traitements, les prestataires de services sociaux et de soins de santé peuvent soutenir l'implication des personnes afin qu'elles puissent prendre des décisions en toute connaissance de cause.
- Si la personne n'est pas en mesure de participer à la prise de décision partagée (p. ex., en cas de déclin cognitif, etc.), les prestataires de services sociaux et de soins de santé peuvent faire participer le mandataire choisi à la prise de décision partagée.
- Il faut réserver suffisamment de temps pour avoir des discussions délicates avec les personnes, en prévoyant du temps pour les questions/préoccupations qui pourraient surgir.
- Il faut également offrir des possibilités de réunions et de contrôles multiples à des moments qui conviennent le mieux aux personnes concernées. Il ne faut pas s'attendre à ce que les décisions ou les objectifs soient pris en une seule réunion, et une certaine souplesse est nécessaire pour que les décisions puissent être modifiées au fur et à mesure de l'évolution du plan convenu.
- Réserver une salle privée ou un espace propice à la discussion. S'il n'est pas possible de disposer d'un espace privé, il convient d'en informer la personne concernée et/ou sa famille choisie et de lui laisser le plus de contrôle possible. Proposer d'autres méthodes de communication, telles que la vidéo ou la conférence téléphonique.
- Reconnaître que les personnes peuvent avoir des systèmes de croyances différents et des voies de décision différentes qui sont influencées par ces croyances.
- Si des services d'interprétation sont nécessaires, il incombe à l'organisation de soins de santé ou de services sociaux de les fournir. Dans la mesure du possible, faire appel à des personnes certifiées et accréditées ou utiliser des méthodes de traduction approuvées. Les interprètes professionnels comprennent également la culture, qui fait partie de l'interprétation.
- Les équipes soignantes doivent évaluer la capacité et l'état de préparation des enfants à participer à la prise de décision partagée. Si l'enfant se montre prêt et souhaite participer à la prise de décision partagée, il convient de le soutenir et de lui permettre de contribuer d'une manière adaptée à son niveau de maturité et de compréhension (127). Apporter également un soutien aux enfants et aux jeunes s'ils ne souhaitent pas être impliqués dans la prise de décisions concernant leur santé et leurs soins (127).

- En cas de conflit entre l'enfant et sa famille concernant les décisions, les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent être prêts à aider l'enfant à développer sa capacité à gérer sa situation et la dynamique entourant la prise de décision (voir **Ressources justificatives** ci-dessous pour en savoir plus à ce sujet).
- Bien que l'intégration de la prise de décision partagée avec les personnes fasse partie intégrante d'une approche des soins centrée sur les personnes, il convient de noter que dans certaines situations, cela n'est pas possible et que le consentement n'est pas requis (p. ex., dans les situations d'urgence). Dans ces situations, il peut être nécessaire de mettre en œuvre des protocoles de soins intensifs ou des parcours de soins normalisés pour gérer les situations de soins critiques et optimiser les soins prodigués aux personnes se trouvant dans des environnements à haut risque.

Pour les organisations de services sociaux et de soins de santé

- Les organisations de soins de santé et de services sociaux ont la responsabilité d'examiner les lois applicables dans leur région et de dispenser une formation aux prestataires de santé et de services sociaux, le cas échéant. En Ontario, au Canada, les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent connaître les principales lois, telles que la *Loi sur le consentement aux soins de santé* (128) et la *Loi sur la prise de décisions au nom d'autrui* (129).
- Lors de la planification et de la conception de la formation des prestataires de services sociaux et de soins de santé et des étudiants, les établissements universitaires et les organisations de services sociaux et de soins de santé doivent fournir une formation et des informations sur 1) la prise de décision partagée (p. ex., le but, l'objectif, etc.), 2) la manière de reconnaître que les personnes sont prêtes à participer à la prise de décision partagée et 3) les stratégies de communication efficaces que les prestataires peuvent adopter pour s'impliquer dans la prise de décision partagée avec les personnes et connaître les valeurs, les croyances et les préférences de ces derniers.

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
Agency for Healthcare Research and Quality <i>The Share Approach</i> [en ligne]. Rockville (MD) : AHRQ; 2024. Disponible à l'adresse suivante : https://www.ahrq.gov/sdm/share-approach/index.html	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ressources disponibles sur l'approche « SHARE », un modèle de prise de décision partagée dirigé par un clinicien qui comporte cinq éléments essentiels pour favoriser un dialogue constructif avec les personnes. ■ Inclut des vidéos, des modèles et des ressources pour soutenir l'utilisation de l'approche « SHARE ».
Jonsen A.R., Siegler, M., & Winslade, W.J. <i>4-box method for clinical decision-making</i> . In <i>Clinical ethics: A practical approach to ethical decision in clinical medicine</i> . 5 ^e éd. New York : McGraw-Hill : 2002. Disponible à l'adresse suivante : https://i-med.ac.at/medizineethik-lehre/documents/4-box_ethical_dillema_framework.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Explique comment utiliser la méthode des quatre boîtes pour la prise de décision, qui est une approche pratique permettant de séparer les questions importantes et d'aider les personnes à se concentrer sur ce qui est vraiment important. ■ Remarque : ce document a plus de dix ans mais est considéré comme fondamental.
Lawson ML, Shepard AL, Feenstra B, et coll. (2020) Decision coaching using a patient decision aid for youth and parents considering insulin delivery methods for type 1 diabetes: a pre/post study. <i>BMC Pediatrics</i> , 20(1): https://doi.org/10.1186/s12887-019-1898-4	<ul style="list-style-type: none"> ■ Une recherche primaire examinant l'effet de l'accompagnement décisionnel, utilisant une aide à la décision du patient, sur le conflit décisionnel entre les jeunes et les parents.

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>National Institute for Health and Care Excellence (NICE). <i>Babies, children and young people's experience of healthcare</i> [en ligne]. Manchester (Royaume-Uni) : NICE; août 2021. Disponible à l'adresse suivante : https://www.nice.org.uk/guidance/ng204</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inclut des recommandations relatives à la participation aux soins de santé, à la défense des intérêts, à la planification des soins de santé et au soutien.
<p>National Institute for Health and Care Excellence (NICE). <i>Shared decision making</i> [en ligne]. Manchester (Royaume-Uni) : Public Health England; 17 juin 2021. Disponible à l'adresse suivante : www.nice.org.uk/guidance/ng197</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ce guide de pratique clinique comprend des recommandations sur la manière d'intégrer la prise de décision partagée à l'échelle de l'organisation; sur la manière de mettre en pratique la prise de décision partagée dans tous les environnements de soins de santé; sur l'utilisation d'aides à la décision pour les patients; et la manière de communiquer sur les risques, les bénéfices et les conséquences des traitements et des options de soins.
<p>Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa. Guides d'aide à la décision (principalement pour toute décision) [en ligne]. Ottawa (Ont.) : Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa; 2 mai 2025. Disponible à l'adresse suivante : https://decisionaid.ohri.ca/francais/gpdo.html</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lien vers des modèles de guides décisionnels personnels qui peuvent être téléchargés par les personnes et utilisés pour prendre une décision, réfléchir à ce qu'elles savent à ce sujet, clarifier ce qui compte le plus et planifier les prochaines étapes. ▪ Les guides peuvent être utilisés pour toute prise de décision liée à la santé ou aux services sociaux. ▪ Plusieurs langues disponibles.
<p>Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa. Tutoriel de soutien à la décision d'Ottawa [en ligne]. Ottawa (Ont.) : Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa; 2024. Disponible à l'adresse suivante : https://decisionaid.ohri.ca/ODST/index-f.php</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un tutoriel pour les prestataires de soins de santé visant à améliorer leurs connaissances et leurs compétences pour aider les personnes à participer à la prise de décision partagée. ▪ Disponible gratuitement en français et en anglais. ▪ Les utilisateurs doivent créer un nom d'utilisateur et un mot de passe, et un certificat d'achèvement leur est délivré s'ils obtiennent une note de 75 % ou plus.

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Shapherd HL, Barratt A, Jones A, et coll. <i>Can consumers learn to ask three questions to improve shared decision making? A feasibility study of the ASK (AskShareKnow) Patient- Clinician Communication Model® intervention in a primary health-care setting.</i> Health Expectations 19(5), 1160-1168. DOI : Disponible à l'adresse suivante : https://doi.org/10.1111/hex.12409</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une étude primaire qui évalue la faisabilité, l'adoption et l'acceptabilité de la mise en œuvre d'un programme de questions aux personnes. ▪ Le programme encourage les utilisateurs à poser des questions : <ol style="list-style-type: none"> 1. Quelles sont mes options? 2. Quels sont les bénéfices et les inconvénients possibles de ces options? 3. Quelle est la probabilité que chacun de ces bénéfices et de ces inconvénients se produise dans mon cas?

ÉNONCÉ DE PRATIQUE EXEMPLAIRE 3.0 : PLANIFICATION PRÉALABLE DES SOINS :

Une pratique exemplaire consiste, pour les prestataires de services sociaux et de soins de santé, à évaluer régulièrement l'état de préparation des personnes à la planification des soins et à faciliter le processus lorsqu'elles sont prêtes.

La prise de décision partagée est une condition préalable aux soins centrés sur les personnes (voir l'énoncé de pratique exemplaire 2.0), et la planification des soins est un moyen de permettre aux personnes de participer activement à la prise de décision partagée et de leur donner les moyens de le faire (130). C'est pourquoi les prestataires de services sociaux et de soins de santé devraient évaluer régulièrement si les personnes sont prêtes à participer à la planification des soins. Le comité d'experts a estimé qu'il était nécessaire de communiquer cet énoncé de pratique exemplaire, mais qu'il n'était pas nécessaire de procéder à une revue systématique de la documentation. La planification des soins est un processus qui « permet aux personnes qui ont la capacité de prendre une décision d'identifier leurs valeurs, de réfléchir aux significations et aux conséquences d'une maladie grave, de définir des objectifs et des préférences pour les traitements médicaux et les soins futurs, et d'en discuter avec leur famille et les prestataires de soins de santé » (131). Elle ne concerne pas seulement les préoccupations des personnes dans le domaine physique, mais englobe également les domaines psychologique, social et spirituel (131). Elle peut également inclure des discussions sur la prise de décision au nom d'autrui, en encourageant les personnes à désigner une personne de confiance pour prendre des décisions en leur nom s'ils sont jugés incapables (132). L'objectif de la planification des soins est de permettre aux personnes et aux familles choisies de se préparer et de planifier les soins de fin de vie à tout âge et à tout stade (133). En respectant l'autonomie individuelle, les objectifs personnels et les valeurs de la personne compétente deviennent centraux, et son sentiment de contrôle augmente (130).

La recherche a constamment démontré que les interventions qui soutiennent la planification des soins peuvent avoir un effet positif sur les résultats des patients. Dans une récente revue systématique qui a permis d'évaluer 132 essais cliniques randomisés (ECR) contrôlés portant sur l'efficacité des interventions de planification des soins, des conclusions cohérentes et positives ont été tirées selon lesquelles la planification des soins : améliore la qualité de la communication entre la personne et le médecin; augmente les préférences en matière de traitement (en particulier les soins de confort); diminue la probabilité de conflit décisionnel; et facilite l'alignement des préférences entre la personne et l'aidant naturel (c'est-à-dire que la personne et l'aidant naturel ont une compréhension commune de ce qui compte le plus pour la personne) (133,134). Une revue systématique (135) a également montré que la planification des soins permet de mieux documenter les préférences en matière de fin de vie. Malgré les bénéfices de la planification des soins, les analyses systématiques ont fait état de résultats mitigés en ce qui concerne l'efficacité de la planification des soins en fin de vie et sa cohérence avec les préférences et les objectifs déclarés par les personnes en matière de qualité de vie, de santé mentale et de lieu de décès (en particulier les décès à domicile) (133), ainsi qu'avec la satisfaction des soins de fin de vie du point de vue de la famille (135).

Pour participer à la planification des soins, les personnes doivent être préparées à ces discussions. En l'absence d'une préparation adéquate, les personnes peuvent ressentir une détresse émotionnelle, leurs objectifs de soins peuvent ne pas être atteints et leurs besoins peuvent ne pas être satisfaits (136). Divers facteurs peuvent influencer sur la préparation des personnes à la planification des soins, notamment : les attitudes (influencées par la formation/connaissance/expérience en matière de planification des soins, les facteurs sociodémographiques, la préparation psychospirituelle et les problèmes de santé actuels ou antérieurs); les normes subjectives (soutien social et participation de la famille, et accessibilité aux services sociaux et de soins de santé); et le contrôle comportemental perçu (pratique de la parole et de l'écrit sur la planification des soins et préparation de base) (137). Il est essentiel que les prestataires de services sociaux et de soins de santé évaluent d'abord si les personnes sont prêtes à s'impliquer dans la planification des soins en comprenant les facteurs qui influent sur cette préparation.

Le modèle transthéorique des étapes du changement est un cadre que les prestataires de services sociaux et de soins de santé peuvent utiliser pour évaluer l'état de préparation d'une personne aux discussions relatives à la planification des soins (138,139). Dans ce modèle, les personnes passent par cinq étapes de changement :

- pré-contemplation : lorsque les personnes n'ont pas entendu parler de la planification des soins ou ne l'ont jamais envisagée;
- contemplation : les personnes sont conscientes de l'existence de la planification des soins, mais ne sont pas encore prêtes à la mettre en œuvre;
- préparation : les personnes passent en revue le matériel éducatif et/ou discutent du sujet de la planification des soins;
- action : les personnes ont choisi leur mandataire spécial et ont discuté de leurs souhaits, de leurs valeurs et de leurs convictions avec ce mandataire; elles peuvent demander une aide et/ou des informations supplémentaires;
- maintien : les personnes reviennent sur les discussions relatives à la planification des soins avec leur mandataire spécial (138,139).

Le guide *ACP conversation guide – clinician primer* dans les **Ressources justificatives** ci-dessous fournit des conseils supplémentaires sur la manière d'utiliser le modèle transthéorique des étapes du changement pour évaluer l'état de préparation à la planification des soins, ainsi que des exemples d'activités et d'interventions que les prestataires de services sociaux et de soins de santé peuvent mettre en œuvre à chaque étape.

Voir les **conseils de mise en œuvre** ci-dessous pour en savoir plus sur la manière d'évaluer l'état de préparation des personnes et d'entamer ou de poursuivre des discussions sur la planification des soins. Pour une liste de stratégies de communication et d'exemples de phrases qui peuvent être utiles lors de l'introduction et/ou de la discussion de la planification des soins avec des personnes, voir le langage de la planification des soins, les discussions sur les maladies graves, et l'entretien motivationnel à l'**annexe D**. Voir également l'**annexe J** pour consulter le Guide de conversation sur les maladies graves, l'**annexe K** pour consulter le document PAUSE Carte de discussion sur les objectifs de soins et l'**annexe L** pour consulter un manuel destiné aux personnes recevant des services sociaux et des soins de santé.

Conseils de mise en œuvre

Conseils du comité d'experts en matière de mise en œuvre

Pour les prestataires de services sociaux et de soins de santé

- Évaluer l'état de préparation à l'aide d'approches et de stratégies de communication collaborative, telles que l'entretien motivationnel et du modèle demander-dire-demander. Pour en savoir plus sur les indicateurs de préparation, voir les **Ressources justificatives** ci-dessous. Pour en savoir plus sur les approches de communication collaborative, voir l'**annexe D** et pour des stratégies de communication précises, voir l'**annexe J**, l'**annexe K** et l'**annexe L**.
- Discuter régulièrement des objectifs et des préférences et adapter les discussions à la compréhension qu'a la personne de la planification des soins, à son état de santé et au stade de la maladie, à ses croyances culturelles et religieuses et à sa volonté de participer aux discussions.
- Si les personnes ne sont pas prêtes à s'engager dans des discussions sur la planification des soins, les prestataires de services sociaux et de soins de santé peuvent en explorer les raisons et les consigner dans leur programme de soins.
- S'assurer que les personnes comprennent qui est un mandataire spécial, examiner les qualités de ce dernier (voir les **Ressources justificatives** ci-dessous pour des informations sur les mandataires spéciaux) et suivre les réglementations législatives concernant les mandataires spéciaux (p. ex., en Ontario, il s'agit de la *Loi sur la prise de décisions au nom d'autrui* [129]).
- Connaître les ressources en matière de soins palliatifs pour faciliter les discussions sur la planification des soins et mettre les personnes en contact avec les ressources dont elles ont besoin et qu'elles souhaitent.
- Encourager les personnes à avoir des discussions à la maison avec la famille choisie, les aidants naturels ou d'autres personnes de leur réseau social sur ce qui compte le plus pour elles, y compris leurs préférences, leurs objectifs et leurs souhaits (voir les **Ressources justificatives** ci-dessous pour obtenir des informations sur la façon dont les personnes peuvent entamer la discussion et l'**annexe L** pour consulter un manuel visant à préparer les personnes à parler à la famille et à l'équipe soignante de leur choix de ce qui est important pour elles).

Pour les organisations de services sociaux et de soins de santé

- Des aptitudes et des compétences sont nécessaires pour entamer et maintenir des discussions sur la planification des soins. Les organisations de santé et de services sociaux et les établissements universitaires doivent fournir une formation et des informations sur 1) la planification des soins (p. ex., le but, l'objectif, etc.), 2) la manière de reconnaître que les personnes sont prêtes à avoir des discussions sur la planification des soins, et 3) les stratégies de communication efficaces que les prestataires peuvent adopter pour s'impliquer dans la planification des soins avec des personnes appartenant à des populations diverses.
- L'apprentissage par simulation peut être bénéfique pour apprendre des stratégies permettant d'aborder la planification des soins et d'avoir des discussions difficiles avec les personnes au sujet des programmes de soins, en fonction de l'état de la personne et du pronostic.
- Créer une politique organisationnelle pour la planification des soins (y compris l'évaluation de l'état de préparation, la documentation des discussions, l'évaluation des résultats, etc.) qui peut être mise en œuvre dans toutes les organisations de santé et de services sociaux.
- Les organisations de santé et de services sociaux peuvent disposer d'une documentation sur la planification des soins à l'intention des personnes et des prestataires de services de soins de santé et de services sociaux. Il est important d'examiner ces documents et outils, car ils seront alignés sur les politiques de votre organisation et de votre territoire de compétence.
- Si des services d'interprétation sont nécessaires, il incombe à l'organisation de soins de santé ou de services sociaux de les fournir. Dans la mesure du possible, faire appel à des personnes certifiées et accréditées ou utiliser des méthodes de traduction approuvées. Les interprètes professionnels comprennent également la culture, qui fait partie de l'interprétation.

Conseils de mise en œuvre provenant de la documentation

- Les éléments de la planification des soins sont notamment les suivants :
 - une exploration de la compréhension qu'a la personne de la planification des soins et une explication des objectifs, des éléments, des bénéfices, des limites et du statut juridique de la planification des soins;
 - l'adaptation à la volonté de la personne de s'impliquer dans le processus de planification des soins;
 - l'exploration des expériences, des connaissances, des préoccupations et des valeurs personnelles de la personne en matière de santé dans les domaines physique, psychologique, social et spirituel;
 - l'exploration des objectifs pour les soins futurs;
 - fournir des informations sur le diagnostic, l'évolution de la maladie, le pronostic, les bénéfices et les inconvénients des traitements possibles et les options de soins;
 - la clarification des objectifs et des préférences en matière de traitement médical et de soins futurs, et l'exploration de la mesure dans laquelle ces objectifs et préférences sont réalistes;
 - une discussion sur la possibilité d'avoir un représentant personnel (mandataire spécial) qui pourrait agir au nom de la personne lorsqu'elle n'est pas en mesure d'exprimer ses préférences, conformément à la réglementation locale;
 - l'exploration de la mesure dans laquelle la personne autorise son mandataire spécial à tenir compte de son contexte clinique actuel en plus de ses préférences précédemment exprimées lorsqu'elle exprime ses préférences en son nom;
 - la désignation d'un représentant personnel et la documentation y afférente;
 - des informations sur l'option et le rôle d'une directive préalable de soins, conformément à la réglementation locale;
 - l'établissement d'une directive préalable de soins (en fonction de la réglementation locale);
 - encourager la personne à fournir à sa famille choisie et aux prestataires de services sociaux et de soins de santé une copie de la directive préalable de soins (131).

- Qui peut faciliter les discussions
 - Les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent posséder les compétences nécessaires et faire preuve d'ouverture pour parler du diagnostic, du pronostic, de la mort et du décès avec les personnes concernées et leurs familles (131). Ces informations doivent être fournies de manière claire et cohérente (131).
 - « Des prestataires de soins appropriés sont nécessaires pour les éléments cliniques de la planification des soins, tels que la discussion sur le diagnostic, le pronostic, les options de traitement et de soins, l'exploration de la mesure dans laquelle les objectifs et les préférences en matière de traitement médical et de soins futurs sont réalistes, et la documentation de la discussion dans le dossier médical de la [personne recevant les soins] » (131).
- Calendrier de la planification des soins
 - La planification des soins peut se faire à tout moment de la vie, mais elle peut être plus ciblée lorsque l'état de santé de la personne progresse ou lorsqu'elle vieillit (131)
 - Mettre régulièrement à jour la documentation sur les discussions, car les valeurs et les préférences de la personne peuvent changer au fil du temps (131).

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
Planification préalable des soins Canada. 2024. Disponible à l'adresse suivante : https://www.planificationprealable.ca/outils-et-ressources/kits-doutils-et-guides/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Outils et guides. Ressources pour les familles, les aidants et les professionnels de la santé. ■ Comprend des ressources « pratiques » pour aider à prendre des décisions éclairées concernant la planification préalable des soins.
Planification préalable des soins Canada (Parlons-en). Le cadre pancanadien de planification préalable des soins [en ligne]. Ottawa (Ont.) : Association canadienne de soins palliatifs; 2020. Disponible à l'adresse suivante : https://www.acsp.net/initiatives/planification-prealable-des-soins-canada/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit un cadre et une stratégie actualisés pour aider les personnes à passer de la réflexion sur la planification des soins à des discussions centrées sur la planification des soins. ■ Le cadre actualisé reconnaît l'importance de la culture et son rôle dans la manière dont les personnes perçoivent leur santé et prennent des décisions en matière de soins de santé.
Alberta Health Services. <i>Advance care planning/ goals of care: Information for health professionals</i> [en ligne]. Edmonton (AL) : Alberta Health Services; 2025. Disponible à l'adresse suivante : https://albertahealthservices.ca/info/Page9099.aspx	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit des outils et des ressources, des projets d'amélioration de la qualité et des formations pour les prestataires de services sociaux et de soins de santé concernant la planification des soins et les discussions sur les objectifs de soins.
<i>Healthwise Staff. Advance Care Planning for Your Child</i> [en ligne]. Health Link BC; 27 mars 2023. Disponible à l'adresse suivante : https://www.healthlinkbc.ca/health-topics/advance-care-planning-your-child	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vue d'ensemble de la planification des soins et de la manière d'en préparer une pour un enfant.

RESSOURCE	DESCRIPTION
Hospice Palliative Care Ontario. <i>Advance care planning in Ontario</i> . Toronto (Ont.) : Hospice Palliative Care Ontario; 2024. Disponible à l'adresse suivante : https://www.advancecareplanningontario.ca	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit aux personnes des connaissances sur ce qu'est la planification des soins et sur le processus de planification des soins en Ontario. ■ Explique également des concepts tels que le consentement éclairé, la capacité mentale et la prise de décision au nom d'autrui.
Hospice Waterloo Region. <i>Advance care planning: conversations worth having. Healthcare provider resources</i> [en ligne]. Waterloo (Ontario) : Hospice Waterloo Region; 2015. Disponible à l'adresse suivante : https://advancecareplanning.hospicewaterloo.ca/resources/healthcare-provider-resources/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ressources pour les prestataires de services sociaux et de soins de santé, notamment : outils de discussion sur la prise de décision partagée, outils de discussion sur la planification des soins, guide de discussion pour les cliniciens et manuel « Parlons-en ».
Incardona N, Myers J. <i>ACP conversation guide – clinician version 2.0</i> . Waterloo (Ontario) : Hospice Waterloo Region; 2018. Disponible à l'adresse suivante : https://www.pcdm.ca/HPCO/Assets/Documents/ACP_Clinician_Guide_Feb_2023.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cette ressource fournit : <ul style="list-style-type: none"> □ des conseils sur la manière de préparer les discussions relatives à la planification des soins avec les personnes et leurs mandataires spéciaux; □ des informations pratiques sur le consentement, la capacité et la prise de décision, et la détermination des mandataires spéciaux; □ comment préparer les mandataires spéciaux à prendre des décisions concernant les soins de santé futurs.
Institute for Healthcare Improvement (IHI). <i>The conversation project</i> [en ligne]. Boston (Massachusetts) : IHI; 2025. Disponible à l'adresse suivante : https://theconversationproject.org/contact-us/	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit des guides librement accessibles pour les personnes et leurs familles, y compris : des amorces de discussion, comment choisir un mandataire pour les soins de santé, comment être un mandataire pour les soins de santé, comment parler à votre équipe soignante, etc. ■ Comprend également des ressources en matière de soins de santé, des ressources religieuses et des ressources communautaires.
Kiran D, Jerome D, Teeluck R, et coll. <i>Guide de discussion sur la planification préalable des soins</i> [en ligne]. Mississauga (ON) : Le collège des médecins de famille du Canada (CMFC); 2018. Disponible à l'adresse suivante : https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Ressources/Communications/ACP-GIFT-1pager-FR.pdf	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fiche d'information décrivant ce qu'est la planification des soins, les bénéfices de la planification des soins et la manière de procéder à la planification des soins. ■ Comprend un cadre permettant aux cliniciens de mener des discussions sur la planification des soins.

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Pallium Canada. <i>Ressources en soins palliatifs</i>. Ottawa (Ont.) : Pallium Canada; (2025). Disponible à l'adresse suivante : https://www.pallium.ca/fr/ressources-en-soins-palliatifs/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ressources et outils pour les professionnels de la santé dans le domaine des soins palliatifs. ■ Ceci comprend des ressources éducatives, des outils cliniques pratiques, des stratégies d'amélioration de la qualité et des possibilités de s'impliquer dans des communautés de pratique.
<p><i>Pediatric Palliative Care. Advance Care Planning</i> [en ligne]. Palliative Care Australia; 2025. Disponible à l'adresse suivante : https://paediatricpalliativecare.org.au/resource/advance-care-planning/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Décrit ce qu'est la planification des soins, les principes directeurs de la planification des soins, comment parler de la planification des soins aux enfants et aux familles, et les directives sur la planification préalable des soins.
<p>Rapoport A. <i>Goals of care conversations and advance care planning for paediatric patients living with serious illness</i>. 2024. <i>Paediatrics & Child Health</i>, 29, 397-403. DOI : https://academic.oup.com/pch/article/29/6/397/7896349</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Déclaration de principe de la Société canadienne de pédiatrie visant à aider les prestataires de services sociaux et de soins de santé pédiatriques à avoir des discussions importantes et efficaces concernant les objectifs de soins et les traitements appropriés pour la population pédiatrique.
<p>Rezaei MA, Zahiri A, Kianian T, et coll. <i>Factors related to patients' readiness for advance care planning: a systematic review</i>. <i>BMC Public Health</i>. 2025;25(78). DOI : doi.org/10.1186/s12889-024-21209-x</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Une revue systématique explorant les facteurs liés à la préparation des personnes à la planification des soins.

RECOMMANDATION 1.0 :

Le comité d'experts recommande que les personnes disposent d'aides à la décision pour mieux participer à la prise de décisions éclairées en matière de dépistage et de traitement des maladies.

Force de la recommandation : Forte

Degré de certitude des données sur les effets : Élevée



Des aides à la décision sont disponibles pour un large éventail de décisions de dépistage et de traitement en matière de soins de santé. L'utilisation d'aides à la décision ne remplace pas le dialogue permanent et le processus de prise de décision partagée impliquant un prestataire de soins de santé qui s'implique dans une relation thérapeutique avec les personnes qui prennent des décisions concernant leurs soins. Il n'existe pas d'aides à la décision pour toutes les décisions en matière de soins de santé auxquelles les personnes sont confrontés aujourd'hui, et elles ne sont pas non plus adaptées à chaque personne. En l'absence d'un outil d'aide à la décision validé, le prestataire de soins de santé doit poursuivre le processus de prise de décision partagée afin d'aider les personnes à prendre des décisions en matière de dépistage et de traitement des soins de santé. Lorsqu'il n'existe pas d'aide à la décision précise, les prestataires de soins de santé et les personnes qui prennent des décisions en matière de soins de santé peuvent utiliser des guides de prise de décision (voir les **Ressources justificatives** ci-dessous). Les guides de prise de décision peuvent aider les personnes à prendre une décision et à passer par les étapes suivantes : ce qu'ils savent déjà par rapport à la décision, ce qui doit être clarifié et comment planifier les étapes suivantes. Ces guides diffèrent des aides à la décision (pour le patient) parce qu'elles ne répondent pas à tous les critères d'admissibilité des normes internationales d'aide à la décision pour les patients (International Patient Decision Aid Standards, ou IPDAS), qui sont nécessaires pour être appelées aides à la décision (pour le patient) (140).

Discussion des données probantes :

Un élément essentiel d'une approche de soins centrés sur les personnes comprend l'intégration de processus de prise de décision partagée entre les prestataires de soins de santé et les personnes recevant des services de soins de santé (118) (voir l'**énoncé de pratique exemplaire 2.0** pour des conseils détaillés sur la prise de décision partagée). Les mandataires spéciaux (membres de la famille choisie, personne ayant une procuration, etc.) peuvent également être appelés à prendre ces décisions à la place d'une personne qui n'est pas en mesure de le faire. Les décisions relatives au dépistage ou aux traitements médicaux peuvent être « sensibles aux préférences » parce qu'il peut y avoir de multiples options (choix), y compris celle de ne pas faire de changement (c'est-à-dire de maintenir le statu quo), dont certaines ne sont pas suffisamment étayées par des données probantes quant à leurs résultats (141). L'utilisation d'outils d'aide à la décision est un moyen de soutenir le processus de prise de décision entre les prestataires de soins de santé et les personnes en ce qui concerne les options de dépistage et/ou de traitement des soins de santé.

Dans le cadre des LDPE, les aides à la décision sont des outils centrés sur la personne qui l'aident à prendre des décisions éclairées en matière de soins de santé. Les aides à la décision présentent les choix de décisions à prendre en matière de soins de santé, fournissent des informations fondées sur des données probantes concernant les options de dépistage ou de traitement, fournissent des informations sur les bénéfices et les inconvénients associés à chaque option et précisent les valeurs et les préférences personnelles (141). Les aides à la décision proposent un processus qui peut aider les personnes à prendre des décisions lorsqu'il y a plus d'une option, y compris le statu quo (141). Il en va différemment du matériel d'éducation à la santé, qui fournit aux personnes des informations générales sur leur diagnostic, leur traitement et sa gestion, mais qui n'est pas centré sur la prise de décision ou ne facilite pas le processus de prise de décision (141). Les aides à la décision se présentent sous différentes formes : papier, Web, informatique (ou une combinaison de matériel audio, informatique et informatique/Web), des vidéos ou des scripts. Voir les **Ressources justificatives** ci-dessous pour en savoir plus sur les aides à la décision, y compris les liens vers le Groupe de recherche sur les outils d'aide à la décision pour les patients de l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa et le National Institute for Health and Care Excellence (NICE), qui hébergent des bases de données d'aides à la décision qui sont librement accessibles.

et téléchargeables. Voir aussi l'**annexe M** pour consulter un modèle d'aide à la décision qui peut être utilisé pour les personnes prenant une décision en matière de santé ou sociale.

Quel que soit le format, l'objectif d'une aide à la décision est de soutenir les personnes et d'améliorer les consultations et les discussions avec les prestataires de soins de santé, et non de les remplacer (141). Pour cette recommandation, l'intervention visée est la fourniture d'aides à la décision par les prestataires de soins de santé aux personnes recevant des soins, afin de leur permettre de participer activement aux décisions relatives au dépistage ou aux options de traitement des soins de santé. Cette approche a été comparée aux soins habituels, où les décisions sont généralement prises par le biais de processus décisionnels normalisés sans utiliser d'outils d'aide à la décision.

Avantages et inconvénients

Une grande revue systématique de 209 **essais contrôlés randomisés**^G (ECR) a été incluse dans cette recommandation (141). Les interventions dans les ECR primaires comprenaient une gamme d'aides à la décision utilisées pour le dépistage de divers problèmes de santé (p. ex., le dépistage pour la prévention du cancer) et les options de traitement médical et/ou chirurgical (141). Les aides à la décision étaient accessibles sous différentes formes : papier, Web ou programme informatique (ou une combinaison de matériel audio, vidéo et informatique/Web), vidéo ou scripts (141). La population comprenait les adultes âgés de 18 ans ou plus, les adultes agissant en tant que mandataires spéciaux pour les enfants (p. ex., les parents), ou les adultes incapables de participer à la prise de décision en raison de leur état de santé. Les groupes de comparaison des ECR étaient constitués de personnes recevant des informations et des soins habituels, y compris des informations générales, une évaluation des risques, des résumés de lignes directrices de pratique clinique créés pour les personnes recevant des soins de santé, des informations sur un domaine différent (c'est-à-dire une intervention placebo) ou pas d'intervention. Pour en savoir plus sur les interventions présentées dans la documentation, voir les **Conseils de mise en œuvre** ci-dessous.

Le **tableau 5** ci-dessous présente un résumé des résultats évalués dans la revue systématique (141) de 2024 de Stacey et coll. ainsi que l'efficacité des aides à la décision (par rapport aux soins habituels) sur ces résultats, telle qu'elle est rapportée dans les ECR. Dans l'ensemble, les aides à la décision ont probablement aidé plus d'adultes à faire des choix éclairés et conformes à leurs valeurs, ont entraîné une augmentation modérée des connaissances et des perceptions exactes des risques, ainsi qu'une légère augmentation de la satisfaction à l'égard du processus de prise de décision. L'utilisation d'une aide à la décision a entraîné une augmentation modérée du sentiment d'information et une faible augmentation du sentiment de clarté quant à leurs valeurs personnelles. Bien que la durée de la consultation ait légèrement augmenté (1,5 minute) lorsqu'une aide à la décision était utilisée, cette durée a légèrement diminué lorsque l'aide à la décision était fournie avant la consultation. Il n'y a pas eu de différence dans la participation partagée à la prise de décision; cependant, il y a eu une diminution modérée de la prise de décision contrôlée par le médecin et une légère augmentation de la prise de décision contrôlée par le participant. On a également constaté une légère diminution du regret décisionnel.

Tableau 5 : Résumé des résultats de la revue systématique

RÉSULTAT	NOMBRE D'ECR FAISANT ÉTAT DES RÉSULTATS	DIRECTION ET AMPLEUR DES RÉPERCUSSIONS
<p>Valeurs éclairées – conformité des choix</p> <p>Conformité entre l'option choisie et les valeurs de la personne informée (141).</p>	21	<p>L'utilisation d'aides à la décision a entraîné une augmentation modérée de la congruence entre les valeurs éclairées et les choix, par rapport aux soins habituels.</p> <p>Pour 100 personnes qui utilisent des aides à la décision avec un prestataire de soins de santé, 23 personnes de plus constateront une conformité entre l'option choisie et leurs valeurs lorsqu'elles prendront des décisions en matière de dépistage ou de traitement (la fourchette va de 13 à 36 personnes de plus).</p>
<p>Synthèse</p> <p>Connaissances de la personne qui utilise l'aide à la décision sur les bénéfices et les inconvénients des options de dépistage ou de traitement.</p> <p>Cette évaluation a été normalisée sur une échelle allant de 0 (aucune connaissance) à 100 (connaissance parfaite) (141).</p>	107	<p>Par rapport aux soins habituels, l'utilisation d'un outil d'aide à la décision a permis d'améliorer modérément les connaissances des patients sur les bénéfices/inconvénients du dépistage ou des options thérapeutiques.</p>
<p>Perception précise des risques</p> <p>Dans quelle mesure la personne comprend les probabilités perçues d'un résultat (141).</p>	25	<p>Pour 100 personnes qui utilisent des aides à la décision avec un prestataire de soins de santé, 26 personnes de plus auront une perception exacte des risques lorsqu'elles prendront des décisions en matière de dépistage ou de traitement (la fourchette va de 16 à 38 personnes de plus).</p>

RÉSULTAT	NOMBRE D'ECR FAISANT ÉTAT DES RÉSULTATS	DIRECTION ET AMPLEUR DES RÉPERCUSSIONS
<p>Conflit décisionnel – sous-échelle du sentiment d'être mal informé</p> <p>La personne qui utilise l'aide à la décision se sent mal informée. Cette mesure est normalisée sur une échelle allant de 0 (informé) à 100 (non informé) (141).</p>	58	Le nombre de personnes se sentant mal informées a modérément diminué lorsqu'une aide à la décision a été utilisée, par rapport aux soins habituels.
<p>Conflit décisionnel – sous-échelle du manque de clarté sur les valeurs personnelles</p> <p>La personne qui utilise l'aide à la décision n'est pas sûre de ses valeurs personnelles.</p> <p>Il s'agit d'un formulaire normalisé sur une échelle de 0 (clair) à 100 (pas clair) (141).</p>	55	L'utilisation d'une aide à la décision a entraîné une légère diminution du sentiment d'incertitude quant à ses valeurs personnelles, par rapport aux soins habituels.
<p>Participation à la prise de décision : contrôlée par le clinicien</p> <p>La personne qui utilise l'aide à la décision joue un rôle passif dans la prise de décision, la décision étant principalement prise par le clinicien (141).</p>	21	<p>On observe une diminution modérée du nombre de personnes jouant un rôle passif dans la prise de décision lorsqu'une aide à la décision a été utilisée, par rapport aux soins habituels.</p> <p>Pour 100 personnes qui utilisent des aides à la décision avec un prestataire de soins de santé, 4 personnes de moins feront l'expérience d'un processus décisionnel contrôlé par le clinicien lorsqu'elles prendront des décisions en matière de dépistage ou de traitement (la fourchette est de 7 à 0 personnes de moins).</p>

RÉSULTAT	NOMBRE D'ECR FAISANT ÉTAT DES RÉSULTATS	DIRECTION ET AMPLIEUR DES RÉPERCUSSIONS
<p>Participation à la prise de décision : contrôlée par les participants</p> <p>La personne qui utilise l'aide à la décision participe activement à la prise de décision (141).</p>	20	<p>Le nombre de personnes participant activement à la prise de décision a légèrement augmenté lorsqu'une aide à la décision a été utilisée, par rapport aux soins habituels.</p> <p>Pour 100 personnes qui utilisent des aides à la décision avec un prestataire de soins de santé, dix personnes de plus feront l'expérience d'une participation partagée entre le participant et le clinicien à la prise de décision lors d'un dépistage ou d'un traitement (la fourchette va de 2 personnes de plus à 24 personnes de plus).</p>
<p>Participation à la prise de décision : participation partagée</p> <p>La personne et le prestataire ont participé ensemble au processus de prise de décision (141).</p>	23	<p>Il n'y avait pas de différence dans la participation partagée entre la personne et le prestataire dans la prise de décision par rapport aux soins habituels.</p> <p>Pour 100 personnes qui utilisent des aides à la décision avec un prestataire de soins de santé, une personne de plus fera l'expérience d'une participation partagée entre le participant et le clinicien à la prise de décision lors d'un dépistage ou d'un traitement (la fourchette va de 4 personnes de moins à 3 personnes de plus).</p>
<p>Durée de la consultation (en minutes)</p> <p>Durée de la consultation, telle que rapportée par le prestataire (141).</p>	<p>8</p> <p>*Aide à la décision fournie <i>lors</i> de la consultation</p>	<p>Le temps de consultation a légèrement augmenté lorsqu'une aide à la décision a été utilisée, par rapport aux soins habituels.</p>
	<p>5</p> <p>*Aide à la décision utilisée <i>pour préparer la</i> consultation</p>	<p>Une légère réduction du temps de consultation a été observée lorsqu'une aide à la décision a été utilisée, par rapport aux soins habituels.</p>

RÉSULTAT	NOMBRE D'ECR FAISANT ÉTAT DES RÉSULTATS	DIRECTION ET AMPLEUR DES RÉPERCUSSIONS
<p>Satisfaction dans le processus de décision</p> <p>La personne s'est déclarée satisfaite du processus de prise de décision.</p> <p>Plusieurs échelles ont été utilisées pour évaluer la satisfaction, les notes les plus élevées indiquant une plus grande satisfaction (141).</p>	12	La satisfaction des patients à l'égard du processus de prise de décision a légèrement augmenté lorsque des aides à la décision ont été utilisées par rapport aux soins habituels.
<p>Regret à l'égard de la décision</p> <p>Le degré de regret à l'égard de la ou des décisions prises en matière de dépistage ou de traitement que la personne qui utilise l'aide à la décision a expérimenté.</p> <p>Ceci a été mesuré à l'aide d'une échelle normalisée, les notes les plus élevées indiquant une moindre satisfaction à l'égard de la décision (141).</p>	22	L'utilisation d'une aide à la décision a entraîné une légère diminution des regrets à l'égard de la décision, par rapport aux soins habituels.

Les études ne font état d'aucun inconvénient.

La certitude globale des données probantes pour ces résultats est élevée. La méthodologie de l'étude (c'est-à-dire le risque de biais), l'incohérence, l'imprécision, le caractère indirect ou le biais de publication n'ont suscité aucune inquiétude. Le comité d'experts était convaincu que les effets souhaitables de l'utilisation d'aides à la décision pour faciliter la participation des personnes à la prise de décision l'emportaient sur les effets indésirables. La variabilité limitée des valeurs et des préférences des personnes suscite une confiance raisonnable.

Pour obtenir des informations plus détaillées sur les répercussions de l'utilisation d'aides à la décision pour améliorer la participation aux choix de dépistage et de traitement des soins de santé sur les résultats principaux, voir les profils de données probantes sous l'onglet des documents méthodologiques sur la page Web des LDPE.

Valeurs et préférences

Aucune valeur et/ou préférence n'a été notée par le comité d'experts ou présentée dans la revue systématique.

Équité dans l'accès aux soins

Données probantes issues de la revue systématique

- L'utilisation d'aides à la décision peut s'avérer bénéfique pour les populations méritant l'équité (p. ex., les personnes ayant des connaissances limitées en matière de santé, un statut socio-économique inférieur, les minorités raciales/ethniques). Lorsque les aides à la décision sont rédigées dans un langage simple et adaptées aux besoins uniques d'information et de soutien des personnes, elles permettent d'améliorer les connaissances (142), en donnant aux personnes l'accès à l'information d'une manière qui leur permet de déterminer si les choix thérapeutiques correspondent à leurs valeurs et à leurs préférences (143,144). Cependant, il est nécessaire de disposer d'aides à la décision plus pertinentes sur le plan culturel afin d'impliquer les populations méritant l'équité (144,145).

Selon le comité d'experts

- L'utilisation d'une aide à la décision peut nécessiter une aide professionnelle à la traduction et/ou une aide culturelle en particulier.
- Les aides à la décision peuvent inclure des options de soins et de traitement pour des traitements/ressources qui ne sont pas facilement disponibles dans les zones rurales ou qui pourraient ne pas être abordables pour la personne. Des efforts doivent être faits pour trouver des options et des ressources de traitement équivalentes, pertinentes et acceptables.

Justification des recommandations du comité d'experts

Le comité d'experts a noté que les personnes qui utilisent des aides à la décision avec les prestataires de soins de santé ont tout à gagner à participer à la prise de décisions éclairées sur les options de dépistage et de traitement. Aucun effet indésirable n'a été signalé dans la documentation. Le degré de certitude des données probantes était élevé. Ainsi, le comité d'experts a décidé que la force de la recommandation était élevée (« forte »).

Conseils de mise en œuvre

Conseils du comité d'experts en matière de mise en œuvre

Pour le prestataire de soins

- Les prestataires/équipes de soins de santé jouent un rôle important dans la facilitation d'un processus de prise de décision partagée, et l'utilisation d'une aide à la décision ne suffit pas à remplacer ce rôle.
- Les aides à la décision peuvent ne pas être appropriées dans certaines circonstances, par exemple en cas de barrière linguistique ou de déficience cognitive. En cas de barrière linguistique, les prestataires de soins peuvent vérifier si l'aide à la décision est disponible dans une autre langue.
- Pour des stratégies visant à adapter les aides à la décision aux personnes ayant un faible niveau de connaissances en santé et à d'autres populations méritant l'équité, voir les **Ressources justificatives** ci-dessous.
- Le moment où une aide à la décision est utilisée peut dépendre du prestataire ou du contexte. Par exemple, ils peuvent être examinés par les personnes avant la consultation avec un prestataire de soins de santé, ou la personne et le prestataire de soins de santé peuvent examiner l'aide à la décision ensemble pendant la consultation. En fournissant l'aide à la décision avant la visite, les personnes auront le temps de réfléchir à leurs valeurs, préférences et croyances, et pourront choisir les questions et préoccupations qui pourront être abordées par leur prestataire de soins lors de la visite.
- Bien que l'utilisation d'aides à la décision puisse augmenter le temps que les prestataires de soins de santé passent initialement avec les personnes, le temps passé lors des visites ultérieures diminuera probablement. L'utilisation d'aides à la décision peut faciliter les explications, l'éducation et les discussions lors de la première rencontre, de sorte que le patient ne manque pas d'informations ou ne s'inquiète pas de prendre la « bonne » décision.

- Les personnes ont besoin de suffisamment de temps pour prendre des décisions éclairées sur les options de dépistage et de traitement; il faut donc veiller à ce qu'elles disposent du temps et du soutien nécessaires pour utiliser l'aide à la décision.
- Certaines personnes/cultures peuvent penser que le prestataire de soins est l'expert, ce qui les amène à préférer que le prestataire prenne des décisions en leur nom. Dans ces circonstances, les prestataires de soins de santé peuvent explorer les valeurs, les croyances et les préférences de la personne, ainsi que les raisons pour lesquelles elle ne souhaite pas prendre de décisions sur les options qui s'offrent à elle.
- Si les personnes ont la possibilité de modifier leur décision lorsqu'elles utilisent une aide à la décision, le prestataire ou l'équipe de santé peut assurer un suivi pour veiller à ce que la personne comprenne les bénéfices et les inconvénients de la nouvelle décision et que celle-ci corresponde aux besoins et aux préférences de la personne.
- Le suivi après la décision préalable au traitement (et tout au long de la période de mise en œuvre de la décision) doit être assuré par le prestataire/l'équipe soignante. Par exemple, si la personne qui prend la décision se sent contrainte par les préférences de la famille choisie, le prestataire peut la suivre lorsqu'elle est seule et lui demander si elle est d'accord avec la décision qui a été prise.
- Le personnel de première ligne a de nombreuses priorités concurrentes; par conséquent, la mise en œuvre est un effort de collaboration, et les rôles et responsabilités de chaque personne impliquée doivent être clairement communiqués et expliqués.

Contexte de la mise en œuvre et détails tirés des données probantes

- Pour mettre en place une aide à la décision, le *Groupe de recherche sur les outils d'aide à la décision pour les patients* de l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa propose les étapes suivantes :
 - Identifier les décisions à prendre (du point de vue des personnes, des prestataires et des services de soins de santé);
 - Trouver et examiner les outils d'aide à la décision;
 - Cerner les obstacles à l'utilisation des aides à la décision (p. ex., l'obstacle est-il propre à l'aide à la décision ou propre aux personnes ou aux prestataires de soins de santé?) et explorer comment surmonter ces obstacles;
 - Former et éduquer les prestataires de soins de santé à l'utilisation des aides à la décision et à leur mise en œuvre;
 - Contrôler l'utilisation des aides à la décision, y compris les résultats liés à la personne (146).
 - Les prestataires de soins reçoivent une formation sur la prise de décision partagée, la communication des risques et un certain type d'encadrement (encadrement individuel pour les médecins) avant d'utiliser un outil d'aide à la décision dans le cadre d'essais cliniques (147-149).
 - L'encadrement décisionnel est une méthode utilisée pour former les personnes aux aides à la décision et perfectionner leurs compétences en matière de réflexion sur les différentes options de dépistage et de soins de santé, de compréhension et d'utilisation des données probantes présentées, de préparation aux discussions avec leurs prestataires de soins et de mise en œuvre de leurs décisions (150).
 - Par exemple, pour faciliter le conseil centré sur les personnes à l'aide d'une aide à la décision sur les options de régulation des naissances, les prestataires de santé ont déclaré avoir utilisé l'aide à la décision pour améliorer la façon dont ils ont entamé le processus de conseil, intégré les préférences des personnes dans la discussion sur le conseil, facilité l'assimilation des connaissances des participants et éclairé leurs réponses à des questions précises liées aux options de prise de décision (151).
 - L'adoption d'aides à la décision peut augmenter temporairement puis diminuer le temps de consultation, car les compétences du prestataire en matière d'utilisation des aides à la décision s'améliorent au fil du temps. En multipliant les occasions d'utiliser les aides à la décision et en modifiant les processus sur le lieu de travail, les cliniciens deviennent plus habiles à utiliser les aides à la décision au fur et à mesure qu'ils les intègrent dans leur pratique quotidienne (152,153).

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
Muscat DM, Smith J, Mac O, Cadet T, Giguere A, Houston AJ, et coll. <i>Addressing health literacy in patient decision aids: An update from the International Patient Decision Aid Standards</i> . <i>Med Decis Making</i> . Oct. 2021;41(7):848–69. DOI : 10.1177/0272989X211011101	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décrit une variété de stratégies pour adapter les aides à la décision aux personnes ayant un faible niveau de connaissances en matière de santé et à d'autres populations méritant l'équité. ▪ Exemples : évaluation de la lisibilité de l'aide à la décision; conception d'aides à la décision à un niveau de lecture sous la 8^e année scolaire; respect des critères énoncés dans les IPDAS.
National Institute for Health and Care Excellence (NICE). <i>Patient decision aids</i> [en ligne]. Manchester (ANG.) : NICE; 2025. Disponible à l'adresse suivante : https://www.nice.org.uk/about/nice-communities/nice-and-the-public/making-decisions-about-your-care/patient-decision-aids	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fournit une bibliothèque d'aides à la décision pour les patients, organisée par pathologie. ▪ Fournit un guide décrivant la manière dont les aides à la décision du patient sont élaborées par le NICE.
Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa. Groupe de recherche sur les outils d'aide à la décision pour les patients [en ligne]. Ottawa (Ont.) : Hôpital d'Ottawa; 10 mai 2024. Disponible à l'adresse suivante : https://decisionaid.ohri.ca/index.html	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa héberge une base de données d'aides à la décision (pour les patients) qui répond aux IPDAS. ▪ Recherche possible à l'aide d'un inventaire A-à-Z. ▪ Disponible dans plusieurs langues.
Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa. Guides d'aide à la décision (principalement pour toute décision) [en ligne]. Ottawa (Ont.) : Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa; 2 mai 2025. Disponible à l'adresse suivante : https://decisionaid.ohri.ca/francais/gpdo.html	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lien vers des modèles de guides décisionnels personnels qui peuvent être téléchargés par les personnes et utilisés pour prendre une décision, réfléchir à ce qu'elles savent à ce sujet, clarifier ce qui compte le plus et planifier les prochaines étapes. ▪ Les guides peuvent être utilisés pour la prise de décision sociale ou de santé. ▪ Disponible dans plusieurs langues
Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa. Groupe de recherche sur les outils d'aide à la décision pour les patients : <i>Implantation</i> [en ligne]. Ottawa (Ont.) : Hôpital d'Ottawa; 19 octobre 2022. Disponible à l'adresse suivante : https://decisionaid.ohri.ca/implement.html	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trousse de mise en œuvre du Groupe de recherche sur les outils d'aide à la décision pour les patients de l'Hôpital d'Ottawa qui soutient la mise en œuvre d'aides à la décision dans la pratique clinique.

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa. <i>Encadrement (coaching) décisionnel</i> [en ligne]. Ottawa (Ont.) : Hôpital d'Ottawa; 21 août 2024. Disponible à l'adresse suivante : https://decisionaid.ohri.ca/coaching.html</p>	<ul style="list-style-type: none"> Des ressources pour améliorer la qualité de l'encadrement décisionnel, y compris un scénario pour normaliser la façon dont l'encadrement est fourni aux personnes, des vidéos démontrant l'encadrement décisionnel, des conseils pour des compétences de communication efficaces, et un cadre pour la prise de décision partagée avec l'aide d'un formateur décisionnel.
<p>YouTube n.d. https://www.youtube.com/watch?v=wH8M-WnP5EA&ab_channel=ACSQHC (consulté le 12 décembre 2024). Accessible sur le site Web : <i>Shared decision making: patient decision aids</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Vidéo de l'Australian Commission on Safety and Quality in Health Care décrivant l'objectif des aides à la décision et la manière dont elles peuvent être utilisées pour soutenir la prise de décision partagée.

Programme de soins

ÉNONCÉ DE PRATIQUE EXEMPLAIRE 4.0 : PROGRAMME DE SOINS

Une pratique exemplaire consiste, pour les prestataires de services sociaux et de soins de santé, à élaborer en collaboration avec les personnes concernées un programme de soins qui reflète leurs valeurs, leurs croyances, leurs objectifs, leurs besoins, leurs attitudes et leurs préférences.

Un programme de soins est un document de santé centré sur les personnes, utilisé par les prestataires de services sociaux et de soins de santé pour faciliter la communication, refléter les valeurs, les croyances et les préférences déclarées des personnes, répondre aux objectifs à court et à long terme des personnes et soutenir des soins holistiques dans l'ensemble des programmes, des organisations et des secteurs (154,155). Il s'agit d'un outil essentiel pour transmettre facilement les informations relatives aux données cliniques des personnes, à la conciliation des médicaments et à la coordination entre les différents prestataires de soins et de services. En règle générale, les éléments du programme de soins sont les suivants :

- les identifiants de la personne (p. ex., le nom de préférence, les pronoms de préférence, etc.)
- les antécédents médicaux et sociaux
- les besoins culturels de la personne
- les priorités/préoccupations de la personne, ses objectifs (p. ex., ce qui est le plus important à l'heure actuelle), ses préférences en matière de soins et un plan d'action lié à ses objectifs
- les points forts ou les soutiens sur lesquels il est possible de s'appuyer
- les personnes qui font partie de l'équipe soignante (y compris la famille choisie, les aidants naturels, les autres personnes jouant un rôle non professionnel), et quels sont les rôles, les responsabilités et les objectifs de l'équipe
- le consentement aux soins de santé et la planification des soins (p. ex., qui est le mandataire spécial)
- les conditions/problèmes et diagnostics affectant la personne
- les déterminants sociaux de la santé (p. ex., le revenu, l'emploi, le logement, la sécurité alimentaire, le réseau social, les connaissances en matière de santé, etc.)
- le bilan comparatif des médicaments
- toute éducation dispensée par le prestataire de services sociaux et/ou de santé aux personnes en rapport avec leur maladie, leur traitement et/ou leur autogestion (154,155)

Voir les **Ressources justificatives** ci-dessous pour suivre un lien vers un modèle de programme de soins élaboré par Santé Ontario (anciennement Qualité des services de santé Ontario).

Le programme de soins est élaboré en collaboration avec les prestataires et les personnes (155). Grâce à un processus d'élaboration conjointe qui favorise la compréhension mutuelle, l'autonomie et la responsabilité partagée des soins, la personne devient un participant actif et à part entière dans l'élaboration et le suivi du programme de soins (154). Cette participation à la prise de décision partagée (voir l'**énoncé de pratique exemplaire 2.0**) renforce l'implication et permet aux prestataires de services sociaux et de soins de santé de mieux comprendre les valeurs et les préférences de la personne en ce qui concerne la vie, la santé et les soins de santé (154). Une pratique exemplaire consiste à élaborer et à mettre en œuvre un programme de soins avec les personnes concernées et les familles choisies, qui reflète les valeurs, les croyances, les objectifs, les besoins et les préférences de la personne concernée (36,117,156). Le comité d'experts a estimé qu'il était nécessaire de communiquer cet énoncé de pratique exemplaire, mais qu'il n'était pas nécessaire de procéder à une revue systématique de la documentation.

La coordination des soins est un exemple de l'importance de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un programme de soins dans une optique centrée sur les personnes. Lors de la coordination des soins, un programme de soins personnalisé et centré sur les objectifs est élaboré en collaboration avec les prestataires de services sociaux et de soins de santé et la personne recevant les soins. Le coordinateur de soins détermine dès le départ les objectifs, les valeurs et les préférences de la personne et aligne les ressources et les services en conséquence (110,157). La compréhension de l'implication de la famille et/ou des aidants naturels, y compris leur rôle, leurs capacités, leurs aptitudes et les difficultés rencontrées (ou prévues) est également déterminée. Étant donné que la coordination des soins peut être assurée sur une longue période, le programme de soins devient un document vivant essentiel pour suivre les progrès (tels que déterminés par la personne et le prestataire), cerner les lacunes dans les soins, réévaluer la santé et le bien-être de la personne (en particulier après la mise en œuvre des interventions), et suivre et évaluer en permanence l'efficacité du programme de soins (157). Pour consulter une liste détaillée des activités et des éléments centrés sur les personnes qui font partie intégrante de la coordination des soins, voir l'[annexe E](#).

Les étapes de la mise en œuvre d'un programme de soins et les modèles de création d'un programme de soins se trouvent dans les **Ressources justificatives**.

Conseils de mise en œuvre

Conseils du comité d'experts en matière de mise en œuvre

Pour les prestataires de services sociaux et de soins de santé

- L'élaboration d'un programme de soins implique la personne recevant les soins, la famille et/ou les soignants qu'elle a choisis et tous les prestataires de services sociaux et de soins de santé qui sont impliqués dans le cercle de soins de la personne.
- Il est important d'adopter une approche individualisée lors de l'élaboration d'un programme de soins et de reconnaître que certaines personnes souhaiteront revoir leur programme de soins en continu, alors que d'autres ne le souhaiteront pas. Les facteurs qui influencent le désir de révision peuvent être un nouveau diagnostic, une exacerbation de la maladie, la douleur, la personnalité, la démence et la progression de la maladie. Il est essentiel de demander à la personne le niveau d'implication, le degré et la fréquence qu'elle souhaite. Le niveau d'implication doit être réévalué car la décision d'une personne peut changer au fil du temps.
- Certaines personnes peuvent ne pas vouloir partager des informations ou collaborer à l'élaboration du programme de soins, tandis que d'autres peuvent ne pas être en mesure de le faire (p. ex., en raison d'un déclin cognitif ou d'une altération de l'état de conscience). Il est important que les prestataires de services sociaux et de soins de santé rencontrent les personnes là où elles en sont et respectent le niveau d'implication qu'elles souhaitent et/ou leurs capacités.
- Les prestataires doivent prendre le temps d'écouter la personne et de parler avec elle de ce qu'elle veut vraiment. Il faut du temps pour que les informations sortent; cependant, en réservant suffisamment de temps au début de la relation pour établir une alliance thérapeutique (voir l'**énoncé de pratique exemplaire 1.0**), les entretiens ultérieurs prendront moins de temps.
- Il est également essentiel de prendre le temps d'écouter les familles et/ou les aidants naturels que la personne recevant les soins juge importants et de parler avec eux, car ils peuvent apporter des connaissances uniques sur les besoins et les préférences de la personne recevant les soins et jouer un rôle dans la mise en œuvre du programme de soins.
- Utiliser la description que la personne fait de ses besoins.
- Il est important d'adopter une approche fondée sur les points forts lors de l'élaboration d'un programme de soins. Se concentrer sur les forces inhérentes de la personne, reconnaître les ressources personnelles ou communautaires qui peuvent soutenir son parcours de bien-être et de guérison, et fixer et mesurer des objectifs clairs et réalisables qui s'alignent sur les forces, les valeurs, les croyances, les objectifs et les préférences de la personne (158).
- Les programmes de soins peuvent également inclure d'autres éléments, tels que les loisirs ou les centres d'intérêt de la personne. Cela permet aux prestataires de services sociaux et de soins de santé d'obtenir une vision plus complète de la personne, y compris de ce qui est important pour elle.
- Prêter attention aux signaux non verbaux; il ne s'agit pas seulement de ce que la personne dit, mais aussi de ce qu'elle ne dit pas.

- Utiliser des processus normalisés et/ou des outils validés pour créer, réviser et mettre à jour le programme de soins, et pour améliorer la communication et la coordination entre les prestataires de services sociaux et de soins de santé dans tous les contextes.
- Documenter le programme de soins dès que possible dans un dossier médical électronique (s'il existe), qui est visible pour toutes les professions et toutes les rencontres.
- Il convient de noter qu'en fonction de l'organisation de santé ou de services sociaux, un programme de soins peut ne pas être un document autonome, mais plutôt être intégré à la documentation existante.
- Mettre le programme de soins à la disposition de la personne ou de la famille choisie et des prestataires de services sociaux et/ou de santé faisant partie du cercle de soins.
- Lorsque des informations sont transférées d'un prestataire de services sociaux ou de soins de santé à un autre, il faut veiller à ce que le processus de transfert soit clair et que le transfert de responsabilité soit normalisé.
- Veiller à ce que les informations contenues dans le programme de soins soient communiquées efficacement à la personne, à la famille ou aux aidants naturels choisis et aux prestataires de services sociaux et de soins de santé dans le cercle de soins, afin d'éviter que les personnes n'aient à partager ou à communiquer à nouveau des informations qui ont déjà été obtenues.
- De même, les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent veiller à ce que le programme de soins de la personne soit respecté autant que possible (objectifs de soins, souhaits, etc.).
- Prendre en compte et documenter d'autres accords (p. ex., le formulaire 1) dans les programmes de soins.

Pour les organisations de services sociaux et de soins de santé

- Il est important que les organisations de santé et de services sociaux créent un environnement sûr et bienveillant qui permette aux prestataires de santé et de services sociaux d'apprendre à connaître véritablement la personne.
- Élaborer des structures organisationnelles et des politiques pour soutenir la mise en œuvre des programmes de soins collaboratifs dans la pratique, par le biais de dossiers médicaux électroniques (lorsque cela est possible), de processus d'évaluation et de documentation normalisés et d'une formation des prestataires de services sociaux et de soins de santé sur l'importance du programme de soins.

Conseils de mise en œuvre provenant de la documentation

- Le programme de soins est un document évolutif; il doit être revu et mis à jour régulièrement, en particulier lorsque l'état de la personne change et/ou qu'elle demande à le modifier (155).
- Se référer au programme de soins lors de la prise en charge et du traitement des personnes. Toute modification du traitement ou de l'état de la personne doit être documentée (154).
- Chaque utilisateur du programme de soins (c'est-à-dire le prestataire de services sociaux et de soins de santé, l'organisation) a la responsabilité d'obtenir le consentement nécessaire des personnes avant de partager les informations figurant dans le programme de soins (154) ou de consulter d'autres prestataires (155). La signature des formulaires de consentement avant la diffusion des informations devrait être une procédure normalisée (154).

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). <i>Develop a shared care plan</i> [en ligne]. Rockville (MD) : AHRQ; 2024. Disponible à l'adresse suivante : https://integrationacademy.ahrq.gov/products/playbooks/behavioral-health-and-primary-care/implementing-plan/develop-shared-care-plan</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décrit ce qu'est un programme de soins partagés, présente les outils permettant de l'élaborer et fournit des conseils sur la manière de mettre en œuvre le plan dans la pratique.
<p>Qualité des services de santé Ontario <i>Guide d'utilisation du plan de soins coordonnés Version 2.1</i> [en ligne]. Toronto (Ont.) : QSSO; 12 juin 2018. Disponible à l'adresse suivante : https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/health-links/ccm-coordinated-care-plan-user-guide-v2.1-en.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décrit la manière dont le programme de soins est censé être utilisé et l'objectif de chaque champ. ▪ Comprend un modèle complet avec des explications et des exemples pour chaque champ.
<p>NHS Tees, Esk et Wear Valleys NHS Foundation Trust. <i>Co-creation framework: A shared document setting out co-creation and our values</i>. Darlington (R.-U.) : NHS; Décembre 2024. Disponible à l'adresse suivante : https://www.tevv.nhs.uk/wp-content/uploads/2025/03/Co-creation-framework-2025.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fournit une vue d'ensemble de ce qu'est la création conjointe et un cadre pour l'adoption d'une approche de création conjointe.
<p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). <i>Les transitions dans les soins et les services</i> [en ligne]. Toronto (Ont.) : RNAO; 2023. Disponible à l'adresse suivante : https://rnao.ca/bpg/guidelines/transitions-in-care</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fournit un énoncé de pratique exemplaire concernant la collaboration avec les personnes et leur réseau de soutien pour élaborer un programme de soins avant, pendant et après une transition des soins, afin de garantir que les informations sur la santé et les besoins en matière de soins sont transférés en conséquence entre les prestataires de services sociaux et de soins de santé. ▪ Fournit des conseils de mise en œuvre et des ressources justificatives pour la création et la documentation des programmes de soins.

Prestataire de soins de santé : bruit et lumières

RECOMMANDATION 2.0 :

Le comité d'experts suggère que les personnes reçoivent des masques pour les yeux et/ou des bouchons d'oreille comme stratégie de minimisation sensorielle en fonction des besoins et des préférences de la personne.

Force de la recommandation : Conditionnelle

Degré de certitude des données sur les effets : Très faible

Discussion des données probantes :

L'environnement physique des établissements de soins peut affecter la santé et le confort des personnes (159). Les stimuli environnementaux, tels que le bruit et la lumière, peuvent être à l'origine d'un stress négatif. La réaction au facteur de stress dépend de l'importance du facteur de stress pour la personne, de la durée d'exposition et du degré de contrôle, des caractéristiques démographiques de la personne, des caractéristiques physiologiques, des aspects sociaux et des expériences et expositions antérieures (159). Les établissements de soins de santé (par exemple les hôpitaux) sont des bâtiments complexes qui comprennent divers domaines de spécialisation qui soutiennent différentes fonctions (par exemple les soins aux patients hospitalisés, le traitement, le diagnostic et les installations auxiliaires) (159). Avec l'évolution vers une approche des soins centrée sur les personnes, la conception architecturale des établissements de soins a également évolué vers la construction de structures de soins qui promeuvent la santé et le bien-être (160). L'utilisation de la nature, de la musique ou de l'éclairage pour réduire l'anxiété ou améliorer la qualité du sommeil en sont des exemples.

Les prestataires de services sociaux et de soins de santé peuvent avoir des besoins différents dans les environnements physiques de soins de santé par rapport aux personnes recevant des soins (p. ex., les prestataires de services sociaux et de soins de santé ont besoin d'un éclairage lumineux pour effectuer des évaluations physiques). Par conséquent, les besoins des personnes recevant des soins peuvent entrer en conflit avec les besoins des prestataires de services sociaux et de soins de santé (159). Bien qu'il soit important de prendre en compte les besoins des prestataires de services sociaux et de soins de santé dans l'environnement physique des soins de santé, ceux-ci doivent également prendre en compte les stratégies de minimisation sensorielle qui peuvent être utilisées pour réduire les stimuli environnementaux susceptibles de causer du stress aux personnes recevant des soins.

Dans le cadre de ces LDPE, une stratégie de minimisation sensorielle fait référence à une méthode non pharmacologique visant à réduire les facteurs de stress ambiants potentiels pour les personnes dans les établissements de soins de santé. Un facteur de stress ambiant est un type de facteur de stress environnemental qui est une caractéristique continue de l'environnement physique (p. ex., l'éclairage fluorescent, le bruit des ventilateurs) (161). De nombreuses stratégies de minimisation sensorielle sont utilisées dans les établissements de santé. Pour les besoins de ces lignes directrices, il a été décidé, pour des raisons de faisabilité, de se concentrer sur l'examen de l'efficacité des masques pour les yeux et des bouchons d'oreille. Dans le cadre de cette recommandation, l'intervention visée est la mise en place de stratégies de minimisation sensorielle portant sur la lumière ou le bruit, afin de faciliter les soins centrés sur les personnes. L'intervention a été comparée aux soins habituels ou à l'absence de stratégies de minimisation des sensations.

Avantages et inconvénients

Quatre essais contrôlés randomisés, un essai contrôlé non randomisé et deux revues systématiques ont été inclus dans cette recommandation (162-168). Les types d'interventions comprenaient des masques pour les yeux et des bouchons d'oreille. Ces études ont été menées dans les unités de soins intensifs (USI), les unités de soins intensifs néonataux (USIN), les unités de soins intensifs cardiothoraciques (USIC), les unités de soins intensifs de neurotraumatologie (USINT), les unités de soins intensifs chirurgicaux (USICG) et les unités de soins post-anesthésiques cardiothoraciques (USPAC). Les populations qui ont bénéficié de ces interventions comprenaient des adultes et des nourrissons prématurés ou de très faible poids à la naissance. Même si les études incluses ont été menées dans les unités de soins intensifs, les unités de soins intensifs néonataux et les unités de soins palliatifs, le comité d'experts a estimé qu'il est probable que les masques pour les yeux et les bouchons d'oreille puissent être utilisés par des personnes dans d'autres contextes également, lorsque cela est approprié. Pour en savoir plus sur les interventions mentionnées dans la documentation, voir les **Conseils de mise en œuvre** ci-dessous.

Le **tableau 6** présente un résumé des résultats, ainsi que l'efficacité des masques pour les yeux et des bouchons d'oreille sur ces résultats, tels que les reportent des études. Dans l'ensemble, les masques pour les yeux et les bouchons d'oreille peuvent améliorer la durée totale du sommeil, les taux de confusion et la tension artérielle systolique chez les adultes en soins intensifs, mais les résultats ne sont pas uniformes en ce qui concerne l'effet des masques pour les yeux et des bouchons d'oreille sur la tension artérielle diastolique et la fréquence cardiaque chez les adultes en soins intensifs. Le port de bouchons d'oreille par les prématurés ou les nourrissons de très faible poids à la naissance dans l'unité de soins intensifs néonataux a entraîné une amélioration modeste de la taille et du poids et une légère diminution de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle. Il n'est pas certain que l'utilisation de masques pour les yeux et de bouchons d'oreille réduise la durée du séjour dans les unités de soins intensifs pour adultes et les unités de soins intensifs néonataux. Pour en savoir plus sur les effets de l'utilisation de stratégies de minimisation sensorielle dans des environnements de soins précis, et sur l'évaluation de la qualité, de l'ampleur de l'effet et de la certitude des données probantes pour chaque résultat prioritaire, voir les profils de données probantes sous l'onglet des documents méthodologiques de la page Web des LDPE.

Tableau 6 : Résumé des résultats de la revue systématique

INTERVENTION	NOMBRE D'ÉTUDES	CONTEXTE	RÉSULTAT	DIRECTION ET AMPLIEUR DE L'EFFET
Bouchons d'oreilles et/ou masques pour les yeux	1 revue Cochrane (2 ECR inclus) (162)	Unité de soins intensifs pour adultes	Durée totale du sommeil (heures)	L'utilisation de bouchons d'oreille et de masques pour les yeux entraîne une légère augmentation du temps de sommeil, mais les données probantes sont très incertaines.
Bouchons d'oreilles et/ou masques pour les yeux	1 revue Cochrane (2 ECR) (162)	Unité de soins intensifs pour adultes	Délire Mesurée par l'échelle de confusion de Neelon et de Champagne et par l'apparition ou non d'une confusion	Une diminution modérée de l'incidence de la confusion a été observée lorsque des bouchons d'oreille et/ou des masques pour les yeux sont utilisés. Pour 100 personnes qui reçoivent un masque pour les yeux et/ou des bouchons d'oreille pour atténuer la lumière ou le bruit dans les USI pour faciliter les soins centrés sur les personnes, 22 personnes de moins souffriront de confusion dans l'USI (de 30 à 10 personnes de moins).

INTERVENTION	NOMBRE D'ÉTUDES	CONTEXTE	RÉSULTAT	DIRECTION ET AMPLIEUR DE L'EFFET
Bouchons d'oreilles et/ou masques pour les yeux	2 ECR (165,166)	USI pour adultes et USIC	Fréquence cardiaque (battements par minute)	Bien qu'une étude ait montré une diminution modérée de la fréquence cardiaque lorsque les personnes portaient des bouchons d'oreille et/ou des masques pour les yeux, une deuxième étude a montré une légère augmentation de la fréquence cardiaque lorsque des bouchons d'oreille et/ou des masques pour les yeux étaient utilisés.
Bouchons d'oreilles et/ou masques pour les yeux	2 ECR (165,166)	USI pour adultes et USIC	Tension artérielle systolique (mm Hg)	Une diminution modérée de la tension artérielle systolique a été observée lorsque les personnes portaient des bouchons d'oreille et/ou des masques pour les yeux la nuit.
Bouchons d'oreilles et/ou masques pour les yeux	2 ECR (165,166)	USI pour adultes et USIC	Tension artérielle diastolique (mm Hg)	Bien qu'une étude ait montré une légère diminution de la tension artérielle diastolique lorsque des personnes portaient des bouchons d'oreille et/ou des masques pour les yeux, une seconde étude a montré une légère augmentation de la tension artérielle diastolique.
Bouchons d'oreille	1 essai non randomisé (167)	Bébés prématurés en USIN	Fréquence cardiaque (battements par minute)	On a constaté une diminution modérée de la fréquence cardiaque lorsque les nourrissons portaient des bouchons d'oreille dans l'USIN.
Bouchons d'oreille	1 essai non randomisé (167)	Bébés prématurés en USIN	Tension artérielle systolique (mm Hg)	On a constaté une légère diminution de la tension artérielle systolique lorsque les nourrissons portaient des bouchons d'oreille dans l'USIN.

INTERVENTION	NOMBRE D'ÉTUDES	CONTEXTE	RÉSULTAT	DIRECTION ET AMPLIEUR DE L'EFFET
Bouchons d'oreilles	1 essai non randomisé (167)	Bébés prématurés en USIN	Tension artérielle diastolique (mm Hg)	Une légère diminution de la tension artérielle diastolique a été observée lorsque les nourrissons portaient des bouchons d'oreille dans l'USIN.
Bouchons d'oreilles et/ou masques pour les yeux	1 ECR (164)	Unité de soins intensifs pour adultes	Durée du séjour en USI (heures)	On a constaté une augmentation modérée de la durée du séjour dans une USI pour adultes lorsque des bouchons d'oreille et/ou des masques pour les yeux étaient utilisés par rapport aux soins habituels, mais les données probantes sont très incertaines.
Bouchons d'oreille	1 ECR (163)	Unité cardiothoracique post-anesthésique (UCTPA)	Durée du séjour (jours)	Une diminution modérée de la durée du séjour à l'hôpital après une intervention chirurgicale a été observée par rapport aux soins habituels, mais les données probantes sont très incertaines.
Bouchons d'oreille	1 revue Cochrane (1 ECR) (168)	USIN	Durée du séjour à l'USIN (jours)	On a constaté une augmentation modérée de la durée de séjour des nourrissons qui portaient des bouchons d'oreille à l'USIN, par rapport aux soins habituels, mais les données probantes sont très incertaines.
Bouchons d'oreille	1 ECR (163)	Unité cardiothoracique post-anesthésique (UCTPA)	Satisfaction à l'égard de l'ensemble des soins Mesuré sur une échelle de Likert de 1 (excellent) à 5 (très mauvais)	Il n'y a pas de différence de satisfaction à l'égard de l'ensemble des soins signalés chez les adultes qui portent des bouchons d'oreille par rapport aux soins habituels, mais les données probantes sont très incertaines.

INTERVENTION	NOMBRE D'ÉTUDES	CONTEXTE	RÉSULTAT	DIRECTION ET AMPLIEUR DE L'EFFET
Bouchons d'oreille	1 revue Cochrane (1 ECR) (168)	Prématurés ou de très faible poids de naissance en USIN	Taille (cm)	Il est possible que les nourrissons âgés de 18 à 22 mois (âge corrigé) qui portent des bouchons d'oreille à l'USIN voient leur taille augmenter légèrement, mais les données probantes sont très incertaines.
Bouchons d'oreille	1 revue Cochrane (1 ECR) (168)	Prématurés ou de très faible poids de naissance en USIN	Poids (g)	Il est possible que les nourrissons âgés de 18 à 22 mois (âge corrigé) qui portent des bouchons d'oreille à l'USIN voient leur taille augmenter légèrement, mais les données probantes sont très incertaines.
Bouchons d'oreille	1 revue Cochrane (1 ECR) (168)	Prématurés ou de très faible poids de naissance dans l'USIN	Poids (g) à 34 semaines d'âge post-menstruel	Il est possible que le port de bouchons d'oreille entraîne une légère augmentation du poids des prématurés ou de très faible poids à la naissance, mais les données probantes sont très incertaines.

Aucun effet indésirable n'a été signalé dans la documentation.

La certitude globale des données probantes concernant les bouchons d'oreille et les masques pour les yeux a été jugée très faible en raison d'un risque sérieux de biais pour la plupart des études, d'une incohérence dans la direction de l'effet pour trois résultats, et d'une imprécision sérieuse à très sérieuse pour la plupart des études. En raison de cette incertitude, les personnes devraient avoir la possibilité de choisir une stratégie de minimisation sensorielle, en fonction de leurs besoins et de leurs préférences.

Valeurs et préférences

Des données probantes de la revue systématique :

Valeurs

- Une étude a porté sur la valeur que les personnes accordent aux résultats de santé obtenus grâce à l'utilisation de stratégies de minimisation sensorielle. L'étude a montré que les personnes dormant dans l'unité cardiothoracique post-anesthésique (UCTPA) avec des bouchons d'oreille ont fait état d'une meilleure qualité de sommeil selon leur propre auto-évaluation par rapport au personnel infirmier qui évalue objectivement le sommeil des personnes (selon les résultats polysomnographiques, la durée totale du sommeil et le nombre d'éveils). Par conséquent, l'évaluation de la qualité du sommeil par le personnel infirmier peut être inexacte, et l'auto-évaluation de la qualité du sommeil des personnes est plus fiable (163).

Équité dans l'accès aux soins

Des données probantes de la revue systématique :

Une étude a montré que les bouchons d'oreille et les masques pour les yeux sont des interventions infirmières peu coûteuses et faciles à utiliser dans des contextes où les ressources sont limitées (169).

Justification des recommandations du comité d'experts

Malgré l'incertitude des données probantes, le comité d'experts a déterminé que la force de la recommandation était conditionnelle et a noté qu'il pourrait y avoir des bénéfices à utiliser des stratégies de minimisation sensorielle, et qu'aucun inconvénient n'a été signalé. Il est important de souligner que les personnes doivent avoir le choix de la stratégie de minimisation sensorielle en fonction de leurs préférences et de leurs besoins individuels en matière de sommeil.

Conseils de mise en œuvre

Tableau 7 : Conseils du comité d'experts en matière de mise en œuvre

CONSIDÉRATIONS	DÉTAILS
Utilisation de bouchons d'oreille et/ou de masques pour les yeux	<p>Pour les prestataires de services sociaux et de soins de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il est important de souligner que les personnes choisissent le type de stratégies de minimisation sensorielle en fonction de leurs préférences et de leurs besoins individuels en matière de sommeil. ▪ Suivre les instructions du fabricant sur la manière de porter correctement les bouchons d'oreille et/ou les masques pour les yeux. ▪ Veiller à ce que les bouchons d'oreille ne bloquent pas tous les bruits. Les personnes ont besoin d'entendre des alarmes ou des voix en cas d'urgence (p. ex., des alarmes incendie ou des alertes d'appareils médicaux). ▪ Veiller à ce que les masques pour les yeux ne s'emmêlent pas dans les tubulures, telles que les tubulures d'oxygène, les tubulures intraveineuses, les fils d'électrodes, etc. ▪ Les personnes vulnérables (p. ex., les personnes atteintes de démence, les jeunes enfants, les personnes présentant des retards de développement) qui utilisent des bouchons d'oreille risquent de les avaler et/ou de s'étouffer. L'observation est nécessaire. ▪ Pour les personnes ayant subi un traumatisme, le port d'un masque pour les yeux peut déclencher des souvenirs pénibles, en particulier si elles associent ces expériences à des événements traumatisants passés. ▪ Pour les personnes atteintes de démence, le port d'un masque pour les yeux peut entraîner une désorientation. La sensation inhabituelle ou la vision restreinte peut entraîner une confusion ou une anxiété accrue. ▪ Pour les personnes recevant un traitement pour une psychose aiguë ou présentant des symptômes d'anxiété aiguë, proposer des bouchons d'oreille et/ou des masques pour les yeux, mais surveiller attentivement les réactions indésirables.

CONSIDÉRATIONS

DÉTAILS

Utilisation de bouchons d'oreille et/ou de masques pour les yeux (suite)

- Pour les personnes qui ne peuvent pas parler ou qui ont besoin d'aide pour communiquer, il faut s'assurer qu'elles disposent d'un moyen de communiquer si elles souhaitent retirer leur masque pour les yeux et/ou leurs bouchons d'oreille. La communication peut inclure ce qui suit :
 - la communication non verbale (le langage corporel, les expressions faciales, les gestes ou les simples signaux oui/non)
 - des tableaux de communication ou des cartes illustrées
 - des technologies d'assistance
- Les prestataires de services sociaux et de soins de santé peuvent également consulter des prestataires de services de communication améliorée ou de rechange dans ces situations.

Pour les organisations de services sociaux et de soins de santé

- Les organisations de services sociaux et de soins de santé peuvent disposer d'une variété de stratégies de minimisation sensorielle et les proposer aux personnes qui n'en ont pas et qui souhaitent les utiliser. Il peut s'agir de masques pour les yeux, de bouchons d'oreilles, d'écouteurs, etc.
- Des bouchons d'oreille et des masques pour les yeux peuvent être fournis lors de l'admission dans l'unité, dans le cadre d'un « forfait » d'admission. Si cela n'est pas possible, il peut y avoir un document indiquant que des masques pour les yeux et/ou des bouchons d'oreille sont disponibles si les personnes le souhaitent.

Promouvoir des environnements sonores et lumineux sains

- Pour éviter d'utiliser des bouchons d'oreille et des masques pour les yeux, les prestataires de services sociaux et de soins de santé et les organisations peuvent faire ce qui suit :
- Chambres insonorisées : si possible, insonoriser les chambres en utilisant des revêtements de sol souples, des rideaux épais, des panneaux insonorisants et/ou des dalles de plafond acoustiques.
- Minimiser les annonces inutiles et réduire les niveaux de bruit des équipements médicaux :
 - Réduire le nombre de radios aériennes inutiles ou bruyantes et communiquer avec des systèmes de radios plus localisés ou des communications directes.
 - Entretien adéquat de l'équipement pour éviter les bruits mécaniques inutiles (p. ex., roues grinçantes, alarmes bruyantes), placer l'équipement dans les couloirs ou les postes de soins infirmiers pour limiter le bruit dans les zones de soins aux patients, éteindre l'équipement s'il n'est pas nécessaire, et régler les alarmes sur les paramètres appropriés.

CONSIDÉRATIONS	DÉTAILS
Promouvoir des environnements sonores et lumineux sains (suite)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Désigner des heures et des zones de calme : Créer des zones de calme désignées auxquelles les personnes peuvent accéder. Fixer des périodes précises pendant le jour et la nuit où le bruit est réduit au minimum. Pendant ces heures, les prestataires de services sociaux et de soins de santé peuvent limiter les tâches non urgentes, réduire les discussions et veiller à ce que le bruit des équipements soit réduit au minimum (p. ex., polir les sols tôt le matin). ▪ Signalisation et lignes directrices : placer des panneaux dans les zones réservées au personnel ou dans les couloirs pour rappeler à chacun de faire attention aux niveaux de bruit, par exemple en parlant à voix basse et en fermant les portes doucement. Sensibiliser l'ensemble du personnel à l'importance d'un environnement calme pour le rétablissement et le bien-être.
Milieu familial et communautaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent se rappeler qu'il peut y avoir des facteurs de stress ambiants à la maison ou dans la communauté; les facteurs de stress ambiants ne se produisent pas tous à l'hôpital ou dans les établissements de soins de longue durée. Par exemple, la ventilation en pression positive à deux niveaux (VPPDN) ou la ventilation en pression positive continue (VPPC) créent un bruit ambiant. Les prestataires de services sociaux et de soins de santé peuvent suggérer aux personnes utilisant une VPPDN ou une VPPC d'utiliser des bouchons d'oreille pour réduire le bruit si elles ne parviennent pas à dormir correctement.

Tableau 8 : Contexte de la mise en œuvre et détails tirés des données probantes

INTERVENTION	INFORMATION DÉDUITE DES DONNÉES PROBANTES
Bouchons d'oreille et masques pour les yeux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des bouchons d'oreille et des masques pour les yeux sont généralement utilisés pendant les heures de sommeil nocturne (162). ▪ Certaines personnes ont trouvé inconfortable l'utilisation de bouchons d'oreille ou de masques pour les yeux; dans ce cas, les prestataires de soins peuvent proposer des bouchons d'oreille ou des masques pour les yeux de conception différente ou aider les personnes à les appliquer correctement (162). ▪ Les soins peuvent être prodigués dans des chambres à plusieurs lits au sein d'un établissement de soins, ce qui entraîne une augmentation du bruit ambiant. Les bouchons d'oreille peuvent offrir une solution facile pour soulager les personnes des niveaux de bruit élevés (163). ▪ Il existe différents types de bouchons d'oreille ou de masques pour les yeux. Par exemple, les bouchons d'oreille à usage unique sont composés de paraffine, de vaseline et de coton. (163). ▪ Pour certains types de bouchons d'oreille, il peut être nécessaire d'apprendre à les façonner et à les insérer dans la conque de l'oreille (162,170). ▪ Lorsqu'il s'agit de rendre compte de résultats tels que la qualité du sommeil, les évaluations doivent être obtenues à la fois auprès de la personne recevant les soins et du prestataire de services sociaux ou de soins de santé.

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p><i>Hear Care Audiology. Safe ways to use earplugs while you sleep</i> [en ligne]. Kelowna (C.-B.) : Hear Care Audiology; 10 septembre 2024. Disponible à l'adresse suivante : https://www.myhearcare.ca/hearing-loss-articles/safe-practices-for-using-earplugs-at-night/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fournit des informations sur la manière d'utiliser correctement et en toute sécurité les bouchons d'oreille et sur la manière de choisir les meilleurs bouchons d'oreille.
<p>National Institutes of Health. <i>Hearing protection: How to use formable earplugs</i> [vidéo]. 16 décembre 2019. Disponible à l'adresse suivante : https://www.youtube.com/watch?v=2eBpSctTXkY&ab_channel=NationalInstitutesofHealth%28NIH%29</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vidéo expliquant comment utiliser correctement les bouchons d'oreille en mousse (formables).

Soins virtuels

ÉNONCÉ DE PRATIQUE EXEMPLAIRE 5.0 : SOINS VIRTUELS

Lorsque les soins virtuels peuvent être proposés comme une solution de rechange aux soins en personne, la pratique exemplaire veut que les prestataires de services sociaux et de soins de santé déterminent la possibilité et les modalités en fonction des besoins et des préférences des personnes en matière de soins et qu'ils s'adaptent à l'évolution des besoins.

Les soins centrés sur les personnes sont fondamentaux pour les soins et les services fournis par les systèmes de santé, les organisations et les équipes interprofessionnelles, et comprennent la prise en compte des besoins et des préférences uniques de la personne (117). Lorsque des personnes ont besoin d'accéder virtuellement à des services sociaux et de soins de santé ou préfèrent le faire, les organisations et les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent déterminer si les **soins virtuels**^G et la modalité sont appropriés et faciliter les soins virtuels en fonction des besoins et des préférences des personnes en matière de soins. Le comité d'experts a estimé qu'il était nécessaire de communiquer cet énoncé de pratique exemplaire, mais qu'il n'était pas nécessaire de procéder à une revue systématique de la documentation. Les soins virtuels désignent toute interaction entre des personnes, des prestataires de services sociaux et de soins de santé et/ou d'autres membres du cercle de soins, qui se produit à distance, à l'aide de toute forme de technologie de communication ou d'information et vise à faciliter ou à maximiser la qualité et l'efficacité des soins (171). Les soins virtuels peuvent être une approche des soins ou se référer à une interaction unique entre un prestataire et une personne (172).

Différentes modalités peuvent être utilisées pour participer aux soins virtuels, notamment le téléphone (fixe ou cellulaire), la vidéoconférence ou la communication asynchrone (p. ex., la messagerie texte sécurisée, les courriels, etc.) (172). Il est important de noter que, quelle que soit la modalité utilisée, les organisations et les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent s'assurer que les plateformes sont validées et respectent les normes de sécurité, de confidentialité et de protection de la vie privée (173). Afin d'aider les organisations et les prestataires de soins virtuels à choisir des solutions de soins virtuels qui conviennent à une utilisation clinique et répondent aux normes, Santé publique Ontario a créé une liste de plateformes de prestataires vérifiées (174).

Pour déterminer la pertinence des soins virtuels et la modalité à utiliser, les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent tenir compte de plusieurs facteurs. Par exemple, l'utilisation des soins virtuels peut dépendre de la situation clinique unique de la personne, des capacités du prestataire, des capacités et des préférences de la personne et/ou de son aidant naturel, et de toute orientation dictée par les autorités réglementaires (175). Pour s'aligner sur les principes des soins centrés sur les personnes, la modalité que les personnes préfèrent devrait toujours être prioritaire, sauf s'il existe un risque de préjudice (p. ex., en matière de sécurité ou de violation de la confidentialité) (175). Pour en savoir plus sur les facteurs à prendre en compte, ainsi que sur les différentes modalités de soins virtuels, voir Inforoute Santé du Canada (2022) (175) *Offrir des soins virtuels sûrs et de qualité : Un guide pour les utilisateurs novices et expérimentés*. Un lien est disponible dans les **Ressources justificatives** ci-dessous.

Les soins virtuels peuvent soutenir le continuum des soins. Par exemple, il a été constaté que les soins virtuels permettaient de répondre à distance aux besoins en matière de soins de santé, de rationaliser les services de soins de santé nécessaires, de conserver les ressources médicales, d'orienter les fournitures médicales en fonction des priorités et de fournir des télécommunications pour les interactions entre les visiteurs et les personnes (176). Ils peuvent également permettre une meilleure gestion des maladies chroniques, promouvoir l'implication en temps réel de la personne et du prestataire, et favoriser la coordination entre les équipes de soins de santé (177). En complément des visites en personne, les soins virtuels peuvent contribuer à fournir des soins centrés sur les personnes. Une revue systématique de 2023 a permis d'évaluer les effets des soins virtuels sur les expériences et les résultats des personnes pendant la pandémie de COVID-19 (176). Les auteurs ont constaté que les soins virtuels étaient associés à des réponses positives rapportées par les personnes, notamment :

- le sentiment de confort lors de la réception des soins virtuels
- le sentiment d'être à l'abri de la COVID-19

- l'amélioration de la communication avec les prestataires de services sociaux et de soins de santé
- la commodité des soins virtuels
- le gain de temps et d'argent (réduction des frais de transport, de circulation, d'essence et de stationnement)
- l'accès aux soins amélioré
- l'implication accrue dans les soins
- l'aisance avec la technologie et la télésanté
- le fait de ne pas subir de délais d'attente (176)

Malgré les bénéfices, certaines personnes ont déclaré se sentir bousculées lors des rendez-vous virtuels, n'ont pas apprécié l'absence de contact physique avec le prestataire lorsqu'un examen physique était nécessaire, ont fait état de difficultés techniques et ont eu du mal à communiquer leurs symptômes ou à poser des questions dans un délai strict. Certains ont également indiqué qu'ils préféreraient la prestation de soins en personne (176). Pour garantir la fourniture de soins centrés sur les personnes, il est essentiel de comprendre les obstacles ou les enjeux liés aux soins virtuels et la manière dont ils peuvent être optimisés (176).

Les obstacles et les enjeux liés aux soins virtuels concernent également l'équité dans l'accès aux soins et les déterminants sociaux de la santé. Les personnes n'ont pas toutes accès aux technologies numériques ou n'ont pas toutes les connaissances et les compétences numériques nécessaires pour utiliser la technologie afin d'accéder aux rencontres virtuelles (177). L'infrastructure de base peut également faire défaut dans les zones rurales où l'accès à la large bande n'est pas fiable. Les espaces personnels ou privés où les personnes peuvent avoir des discussions confidentielles avec les prestataires de services sociaux et de soins de santé peuvent également ne pas être disponibles (177). D'autres facteurs, tels que les barrières linguistiques, les handicaps et les différences culturelles, peuvent exacerber les difficultés auxquelles les personnes sont confrontées lorsqu'elles accèdent aux soins virtuels ou les utilisent (177). Les citoyens devraient disposer de plusieurs options pour entrer en contact avec un prestataire de soins de santé en utilisant une modalité qui leur convient et leur est accessible, sans pour autant compromettre la qualité des soins qu'ils reçoivent.

Certains des enjeux susmentionnés sont actuellement relevés en mettant à la disposition des personnes des lieux dans leur communauté où elles peuvent accéder à la technologie nécessaire pour s'impliquer dans des soins virtuels (p. ex., les centres de santé communautaires), ou en fournissant la technologie nécessaire par le biais de programmes de prêt d'appareils (178). Pour résoudre les problèmes liés à la connaissance numérique en matière de santé, une formation et un soutien sont fournis aux personnes et aux prestataires, tandis que des options d'accès non numériques (p. ex., téléphone, en personne) sont proposées en plus des options d'accès numériques. La disponibilité de services de traduction, ainsi que de plateformes technologiques et de matériel d'information dans différentes langues, vise également à améliorer l'accès aux soins virtuels dans la langue principale du patient (178).

Conseils de mise en œuvre

Conseils du comité d'experts en matière de mise en œuvre

Pour les prestataires de services sociaux et de soins de santé

- Dans de nombreux contextes, les soins virtuels sont encore une pratique nouvelle. Il est nécessaire d'adapter cette intervention à l'environnement, au contexte, aux personnes recevant des soins et aux prestataires de services sociaux et de soins de santé qui dispensent les soins.
- Fournir des soins virtuels fondés sur les besoins et les préférences des personnes, plutôt que sur les préférences des prestataires de services sociaux et de soins de santé.
- Évaluer la fréquence des rencontres de soins virtuels, en tenant compte des besoins et des préférences des personnes.
- Déterminer si les personnes utilisent des technologies numériques (p. ex., téléphone portable personnel, téléphone intelligent, montre intelligente, ordinateur) dans leur vie quotidienne, car cela peut être une indication de leur niveau de confort si et quand elles utilisent des technologies de soins virtuels.

- Envisager d'évaluer la connaissance numérique en matière de santé à l'aide d'un outil normalisé (voir les **Ressources justificatives** ci-dessous pour accéder aux outils disponibles que les prestataires peuvent utiliser pour évaluer la connaissance numérique en matière de santé).
- Envisager une période d'essai de la technologie des soins virtuels, afin que les personnes puissent cibler et/ou surmonter les obstacles qu'ils pourraient rencontrer lors de l'utilisation de la technologie.
- Tenir compte des facteurs en matière d'équité sanitaire lors de l'utilisation des soins virtuels. Par exemple, de nombreuses personnes n'ont pas accès aux technologies virtuelles qui leur permettraient de participer à des soins virtuels (forfaits de données limités, accès Internet limité, manque d'appareils, services à large bande limités dans les régions éloignées).
- S'il existe une barrière linguistique lors de l'utilisation de la plateforme de soins virtuels, évaluer si la technologie peut être fournie dans une autre langue ou demander un traducteur normalisé si nécessaire.
- Procéder à une évaluation complète des risques lors de la participation à un rendez-vous de soins virtuels. Ceci est particulièrement important pour les populations qui ont besoin d'équité, comme les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale ou des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives. Par exemple :
 - risque accru de violence entre partenaires intimes : tenir compte de la vulnérabilité accrue des personnes susceptibles d'être victimes de maltraitance ou de violences domestiques dans leur environnement familial, notamment en raison de l'absence d'intimité pendant les séances de soins virtuels.
 - crise et aggravation : anticiper les scénarios dans lesquels les personnes peuvent être confrontées à une crise ou à une aggravation de leur état au cours d'une séance de soins virtuels. Par conséquent, il faut avoir accès à l'adresse actuelle de la personne, à son numéro de téléphone et à un numéro de contact d'urgence pour faciliter une réponse immédiate en cas d'urgence.

Pour les organisations de services sociaux et de soins de santé

- Créer des politiques et des processus pour garantir que les évaluations de la vie privée et des risques sont intégrées dans les interactions de soins virtuels.
- Pour favoriser un accès équitable, fournir les outils et ressources nécessaires (p. ex., connectivité à Internet, appareils, ressources en matière de culture numérique) aux personnes ou leur faciliter l'accès à ces outils et ressources.

Conseils de mise en œuvre provenant de la documentation

- Aligner la mise en œuvre des soins virtuels sur les normes nationales, territoriales ou provinciales (p. ex., les normes de Santé Ontario) pour les soins virtuels et leurs plateformes approuvées (173).
- Dans la plupart des communautés de l'Ontario, des sites du Réseau Télémédecine Ontario (RTO), financés par Santé Ontario, accueillent des infirmières et infirmiers diplômés pour accompagner durant les rendez-vous (178).
- La planification des soins virtuels pour les populations défavorisées devrait s'appuyer sur les sites d'accueil communautaires disponibles pour soutenir les personnes qui n'ont pas accès à la technologie, qui n'ont pas de connaissances numériques en matière de santé, qui ont besoin d'aide de dépannage avec la plateforme de soins virtuels ou qui ont simplement besoin d'un soutien infirmier supplémentaire (178).
- L'utilisation des bibliothèques publiques comme centres de télésanté est de plus en plus répandue, en particulier dans les communautés rurales et mal desservies (179,180). Les bibliothèques publiques sont souvent situées au centre, facilement accessibles et offrent des ressources (p. ex., un service Internet à haut débit, des ordinateurs, etc.) auxquelles les personnes n'ont pas forcément accès chez elles (166). Les recommandations de Santé Canada en matière d'équité, fondées sur des principes et visant à améliorer l'accès équitable aux soins virtuels, sont présentées dans les **Ressources justificatives** ci-dessous.
- Envoyer aux utilisateurs un questionnaire pour évaluer l'expérience des personnes et des prestataires de services sociaux et de soins de santé en matière d'utilisation des technologies de soins virtuels. Ces questionnaires devraient porter sur les résultats en matière de santé liés aux soins virtuels (p. ex., les inquiétudes concernant la qualité des soins, l'absence d'informations, l'accessibilité, la pertinence des soins), et l'expérience des prestataires (p. ex., se sentent-ils limités dans leurs évaluations?) (175).

- Les prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent évaluer la pertinence des soins virtuels, car certaines circonstances peuvent ne pas être propices à leur utilisation (173). Par exemple, les prestataires de services sociaux et de soins de santé ne peuvent pas évaluer ou diagnostiquer certaines conditions dans un environnement virtuel. Toutefois, les situations qui se prêtent le mieux aux soins virtuels sont les suivantes :
 - l'évaluation et le traitement des problèmes de santé mentale, des problèmes de peau, des infections mineures
 - les soins de santé sexuelle (p. ex., le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles)
 - les rencontres de bien-être pour les enfants
 - les soins prénataux
 - la médecine pour les voyages
 - l'évaluation et le traitement des affections surveillées à l'aide d'appareils à distance et/ou de tests de laboratoire
 - l'examen des rapports de laboratoire, d'imagerie et de consultation
 - les rencontres de suivi pour les maladies chroniques
 - d'autres évaluations ne nécessitant pas d'examen physique en personne
 - le triage pour écarter les problèmes et déterminer la modalité/le délai approprié pour le diagnostic définitif (175)

Ressources justificatives

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Canada Health Infoway. <i>Offrir des soins virtuels sûrs et de qualité : Un guide pour les utilisateurs novices et expérimentés. C</i>Trousse d'outils pour la gestion du changement en soins virtuels destinée aux cliniciens. Version 1. Toronto (Ont.) : Inforoute Santé du Canada; mai 2022. Disponible à l'adresse suivante : https://www.infoway-inforoute.ca/en/component/edocman/6378-clinician-change-virtual-care-toolkit/view-document?Itemid=103</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Trousse d'outils qui fournit des informations et des ressources pour aider les prestataires de services sociaux et de soins de santé à fournir des soins virtuels sûrs et de grande qualité. ■ Comprend des sections sur les considérations de la personne et de l'aidant naturel lors de la prise de décision concernant l'utilisation des soins virtuels.
<p>Faux-Nightingale A, Philp F, Chadwick D, et coll. (2022). Available tools to evaluate digital health literacy and engagement with eHealth resources: A scoping review. <i>Heliyon</i> [en ligne]. 8(8), e10380. Disponible à l'adresse : suivante : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36090207/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cet examen de la portée évalue les outils disponibles qui peuvent être utilisés par les prestataires de services sociaux et de soins de santé pour évaluer la connaissance numérique en matière de santé.

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Santé Canada. <i>Améliorer l'accès équitable aux soins virtuels au Canada : Recommandations fondées sur des principes en matière d'équité</i>. Ottawa (Ont.) : Santé Canada; 30 mars 2022. Disponible à l'adresse suivante : https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/transparency/health-agreements/bilateral-agreement-pan-canadian-virtual-care-priorities-covid-19/enhancing-access-principle-based-recommendations-equity.html</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un cadre fondé sur des principes pour un accès équitable aux soins virtuels. ▪ Fournit des orientations et des recommandations sur les mesures concrètes que les différents ordres de gouvernement peuvent prendre pour garantir l'équité dans les soins virtuels.
<p>Excellence en santé Canada (ESC). <i>Pratiques prometteuses favorisant le vieillir chez soi</i>. Ottawa (Ont.) : HEC; 2025. Disponible à l'adresse suivante : https://healthcareexcellence.ca/en/what-we-do/all-programs/enabling-aging-in-place/promising-practices-for-enabling-aging-in-place/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décrit 11 programmes créés au Canada pour aider les personnes âgées à vieillir sur place (dans la communauté) avec un soutien formel. ▪ Les programmes visent à : <ul style="list-style-type: none"> ▫ réduire les obstacles à s'orienter dans le système; ▫ réduire les obstacles financiers; ▫ accroître la réactivité des services et des prestataires de services sociaux et de soins de santé; ▫ améliorer l'accès aux services spécialisés; ▫ créer une communauté connectée.
<p>National Institute for Health and Care Excellence (NICE). <i>Behaviour change : digital and mobile health interventions</i> [en ligne]. NICE; 2020. Disponible à l'adresse suivante : https://www.nice.org.uk/guidance/NG183</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ces lignes directrices couvrent les interventions par le biais d'une plateforme numérique ou mobile, y compris par message texte, applications, appareils portables ou Internet. ▪ Inclut des recommandations relatives à la réalisation d'une évaluation avant l'utilisation des technologies de santé numériques et mobiles.
<p>Norman CD, Skinner HA. <i>eHEALS: The eHealth literacy scale</i>. <i>J Med Internet Res</i> [en ligne]. 2006;8(4). Disponible à l'adresse suivante : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17213046/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'eHEALS est un instrument de mesure de la connaissance en santé électronique en huit points, conçu pour évaluer les connaissances, l'aisance et les compétences perçues des utilisateurs en matière de recherche et d'évaluation des informations électroniques sur la santé et de les appliquer aux problèmes de santé (Norman et Skinner, 2006). ▪ Remarque : cet article date de plus de dix ans mais est considéré comme un article fondamental.

RESSOURCE	DESCRIPTION
<p>Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). <i>Clinical practice in a digital health environment</i> [en ligne]. Toronto (Ont.) : RNAO; 2024. Disponible à l'adresse suivante : https://rnao.ca/bpg/guidelines/clinical-practice-digital-health-environment</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE) de l'AIIAO. ▪ Présentent des recommandations et des énoncés de pratiques exemplaires à l'intention du personnel infirmier et des membres de l'équipe interprofessionnelle afin de maintenir, de faire progresser et de renforcer la pratique professionnelle dans un environnement de santé numérique. ▪ Les LDPE reconnaissent également que les personnes recevant des soins sont des experts en matière de santé et de prise de décision, et qu'elles devraient être activement impliquées en tant que partenaires pour améliorer les résultats en matière de santé.
<p>Yoon J, Lee M, Ahn JS, et coll. <i>Development and validation of digital health technology literacy assessment questionnaire</i>. <i>J Med Syst</i> [en ligne]. 2022;46(13). Disponible à l'adresse suivante : https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8784987/ et https://static-content.springer.com/esm/art%3A10.1007%2Fs10916-022-01800-8/MediaObjects/10916_2022_1800_MOESM2_ESM.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le <i>Digital Health Technology Literacy Assessment Questionnaire</i> (DHTL-AQ) est un instrument fiable et valide pour mesurer la maîtrise des technologies de la santé numérique. ▪ Voir le fichier supplémentaire 2 fourni dans l'article pour consulter la version finale de l'outil.

Lacunes de la recherche et conséquences futures

Le comité d'experts et l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO ont cerné des domaines prioritaires pour les recherches futures (présentés dans le **tableau 9**). La colonne de gauche du tableau présente les questions et les résultats des recommandations, et la colonne de droite les domaines de recherche prioritaires déterminés par le comité d'experts sur la base des analyses systématiques réalisées pour chaque question. Les recherches futures dans ces domaines permettraient de recueillir de nouvelles données probantes qui permettraient d'offrir des soins centrés sur les personnes équitables de haute qualité. La liste n'est pas exhaustive, et des études dans d'autres domaines pourraient être nécessaires.

Tableau 9 : Domaines de recherche prioritaires par question de recommandation

QUESTION DE RECOMMANDATION	SECTEUR DE RECHERCHE PRIORITAIRE
<p>QUESTION DE RECOMMANDATION N° 1 :</p> <p>Les aides à la décision utilisées par les prestataires de soins de santé et les personnes pour soutenir la prise de décision partagée sur les traitements et les soins doivent-elles être recommandées ou non?</p> <p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> participation des personnes à leurs soins (implication dans la prise de décision et les options) résultats pour le prestataire/la personne : satisfaction du prestataire à l'égard des soins (ou de l'aide à la décision), connaissances des participants (sur les bénéfices/inconvénients) et choix par les participants d'un traitement/d'une option de dépistage qui reflète ce qui est le plus important pour eux comportements des prestataires de soins (établissement d'une relation thérapeutique respectueuse des préférences, de la culture des personnes, etc.) résultats de l'organisation ou du système (satisfaction à l'égard de l'ensemble des soins, durée du séjour, taux de réadmission, adoption et durabilité de l'utilisation de l'aide à la décision) inconvénients (charge pour la personne/l'aidant naturel, charge pour le prestataire) résultats cliniques (physiologiques) 	<ul style="list-style-type: none"> Recherche visant à choisir des stratégies pour faciliter la mise en œuvre des aides à la décision dans la pratique quotidienne. Les études d'intervention primaire qui évaluent l'utilisation des aides à la décision dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

QUESTION DE RECOMMANDATION

SECTEUR DE RECHERCHE PRIORITAIRE

QUESTION DE RECOMMANDATION N° 2 :

Faut-il recommander ou non des stratégies de minimisation sensorielle du bruit et de la lumière (utilisées pour faciliter les soins centrés sur les personnes)?

Résultats :

- satisfaction de la personne, de la famille ou de l'aidant naturel à l'égard des stratégies de minimisation sensorielle
- satisfaction du prestataire
- connaissance du prestataire
- mesures physiologiques
- satisfaction à l'égard de l'ensemble des soins
- durée du séjour
- taux de réadmission
- adoption et durabilité (des stratégies de minimisation sensorielle)
- charge pour le prestataire

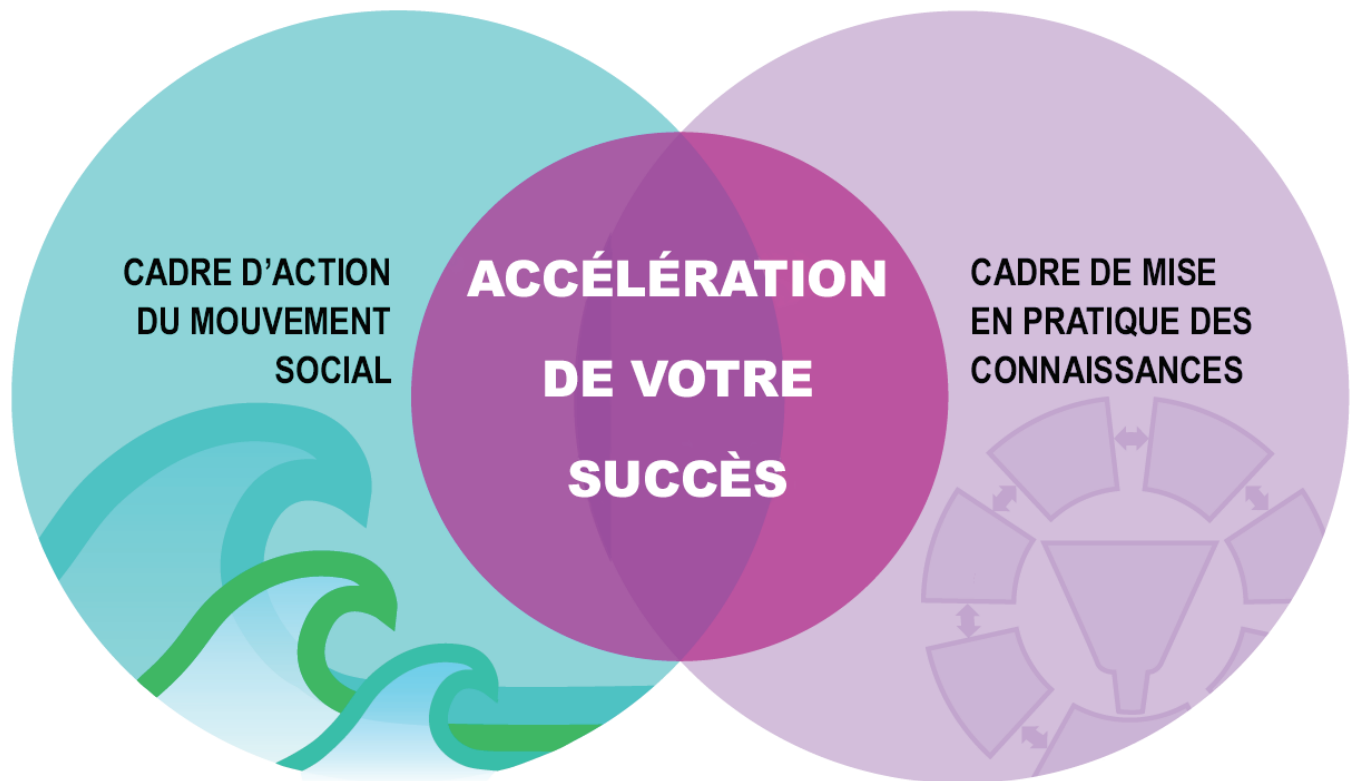
- Études portant sur les répercussions de l'éclairage sur les résultats de santé des personnes et des prestataires.
- Études portant sur les répercussions de la luminothérapie sur les résultats de santé des personnes et des prestataires de soins.
- Études qui évaluent les répercussions du son (p. ex., les battements de cœur de la mère) sur les résultats de santé des personnes et des prestataires de soins.
- Études portant sur les répercussions de la stimulation sensorielle pendant les périodes d'éveil, en particulier pendant les périodes de prise de décision, sur les résultats de santé des personnes.

Stratégies de mise en œuvre

La mise en œuvre des lignes directrices au point d'intervention comporte de multiples facettes et constitue un défi. Il faut plus que la sensibilisation et l'accès aux LDPE pour faire changer les pratiques : les LDPE doivent être adaptées à chaque contexte de pratique de façon systématique et participative afin que les recommandations puissent s'appliquer au contexte local (181). La [Trousse pour la conduite du changement](#) (élaborée par l'AIIAO, en partenariat avec Excellence en santé Canada) fournit des processus fondés sur des données probantes à cet égard (voir l'[annexe N](#)) (5).

La Trousse pour la conduite du changement utilise deux cadres complémentaires pour guider l'adoption et la durabilité des données probantes (voir la [figure 3](#)). Elles peuvent être utilisées ensemble pour maximiser et accélérer le changement.

Figure 3 : La Trousse pour la conduite du changement : deux cadres complémentaires pour accélérer votre réussite



Source : Reproduit avec l'autorisation de : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), Excellence en santé Canada (ESC). Trousse pour la conduite du changement [Internet]. 4^e édition. Toronto (Ontario) : RNAO; 2024. Accessible sur le site Web : [RNAO.ca/leading-change-toolkit](https://www.rnao.ca/leading-change-toolkit)

Le cadre d'action du mouvement social (1,2) est descriptif et définit les éléments déterminants d'un **mouvement social pour l'adoption et la durabilité des connaissances**⁶. Il intègre une approche ascendante, dirigée par les personnes, du changement pour une préoccupation partagée (ou une cause commune) dans laquelle les agents et les équipes de changement mobilisent l'action individuelle et collective pour atteindre les objectifs. Les éléments du cadre, classés en conditions préalables, caractéristiques essentielles et résultats, sont dynamiques et interdépendants et se développent spontanément au fur et à mesure de l'évolution du mouvement social.

Le cadre de mise en pratique des connaissances utilise un modèle de processus des phases du cycle d'action pour guider systématiquement l'adaptation des nouvelles connaissances (p. ex., une LDPE) au contexte local et à la mise en œuvre. Ce cadre suggère de cerner et d'utiliser des outils ou produits de connaissances (comme les lignes directrices) pour déterminer les lacunes et entamer le processus d'adaptation des nouvelles connaissances aux contextes locaux.

La Trousse pour la conduite du changement repose sur des données probantes émergentes dans le domaine de la santé et des sciences sociales selon lesquelles les chances d'adoption réussie et de la durabilité des pratiques exemplaires en soins de santé augmentent dans les circonstances suivantes :

- Les LDPE sont sélectionnées pour être mises en œuvre par le biais d'un processus participatif mené par des agents et des équipes de changement.
- Les LDPE sélectionnées reflètent les domaines prioritaires d'une préoccupation partagée qui est crédible, appréciée et significative, ou d'une urgence d'action.
- Les autres personnes concernées par le changement sont déterminées et impliquées tout au long de la mise en œuvre pour s'impliquer dans une action individuelle et collective.
- La réceptivité à la mise en œuvre des LDPE, y compris la préparation environnementale, est évaluée.
- Les stratégies de mise en œuvre sont adaptées au contexte local et conçues pour éliminer les obstacles.
- L'utilisation des LDPE est surveillée et maintenue.
- L'évaluation des répercussions des LDPE est intégrée au processus afin de déterminer si les objectifs et les résultats ont été atteints.
- Il existe des ressources adéquates pour mener à bien tous les aspects de la mise en œuvre et de la durabilité des LDPE.
- Les LDPE sont étendues, élargies ou approfondies, dans la mesure du possible, afin d'élargir leur influence et de créer des améliorations durables en matière de santé.

L'AIIAO s'engage à la diffusion, à la mise en œuvre et à la durabilité à grande échelle de nos LDPE. Nous utilisons une approche systématique en déployant diverses stratégies, notamment :

1. Le Réseau des champions des pratiques exemplaires de l'AIIAO^{MD}, qui alimente la capacité des agents du changement à encourager la sensibilisation, l'engagement et l'adoption des LDPE. Les champions des pratiques exemplaires de l'AIIAO sont des personnes et des organisations qui se passionnent pour la mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes et qui mobilisent d'autres personnes afin qu'ensemble elles améliorent les soins et la santé grâce à l'intégration des compétences définies par le cadre de compétences des champions des pratiques exemplaires de l'AIIAO. Les champions sont du personnel infirmier et d'autres professionnels de la santé de tous les rôles et de tous les secteurs de la santé, des étudiants, des défenseurs, des personnes ayant une expérience concrète ainsi que des aidants naturels.
2. Les **Clinical Pathways**^{MC G} (cheminements cliniques) de l'AIIAO sont des recommandations numérisées et des énoncés de pratiques exemplaires intégrés dans les dossiers médicaux électroniques par l'intermédiaire d'un logiciel tiers. Actuellement, ces cheminements cliniques sont à la disposition de tous les établissements de soins de longue durée du Canada.
3. La désignation d'OVPE^{MD} appuie la mise en œuvre des LDPE au niveau de l'organisation et du système de soins de santé. Les OVPE se concentrent sur la mise en place de cultures professionnelles fondées sur des données probantes avec le mandat particulier de mettre en œuvre, d'évaluer et d'« enraciner » différentes LDPE de l'AIIAO.

En outre, nous offrons chaque année des ateliers de renforcement des capacités sur la mise en œuvre du changement de la pratique.

Vous trouverez des informations sur nos stratégies de mise en œuvre aux emplacements suivants :

- Le réseau des champions des pratiques exemplaires de l'AIIAO^{MD} : [RNAO.ca/bpg/get-involved/champions](https://rnao.ca/bpg/get-involved/champions);
- Cheminements cliniques^{MC} de l'AIIAO : [RNAO.ca/bpg/implementation/clinicalpathways](https://rnao.ca/bpg/implementation/clinicalpathways)
- OVPE^{MD} de l'AIIAO : [RNAO.ca/bpg/bpso](https://rnao.ca/bpg/bpso)
- Les ateliers de renforcement des capacités et les autres occasions de perfectionnement professionnel de l'AIIAO : [RNAO.ca/events](https://rnao.ca/events).

Annexe A : Glossaire

Aidant naturel : Une personne qui apporte un soutien physique, psychologique et émotionnel, jugé important par la personne recevant les soins. Ces soins peuvent comprendre une aide à la prise de décision, une aide pour les activités de la vie quotidienne, la coordination et la continuité des soins. Les aidants naturels peuvent être des membres de la famille, des amis proches ou d'autres personnes et sont déterminés par les personnes ou leur décideur substitut (29). Les termes « partenaire de soins essentiel » (29) ou « partenaire de soins » sont également couramment utilisés dans la pratique.

Aides à la décision : Dans le cadre des LDPE, les aides à la décision sont des outils centrés sur la personne qui l'aident à prendre des décisions éclairées en matière de santé. Les aides à la décision présentent les choix de décisions à prendre en matière de soins de santé, fournissent des informations fondées sur des données probantes concernant les options de dépistage ou de traitement, fournissent des informations sur les bénéfices et les inconvénients associés à chaque option et précisent les valeurs et les préférences personnelles (141). Les aides à la décision peuvent aider les personnes à prendre des décisions lorsqu'il existe plusieurs options, y compris le statu quo (141). Les aides à la décision peuvent se présenter sous différentes formes : papier, Web, informatique (ou une combinaison de supports audio), informatiques et informatiques/Web, vidéo ou scripts. Quel que soit le format, l'objectif d'une aide à la décision est de soutenir les personnes et d'améliorer les consultations et les discussions avec les prestataires de soins de santé, et non de les remplacer (141). Les outils d'aide à la décision sont souvent appelés « aides à la décision du patient ».

Approche des soins tenant compte des traumatismes : Une approche des soins tenant compte des traumatismes est un cadre qui met l'accent sur la sécurité physique, psychologique et émotionnelle dans le but d'aider les personnes à se rétablir. En adoptant une approche des soins tenant compte des traumatismes, l'objectif est non seulement de comprendre la personne dans sa globalité, mais aussi d'être conscient de la manière dont les répercussions des traumatismes et les expériences vécues par les personnes en la matière façonnent l'état de santé et les comportements (90).

Autochtone : Introduit et utilisé dans un contexte mondial à la suite des efforts internationaux déployés par les peuples autochtones pour obtenir une plus grande présence au sein des Nations unies (ONU). Les Nations unies définissent globalement les populations autochtones comme des peuples établis de longue date et liés à des territoires spécifiques, qui pratiquent des traditions uniques et conservent des caractéristiques sociales, culturelles, économiques et politiques distinctes de celles des sociétés dominantes dans lesquelles ils résident (189). Selon la définition des Nations Unies, le terme Autochtone recouvre généralement les éléments suivants : auto-identification au niveau individuel et acceptation par une collectivité autochtone en tant que membre; continuité historique avec les sociétés précoloniales ou antérieures à l'arrivée des colons; liens étroits avec les territoires et les ressources naturelles environnantes; systèmes sociaux, économiques ou politiques distincts; langue, culture et croyances distinctes. Les peuples autochtones forment des groupes non dominants au sein de la société et décident de maintenir et de reproduire leurs environnements et systèmes ancestraux en tant que peuples et collectivités distincts (189).

La *Constitution canadienne* reconnaît trois groupes de peuples autochtones : les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Il s'agit de trois peuples distincts avec des histoires, des langues, des pratiques culturelles et des croyances spirituelles uniques (190).

Cadres pour une prise de décision éclairée par des données probantes : Un tableau qui aide les groupes d'experts sur une ligne directrice à prendre des décisions lorsqu'ils doivent formuler des recommandations après avoir examiné des données. L'objectif d'un cadre pour une prise de décision éclairée par des données probantes est de faire une synthèse des données de recherche, de mettre en évidence les facteurs importants qui peuvent influencer sur la recommandation, d'informer les membres du comité d'experts des bénéfices et des inconvénients de chaque intervention examinée et d'accroître la transparence du processus décisionnel dans l'élaboration des recommandations (43).

Cheminevements cliniques^{MC} de l'AIIAO : Les cheminevements cliniques de l'AIIAO sont une version numérisée des LDPE de l'AIIAO qui peuvent être intégrés dans un système de dossiers médicaux électroniques afin de promouvoir des soins centrés sur les personnes et fondés sur des données probantes.

Classement des recommandations, examen, élaboration et évaluation (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation [GRADE]) : Approche méthodologique permettant d'évaluer le degré de certitude d'un ensemble de données de manière cohérente et transparente et d'élaborer des recommandations de manière systématique. L'ensemble des données probantes relatives à des résultats importants ou critiques est évalué en fonction du risque de biais, de la cohérence des résultats, de la pertinence des études, de la précision des estimations, du biais de publication, de l'incidence de l'effet, de la relation dose-réponse et de l'effet des variables confusionnelles sur l'estimation (43).

L'évaluation du degré de certitude d'une donnée appuyant un résultat repose sur les cinq éléments du système GRADE. Ces éléments sont les suivants :

1. Le risque de biais, qui concerne les lacunes de conception d'une étude ou les problèmes rencontrés lors de son déroulement.
2. Le degré de cohérence d'un ensemble de données, selon qu'elles pointent dans la même direction ou qu'elles diffèrent d'une étude à l'autre.
3. Le degré d'imprécision, qui fait référence à l'exactitude des résultats en fonction du nombre de participants ou d'événements examinés et à la largeur des intervalles de confiance liés à l'ensemble des données.
4. On évalue le degré d'applicabilité des constatations d'une étude primaire afin de déterminer la mesure dans laquelle celles-ci peuvent s'appliquer à la population, à l'intervention et aux résultats énoncés dans la question de recherche.
5. Le degré de biais de publication, que l'on détermine en évaluant si l'ensemble des études relatives à un résultat ne contient que des données probantes ou statistiquement significatives (43).

Compétence culturelle : Cette compétence s'acquiert lorsque les personnes acquièrent les connaissances, les compétences et les attitudes nécessaires pour travailler efficacement et respectueusement avec des personnes diverses et diminuer les hypothèses sur les autres fondées sur des préjugés (89). Il n'est pas nécessaire de devenir expert en matière de cultures différentes de la sienne.

Création conjointe : Activité de collaboration dans le cadre de laquelle les prestataires de services sociaux et de soins de santé travaillent ensemble (sur un pied d'égalité) avec des personnes qui ont acquis une expertise grâce à leur expérience en matière d'accès aux services sociaux et de soins de santé (183). Il s'agit d'une approche de la résolution collaborative des problèmes qui implique divers partenaires à tous les stades d'un projet travaillant ensemble à la réalisation d'un objectif commun (c'est-à-dire de l'identification du problème aux étapes finales de la mise en œuvre) (184).

Données probantes indirectes : Conformément aux méthodes GRADE, le caractère direct est jugé sur la base de la population cible, de l'intervention et des résultats d'intérêt (43). Les données probantes peuvent être indirectes si les populations diffèrent de celles qui nous intéressent, si l'intervention testée diffère de l'intervention qui nous intéresse ou si les résultats diffèrent de ceux qui nous intéressent de prime abord (43).

Énoncé de pratique exemplaire : Les énoncés de pratique exemplaire s'adressent principalement au personnel infirmier et aux équipes interprofessionnelles qui fournissent des soins aux personnes tout au long du continuum de soins, y compris (mais sans s'y limiter), les soins primaires, les soins à domicile et de proximité, les soins de courte durée; et les SLD.

Les énoncés de pratique exemplaire sont des énoncés réalisables qui devraient être mis en pratique (37). Ces énoncés sont considérés comme étant si bénéfiques qu'un résumé des données probantes serait une mauvaise utilisation du temps et des ressources du comité d'experts (37). En outre, il se peut que les chercheurs ne mènent plus d'études sur le sujet, que l'option autre que l'action soit contraire à l'éthique ou que leur étude aille à l'encontre des droits de la personne (37,38). Étant donné le niveau élevé de certitude que les bénéfices découlant de l'énoncé de pratique exemplaire l'emportent sur les inconvénients, ils ne sont pas fondés sur une revue systématique des données probantes et ne reçoivent pas d'évaluation de la certitude des données probantes ou de la force (c'est-à-dire une évaluation conditionnelle ou forte, qui est discutée plus en détail ci-dessous) (39). Cela ne diminue en rien la certitude des données probantes. Bien qu'elles puissent être étayées par des données probantes indirectes, il existe une justification claire et explicite bien documentée reliant les données probantes indirectes à l'énoncé (37). En tant que tels, les énoncés de pratique exemplaire doivent être interprétés comme des recommandations fortes, car elles reposent sur l'hypothèse sous-jacente d'une grande certitude quant aux bénéfices de la mise en œuvre de l'action (37).

Équipe interprofessionnelle : Une équipe réunissant plusieurs prestataires de services sociaux et soins de santé (réglementés et non réglementés) qui collaborent pour assurer la prestation de soins et de services sociaux complets de qualité à des personnes à l'intérieur des milieux de soins, entre ces milieux et dans l'ensemble de ceux-ci (33). Les membres de l'équipe apportent leurs perspectives uniques et coopèrent, coordonnent et collaborent pour atteindre un objectif commun par le biais d'une prise de décision partagée (34) avec la personne qui reçoit des services sociaux et des soins de santé. Les principaux membres de l'équipe interprofessionnelle peuvent être : des infirmiers et infirmières, des médecins généralistes, des médecins, des diététiciens, des pharmaciens, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des praticiens de soins spirituels et d'autres professionnels de la santé. Il est important de souligner que les personnes et la famille et/ou les aidants naturels choisis sont au centre de l'équipe interprofessionnelle en tant que participants actifs.

Essai contrôlé randomisé (ECR) : Expérience au cours de laquelle un investigateur administre une ou plusieurs interventions à des participants qui ont été répartis de façon aléatoire dans un groupe expérimental (où ils se voient administrer l'intervention à l'étude), dans un groupe de référence (où ils se voient administrer un traitement traditionnel) ou dans un groupe témoin (aucune intervention ou administration de placebo) (191).

Examineur externe : Personnes ou groupes qui s'engagent à examiner l'ébauche des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et à fournir une rétroaction sur celles-ci avant leur publication. Les examinateurs externes comprennent souvent des personnes ou des groupes directement concernés par le thème et les recommandations des LDPE (p. ex., des personnes ayant accès aux services de soins de santé, des personnes travaillant dans des organisations de santé ou de services sociaux ou des personnes ayant une expertise dans le domaine).

Famille choisie : « Terme utilisé pour désigner des personnes qui sont liées (sur le plan biologique, affectif ou légal) avec la personne qui reçoit des services sociaux et des soins de santé, et/ou entretiennent avec elle des liens étroits (amitié, engagement, partage d'un ménage et de responsabilités pour l'éducation d'enfants, ou relations romantiques). La famille choisie d'une personne comprend tous ceux que la personne considère comme des proches dans sa vie (p. ex., parents, aidants naturels, amis, mandataires spéciaux, groupes, communautés et populations). La personne qui reçoit des soins détermine l'importance et le niveau de participation de toutes ces personnes à la prestation de ses soins, selon leur capacité » (22,75).

Humilité culturelle : L'un des éléments essentiels de la sécurité culturelle. Il s'agit d'un parcours d'autoréflexion et d'apprentissage qui se produit lorsque l'on écoute sans juger et que l'on est ouvert à l'apprentissage des autres et à leur sujet (89).

Infirmière/infirmier/personnel infirmier : Désigne les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées, les infirmières psychiatriques autorisées et les infirmières exerçant des fonctions de pratique avancée, tels que les infirmières praticiennes et les infirmières cliniciennes spécialisées (30).

Intersectionnalité : L'étude des identités sociales croisées et des systèmes d'oppression, de domination ou de discrimination qui y sont liés. Dans un cadre d'intersectionnalité, les catégories de race, de classe, de genre, de sexualité, de nation, de handicap et d'âge sont considérées comme interdépendantes (93).

Les populations méritant l'équité : Les groupes de personnes historiquement désavantagées et sous-représentées, y compris, mais sans s'y limiter, les femmes, les minorités visibles, les peuples autochtones, les personnes handicapées, ainsi que les membres de la communauté 2ELGBTQI+ ayant des identités de genre et des orientations sexuelles diverses. Ce terme souligne que ces communautés ont intrinsèquement droit à l'équité qui leur a été historiquement refusée (186).

Lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE) : « Les Lignes directrices sur les pratiques exemplaires sont des documents élaborés de manière systématique et fondés sur des données probantes qui fournissent des recommandations pour les infirmiers et infirmières et les membres de l'équipe soignante interprofessionnelle, les enseignants, les dirigeants, les responsables de l'élaboration des politiques et les personnes concernées sur des sujets précis portant sur la pratique clinique et l'environnement de travail sain. Elles favorisent la cohérence et l'excellence des soins cliniques, des politiques de santé et de l'éducation à la santé afin que les résultats en matière de santé pour les personnes, les communautés et le système de santé soient les meilleurs possible » (182).

Méta-analyse : Revue systématique de la littérature qui utilise des méthodes statistiques pour analyser et résumer les résultats des études examinées (191).

Voir revue systématique de la littérature

Mouvement social pour l'adoption et la durabilité des connaissances : Personnes, groupes ou organismes qui, en tant qu'agents de changement volontaires et intrinsèquement motivés, se mobilisent pour transformer les résultats en matière de santé (193).

Objectifs de développement durable (ODD) : Les objectifs de développement durable (ODD) ont été adoptés par les Nations Unies en 2015 en tant qu'appel universel et urgent à l'action pour mettre fin à la pauvreté, protéger la planète et faire en sorte que tous les peuples jouissent de la paix et de la prospérité d'ici à 2030 (27).

Organisations de santé et de services sociaux : Tout cadre dans lequel les personnes reçoivent des soins ou des services.

Les organisations de services de santé sont des organisations qui fournissent des services de soins de santé à des collectivités ou des populations définies. Il s'agit notamment d'équipes de santé familiale, d'organisations de soins à domicile ainsi que des hôpitaux (187).

Les organisations de services sociaux sont des organisations qui aident les personnes à résoudre des problèmes sociaux, y compris (mais sans s'y limiter) le logement, la violence domestique et la toxicomanie (187).

Organisation vedette des pratiques exemplaires^{MD} (OVPE) : Service de santé ou organisation universitaire qui a établi un partenariat officiel avec l'AIHIO sur une période de trois ans dans le but de créer des cultures de pratiques fondées sur des données probantes par la mise en œuvre systématique et l'évaluation des résultats de plusieurs lignes directrices sur les pratiques exemplaires (88). À l'issue de la première période de trois ans, les sites sont reconnus comme désignés. Après la période de prédésignation, les OVPE sont tenus d'atteindre les objectifs fixés et sont redésignés tous les deux ans. La désignation OVPE a été lancée en 2003 en tant que stratégie d'application des connaissances. Des OVPE ont été créées dans tous les secteurs. On retrouve des sites en Ontario et dans le monde entier.

Personnes ayant une expérience concrète : Les membres de la communauté qui ont une expérience et une connaissance directe du sujet en tant que personne, aidant naturel non rémunéré ou défenseur. Les personnes ayant une expérience concrète constituent un groupe diversifié qui possède un éventail d'antécédents et d'expériences (187).

Personnes : Remplace les termes « personne », « patient », « client », « résident », « usager », « consommateur » utilisés dans les organisations de santé et de services sociaux. Ce terme englobe les aidants naturels, les partenaires de soins essentiels, les familles choisies et les communautés. Le terme concernant la ou les personnes avec lesquelles un prestataire de services sociaux ou de soins de la santé a établi une relation thérapeutique aux fins de partenariat pour la santé.

Plan de soins : Document de santé centré sur les personnes, utilisé par les prestataires de services sociaux et de soins de santé pour faciliter la communication, refléter les valeurs, les croyances et les préférences exprimées par la personne, répondre à ses objectifs à court et à long terme et soutenir des soins holistiques dans l'ensemble des programmes, des organisations et des secteurs (154,155). Il s'agit d'un outil essentiel pour transmettre facilement les informations relatives aux données cliniques des personnes, à la conciliation des médicaments et à la coordination entre les différents prestataires de soins et de services.

Pratique fondée sur les données probantes : L'intégration des données probantes de la recherche à l'expertise clinique et aux valeurs des patients. Elle intègre les données de recherche à l'expertise clinique et encourage la prise en compte des préférences des patients (185).

Prestataires de services sociaux et de soins de santé : Désigne à la fois les prestataires de services sociaux et de soins de santé réglementés (p. ex., personnel infirmier, médecins, pharmaciens, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, physiothérapeutes et personnel paramédical) et non réglementés (p. ex., préposés aux services de soutien à la personne) qui font partie de l'équipe interprofessionnelle.

Prestataires de services sociaux et de soins de santé réglementés : En Ontario, la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (LPSR) offre un cadre pour réglementer 26 professions de la santé, définissant le champ d'exercice et les actes contrôlés ou autorisés propres à la profession, que chaque professionnel réglementé a la permission d'exécuter en offrant des soins et des services de santé (30). La *Loi de 1998 sur le travail social et les techniques de travail social* fournit un cadre pour la réglementation des travailleurs sociaux et des services sociaux (31).

Prestataires de services sociaux et de soins de santé non réglementés : Les prestataires de services sociaux et de soins de santé non réglementés assurent diverses fonctions dans des domaines qui ne sont pas assujettis à la LPSR. Ils sont tenus de rendre compte à leur employeur, mais non à une organisation de réglementation professionnelle (par exemple, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario). Les prestataires de services sociaux et de soins de santé non réglementés jouent leurs rôles et exécutent leurs tâches qui sont déterminées par leur employeur. Les prestataires de services sociaux et de soins de santé non réglementés n'ont la permission que d'accomplir un acte autorisé, tel que défini dans la LPSR, uniquement si cet acte figure parmi les exemptions établies dans la Loi (32).

Principes directeurs : Concepts généraux qui désignent une philosophie, une croyance, une valeur et/ou une norme de comportement que le personnel infirmier, les membres de l'équipe interprofessionnelle et les organisations de santé ou de services sociaux doivent appliquer à leur pratique lorsqu'ils mettent en œuvre des recommandations et des énoncés de pratiques exemplaires.

Prise de décision partagée : Il s'agit d'un processus conjoint dans lequel les prestataires de services sociaux et de soins de santé collaborent avec les personnes recevant des soins de santé et des services sociaux pour parvenir à une décision (35). Il s'agit de choisir des tests et des traitements sur la base de données probantes et des préférences, des croyances et des valeurs individuelles de la personne (35).

L'utilisation d'un processus de prise de décision partagée aide les prestataires de services sociaux et de soins de santé et les personnes confrontées à des décisions de dépistage ou de traitement concernant leur santé à comprendre les risques, les bénéfices et les conséquences possibles des différentes options de dépistage ou de traitement par le biais d'une discussion et d'un partage d'informations fondées sur des données probantes (35). Un processus de prise de décision partagée peut permettre aux personnes de prendre des décisions éclairées sur le traitement médical et les soins qui leur conviennent, ainsi que sur leurs besoins et préférences personnels (35). Il est entendu que certaines personnes peuvent préférer ne pas jouer un rôle actif dans la prise de décisions concernant leur propre santé.

Prise en compte de la culture : L'un des éléments essentiels de la sécurité culturelle est la connaissance des différences et des similitudes entre les cultures (89).

Profil de données probantes : Permet de présenter des informations importantes sur tous les résultats pertinents pour une question de santé donnée (43). Il présente des informations sur l'ensemble des données probantes (p. ex., le nombre d'études), les jugements sur la qualité sous-jacente des données probantes, les principaux résultats statistiques et l'évaluation de la qualité des données probantes pour chaque résultat (43).

Question de recherche sur la PICR (population, intervention, comparaisons, résultats) : Un cadre permettant de formuler une question précise. Il précise les quatre composantes suivantes :

1. Patient ou population qui fait l'objet de l'étude.
2. Intervention à étudier.
3. Comparaison ou intervention de rechange.
4. Résultat d'intérêt (43).

Question de recommandation : Un domaine de recherche prioritaire (portant sur la pratique, l'élaboration de politiques ou l'éducation) cerné par les membres du comité d'experts et nécessitant un examen de données probantes. Une question de recommandation peut également servir à clarifier un sujet qui prête à ambiguïté ou à controverse. Une question de recommandation est à la base de la question de recherche, qui à son tour guide la revue systématique de la documentation.

Quintuple objectif : Un cadre internationalement reconnu pour la prestation de soins de santé qui s'articule autour de cinq objectifs primordiaux : (1) améliorer la santé de la population, (2) améliorer l'expérience des personnes recevant des soins, (3) maîtriser les coûts des soins de santé, (4) améliorer le bien-être des prestataires de services sociaux et de soins de santé, et (5) instaurer l'équité dans l'accès aux soins (25).

Recherche quantitative : Une approche de la recherche qui étudie les phénomènes en utilisant des outils qui produisent des mesures statistiques ou des données numériques (192).

Recommandations relatives à la formation : Création d'énoncés normalisés applicables à toutes les LDPE cliniques afin de soutenir les changements de pratiques fondés sur des données probantes. Ces énoncés ont été créés en fonction d'une analyse thématique rigoureuse de 26 recommandations en matière d'éducation provenant de huit LDPE différentes et portant sur des populations et sujets cliniques variés.

Recommandation : Une intervention qui répond directement à une question de recommandation (également connue sous le nom de « questions de recherche sur la PICR »). Une recommandation est fondée sur une revue systématique de la documentation et est faite en tenant compte de ses a) bénéfices et inconvénients; b) valeurs et préférences et c) l'équité dans l'accès aux soins. Le comité d'experts décide par consensus si une recommandation est *forte* ou *conditionnelle*.

Il faut souligner que les recommandations ne doivent pas être considérées comme contraignantes, car elles ne peuvent tenir compte de toutes les particularités des circonstances individuelles, organisationnelles et cliniques (43).

Relation thérapeutique : Relation délibérée visant un but, entre le prestataire de services sociaux et de soins de santé et la personne qui fait appel au système de santé pour obtenir des soins et un traitement. Cette relation est ancrée dans un processus interpersonnel pour promouvoir les intérêts supérieurs et les résultats de la personne (23,36).

Résultats : Une variable dépendante, ou bien l'état clinique ou fonctionnel d'un patient ou d'une population que l'on utilise pour évaluer le succès d'une intervention. Dans le cadre du système GRADE, chaque résultat est classé dans l'ordre de priorité suivant : (a) déterminant pour la prise de décision; (b) important sans être déterminant; (c) sans importance. Ces résultats permettent de mieux cibler la recherche d'études et la revue systématique de la documentation (43).

Revue systématique : Un examen approfondi de la documentation qui fait appel à des questions clairement formulées et à des méthodes systématiques et explicites pour cerner et sélectionner les études pertinentes et les évaluer de manière critique. Une revue systématique consiste à recueillir et à analyser les données des études retenues et à les présenter, parfois à l'aide de méthodes statistiques (191).

Voir méta-analyse

Science de mise en œuvre : Définie comme « l'étude scientifique des méthodes de promotion de l'adoption systématique des résultats de la recherche et d'autres pratiques fondées sur les données probantes dans la pratique routinière, et, par conséquent, visant à améliorer la qualité et l'efficacité des services de la santé et des soins. » (188).

Sécurisation culturelle : Il s'agit d'une implication respectueuse de la part des personnes, qui reconnaît les déséquilibres de pouvoir inhérents au système de santé et vise à y remédier. Elle implique que les prestataires de services sociaux et de soins de santé adoptent une approche humble et consciente de la pratique clinique, en se positionnant comme des collaborateurs respectueux et ouverts d'esprit dans le cadre de soins centrés sur les personnes plutôt que comme des experts faisant autorité (17).

Sensibilisation aux réalités culturelles : L'un des éléments essentiels de la sécurité culturelle consiste à être conscient et à reconnaître les répercussions de sa propre culture sur ses comportements, ses connaissances et ses préjugés (89).

Soins centrés sur les personnes : « Une approche des soins qui adopte consciemment les perspectives des personnes, des familles et des communautés dans l'idée qu'ils sont des participants et des bénéficiaires de systèmes de santé fiables qui répondent à leurs besoins et à leurs préférences de manière humaine et complète » (12).

Les soins centrés sur les personnes sont centrés sur les besoins et les attentes en matière de santé non seulement de la personne qui se fait soigner, mais aussi de sa famille, du personnel soignant, de la communauté et de la société (11). Dans le cadre de ce modèle, toutes les personnes impliquées dans les soins à la personne (p. ex., la personne, le médecin, le personnel infirmier, la famille choisie, l'aïdant naturel, le travailleur social, les praticiens des soins spirituels, etc.) contribuent à la prestation des soins et des services (13).

Soins infirmiers et de santé fondés sur l'exploitation des forces : La compréhension des enjeux et des limites d'une personne dans un contexte plus large qui inclut ses forces intérieures et extérieures, telles que la résilience, les capacités d'adaptation, le soutien de la famille ou les ressources de la communauté (94). Il s'agit d'une approche des soins qui met l'accent sur les capacités et les ressources des personnes, en découvrant les points forts qui peuvent leur permettre de mieux maîtriser leur santé et leur bien-être (94). L'approche des soins infirmiers et des soins de santé fondés sur l'exploitation des forces repose sur quatre fondements : 1) les soins centrés sur les personnes, qui se concentrent sur les capacités, les ressources, les valeurs et les objectifs de la personne afin de la comprendre en tant que personne au-delà de sa maladie ou de son handicap actuel 2) l'autonomisation, qui reconnaît que les personnes sont pleines de ressources et capables de participer à une prise de décision partagée 3) la pratique relationnelle, qui favorise les relations entre les personnes et les prestataires, fondées sur la collaboration et le partenariat, et non sur la hiérarchie, et 4) les capacités innées, qui s'appuient sur ce qui fonctionne bien pour la personne (95).

Soins virtuels : Toute interaction entre des personnes, des prestataires de services sociaux et de soins de santé ou d'autres membres du cercle de soins, qui se produit à distance, utilise toute forme de technologie de communication ou d'information et vise à faciliter ou à maximiser la qualité et l'efficacité des soins (171). Les soins virtuels peuvent être une approche des soins ou se référer à une interaction unique entre un prestataire et une personne (172).

Annexe B : Lignes directrices et ressources de l'AIIAO qui appuient les présentes Lignes directrices

Voici quelques sujets et suggestions de lignes directrices de l'AIIAO ainsi que des ressources d'autres organisations qui se rapportent aux présentes LDPE.

SUJET	RESSOURCE(S)
Science de la mise en œuvre; cadres de mise en œuvre et ressources	<ul style="list-style-type: none"> Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), Excellence en santé Canada (ESC). <i>Leading change toolkit</i> [en ligne] (4^e éd.). Toronto (Ont.) : RNAO; 2024. Disponible à l'adresse suivante : https://www.RNAO.ca/leading-change-toolkit
Soins palliatifs	<ul style="list-style-type: none"> Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). <i>Approche de soins palliatifs durant les douze derniers mois de la vie</i> Toronto (Ont.) : RNAO; 2020. Disponible à l'adresse suivante : https://rnao.ca/bpg/guidelines/palliative-approach-care-last-12-months-life
Transitions dans les soins et les services	<ul style="list-style-type: none"> Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). <i>Transitions dans les soins et les services</i>. Toronto (Ont.) : RNAO; 2023. Disponible à l'adresse suivante : https://rnao.ca/bpg/guidelines/transitions-in-care

Annexe C : Énoncés relatifs à la formation

Énoncés relatifs à la formation pour ces LDPE

Depuis 1999, l'AIIAO occupe un rôle de premier plan dans l'élaboration de LDPE, les premières LDPE ayant paru en 2001. Dès le début, l'AIIAO a reconnu l'importance des approches individuelles et organisationnelles de la prestation de formations sur le contenu des LDPE cliniques pour appuyer les changements de pratique fondés sur des données probantes. À ce titre, les LDPE cliniques de l'AIIAO comprennent des recommandations en matière de formation pour les responsables des programmes d'enseignement et de formation en cours d'emploi des étudiants en sciences infirmières, du personnel infirmier et des membres de l'équipe interprofessionnelle. Ces recommandations définissent les stratégies de formation et le contenu de base des cours requis pour les programmes de santé de premier cycle et les programmes de formation continue et de perfectionnement professionnel.

Une analyse approfondie des recommandations de l'AIIAO en matière de formation a été réalisée en 2018. Elle portait sur les LDPE cliniques publiées au cours des cinq années précédentes, puisque les LDPE cliniques publiées au cours de cette période sont toutes issues de revues systématiques de la documentation. L'analyse a examiné 26 recommandations en matière de formation provenant de huit LDPE différentes qui portaient sur divers sujets cliniques et différentes populations.

Une analyse thématique rigoureuse a fait ressortir des similitudes entre les LDPE. Ainsi, on a jugé approprié de formuler des recommandations normalisées relatives à la formation applicables à toutes les LDPE cliniques afin d'appuyer les changements de pratique fondés sur des données probantes. Les deux recommandations relatives à la formation qui en ont résulté et les discussions connexes sur la documentation sont présentées ci-dessous. Ces énoncés peuvent être adaptés au contexte des organisations de santé et de services sociaux et des établissements d'enseignement afin de soutenir la mise en œuvre des recommandations cliniques portant sur différents domaines thématiques des lignes directrices.

ÉNONCÉ RELATIF À LA FORMATION N° 1 : LES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT INTÈGENT DES LIGNES DIRECTRICES FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES AUX PROGRAMMES D'ÉTUDES DESTINÉS AUX INFIRMIÈRES QUI N'ONT PAS ENCORE OBTENU LEUR LICENCE OU QUI SONT DÉJÀ LICENCIÉES ET AUX AUTRES FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ RÉGLEMENTÉS.

Discussions sur la documentation

L'analyse thématique des énoncés de recommandations relatifs à la formation décrits ci-haut a montré l'existence du thème fondamental pour le renforcement des capacités dans le domaine de la pratique fondée sur des données probantes :

Les établissements d'enseignement intègrent des lignes directrices fondées sur des données probantes aux programmes d'études destinés aux membres du personnel infirmier qui n'ont pas encore obtenu leur licence ou qui sont déjà licenciés et aux autres prestataires de services sociaux et de soins de santé réglementés.

L'analyse a porté sur les LDPE DE L'AIIAO suivantes :

- *L'évaluation et la prise en charge de la douleur, troisième édition* (2013)
- *Transitions des soins* (2014)
- *Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille* (2015)
- *Établissement d'un dialogue avec les clients qui font l'usage de drogues* (2015)
- *La prévention et la résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés : Approches axées sur la personne, coopératives et à l'échelle du système* (2014)
- *Primary Prevention of Childhood Obesity, Second Edition* (2014) [non traduit]
- *Le délire, la démence et la dépression chez les personnes âgées : Évaluation et soins, deuxième édition* (2016)
- *Working with Families to Promote Safe Sleep in Infants 0–12 Months of Age* (2014) [non traduit]

Les établissements d'enseignement devraient envisager d'intégrer le contenu de la LDPE aux cours théoriques et pratiques destinés au personnel infirmier et aux autres prestataires de services sociaux et de soins de santé réglementés, comme les travailleurs sociaux, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les diététiciens et les pharmaciens, dans les programmes offerts avant l'octroi d'un permis d'exercer (p. ex., les étudiants diplômés et de premier cycle) et après celui-ci (p. ex., les étudiants de deuxième cycle). Les programmes de formation offerts avant l'octroi d'une licence permettent d'acquérir des connaissances de base, qui peuvent être renforcées et enrichies, si nécessaire, dans la pratique au sein des organisations de santé et de services sociaux. Les programmes d'études supérieures offerts après l'octroi d'une licence préparent le personnel infirmier et les autres prestataires de services sociaux et de soins de santé réglementés à assumer des rôles et des fonctions de pratique avancée dans les domaines de la pratique clinique, de l'enseignement, de l'administration, de la recherche et de l'élaboration de politiques (194). Ainsi, le contenu des lignes directrices intégré aux programmes d'études et son degré de complexité varieront en fonction des objectifs pédagogiques globaux de chaque programme. Dans les deux cas, l'intégration du contenu des lignes directrices aux programmes d'études favorise la conformité de l'apprentissage aux pratiques fondées sur des données probantes et a pour objectif ultime d'améliorer les résultats de santé pour les personnes.

Pour soutenir l'intégration aux programmes d'enseignement de LDPE fondées sur des données probantes, on peut utiliser les approches suivantes : (1) l'élaboration d'objectifs d'apprentissage à plusieurs niveaux liés aux lignes directrices; et (2) l'élaboration de stratégies d'enseignement et d'apprentissage liées aux LDPE. Les deux approches sont décrites ci-dessous.

1. **Élaboration d'objectifs d'apprentissage à plusieurs niveaux liés aux lignes directrices** : Les objectifs d'apprentissage à plusieurs niveaux liés à des lignes directrices (avant et après l'obtention d'une licence) facilitent l'intégration du contenu des lignes directrices aux programmes d'études.
 - Au niveau du programme, cette intégration permet aux apprenants d'élargir leurs connaissances, de renforcer leur jugement et de développer leurs compétences. À titre d'exemple, un objectif de programme d'enseignement supérieur pourrait consister à sensibiliser les apprenants à certains éléments de la science de la mise en œuvre afin qu'ils puissent adopter les lignes directrices et les utiliser de façon durable dans les différents contextes cliniques (195).
 - Pour ce qui est des cours, l'intégration du contenu des lignes directrices permet aux apprenants de suivre un apprentissage conforme aux pratiques fondées sur des données probantes dans les contextes d'enseignement et de pratique. À titre d'exemple, les objectifs des cours de premier cycle pourraient consister à permettre aux apprenants d'acquérir une meilleure connaissance des lignes directrices, de sélectionner des lignes directrices pertinentes pour leur pratique (et de justifier leur choix) et d'intégrer les recommandations relatives aux lignes directrices dans les programmes de soins destinés aux personnes concernées (195).
2. **Élaboration de stratégies d'enseignement et d'apprentissage liées aux lignes directrices** : Les stratégies d'enseignement doivent être adaptées aux objectifs pédagogiques des programmes et aux besoins des apprenants et les préparer à améliorer la pratique et à obtenir des résultats positifs (196). Les différentes stratégies d'enseignement et d'apprentissage liées aux lignes directrices sont décrites ci-dessous.
 - **Cours magistraux** : Les enseignants peuvent utiliser les cours magistraux pour fournir des connaissances générales sur les lignes directrices, plus particulièrement sur le processus rigoureux d'élaboration des lignes directrices et de leurs différentes recommandations. Les cours magistraux peuvent donner aux apprenants une bonne idée du champ d'application et de la force des données probantes sur lesquelles s'appuient les recommandations (195).
 - **Activités interactives en classe** : Les activités d'apprentissage interactives en classe peuvent fournir de l'information additionnelle aux apprenants, leur permettre de participer à des exercices de résolution de problèmes et de structurer les connaissances acquises. Parmi les exemples d'activités d'apprentissage, citons : la réalisation de travaux en groupe pour aider les apprenants à s'orienter dans une ligne directrice et à se familiariser avec ses recommandations; l'examen d'études de cas pour leur donner l'occasion de sélectionner des recommandations de la ligne directrice et de les appliquer dans le cadre de programmes de soins; et l'utilisation de vidéos et de jeux de rôle pour développer leur capacité à justifier la sélection de lignes directrices/recommandations particulières dans le cadre de programmes de soins (195).

- **Simulation** : Une simulation numérique de haute qualité dans le cadre d'un laboratoire de compétences peut atténuer l'incertitude des apprenants quant à la pratique clinique, leur permettre d'acquérir de nouvelles compétences et d'accroître leur confiance en soi et leur niveau de satisfaction. Les enseignants ayant reçu une formation en pédagogie peuvent utiliser la simulation pour enseigner aux apprenants des connaissances liées à la prestation de soins sécuritaires et efficaces centrés sur les personnes et ses proches dans un contexte clinique normalisé. Les enseignants peuvent également aider les apprenants à intégrer le contenu d'une ligne directrice à des séances de pratique simulée lorsqu'ils enseignent une pratique étayée par des données probantes (195).
- **Discussions avant et après une présentation sur une pratique clinique** : Discuter d'une ligne directrice avant et après une présentation sur une pratique clinique peut contribuer à renforcer l'esprit critique des apprenants dans l'élaboration de plans de soins, à les préparer à modifier une pratique en fonction des recommandations d'une ligne directrice, à expliquer clairement les raisons motivant une décision clinique et à évaluer les résultats des interventions. Les apprenants ont ainsi l'occasion de déterminer si les politiques et les procédures en vigueur dans le contexte de la pratique sont conformes aux données les plus probantes et de cerner les éléments d'une pratique susceptibles d'être modifiés et de réfléchir à la manière d'amorcer le processus de modification (195).
- **Accès aux ressources liées aux LDPE** : Les enseignants peuvent proposer des liens et des ressources liés aux LDPE et en faciliter l'accès (195).
- **Travaux et tests** : Il peut être demandé aux apprenants d'intégrer des lignes directrices à leurs plans d'apprentissage ou de prendre des notes sur une ligne directrice particulièrement pertinente à leur domaine de pratique. Il est également recommandé de préparer des tests ou des questions d'examen qui permettent aux apprenants de faire preuve d'esprit critique par rapport aux lignes directrices. Dans l'ensemble, les travaux et les tests relatifs aux lignes directrices peuvent être conçus de manière à inciter les apprenants à réfléchir aux lignes directrices, à bien comprendre leurs modalités d'application et à faire preuve d'esprit critique à leur égard (195).
- **Préceptorat ou mentorat dans le cadre de stages cliniques** : Les précepteurs en contexte clinique jouent un rôle essentiel dans l'enseignement des compétences pratiques qui complètent l'apprentissage théorique des apprenants. Les précepteurs sont chargés d'assurer l'enseignement clinique, la supervision et l'évaluation des apprenants (197). Ils peuvent aider les apprenants à intégrer le contenu des lignes directrices à leurs objectifs d'apprentissage et activités cliniques et ainsi favoriser l'acquisition de connaissances et de pratiques fondées sur des données probantes.

ÉNONCÉ RELATIF À LA FORMATION NO 2 : LES ORGANISATIONS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX UTILISENT DES STRATÉGIES VISANT À INTÉGRER DES LIGNES DIRECTRICES FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES À LA FORMATION DU PERSONNEL INFIRMIER ET DES AUTRES PRESTATAIRES DE SERVICES SOCIAUX ET DE SOINS DE SANTÉ.

Discussions sur la documentation

L'analyse thématique des recommandations relatives à la formation figurant dans un certain nombre de LDPE a révélé qu'un deuxième thème s'avère fondamental pour le renforcement des capacités en matière de pratiques fondées sur des données probantes :

Les organisations de services de santé utilisent des stratégies visant à intégrer des lignes directrices fondées sur des données probantes à l'enseignement et à la formation du personnel infirmier et des autres prestataires de services sociaux et de soins de santé.

L'analyse a porté sur les LDPE suivantes :

- *L'évaluation et la prise en charge de la douleur, troisième édition* (2013)
- *Les transitions des soins* (2014)
- *Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille* (2015)
- *Établissement d'un dialogue avec les clients qui font l'usage de drogues* (2015)
- *La prévention et la résolution des mauvais traitements et de la négligence envers les aînés : Approches axées sur la personne, coopératives et à l'échelle du système* (2014)

- *Primary Prevention of Childhood Obesity, Second Edition (2014) [non traduit]*
- *Le délire, la démence et la dépression chez les personnes âgées : Évaluation et soins, deuxième édition (2016)*
- *Working with Families to Promote Safe Sleep in Infants 0–12 Months of Age (2014) [non traduit]*

Le personnel infirmier et les autres prestataires de services sociaux et de soins de santé doivent être constamment à l'affût de nouvelles connaissances, rechercher des possibilités de perfectionnement professionnel et parfaire leur formation tout au long de leur carrière. Le fait de participer à la formation des prestataires de soins de santé permet d'assurer qu'elle est en conformité avec les pratiques fondées sur des données probantes, de renforcer les compétences et d'améliorer les résultats et la qualité des soins (198). L'intégration du contenu des lignes directrices aux programmes de formation au sein des organisations de santé et de services sociaux peut contribuer à améliorer les connaissances et les compétences fondées sur des données probantes du personnel infirmier et des autres prestataires de services sociaux et de soins de santé après avoir obtenu leur permis d'exercice.

Les programmes d'enseignement et de formation devraient s'appuyer sur les principes de l'éducation des adultes, et notamment des adultes qui :

- sont conscients de leurs besoins et de leurs objectifs en matière de formation;
- sont autonomes et capables d'autodétermination;
- accordent de l'importance aux expériences passées et savent en tirer parti;
- sont prêts à apprendre;
- sont motivés à apprendre;
- se font enseigner les connaissances et les compétences dans le contexte de situations concrètes et réelles (199).

De plus, l'enseignement et la formation doivent être pertinents par rapport au champ d'exercice du prestataire de services sociaux ou de soins de santé et à son rôle. Les stratégies de formation peuvent comprendre les éléments suivants :

- **Séances de formation en cours d'emploi** : Elles peuvent être planifiées par des experts cliniciens dans le contexte de pratique pour appuyer l'application d'une LDPE particulière ou de recommandations incitant le personnel à adopter une pratique fondée sur des données probantes. La formation, qui peut consister en des séances individuelles ou en groupe, doit répondre aux besoins des apprenants. Il est recommandé que les séances de formation soient suivies de séances de mise à jour ou de rappel permettant de fournir de la rétroaction au personnel et d'améliorer leur apprentissage (200,201).
- **Ateliers/séminaires** : Le personnel infirmier et les autres prestataires de services sociaux et de soins de santé peuvent tirer parti d'ateliers et de séminaires hautement interactifs pour maintenir une pratique fondée sur les données les plus probantes, lorsqu'ils intègrent diverses stratégies de formation, comme des documents distribués à l'avance, des discussions en petits groupes sur des études de cas et des ressources multimédias, telles que des diaporamas et des vidéos présentant des LDPE et des recommandations pertinentes. L'atelier des champions des pratiques exemplaires de l'AIIO et les ateliers cliniques sur une LDPE sont des exemples de programmes de formation sur la mise en œuvre des LDPE dans différents contextes de pratique (88).
- **Amélioration de la qualité** : Le personnel infirmier et les autres prestataires de soins de santé qui participent aux efforts d'amélioration de la qualité des soins dans leur lieu de travail sont mieux à même de reconnaître les événements sentinelles et d'examiner les moyens d'améliorer les soins. S'engager à satisfaire aux normes d'agrément est un facteur important d'amélioration de la qualité, car il contribue à combler les écarts entre les pratiques actuelles et les pratiques exemplaires et à maintenir continuellement le niveau des compétences. Voici quelques exemples de stratégies que le personnel infirmier et les autres prestataires de services sociaux et de soins de santé peuvent appliquer pour satisfaire aux normes d'agrément :
 - participer à un processus de mise en œuvre des lignes directrices dans une unité de soins afin de renforcer la sécurité des patients, de réduire les risques et d'améliorer les résultats des soins;
 - choisir des recommandations tirées d'une ligne directrice en particulier pour faciliter le processus de modification d'une pratique;

- mettre en commun les connaissances et les enseignements tirés de l'examen des lignes directrices avec le comité d'agrément (202,203).

Parmi les autres moyens d'améliorer la qualité, citons la participation à la déclaration des incidents, les initiatives pour la sécurité des patients et d'autres initiatives de santé dans les différents domaines de pratique.

- **Mentorat après l'obtention d'un permis d'exercice :** Ce mentorat consiste à fournir aux nouveaux diplômés ou aux employés moins expérimentés des conseils pour développer leurs compétences et à les aider dans l'évolution au sein de leur rôle professionnel. Des études montrent que les nouvelles recrues qui travaillent avec des mentors sont moins stressées et plus satisfaites de leur travail durant le processus de transition (204). Les mentors peuvent contribuer à l'intégration du contenu des lignes directrices tout en enseignant des pratiques fondées sur des données probantes.

ÉVALUATION

Toutes les stratégies éducatives nécessitent une évaluation pour (a) surveiller l'adoption des connaissances et (b) mesurer leur incidence sur les résultats cliniques.

L'AIIAO a conçu la LDPE intitulée *Pratiquer l'éducation dans les soins infirmiers* (205), qui fournit des recommandations fondées sur des données probantes qui soutiennent l'application des connaissances à différents contextes de pratique par les étudiants en sciences infirmières. La LDPE aide également le personnel infirmier, les enseignants en soins infirmiers, les précepteurs et les autres membres de l'équipe interprofessionnelle à appliquer avec efficacité les stratégies de formation dans différents contextes cliniques.

La Trousse pour la conduite du changement (5) définit de nombreuses stratégies pour soutenir l'évaluation des résultats en matière de santé au niveau de la personne, du prestataire de soins, de l'organisation et du système de santé. Voici quelques exemples de stratégies éducatives :

- effectuer des tests avant et après les séances de formation du personnel;
- organiser des groupes de discussion / des entretiens avec le personnel;
- observer des rencontres patient-prestataire de soins;
- vérifier les dossiers pour évaluer les effets sur les résultats chez les personnes;
- déterminer le niveau de satisfaction des personnes et de leur famille au moyen d'un questionnaire ou d'entretiens.

Annexe D : Examen de la portée : Approches et stratégies de communication collaborative pertinentes pour les soins centrés sur les personnes

À l'aide du cadre d'Arksey et O'Malley (203), un examen de la portée a été mené pour étudier les tendances actuelles des stratégies de communication collaborative utilisées dans le contexte des soins centrés sur les personnes. Il est important de reconnaître qu'un examen de la portée ne fournit pas de recommandations pour la pratique ni d'informations pour les lignes directrices cliniques (204). L'examen de la portée fournit plutôt une vue d'ensemble des approches et des stratégies trouvées dans la documentation existante qui peuvent être utiles et applicables dans la pratique. Pour une description détaillée des étapes de l'examen de la portée, voir les documents supplémentaires sous l'onglet des documents méthodologiques sur la page Web des LDPE.

Au total, 84 articles ont été inclus dans cet examen. Les types d'études les plus courants étaient les revues systématiques et les **méta-analyses**⁶ (n=38) et les revues de la documentation ou les documents de discussion (n=28). De plus, neuf étaient des études contrôlées non randomisées, quatre étaient des études contrôlées randomisées, trois étaient des cadres directeurs, un était une ligne directrice fondée sur des données probantes ou fondée sur un consensus et un était une étude qualitative. Les articles provenaient de 19 pays, la plupart des États-Unis d'Amérique (43 %), d'Australie (9 %), du Royaume-Uni (9 %) ou avaient une contribution internationale (9 %). Cinq articles (6 %) provenaient du Canada. Les approches et les stratégies comprennent des guides pour susciter des discussions entre les personnes ou les mandataires spéciaux et leurs cliniciens traitants, des approches théoriques de la communication (p. ex., l'entretien motivationnel) et des acronymes décrivant les éléments essentiels des protocoles ou des cadres pour optimiser les interactions entre les personnes et leurs prestataires de soins. Les approches et les stratégies ont été conçues pour une utilisation dans différents secteurs (p. ex., soins tertiaires, milieux communautaires) et avec différentes populations de patients (p. ex., les personnes souffrant de complications diabétiques, de démence et de lésions rénales aiguës en fin de vie).

Le **tableau 10** présente les types d'approches et de stratégies de communication collaborative pertinentes pour les soins centrés sur les personnes, ainsi qu'une brève description que les utilisateurs finaux peuvent approfondir en se référant à la citation correspondante. Il n'y a pas eu de revue systématique ni d'évaluation de la qualité des données probantes; le tableau ne fournit donc pas d'informations sur l'efficacité de chaque stratégie. L'AIIAO ne recommande pas une approche ou une stratégie plutôt qu'une autre.

Tableau 10 : Approches et stratégies de communication collaborative pertinentes pour les soins centrés sur les personnes

TYPES DE COMMUNICATION COLLABORATIVE	DESCRIPTION	EXEMPLES d'ÉTABLISSEMENT ou de CONTEXTE	RÉFÉRENCE
Libellé sur la planification préalable des soins	<p>Les phrases suivantes peuvent être utiles aux prestataires de services sociaux et de soins de santé pour communiquer avec les personnes recevant des soins tout au long de l'évolution de la maladie rénale et en fin de vie.</p> <p>DISCUSSION sur la planification préalable des soins (PPS)</p> <ul style="list-style-type: none"> Je veux comprendre comment vous aimeriez que nous vous soignons si vous deveniez plus malade. Quelles sont les priorités que vous souhaiteriez que nous établissions? Le fait de parler de la manière dont on prend soin de vous aujourd'hui peut aider votre famille à savoir ce qui serait important si vous étiez trop malade pour nous le dire. Êtes-vous prêt à en parler avec moi? Il est important que nous puissions respecter vos souhaits en matière de soins de santé si vous étiez très malade. En avez-vous discuté avec quelqu'un? Serait-il possible de parler de la façon dont vous aimeriez être soigné si votre état de santé s'aggravait? Y a-t-il des situations que vous souhaiteriez éviter si vous tombiez gravement malade? En apprenant à connaître ce qui est important pour vous, nous pourrions mieux prendre soin de vous. Comment aimez-vous prendre des décisions concernant vos soins de santé? <p>NORMALISER LA PPS</p> <ul style="list-style-type: none"> Ces discussions constituent une partie importante des soins prodigués à chaque personne en dialyse. De nombreuses personnes trouvent ces discussions difficiles, ce qui est normal. Je veux que vous sachiez que vous pouvez me parler de vos préférences. <p>La PPS est un PROCESSUS</p> <ul style="list-style-type: none"> Au cours de votre dialyse, le fait d'en parler m'aidera à comprendre vos préférences. Si des membres de votre famille vous aident à prendre des décisions, il peut être utile de les impliquer dans ces discussions. J'aimerais avoir une discussion continue sur ces sujets. Comprendre vos priorités est un processus. 	Néphrologie	(206)
Communication croissante et alternative (technologie rudimentaire)	<ul style="list-style-type: none"> Les personnes dont les facultés cognitives et la motricité fine sont préservées peuvent utiliser un stylo et du papier pour écrire librement. Lorsque les personnes ont des capacités motrices fines mais sont incapables d'écrire, des tableaux de communication (alphabet/images/phrases/symboles) sont disponibles. Ces tableaux sont constitués d'icônes et d'images représentant les besoins fondamentaux. Les tableaux de l'alphabet et des symboles permettent à la personne de pointer les lettres/symboles individuels pour former des mots et/ou des expressions. <p>D'autres exemples incluent : les gestes, l'expression faciale, le langage corporel et le langage des signes.</p>	Soins intensifs	(207–209)

TYPES DE COMMUNICATION COLLABORATIVE	DESCRIPTION	EXEMPLES d'ÉTABLISSEMENT ou de CONTEXTE	RÉFÉRENCE
Communication croissante et alternative (haute technologie)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'application « ICU Patient Communicator » facilite la communication à l'aide d'un appareil portable. ▪ L'application permet de choisir parmi plusieurs icônes (en anglais) intitulées « J'ai mal », « J'ai besoin », « Je me sens » et « Je veux voir » (<i>I have pain, I need, I feel, et I want to see.</i>) ▪ Une fois l'icône sélectionnée, un menu déroulant ou une image du corps apparaît, ce qui permet à la personne de sélectionner des messages précis ou de pointer vers une zone corporelle douloureuse. ▪ L'application comprend également un traducteur de langue, une option permettant d'enregistrer un journal quotidien et des ressources pour la personne et les membres de sa famille, telles que le livret de séjour en unité de soins intensifs (<i>ICU Stay Booklet</i>). ▪ Les appareils générateurs de parole ou les aides à la communication vocale sont des appareils portatifs qui permettent aux personnes de toucher un mot ou une icône d'image pour générer des messages préenregistrés. ▪ Le « mHealth » est une application informatique de communication développée par une équipe, centrée sur les personnes et dirigée par le personnel infirmier. Le contenu de l'application comprend ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> □ Un graphique corporel pour indiquer l'emplacement de la douleur. □ Un menu sur la douleur moins aiguë. □ Une invite pour les demandes liées aux besoins de base tels que le repositionnement, l'eau ou le besoin d'uriner, une demande pour voir des personnes, y compris des membres de la famille, des partenaires et des praticiens de l'assistance spirituelle. □ Une section de texte libre qui permet aux personnes de créer leur propre menu pour des besoins, des questions ou des demandes précises et qui comprend un moteur de prédiction (comme sur un téléphone intelligent). ▪ D'autres systèmes de communication informatique contiennent des bases de données qui offrent la possibilité de fournir un texte libre, de sélectionner des lettres pour former des phrases ou de sélectionner des icônes montrant des actions, des symboles ou des messages préformés. ▪ L'utilisateur peut combiner des options pour délivrer des messages, qui peuvent être lus ou amplifiés par des synthétiseurs vocaux. Le système permet de se connecter à Internet et d'utiliser le courriel, les médias sociaux et d'autres fonctions informatiques habituelles. ▪ La navigation à l'aide de ces appareils est possible grâce à des boutons, des clics de souris, un écran tactile ou un détecteur infrarouge de clignement des yeux. ▪ Les systèmes plus sophistiqués intègrent un appareil de suivi du regard, qui permet de contrôler le système par le regard, sans dépendre des capacités motrices. ▪ Voici les appareils de communication personnelle portables qui fonctionnent sans écran : <ul style="list-style-type: none"> □ Une caméra infrarouge montée sur la tête suit les mouvements des yeux et envoie les informations à une petite unité de traitement qui traduit les mouvements en communication. □ Les utilisateurs peuvent choisir dans un menu qui comprend des mots et phrases, l'application, l'alphabet, le mode repos et les paramètres. Une fois le message sélectionné, l'appareil fournit un retour audio à l'utilisateur et la communication préalable est transmise au haut-parleur de sortie ou à l'appareil Bluetooth connecté. □ Notamment, l'utilisateur peut dormir avec l'appareil, qui devient immédiatement disponible au réveil. 	Soins intensifs	(207,208,210–213)

TYPES DE COMMUNICATION COLLABORATIVE	DESCRIPTION	EXEMPLES d'ÉTABLISSEMENT ou de CONTEXTE	RÉFÉRENCE
Communication et lien relationnel thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> Les compétences en matière de communication interpersonnelle comprennent la capacité à évaluer les signaux verbaux et non verbaux d'une personne, y compris la compréhension des expressions émotionnelles et des sentiments et la réponse à ces signaux avec empathie. La communication verbale comprend les compétences comportementales, la synchronisation, la discussion clinique, et la communication non verbale comprend le contact visuel, les indices visuels et les gestes d'empathie. La communication interpersonnelle nécessite une réactivité bidirectionnelle, car les personnes et le prestataire de soins s'appuient sur les signaux des uns et des autres pour communiquer. La réactivité bidirectionnelle dans le cadre de la télésanté offre la possibilité d'une rétroaction en temps réel et d'une capacité d'adaptation pour les personnes et le prestataire, comme c'est souvent le cas dans le cadre d'une communication en personne. 	Télésanté et lien relationnel thérapeutique	(105)
Domaines de communication en soins palliatifs	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser une relation centrée sur les personnes, discuter de nouvelles graves, gérer les émotions, susciter des valeurs, préparer l'avenir, prendre des décisions sur les objectifs de soins et impliquer la famille/les soutiens. 	Soins palliatifs	(214)
Stratégies de communication pour les personnes résidentes malentendantes	<ul style="list-style-type: none"> Attirer l'attention en entamant une discussion en utilisant le nom de la personne résidente. Si cette dernière ne vous fait pas face, penser à l'alerter en lui touchant doucement la main, le bras ou l'épaule. Faire face à la personne résidente et montrer votre visage, améliorer l'éclairage de votre visage si possible. Ne pas parler directement à l'oreille de la personne résidente; ne pas mâcher de gomme et ne pas vous couvrir la bouche en parlant. Réduire le bruit de fond. Parler clairement à un rythme modéré - ne pas crier (c'est-à-dire parler clairement et lentement, en faisant des pauses de temps en temps pour aider la personne résidente à suivre le rythme des mots). Utiliser un langage simple et laisser à la personne résidente le temps de répondre (p. ex., lorsqu'il est trop difficile d'écouter, certaines personnes résidentes sont d'accord avec tout, même si elles ne comprennent pas ce qui est dit - utiliser des gestes si vous avez besoin de clarifier un énoncé ou une question). Prononcer les mots clairement pour les personnes résidentes qui lisent sur les lèvres. 	Soins résidentiels; SLD	(215,216)
Communication avec les adolescents plus âgés et les jeunes adultes (AJA)	<ul style="list-style-type: none"> Les adolescents parlent davantage de leurs préférences en matière de soins à leur famille et à leurs amis qu'à leurs prestataires de soins. Les AJA préfèrent que les prestataires abordent ces questions avec eux, plutôt que l'inverse. Les méthodes et les exemples de phrases pour engager les AJA dans des discussions sur le diagnostic, le pronostic et la PPS sont énumérés dans Snaman et coll. (217). Par exemple, offrir à l'AJA la possibilité de participer à la discussion : « Nous avons fait de nouvelles découvertes sur votre maladie. Souhaitez-vous avoir cette discussion maintenant? Ou y a-t-il des choses dont tu préfères que nous parlions d'abord à tes parents? ». D'autres stratégies de communication pour les AJA consistent à utiliser des livres pour enfants (bibliothérapie) afin de normaliser les expériences de la mort, de faciliter la communication autour de la fin de vie et de fournir aux parents un langage pour expliquer la mort, en tenant compte du développement cognitif et émotionnel de l'enfant et de son niveau de compréhension. 	Oncologie palliative	(217)
Cadre conceptuel de l'écoute efficace dans les discussions sur les soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> Les relations sont considérées comme un ensemble de concepts, y compris l'écoute engagée, la prise de conscience, la perspective centrée sur les personnes dans l'espace relationnel qui se produit dans l'instant et au fil du temps. 	Soins de réadaptation	(218)

TYPES DE COMMUNICATION COLLABORATIVE	DESCRIPTION	EXEMPLES d'ÉTABLISSEMENT ou de CONTEXTE	RÉFÉRENCE
Cadre conceptuel des stratégies de communication privilégiées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La facilitation de la divulgation se fait à l'aide de questions/formulations ouvertes, de regards et de hochements de tête pour poursuivre la discussion, et de questions sur le mode de vie. ▪ La création d'un lien implique d'être amical, respectueux, d'écouter, de faire preuve d'humour, d'adapter et d'utiliser une approche et un formation particulier qui sont acceptables pour la personne. ▪ L'empathie consiste à déterminer et à traiter les questions émotionnelles, à encourager et à ne pas juger. ▪ La collaboration implique de trouver un terrain d'entente et de s'impliquer dans une prise de décision partagée. ▪ Responsabilité professionnelle. ▪ La communication informative consiste à éduquer et à fournir des informations en conciliant les perspectives de la personne, en développant des idées centrées sur les personnes et en conciliant les informations provenant des indices de communication verbaux et non verbaux (p. ex., les postures/mouvements, les comportements liés à la douleur) lors de la discussion sur la douleur. ▪ L'établissement de l'ordre du jour exige que les prestataires organisent et guident les discussions afin de donner la priorité à certains sujets ou tâches au cours d'une rencontre interpersonnelle qui peut être limitée par le temps; il peut s'agir de changer de sujet, de clore un sujet de discussion ou de s'assurer que les sujets sont abordés avant la fin de la rencontre. ▪ La méta-communication est la communication sur la communication, par exemple : « Si la douleur pouvait parler, que dirait-elle? » Un aspect de la méta-communication est la réflexion commune des personnes et du prestataire de soins, qui offre de nouvelles perspectives sur l'expérience de la douleur. 	<p>Les physiothérapeutes dans le domaine de la réhabilitation de la douleur chronique</p>	<p>(219)</p>
Prise de décision et personnes atteintes de troubles du spectre de l'autisme (TSA)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accorder un temps de traitement prolongé et adéquat, de préférence dans un environnement calme, tranquille et avec le moins de distractions possible. ▪ Les informations doivent être claires et concises, mettre l'accent sur les informations médicales et éviter les questions ouvertes chargées d'émotion et de valeur. ▪ Les informations doivent être présentées sous forme écrite et orale afin de répondre aux besoins des personnes atteintes de troubles du spectre de l'autisme (TSA), qui traitent souvent les informations de manière plus précise lorsqu'elles sont présentées visuellement. ▪ Poser des questions précises qui reflètent des objectifs pertinents à court, moyen ou long terme. ▪ Pour en savoir plus et obtenir des exemples sur l'adaptation des guides de discussion existants pour répondre aux besoins de communication des personnes atteintes de TSA, voir Satkoske et coll. (220). 	<p>Trouble du spectre de l'autisme</p>	<p>(220)</p>
Communication empathique	<p>Voici quelques exemples d'attitudes et de compétences du prestataire nécessaires à la communication empathique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une attitude chaleureuse, notamment dans la voix, le ton et l'écoute attentive sans regarder ses notes ou son ordinateur. ▪ Une capacité à démontrer des compétences émotionnelles : identifier les émotions, comprendre les émotions (celles de la personne, mais aussi ses propres émotions en tant que messenger de mauvaises nouvelles et témoin d'émotions bouleversantes), réguler les émotions et faciliter l'expression des émotions d'une personne. 	<p>Soins palliatifs; personnes en radiothérapie; soins à domicile</p>	<p>(221–223)</p>

TYPES DE COMMUNICATION COLLABORATIVE	DESCRIPTION	EXEMPLES d'ÉTABLISSEMENT ou de CONTEXTE	RÉFÉRENCE
Stratégies fondées sur des données probantes pour gérer des situations complexes ou difficiles	<p>Des exemples de formulations et de comportements permettant de gérer la communication dans des situations difficiles ou complexes sont disponibles dans Laidsaar-Powell et coll. (2018) dans les domaines suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Faciliter la présence de plusieurs aidants naturels familiaux lors des consultations <ul style="list-style-type: none"> □ « Nous pouvons accueillir deux ou trois membres de la famille dans la salle de consultation. [Nom de la personne], êtes-vous d'accord pour décider qui viendra avec vous? » ▪ Gestion des demandes de la famille concernant la non-divulgence d'informations à la personne concernée <ul style="list-style-type: none"> □ « Je respecte le fait que vous vouliez protéger votre proche. » ▪ Famille jouant le rôle d'interprète pour une personne ayant une maîtrise limitée de l'anglais et/ou de graves déficiences auditives <ul style="list-style-type: none"> □ « Comme nous allons discuter des résultats de votre prochain scan et des prochaines étapes de votre traitement lors de notre prochaine réunion, il serait utile que je prenne des dispositions pour qu'un interprète professionnel assiste à la consultation. » ▪ Conflit de préférences entre la personne et sa famille <ul style="list-style-type: none"> □ « Il semble que vous souhaitiez tous deux être heureux en famille et profiter de la vie ensemble, mais [nom de la personne] veut une qualité de vie et [l'aidant naturel familial] veut plus de temps. » ▪ Gérer les aidants naturels familiaux dominants, contrôlants ou coercitifs ▪ Les aidants naturels familiaux agressifs. ▪ Conflits/dysfonctionnements familiaux ou maltraitance 	Centres de soins oncologiques	(224)
« Demander-donner-demander »	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une compétence souvent utilisée dans les entretiens de motivation. ▪ Elle peut être utilisée pour demander aux personnes la permission d'intégrer la gestion du stress (et/ou la gestion de la peur, de l'anxiété et des facteurs comportementaux) dans le programme de traitement. ▪ Tout d'abord, demander à la personne ce qu'elle pense du rôle du stress dans son expérience quotidienne de la douleur. ▪ Deuxièmement, demander l'autorisation d'expliquer pourquoi le stress influence la douleur et comment les compétences d'adaptation peuvent être utilisées pour faire face à ces facteurs de stress (fournir). ▪ Troisièmement, lui demander ce qu'elle pense de ces nouvelles informations. 	Douleur chronique; soins primaires	(225,226)
Guide de communication EMPATIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ce guide est divisé en sept étapes pour faciliter la communication sur les maladies neuromusculaires : Empathie, message, pronostic, accorder (<i>acknowledgment</i>), temps, individualisation et autonomie. 	Maladie neuromusculaire	(227)
Guide de démarrage	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ce guide a été conçu pour susciter des discussions sur les objectifs de soins entre la personne ou son représentant et ses cliniciens traitants. ▪ La personne remplit une série de questions dans un questionnaire de base qui évalue les préférences individuelles en matière de communication sur les objectifs de soins, les obstacles et les facilitateurs de cette communication, ainsi que les préférences en matière de traitement pour la réanimation cardio-pulmonaire. ▪ Le guide de démarrage contient un résumé des réponses de la personne ou du mandataire spécial et, sur la base de ces réponses, fournit des messages-guides en particulier à la personne pour mener des discussions sur les objectifs de soins avec la personne ou le mandataire spécial. 	Adultes atteints d'une maladie chronique limitant l'espérance de vie	(228)
Livre d'histoire de vie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facilite les soins centrés sur les personnes en intégrant les grands principes et la philosophie de la personne dans les soins aux personnes atteintes de démence. ▪ Le livre d'histoires de vie permet aux personnes atteintes de démence de partager leurs histoires de vie et leurs expériences. 	Soins aux personnes atteintes de démence	(229)

TYPES DE COMMUNICATION COLLABORATIVE	DESCRIPTION	EXEMPLES d'ÉTABLISSEMENT ou de CONTEXTE	RÉFÉRENCE
Stratégies de communication linguistique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les stratégies de communication linguistique suivantes sont essentielles pour les personnes atteintes de démence et les établissements de soins de longue durée : <ul style="list-style-type: none"> □ veiller à ce que toute déficience sensorielle soit prise en compte (p. ex., l'ouïe et la vue) □ réduire le bruit de fond □ faire face à la personne en parlant en gardant les lèvres au même niveau que les siennes □ parler clairement, être conscient de la présence d'un accent ou d'un dialecte non familier □ faire attention à la structure et à la longueur des phrases lors de la transmission d'informations □ laisser à la personne le temps d'écouter et de répondre □ poser différents types de questions en fonction des objectifs de la discussion □ utiliser des techniques d'écoute active, telles que le contact visuel et les questions ouvertes □ proposer des choix visuels si la personne a des difficultés à faire des choix verbaux □ utiliser des gestes, des images et des objets ainsi que des mots pour exprimer ce que l'on veut dire □ inciter la personne à rester sur le sujet de la discussion □ utiliser la répétition ou la paraphrase pour faciliter la compréhension □ éviter les discours condescendants, comme le langage bébé ou le langage des aînés □ maintenir un ton positif □ éviter de parler trop lentement pour faciliter la rétention des informations □ surveiller et contrôler le comportement non verbal ■ Éviter les caractéristiques du langage des aînés, soit l'utilisation de phrases très courtes, une élocution lente, mais un ton élevé, un vocabulaire et une grammaire simples, l'utilisation de mots intimes comme « bon garçon/bonne fille », « chéri » ou « mon amour », l'utilisation de pronoms collectifs/pluriels (représentés en italique), comme « sommes-nous prêts pour notre bain? ». ■ Il existe un modèle de formation (en anglais) visant à réduire le langage des aînés intitulé : <i>Changing Talk to Reduce Resistiveness to Dementia Care (CHAT)</i> (230,231). 	Soins aux personnes atteintes de démence; SLD	(230,231)
Marqueurs linguistiques de la prise de décision partagée	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dans le cadre de la prise de décision partagée, les prestataires aident les personnes à comprendre leurs préférences et à prendre des décisions en connaissance de cause. ■ Marqueurs linguistiques : les personnes perçoivent une plus grande participation des prestataires à la prise de décision lorsque ceux-ci utilisent davantage de pronoms singuliers à la première personne (« je pense »), davantage de mots de processus cognitif présentant la causalité (p. ex., parce que) et la différenciation (p. ex., mais), davantage de mots d'influence (c'est-à-dire qui transmettent le pouvoir/l'autorité), et moins de mots de processus cognitif présentant les idées (p. ex., penser, savoir). 	Soins médicaux; SLD; recommandation de traitement et gestion des antibiotiques	(232–235)
Marqueurs linguistiques des soins de compassion	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'objectif des soins de compassion est de répondre au besoin de relations des personnes en étant attentif à leurs sentiments et à leurs expériences. ■ Marqueurs linguistiques : lorsque les prestataires utilisent des mots d'affiliation, tels que « ensemble » ou « allons/faisons », la perception des soins prodigués avec compassion augmente. ■ L'utilisation par les prestataires de mots d'affiliation peut favoriser la conviction que leurs sentiments et leurs expériences sont pris en compte et pris en considération, ce qui conduit à un sentiment de soins compatissants de la part des prestataires. 	Recommandation de traitement et gestion des antibiotiques	(235)

TYPES DE COMMUNICATION COLLABORATIVE	DESCRIPTION	EXEMPLES d'ÉTABLISSEMENT ou de CONTEXTE	RÉFÉRENCE
L'entrevue motivationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'entretien motivationnel est un style de discussion et de conseil centré sur les personnes qui vise à modifier le comportement par la découverte de la personne et la résolution de l'indécision. ▪ Elle encourage également l'élaboration du besoin de changement de la personne plutôt que de se contenter de la conseiller ou de lui fournir des informations afin qu'elle trouve sa propre motivation intrinsèque. ▪ Vous trouverez ci-dessous quelques conseils utiles pour l'utilisation de l'entretien motivationnel : <ul style="list-style-type: none"> □ Encourager les personnes à exprimer leur propre point de vue et à prendre les décisions qui correspondent le mieux à leur motivation □ S'impliquer de manière empathique, collaborative et sans jugement en utilisant des questions ouvertes et des réflexions pour motiver le changement, évoquer les perspectives de la personne et soutenir l'autonomie en suivant la méthode QAER (questions ouvertes/affirmation/écoute réflexive/résumé). 	soins aux adolescents; soins de fin de vie; soins pédiatriques; néphrologie; contrôle de la glycémie, régime alimentaire, activité physique et dépression; conseils pour l'hormonothérapie; soins coronariens	(225,226,236–250)
Communication en ligne entre les personnes et les prestataires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'utilisation de moyens de communication électroniques (p. ex., le courriel, les médias sociaux et le portail électronique individualisé) entre les personnes et les prestataires de soins de santé. 		(251)
Communication centrée sur les personnes dans les soins de fin de vie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Voici les quatre éléments de la communication centrée sur les personnes : <ol style="list-style-type: none"> 1. Impliquer la personne dans les consultations. 2. Répondre aux émotions de la personne. 3. Informer la personne des choix liés au traitement et au pronostic. 4. Présenter l'information de manière équilibrée (sans parti pris). ▪ Dresser une liste de problèmes, notamment en faisant ressortir le point de vue des parents sur la détérioration de l'état de santé de leurs proches. ▪ La pratique consistant à souligner la détérioration de l'état de santé est une stratégie de communication collaborative qui pourrait être utilisée par d'autres prestataires de soins de santé et de services sociaux pour répondre à ces recommandations. ▪ D'autres pratiques de communication courantes d'informations détaillées avec les membres de la famille comprennent la répétition, le rythme et la mise en évidence des soins continus. ▪ Utiliser un langage simple et direct et faire preuve d'honnêteté. 	Soins de fin de vie	(252,532)
Institut de recherche sur les résultats centrés sur les personnes sous forme de carte de poche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une carte de poche de communication normalisée pour les membres de l'équipe qui seront présents lors d'une réunion de famille. ▪ La carte de poche fournit des exemples d'énoncés relatifs à la réunion préalable avec l'équipe, à la présentation de l'équipe, à l'évaluation de la compréhension de la famille, à l'empathie avec les émotions, à la détermination des priorités, à l'alerte sur l'utilisation d'un langage clair et simple, à la documentation et aux mises à jour. 	Soins intensifs	(254)
Passeport personnel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fournit au personnel des informations importantes pour la personne et permet de personnaliser davantage les interventions. ▪ La collecte d'informations de base et de petits détails, notamment « si la personne aime avoir du sucre dans son thé », est essentielle pour fournir des soins de qualité centrés sur les personnes et apprendre à les connaître. 	Hôpitaux et soins actifs	(255)
Approche phénoménologique de la communication	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les personnes réfléchissent beaucoup et s'attardent sur des pensées et des sentiments qui, autrement, ont tendance à ne pas apparaître dans la communication sur les soins de santé ou à être rapidement ignorés. ▪ Cette formation à la communication offre une compétence de base mais fondamentale qui peut être enseignée aux infirmières et infirmiers diplômés de niveau général. 	Non précisé	(256)

TYPES DE COMMUNICATION COLLABORATIVE	DESCRIPTION	EXEMPLES d'ÉTABLISSEMENT ou de CONTEXTE	RÉFÉRENCE
Interprètes professionnels	<ul style="list-style-type: none"> Les interprètes professionnels, y compris les prestataires bilingues, comparés aux services d'interprétation fournis par vidéo, semblent prometteurs et potentiellement rentables pour aider à la connaissance des questions de santé par les parents et à l'observance des règles. De plus, la capacité d'influencer les connaissances des parents en matière de santé ou leur compréhension du diagnostic était plus élevée avec les interprètes professionnels, bien que plus faible avec la modalité téléphonique. Les modalités en personne et par vidéo favorisent l'utilisation et la reconnaissance de la communication non verbale (p. ex., les nuances subtiles ou les changements dans le langage corporel). 	Enfants hospitalisés issus de familles de migrants et de réfugiés; service de radiologie	(257,258)
Communication sur les pronostics	<ul style="list-style-type: none"> Utiliser des informations pronostiques explicites plutôt qu'imprécises. Au lieu d'insister sur le meilleur scénario, ce qui amène la personne à surestimer son espérance de vie, discuter également des scénarios typiques et des pires scénarios. Rassurer sur le non-abandon et le soutien tout en communiquant sur l'espérance de vie. Un comportement expert, positif et collaboratif lors de la communication sur le pronostic favorise l'espoir. Il est conseillé aux oncologues de s'intéresser à d'autres sources d'espoir, plutôt qu'aux seules informations médicales, comme la foi, la paix intérieure, la dignité, les événements significatifs de la vie, les relations ou l'humour. 	Oncologie palliative	(259)
Listes de questions-guides (LQG)	<ul style="list-style-type: none"> Les LQG permettent aux personnes d'exprimer leurs préoccupations et leurs incertitudes en posant des questions, ce qui suscite une discussion entre la personne et le clinicien sur n'importe quel sujet relatif à une maladie ou à un problème de santé particulier qui revêt de l'importance pour la personne (et pas seulement sur les décisions relatives au traitement ou à la prise en charge). Les formats comprennent des documents d'une page, des brochures, des dépliants ou des LQP de plusieurs pages. 	Soins de santé; télésanté; oncologie; soins périopératoires	(260–267)
Stratégies de communication relationnelle	<ul style="list-style-type: none"> Connaître la personne, sa personnalité et sa façon de communiquer, son histoire et ce qui est important pour elle. Respecter ce que la personne apporte à la discussion et à l'interaction. Être conscient et éviter les suppositions et les stéréotypes liés à l'âge. Procéder à une évaluation individuelle des capacités cognitives et de communication. Se concentrer sur les capacités de la personne et soutenir l'utilisation continue de ces capacités. Aider les personnes à s'exprimer. Exprimer de la compréhension et de la compassion pour aider à faire face aux réactions émotionnelles. Inclure la personne dans la discussion, même si ses capacités de communication verbale sont réduites. Individualiser les soins en recherchant des informations sur les valeurs et les préférences de la personne. Participer à la prise de décision partagée lorsque cela est possible et souhaité. Trouver un équilibre entre le respect de l'autonomie et la participation active aux soins. Dans la mesure du possible, parler dans la même langue que la personne. Aborder les aspects de la discussion et des soins liés à la tâche et à l'émotion. Reconnaître qu'en tant que prestataire de services sociaux ou de soins de santé, vous avez un rôle à jouer dans la réussite de la discussion. 	Soins aux personnes atteintes de démence	(230)

TYPES DE COMMUNICATION COLLABORATIVE	DESCRIPTION	EXEMPLES d'ÉTABLISSEMENT ou de CONTEXTE	RÉFÉRENCE
Guide de conversation sur les maladies graves	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compréhension : demander à la personne ce qu'elle comprend actuellement de sa maladie. ▪ Préférences en matière d'information : déterminer l'étendue des informations que la personne souhaite connaître. Faire part du pronostic en fournissant des informations adaptées aux préférences de la personne. ▪ Objectifs : demander à la personne quels sont ses objectifs les plus importants, en particulier si son état s'aggrave. ▪ Craintes et inquiétudes : déterminer les préoccupations de la personne concernant l'avenir de sa santé. ▪ Fonction : déterminer les capacités les plus importantes de la personne et celles dont elle estime ne pas pouvoir se passer. ▪ Compromis : en cas d'aggravation de la maladie, déterminer le niveau d'intervention médicale que la personne est prête à poursuivre pour prolonger sa vie. ▪ Famille : demander à la personne concernée ce qu'elle pense de la perception de la maladie par sa famille et de ses souhaits. Déterminer dans quelle mesure la personne souhaite que la famille s'implique. 	Oncologie	(268–270)
Messages fondés sur l'exploitation des forces et écoute active	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une communication collaborative et ouverte (entre les prestataires de soins ophtalmologiques et les personnes) peut permettre de cerner les difficultés et les préoccupations des personnes atteintes de glaucome qui ne parviennent pas à appliquer leurs gouttes ophtalmologiques de manière régulière. ▪ Créer une atmosphère où les personnes peuvent discuter de leurs difficultés et des recommandations de traitement, sans jugement ni crainte. ▪ L'écoute de l'histoire d'une personne favorise l'établissement d'un partenariat entre la personne et le prestataire de soins afin de lever les obstacles particuliers et d'atteindre les objectifs fixés d'un commun accord, sans crainte, sans culpabilité et sans critique. 	Ophthalmologie; Radiologie	(257,271)
Méthode d'apprentissage et d'enseignement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il s'agit de trois étapes bien distinctes : <ol style="list-style-type: none"> 1. Enseigner à la famille 2. Demander à la famille de répéter ce qu'elle a compris 3. Fournir des éclaircissements 	USIN	(272)
Écoute thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ À la base, l'écoute thérapeutique implique une participation active de la part de l'auditeur et repose sur l'empathie pour essayer de comprendre le point de vue de l'autre personne (Stewart, 1983). 	Niveaux d'anxiété dans la période postopératoire immédiate	(273)
Contre-vérités thérapeutiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il s'agit de réagir avec empathie au comportement d'une personne sans la corriger. ▪ La personne qui écoute commente l'état d'esprit de la personne. Par exemple, si une personne résidente exprime le souhait de partir pour aller travailler, l'infirmier ou l'infirmière peut lui dire : « On dirait que le travail vous manque vraiment. Qu'est-ce qui vous manque le plus? » ▪ Le prestataire s'efforcera de répondre à la personne en détresse de la manière la plus aimable possible. 	Soins résidentiels	(274)
Modèle des trois entretiens	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PARLER EN ÉQUIPE : comprend l'éducation centrée sur les personnes, la discussion des options disponibles, le développement d'un partenariat de travail, la compréhension des priorités et des objectifs de la personne. ▪ PARLER DE LA DÉCISION : il s'agit d'établir les préférences de la personne, de travailler en collaboration en vue d'une décision fondée sur les préférences, et de donner à la personne la possibilité d'évaluer la décision. ▪ PARLER DES OPTIONS : il s'agit de décrire les options en détail, de décrire les compromis entre les bénéfices et les inconvénients de chaque option et de donner à la personne le temps de déterminer l'option qui correspond le mieux à ses priorités. 	Maladie rénale avancée; rendez-vous médicaux; enjeux élevés, situations de crise	(270,275–277)

TYPES DE COMMUNICATION COLLABORATIVE	DESCRIPTION	EXEMPLES d'ÉTABLISSEMENT ou de CONTEXTE	RÉFÉRENCE
Deux approches pour annoncer des nouvelles graves	<ul style="list-style-type: none"> « L'avertissement » qui consiste à préparer la personne à entendre une nouvelle grave. Par exemple, « J'ai de mauvaises nouvelles à vous annoncer. Est-ce que je peux vous en parler? » « L'introduction » qui consiste à prévoir le contenu de l'information à présenter. Par exemple, « Vos résultats de laboratoire et d'imagerie sont arrivés. Malheureusement, ils suggèrent que votre cancer s'est aggravé. » La recherche ne montre aucune différence entre les deux méthodes en ce qui concerne la détresse psychologique globale ou le rappel. Après avoir annoncé une nouvelle grave, les cliniciens peuvent poser des questions franches et ouvertes sur ce qui est important pour la personne à l'aide de l'outil Demander-Dire-Demander. Des exemples de questions ouvertes et des suggestions pour gérer des scénarios difficiles sont disponibles (278). 	Soins intensifs	(278)
Interprétation par vidéo à distance	<ul style="list-style-type: none"> Peut impliquer que tous les participants soient physiquement présents dans un même lieu et que l'interprète se trouve dans un autre lieu, à distance, ou peut être utilisé lorsque tous les participants se trouvent dans des lieux différents (comme dans le cas d'un appel virtuel) et que l'interprète se trouve également dans un autre lieu. 	Déficience auditive	(279)
LES ACRONYMES DÉCRIVANT LES CADRES, LES MODÈLES ET LES PROTOCOLES			
Protocole ABCDE	<p>Préparation avancée. Bâtir une relation et un environnement thérapeutique. Communiquer adéquatement. Diriger ou gérer les réactions de la personne et de sa famille. Encourager et valider les émotions.</p>	Communiquer les mauvaises nouvelles	(280)
Programme d'études COMFORT	<ul style="list-style-type: none"> COMFORT est un acronyme (provenant du mot « confort » en anglais) qui désigne sept modules de communication : communication, orientation et options, communication consciente (<i>mindful</i>), famille, ouvertures, rapport avec les personnes et travail d'équipe. Wittenberg et coll. (275) ont adapté ces modules pour créer des stratégies de communication pour des soins infirmiers palliatifs de qualité qui se concentrent sur ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> Communication : être avec les autres et entrer en relation avec eux tout en respectant la voix et l'expérience concrète de chacun. Le membre du personnel infirmier reconnaît délibérément la maladie et la présente dans le contexte de l'histoire de la vie de la personne. Orientation et options : les membres du personnel infirmier en oncologie comblent le fossé entre le langage de la médecine et celui de la vie quotidienne. Pour ce faire, ils aident les personnes et leurs familles à comprendre la santé dans le contexte de la vie quotidienne, traduisent les termes médicaux en utilisant des métaphores et des adjectifs, et transmettent à l'équipe ce que la personne et sa famille comprennent et ne comprennent pas. Communication consciente (<i>mindful</i>) : réduire le discours sur soi, éviter de porter des jugements sur la personne et la famille ou sur le déroulement de l'interaction, et être capable de s'adapter aux changements dans l'interaction. Un infirmier ou une infirmière peut être dans l'instant avec la personne et la famille en évitant les scénarios prédéterminés et en s'impliquant dans un contrôle attentif de l'expérience intérieure. Rapport avec les personnes : la relation implique d'être conscient de la compréhension qu'a la personne ou le membre de la famille de la maladie et de son évolution probable et d'être prêt à rencontrer les personnes et les familles là où elles en sont dans l'acceptation du changement entraîné par de la maladie grave. Dans leurs relations avec la personne et sa famille, les membres du personnel infirmier doivent reconnaître qu'il peut être nécessaire de répéter plusieurs fois des informations médicales telles que le pronostic et les options de traitement pour les aider à prendre conscience de la situation et à la comprendre. 	Soins infirmiers palliatifs	(281)

TYPES DE COMMUNICATION COLLABORATIVE	DESCRIPTION	EXEMPLES d'ÉTABLISSEMENT ou de CONTEXTE	RÉFÉRENCE
QAER (Méthode fondée sur les principes fondamentaux de l'entretien motivationnel)	<p>Questions ouvertes : ces questions sont utilisées pour obtenir des informations individualisées de la part des personnes et commencent généralement par « Comment » ou « Quoi », ou par une demande de description de quelque chose par la personne, par exemple « Parlez-moi de... ».</p> <p>Affirmations : ces énoncés rassurants sont utilisés pour reconnaître et encourager les comportements positifs en matière de santé que les personnes adoptent déjà.</p> <p>Réflexions : visent à faire réfléchir les personnes sur ce qu'elles font, elles permettent de susciter des discussions plus approfondies et de clarifier leurs intentions.</p> <p>Résumé : cet élément de communication réaffirme que la personne qui interroge est un auditeur actif et empathique et prépare le terrain pour un changement de comportement.</p>	Obstétrique et gynécologie; environnements de soins de santé en évolution rapide	(282,283)
Protocole ÉPICES	<p>Environnement de l'entretien : prévoir un lieu privé, éviter les interruptions, s'asseoir et établir un contact visuel, et inclure les proches.</p> <p>Perception : évaluer la compréhension qu'a la personne de son état de santé en posant des questions ouvertes afin d'adapter les informations à fournir.</p> <p>Invitation : discuter de la manière dont les personnes souhaitent recevoir des informations et de leur quantité.</p> <p>Connaissances : fournir, conformément aux souhaits de la personne, des informations qui l'aideront à comprendre sa situation et à prendre des décisions en connaissance de cause.</p> <p>Émotions et empathie : utilisation d'outils de communication tels que l'observation des signes de détresse émotionnelle, la réponse par des énoncés empathiques et de reconnaissance des émotions, et l'octroi de périodes de silence pour le traitement de l'information.</p> <p>Stratégie et synthèse : un programme de soins est établi conformément aux valeurs et aux souhaits de la personne.</p>	Soins contre le cancer	(269,270,280)
Protocole ÉPICES (adapté aux enfants)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les prestataires de soins peuvent utiliser des activités et des outils pour aider l'enfant à s'impliquer et à participer aux processus de traitement en toute sécurité. ▪ Le modèle ÉPICES proposé, adapté à l'enfant, implique d'établir une relation, d'évaluer les perceptions de la personne, d'obtenir l'invitation de la personne, de fournir des connaissances et des informations à la personne, d'aborder les émotions, de mettre en œuvre une procédure le cas échéant. ▪ Les stratégies présentées sont destinées aux nourrissons et aux enfants en bas âge (0-18 mois), aux enfants d'âge préscolaire (2-6 ans), aux enfants d'âge scolaire (7-12 ans) et aux adolescents (13-18 ans). 	Centré sur l'enfant	(284)
Modèle de communication non verbale de SURETY	<p>S – S'asseoir de biais par rapport à la personne recevant les soins (créer un positionnement non conflictuel)</p> <p>U – (<i>uncross legs and arms</i>) – Décroiser les jambes et les bras (indique que nous sommes ouverts et réceptifs)</p> <p>R – Relaxer (adopter une position naturelle)</p> <p>E – (<i>eye contact</i>) – Contact visuel (communiquer le respect et l'attention, sans fixer l'autre personne)</p> <p>T – Toucher (l'utilisation respectueuse du toucher peut communiquer de l'empathie, bien qu'une sensibilité culturelle soit nécessaire)</p> <p>Y – (<i>your intuition</i>) – Votre intuition (en vous rappelant que chaque interaction est unique et que chaque situation doit être évaluée individuellement)</p> <p>D'après Jack et coll. (215).</p>	Psychiatrie; soins en oncologie; milieu hospitalier	(221, 258, 285, 286)

TYPES DE COMMUNICATION COLLABORATIVE	DESCRIPTION	EXEMPLES d'ÉTABLISSEMENT ou de CONTEXTE	RÉFÉRENCE
Cadre VIPS	<p>Valoriser la personne</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La valorisation de chaque personne, indépendamment de son âge, de ses capacités cognitives ou de son état, est un principe fondamental de la philosophie des soins aux personnes atteintes de démence. ▪ Promouvoir les droits et les bénéfices liés à la citoyenneté, indépendamment de l'âge ou des déficiences cognitives, et éliminer les pratiques discriminatoires. S'occuper à la fois des besoins relationnels et des besoins physiques de la personne. <p>Approche et soins individuels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Traiter une personne atteinte de démence comme une personne unique ayant des besoins de soins spécifiques est essentiel dans le cadre des soins centrés sur les personnes. ▪ Reconnaître que chaque personne a une histoire et une personnalité, une santé physique et mentale et des ressources sociales et économiques qui lui sont propres, et que ces éléments influenceront sa réaction face à la démence. ▪ Comprendre que l'affaiblissement des capacités de communication verbale accompagnant la progression de la démence, les personnes communiquent souvent leurs besoins par des comportements extérieurs et des réponses non verbales. <p>Perspective</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Regarder le monde du point de vue de la personne atteinte de démence. ▪ Reconnaître que l'expérience de chaque personne a sa propre validité psychologique et que les personnes atteintes de démence agissent dans cette perspective. <p>Environnement social de soutien</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Créer un environnement qui favorise le bien-être émotionnel, la confiance et la sécurité. ▪ Encourager la participation des familles, le travail d'équipe et une culture de la compassion. 	Soins aux personnes atteintes de démence	(230)

Annexe E : Les composantes et les activités réalisées par les prestataires de services sociaux et de soins de santé dans le cadre de la coordination des soins, qui soutiennent la prestation de soins centrés sur les personnes

À l'aide d'une approche méthodologique mixte en deux étapes, une équipe de recherche interdisciplinaire a élaboré un cadre de référence fondé sur des données probantes pour la coordination des soins, en se concentrant sur les activités de niveau micro (clinique) fournies aux personnes recevant des soins (287). Dans un premier temps, une analyse des examens de la portée a été réalisée pour étudier les répercussions des interventions de coordination des soins et leurs principales composantes. Dans un deuxième temps, neuf experts au total (dont un « patient expert ») ont été réunis et une technique de groupe nominal a été mise en œuvre pour sélectionner et classer par ordre de priorité les activités de coordination des soins les plus pertinentes et les plus applicables (287). La technique du groupe nominal comprenait ce qui suit : 1) une discussion de groupe pour parvenir à un consensus sur les activités déterminées par l'examen exploratoire, 2) une évaluation indépendante de chaque activité, et 3) une discussion sur les résultats, ainsi qu'une reformulation et un regroupement des activités.

Trois caractérisations globales de la coordination des soins ont été déterminées, chacune consistant en plusieurs activités et éléments. La première caractérisation globale est celle de « l'organisation des soins ». Les activités de coordination des soins relevant de ce volet du cadre sont les suivantes :

- identification des cas : toutes les activités qui permettent d'identifier les personnes qui ont besoin d'une coordination des soins dans le cadre du parcours. Il s'agit par exemple d'identifier les personnes ayant des besoins complexes et d'identifier les personnes qui ne reçoivent pas de soins de santé ou de services sociaux (287).
- identification des prestataires : activités permettant d'identifier les prestataires de services sociaux et de soins de santé susceptibles d'intervenir dans la prise en charge de la personne. Il s'agit par exemple de définir les rôles et les responsabilités de chaque partenaire et leurs compétences, de déterminer les ressources éventuellement nécessaires (structurelles, financières, techniques, etc.), d'évaluer le niveau d'implication de la personne recevant les soins et de la famille/des aidants naturels qu'ils jugent importants (287).
- planification des soins : activités qui définissent le programme de soins et en contrôlent la mise en œuvre. Il s'agit par exemple de créer des programmes de soins individualisés avec la personne recevant les soins, les prestataires de services sociaux et de soins de santé, la famille ou les aidants naturels choisis par la personne, de planifier les interventions pour la personne recevant les soins et de veiller à la planification et à la mise en œuvre efficaces des interventions (287).
- orientation : activités qui mettent en relation les prestataires de soins et orientent les personnes vers les services appropriés. Il s'agit par exemple d'assurer la liaison avec tous les partenaires impliqués dans la prise en charge de la personne afin de faciliter un accès approprié aux services sociaux et de soins de santé et d'aider les personnes recevant les soins à accéder à ces services, d'assurer des transitions efficaces tout au long du continuum de soins et d'anticiper les obstacles aux soins qui pourraient survenir (287).

La deuxième caractérisation globale de la coordination des soins déterminée est celle des « activités de soins ». La coordination des soins dans le cadre de cette composante du cadre comprend ce qui suit :

- collaboration avec la personne recevant les soins : activités centrées sur la relation entre la personne recevant les soins et le coordinateur des soins, telles que l'établissement d'une alliance thérapeutique (287).

- évaluation et suivi complets des besoins : activités centrées sur l'évaluation initiale et continue des besoins sociaux et de santé des personnes. Les exemples incluent : l'évaluation de la capacité des personnes à prendre des décisions partagées; une compréhension globale des besoins des personnes et de leurs familles/aidants naturels, y compris les besoins en matière de soins de santé, sociaux et spirituels; l'évaluation des préférences, des attentes et des ressources des personnes; l'évaluation de la situation personnelle et environnementale des familles et des aidants naturels; la surveillance des symptômes et le dépistage des comorbidités; l'évaluation de la qualité, de l'efficacité et de l'efficience des soins prodigués (287).
- éducation et information de la personne recevant les soins et de son aidant naturel : les activités sont centrées sur l'autonomisation des personnes afin qu'elles puissent mieux contrôler leurs décisions et leurs actions. Il s'agit par exemple de fournir aux personnes et à leurs familles/aidants naturels des informations sur leur maladie, d'évaluer leurs connaissances en matière de santé et leurs besoins en matière d'éducation, de surveiller et de soutenir l'observance du traitement, de soutenir les personnes et leurs familles/aidants naturels si des besoins sont exprimés (287).

La troisième caractéristique générale de la coordination des soins déterminée est celle des « activités de facilitation ».

La coordination des soins dans le cadre de cette composante du cadre comprend ce qui suit :

- communication et échange d'informations : il s'agit de la communication formelle et informelle entre les prestataires de services sociaux et de soins de santé, comme la transmission de toute information trouvée, recueillie et enregistrée auprès des personnes recevant des soins (287);
- formation et enseignement professionnels : il s'agit de toutes les activités liées à la collecte et à l'enregistrement d'informations médicales. Il s'agit par exemple d'aider et d'informer l'équipe soignante sur les soins nécessaires et leur coordination, de fournir à l'équipe soignante les connaissances (savoir-faire et expérience) requises pour des soins appropriés et de cibler les besoins de formation (287);
- procédures de qualité : activités liées à l'échange et à l'interprétation d'informations. Il s'agit par exemple de soutenir l'équipe soignante dans l'utilisation de lignes directrices fondées sur des données probantes, de participer à des audits et d'évaluer et d'analyser les expériences des personnes au cours de la coordination des soins (287).

Les activités de ce cadre peuvent être utilisées par les prestataires de services sociaux et de soins de santé pour guider la pratique de la coordination des soins en orientant les programmes de formation aux rôles professionnels, pour élaborer des indicateurs de rendement, des outils numériques et pour comparer la coordination des soins dans différents contextes (287).

Annexe F : Cadres de soutien à la communication

Cet outil propose trois cadres pour soutenir la communication, à savoir : la reconnaissance et la prise en compte des émotions, la communication empathique et l'évaluation et la compréhension des informations.

Cadres de soutien à la communication	
<p>« N-U-R-S-E-S »</p> <p>Un cadre pour la reconnaissance et la prise en compte des émotions</p> <p>Il est souvent nécessaire de gérer les émotions pour discuter efficacement des décisions relatives aux maladies graves. Lorsque les patients expriment de fortes émotions, il est utile de les écouter activement, même si la situation ne peut pas être « changée »</p> <p>Name (nommer) - Reconnaître une émotion. (colère, tristesse, frustration) « On dirait que vous êtes frustré, triste, contrarié », puis faites une pause.</p> <p>Understand (comprendre) - Reconnaître l'émotion ou la situation. Ne vous contentez pas de dire « Je comprends ce que vous ressentez ». Dites, par exemple, « Je ne peux pas imaginer ce que vous traversez » ou « Cela m'aide à comprendre ce que vous pensez ».</p> <p>Respect - Exprimer des éloges ou de la reconnaissance à l'égard de ce que font le patient et sa famille. « Je suis reconnaissant et je vois que vous avez travaillé dur pour suivre les instructions » ou « Vous avez été si forte pendant cette période difficile ».</p> <p>Support (soutenir) - Exprimer son soutien et affirmer le non-abandon. « Nous ferons tout ce qui est en notre pouvoir pour vous soutenir tout au long de ce processus » ou « Je ferai de mon mieux pour m'assurer que vous avez ce dont vous avez besoin ».</p> <p>Explore (explorer) - Poser une question ciblée en faisant preuve de curiosité. « Pourriez-vous préciser ce que vous entendez par...? »</p> <p>Silence - Utiliser intentionnellement le silence pour manifester sa présence.</p>	<p>SOUHAITER-S'INQUIÉTER-S'INTERROGER Juillet 2020</p> <p>Un cadre pour la communication empathique</p> <p><i>Je souhaite que... Je m'inquiète... Je m'interroge sur...</i></p> <p>IDÉES PRINCIPALES</p> <p>L'expression « Je souhaite » permet de s'aligner sur les espoirs du patient.</p> <p>L'expression « Je m'inquiète » permet d'être sincère tout en étant sensible.</p> <p>L'expression « Je me demande » est une manière subtile de faire une recommandation.</p> <p>S'aligner sur les espoirs des patients, reconnaître leurs préoccupations, puis proposer un moyen d'aller de l'avant :</p> <p>« Je souhaite que nous puissions ralentir ou arrêter la croissance de votre cancer et je vous promets que je continuerai à chercher des options qui pourraient fonctionner pour vous. Je crains que vous et votre famille ne soyez pas préparés si les choses ne se passent pas comme nous l'espérons. Je me demande si nous pouvons discuter d'un plan différent aujourd'hui ».</p> <hr/> <p>DEMANDER-DIRE-DEMANDER</p> <p>Un cadre pour évaluer la compréhension de l'information</p> <p>Demander au patient ce qu'il sait et ce qu'il veut savoir. (Par exemple, « Quelle est votre compréhension de... »)</p> <p>Raconter ou fournir quelques phrases courtes en utilisant un langage simple pour combler les lacunes. (Par exemple, « Voici ce que les tests montrent... »)</p> <p>Demander au patient de répéter ce qui vient d'être expliqué avec ses propres mots. (Par exemple, « Si vous deviez rentrer chez vous et transmettre cette information à votre sœur, que lui diriez-vous? »)</p> <p style="text-align: right;"><i>Programme CAPCE (2020) © PPSMCP-SWO</i></p>

Reproduit avec l'autorisation de : Programme *Comprehensive Advanced Palliative Care Education (CAPCE) Cadres de soutien à la communication* [en ligne]. London (Ont.) : *Palliative Pain & Symptom Management Consultation Program Southwestern Ontario*; juillet 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.palliativecareswo.ca/docs/Communication-Support-Tools-Framework.pdf>

Annexe G : Outil de compte rendu clinique

Cet outil permet aux équipes cliniques de réfléchir aux événements d'apprentissage et de promouvoir une culture de l'apprentissage et de la sécurité des patients.

T Étape 1 : Target (cible)

De quoi devons-nous discuter pour améliorer les soins aux patients?



A Étape 2 : Analyse

Examiner l'objectif que vous vous êtes fixé et, le cas échéant, considérer ce qui suit :

1. Qu'est-ce qui a facilité ou entravé... la communication/la prise de décision/la connaissance de la situation?
2. Comment pouvons-nous répéter des performances réussies ou les améliorer?

L Étape 3 : Learning Points (points d'apprentissage)

Que peut apprendre l'équipe de cette expérience?

K Étape 4 : Key Actions (mesures principales)

Que pouvons-nous faire pour améliorer et maintenir la sécurité des patients?

Qui assumera la responsabilité des mesures? Qui assurera le suivi?

Reproduit avec l'autorisation de : Diaz-Navarro C, Armijo-Rivera S, Prudenico-Palomino C, Velazcoo-Gonzalez J, Castro P. et coll. (2024). *Evaluation of TALK© training for interprofessional clinical debriefing in Latin America. Archives of Medical Research* 55(7), p. 103060. Disponible à l'adresse suivante : doi.org/10.1016/j.arcmed.2024.103060, et Diaz-Navarro C, Leon-Castelao E, Hadfield A, Pierce S, Szyld D. (2021). *Clinical debriefing: TALK© to learn and improve together in healthcare environments. Trends in Anaesthesia and Critical Care* 40, p. 4-8. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1016/j.tacc.2021.07.004>, and Diaz-Navarro C, Enjo-Perez I, Leon-Castelao E, Hadfield A, Nicolas-Arfelis JM. Implementation of the TALK© clinical self-debriefing tool in operating theatres: a single- centre interventional study. *Brit J of Anaesthesia* 133(4), p. 853-861. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1016/j.bja.2024.05.044>.

Annexe H : Exemples de questions à se poser lors de la mise en œuvre d'une approche tenant compte des traumatismes au sein d'une organisation

Pour les organisations qui souhaitent mettre en œuvre une approche des soins tenant compte des traumatismes, cette annexe fournit des exemples de questions à prendre en compte dans dix domaines de mise en œuvre.

EXEMPLES DE QUESTIONS À SE POSER LORS DE LA MISE EN ŒUVRE D'UNE APPROCHE TENANT COMPTE DES TRAUMATISMES

PRINCIPES IMPORTANTS					
Sécurité	Fiabilité et transparence	Soutien par les pairs	Collaboration et mutualité	Autonomisation, voix et choix	Enjeux culturels, historiques et de genre
10 DOMAINES DE MISE EN ŒUVRE					
Gouvernance et leadership	<ul style="list-style-type: none"> • Comment la direction de l'organisme communique-t-elle son soutien et ses conseils pour la mise en œuvre d'une approche tenant compte des traumatismes? • Comment l'énoncé de mission de l'organisme et les politiques et procédures écrites incluent-ils un engagement à fournir des services et des soutiens tenant compte des traumatismes? • Comment les structures de direction et de gouvernance démontrent-elles qu'elles soutiennent la voix et la participation des personnes qui utilisent leurs services et qui ont subi des traumatismes? 				
Politique	<ul style="list-style-type: none"> • Comment les politiques et procédures écrites de l'organisme mettent-elles l'accent sur les traumatismes et les questions de sécurité et de confidentialité? • Comment les politiques et procédures écrites de l'organisme reconnaissent-elles l'omniprésence des traumatismes dans la vie des personnes utilisant les services, et expriment-elles un engagement à réduire la retraumatisation et à promouvoir le bien-être et le rétablissement? • Comment les politiques de recrutement de l'organisme démontrent-elles un engagement à former le personnel à la prestation de services et de soutiens culturellement pertinents et tenant compte des traumatismes dans le cadre de l'orientation du personnel et de la formation continue? • Comment les politiques de ressources humaines tiennent-elles compte des répercussions du travail avec des personnes ayant subi des traumatismes? • Quelles sont les politiques et les procédures en place pour inclure les survivants de traumatismes, les personnes recevant des services et les pairs dans des rôles significatifs et importants dans la planification, la gouvernance, l'élaboration des politiques, les services et l'évaluation de l'organisme? 				

EXEMPLES DE QUESTIONS À SE POSER LORS DE LA MISE EN ŒUVRE D'UNE APPROCHE TENANT COMPTE DES TRAUMATISMES (suite)

10 DOMAINES DE MISE EN ŒUVRE <i>suite</i>	
Environnement physique	<ul style="list-style-type: none"> • Comment l'environnement physique favorise-t-il un sentiment de sécurité, d'apaisement et de désescalade pour les clients et le personnel? • De quelle manière les membres du personnel reconnaissent-ils et abordent-ils les aspects de l'environnement physique qui peuvent être traumatisants à nouveau, et travaillent-ils avec les personnes concernées à l'élaboration de stratégies pour y faire face? • Comment l'organisme a-t-il aménagé un espace que le personnel et les bénéficiaires des services peuvent utiliser pour prendre soin d'eux-mêmes? • Comment l'organisme a-t-il élaboré des mécanismes pour répondre aux problèmes de sécurité physique et émotionnelle liés au genre (p. ex., espaces et activités propres au genre).
Implication et participation	<ul style="list-style-type: none"> • Comment les personnes ayant une expérience vécue ont-elles la possibilité de fournir une rétroaction à l'organisme sur les processus d'amélioration de la qualité en vue d'une meilleure implication et de meilleurs services? • Comment le personnel tient-il les personnes informées des règles, des procédures, des activités et des horaires, tout en tenant compte du fait que les personnes effrayées ou accablées peuvent avoir des difficultés à assimiler les informations? • Comment la transparence et la confiance entre le personnel et les clients sont-elles encouragées? • Quelles sont les stratégies utilisées pour réduire les différences de pouvoir entre le personnel et les clients? • Comment le personnel aide-t-il les personnes à déterminer les stratégies qui contribuent à les reconforter et à les responsabiliser?
Collaboration intersectorielle	<ul style="list-style-type: none"> • Existe-t-il un système de communication avec d'autres organismes partenaires travaillant avec la personne recevant des services pour prendre des décisions tenant compte des traumatismes? • Les partenaires de la collaboration tiennent-ils compte des traumatismes? • Comment l'organisme cible-t-il les fournisseurs communautaires et les organismes d'aiguillage qui ont l'expérience de la prestation de services de traumatologie fondés sur des données probantes? • Quels sont les mécanismes en place pour promouvoir la formation intersectorielle sur les traumatismes et les approches tenant compte des traumatismes?
Services de dépistage, d'évaluation et de traitement	<ul style="list-style-type: none"> • La définition de la sécurité émotionnelle d'une personne est-elle incluse dans les plans de traitement? • Un dépistage et une évaluation tenant compte des traumatismes sont-ils disponibles et accessibles aux personnes recevant des services? • L'organisme a-t-il la capacité de fournir un traitement propre aux traumatismes ou d'orienter vers des services appropriés propres aux traumatismes? • Comment le soutien par les pairs est-il intégré dans l'approche de la prestation de services? • Comment l'organisme répond-il aux besoins liés au genre dans le cadre du dépistage, de l'évaluation et du traitement des traumatismes? Par exemple, les hommes et les femmes disposent-ils de services et de soutiens propres aux traumatismes liés au genre? • Les membres du personnel discutent-ils avec les personnes de l'éventail des réactions aux traumatismes et s'efforcent-ils de minimiser les sentiments de peur ou de honte et d'améliorer la compréhension de soi? • Comment ces pratiques propres aux traumatismes sont-elles intégrées dans les activités courantes de l'organisme?

EXEMPLES DE QUESTIONS À SE POSER LORS DE LA MISE EN ŒUVRE D'UNE APPROCHE TENANT COMPTE DES TRAUMATISMES (suite)

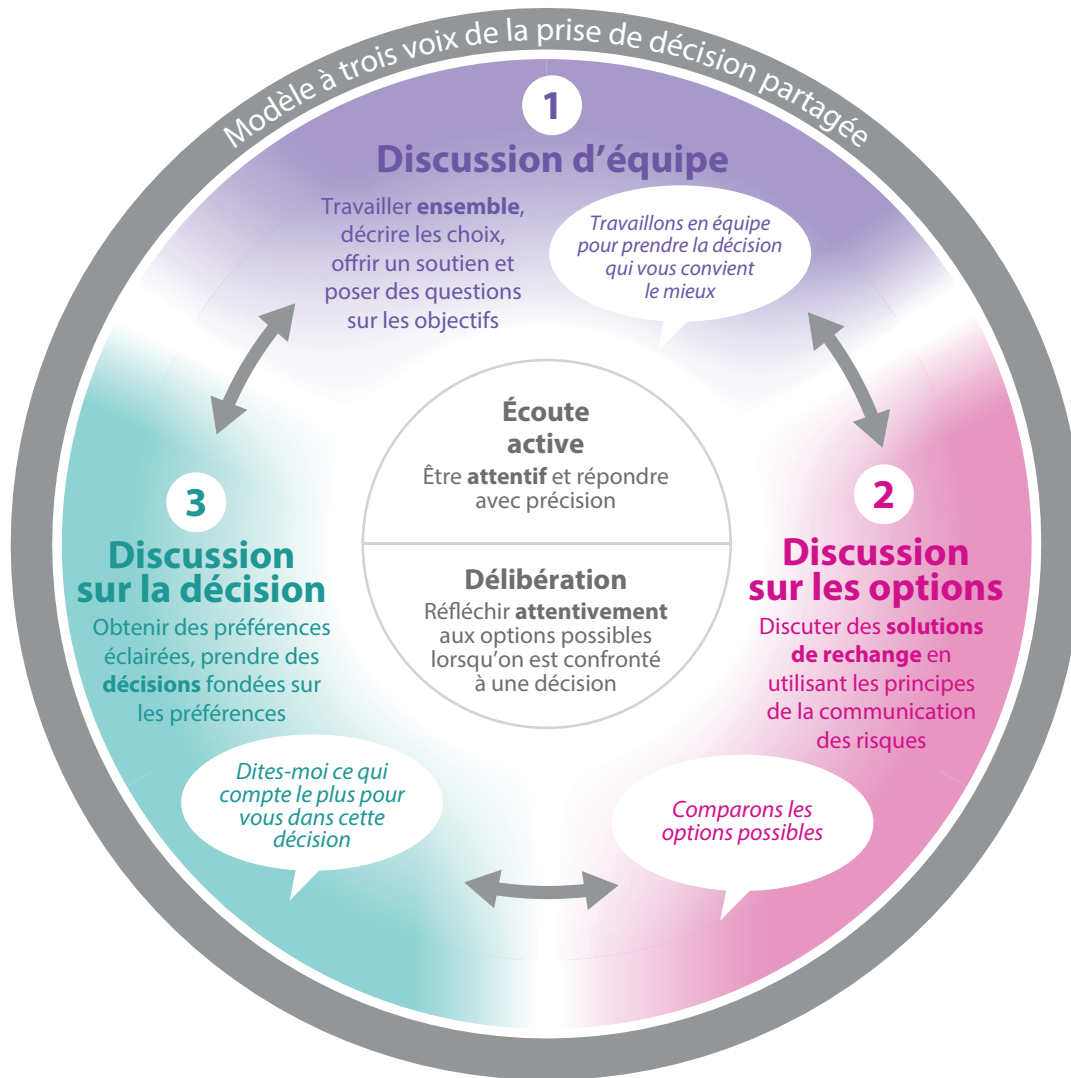
10 DOMAINES DE MISE EN ŒUVRE suite

Formation et développement de la main-d'œuvre	<ul style="list-style-type: none"> • Comment l'organisme gère-t-il le stress émotionnel qui peut survenir lors du travail avec des personnes ayant vécu des expériences traumatisantes? • Comment l'organisme soutient-il la formation et le perfectionnement du personnel pour qu'il comprenne et améliore ses connaissances et ses interventions en matière de traumatismes? • Comment l'organisme s'assure-t-il que l'ensemble du personnel (soins directs, superviseurs, réception, personnel de soutien, entretien ménager et maintenance) reçoit une formation de base sur les traumatismes, leurs répercussions et les stratégies d'approches tenant compte des traumatismes dans l'ensemble de l'organisme et dans toutes les fonctions du personnel? • Comment le perfectionnement et la formation du personnel tiennent-ils compte de la manière dont l'identité, la culture, la communauté et l'oppression peuvent influencer sur l'expérience du traumatisme, l'accès aux aides et aux ressources et les possibilités de sécurité d'une personne? • Comment le perfectionnement continu de la main-d'œuvre et la formation du personnel permettent-ils au personnel d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour travailler de manière sensible et efficace avec les personnes ayant subi un traumatisme? • Quels types de formation et de ressources sont fournis au personnel et aux superviseurs sur l'intégration de la pratique et de la supervision tenant compte des traumatismes dans leur travail? • Quelles sont les stratégies de perfectionnement mises en place pour aider le personnel à travailler avec les pairs et à reconnaître la valeur du soutien par les pairs en tant que partie intégrante des ressources humaines de l'organisme?
Progrès et assurance de la qualité	<ul style="list-style-type: none"> • Existe-t-il un système permettant de suivre les progrès de l'organisme pour en matière de pratiques tenant compte des traumatismes? • L'organisme sollicite-t-il une rétroaction de la part du personnel et des personnes bénéficiant des services? • Quels sont les stratégies et les processus utilisés par l'organisme pour évaluer comment les membres du personnel se sentent? • Comment l'organisme intègre-t-il l'attention portée à la culture et aux traumatismes dans ses activités et ses processus d'amélioration de la qualité? • Quels sont les mécanismes en place pour que les informations recueillies soient intégrées dans les processus d'assurance de la qualité de l'organisme et dans quelle mesure ces mécanismes permettent-ils de créer des services et des aides accessibles, culturellement adaptés et tenant compte des traumatismes?
Financement	<ul style="list-style-type: none"> • Comment le budget de l'organisme inclut-il le soutien financier à la formation continue sur les traumatismes et les approches tenant compte des traumatismes pour la direction et le perfectionnement du personnel? • Quel financement existe-t-il pour la formation intersectorielle sur les traumatismes et les approches tenant compte des traumatismes? • Quel financement existe-t-il pour les spécialistes des pairs? • Comment le budget permet-il d'offrir un environnement physique sûr?
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Comment l'organisme procède-t-il à une évaluation organisationnelle tenant compte des traumatismes ou dispose-t-il de mesures ou d'indicateurs montrant son niveau d'approche tenant compte des traumatismes? • Comment le point de vue des personnes ayant vécu un traumatisme oriente-t-il le rendement de l'organisme au-delà de l'enquête de satisfaction des clients? • Quels sont les processus mis en place pour solliciter la rétroaction des utilisateurs des services et garantir l'anonymat et la confidentialité? • Quels sont les mesures ou les indicateurs utilisés pour évaluer les progrès de l'organisme en matière d'approches tenant compte des traumatismes?

Reproduit avec l'autorisation de : Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Practical guide for implementing a trauma-informed approach*. Publication de l'SAMHSA n° PEP23-06-05-005. Rockville (MD) : National Mental Health and Substance Use Policy Laboratory; 2023. Disponible à l'adresse suivante : <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/pep23-06-05-005.pdf>

Annexe I : Modèle à trois voix de la prise de décision partagée

Ce modèle propose des étapes de discussion qui mettent l'accent sur la collaboration et la délibération tout au long du processus de prise de décision avec les personnes recevant des soins.



Reproduit avec l'autorisation de : Elwyn G, Durand ME, Song J, et coll. (2017). *A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process*. BMJ, 359: j4891. doi: 10.1136/bmj.j4891

Annexe J : Guide de conversation sur les maladies graves

Le Guide de conversation sur les maladies graves fournit des exemples de messages-guides qui peuvent être utilisés pour parler avec les personnes de leurs objectifs et de leurs valeurs, pour entamer des discussions avec les personnes recevant des soins, pour évaluer la compréhension qu'ont les personnes de leur maladie et de leurs préférences en matière d'information, pour faire part des pronostics avec les personnes, pour explorer des sujets essentiels et pour mettre fin à la discussion.

Guide de conversation sur les maladies graves

UN LANGAGE TESTÉ PAR LES PATIENTS

- MISE EN PLACE** « J'aimerais que nous **parlions ensemble** de votre santé et de **ce qui vous tient à cœur. Est-ce que ça irait?** »
- ÉVALUER** « Pour m'assurer que les informations que je vous transmettrai vous seront utiles, pouvez-vous me dire **ce que vous pensez** de votre état de santé actuel? »
- « Quelle quantité d'**informations sur ce qui pourrait arriver** à votre santé serait utile pour en discuter aujourd'hui? »
- ÉCHANGER** « Puis-je vous faire part de ma compréhension de ce qui pourrait arriver à votre santé? »
- Incertain**: « Il peut être difficile de prévoir ce qui va se passer. **J'espère que vous vous sentirez aussi bien que possible** pendant longtemps, et nous nous efforcerons d'atteindre cet objectif. **Il est également possible de tomber rapidement malade**, et je pense qu'il est important de s'y préparer. »
- OU
- Temps**: « J'aimerais que ce ne soit pas le cas. Je **crains** que le temps soit aussi court que (exprimer une fourchette, p. ex., de quelques jours à quelques semaines, de quelques semaines à quelques mois, de quelques mois à un an). »
- OU
- Capacité**: « Il peut être difficile de prévoir ce qui va se passer. **J'espère que vous vous sentirez aussi bien que possible** pendant longtemps, et nous nous efforcerons d'atteindre cet objectif. **Il est également possible qu'il devienne plus difficile de faire certaines choses** en raison de la maladie, et je pense qu'il est important de s'y préparer. »
- Faire une pause : permettre le silence. Valider et explorer les émotions.**
- EXPLORE** « Si votre état de santé devait se dégrader, quels seraient vos **objectifs les plus importants?** »
- « Quelles sont vos plus grandes **inquiétudes?** »
- « Qu'est-ce qui **vous donne de la force** lorsque vous pensez à l'avenir? »
- « Quelles sont les **activités** qui apportent de la joie et un sens à votre vie? »
- « Si votre maladie devait s'aggraver, **jusqu'où seriez-vous prêt à aller** pour avoir plus de temps? »
- « Dans quelle mesure **les personnes qui vous sont proches connaissent-elles** vos priorités et vos souhaits en matière de soins? »
- « Après avoir parlé de tout cela, **quels sont vos espoirs** concernant votre? »
- CLÔTURER** « J'entends que _____ **c'est vraiment important pour vous** et que vous espérez garder cela à l'esprit, et ce que nous savons de votre maladie, je **recommande** que nous _____. Cela nous aidera à nous assurer que **vos soins reflètent ce qui est important pour vous. Que pensez-vous de ce plan?** »
- « **Je ferai tout ce qui est en mon pouvoir** pour vous aider à traverser cette épreuve et pour m'assurer que vous recevez **les meilleurs soins possibles.** »



2015-2023 Ariadne Labs : un centre commun pour l'innovation des systèmes de santé (www.ariadnelabs.org) entre le Brigham and Women's Hospital et le Harvard T. H. Chan, en collaboration avec le Dana-Farber Cancer Institute. Sous licence Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

SI-CG 2023-05-18



Source : Reproduit avec l'autorisation de : Ariadne Labs: A Joint Center for Health Systems Innovation between Brigham and Women's Hospital and the Harvard T.H. Chan School of Public Health, en collaboration avec Dana-Farber Cancer Institute. *Serious Illness Conversation Guide : Welcome to our updated guide.* Mai 2023. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ariadnelabs.org/wp-content/uploads/2023/05/Serious-Illness-Conversation-Guide.2023-05-18.pdf>

Annexe K : PAUSE Carte de discussion pour les premières discussions sur les objectifs de soins

La carte de discussion PAUSE fournit des exemples d'énoncés ou de questions que les prestataires de services sociaux et de santé peuvent adapter lorsqu'ils ont des discussions « préalables » sur les objectifs de soins avec les personnes. Le terme « préalable » fait référence au moment où la décision clinique n'est pas imminente.

PAUSE Carte de discussion
Pour nous, une conversation sur les objectifs de soins est une conversation où une décision clinique n'est pas imminente. Pour cela, utilisez la carte de discussion PAUSE.

PAUSE

LES OBJECTIFS DE SOINS, AU DÉBUT DE LA MALADIE

ÉTAPE	CE QUE VOUS DITES OU FAITES
PAUSE, prendre le temps.	<p>« <i>Il y a quelque chose que j'aimerais mettre à notre horaire aujourd'hui.</i> »</p> <p>Prenez un moment pour introduire le sujet.</p>
ASK (DEMANDER) la permission et en expliquer les raisons.	<p>« <i>J'aimerais avoir votre avis sur quelque chose. Il arrive que l'un de mes patients tombe soudainement malade et que je ne puisse pas lui parler.</i> »</p> <p>« <i>Je crains alors de ne pas pouvoir lui apporter les meilleurs soins.</i> »</p> <p>« <i>Par exemple, un de mes patients m'a dit qu'il ne voudrait jamais devenir "légume". C'est très important pour moi de le savoir, même si cette personne est loin d'être aussi malade.</i> »</p> <p>« <i>Que pensez-vous de cela?</i> »</p>
UNDERSTAND (COMPRENDRE) les valeurs globales.	<p>« <i>Avez-vous déjà entendu parler des directives médicales anticipées ou des testaments de vie?</i> »</p> <p>« <i>Si la maladie s'aggravait et risquait de vous coûter la vie, qu'est-ce qui serait le plus important pour vous?</i> »</p> <p>« <i>Si la maladie s'aggravait et risquait de vous coûter la vie, qu'est-ce qui serait le plus important pour vous?</i> »</p>
SUGGEST (SUGGÉRER) le choix d'un mandataire.	<p>« <i>Avez-vous déjà pensé à la personne qui serait la mieux placée pour prendre des décisions médicales si vous étiez trop malade pour le faire vous-même?</i> »</p>
EXPECT (S'ATTENDRE À) l'émotion et répondre de manière empathique.	<p>« <i>Je vois que vous vous sentez préoccupé.</i> » [Nommer l'émotion]</p> <p>« <i>Ce que je vous entends dire, c'est que vous voulez continuer à vous battre.</i> » [Reflète les paroles du patient en retour]</p>

Reproduit avec l'autorisation de : Vital Talk. *Pause talking map : Goals of care, early in the illness* [en ligne]. [lieu inconnu] : Vital Talk; [date inconnue].

Disponible à l'adresse suivante : <https://www.vitaltalk.org/guides/pause-talking-map/>

Annexe L : *What matters to me*: un manuel pour de meilleurs soins de santé (pour les personnes accédant aux services sociaux et de soins de santé)

Le manuel « Ce qui compte pour moi » est destiné aux personnes atteintes d'une maladie grave qui se préparent à parler avec leur équipe soignante de ce qui est le plus important pour elles. Les instructions sur la manière de remplir les pages suivantes, ainsi que les informations sur les prochaines étapes, se trouvent dans la ressource complète, disponible ici (en anglais) :

<https://theconversationproject.org/wp-content/uploads/2020/12/WhatMattersToMeWorkbook.pdf>

Ma santé

- Comment comprenez-vous ce qui se passe actuellement avec votre santé?

- Dans quelle mesure souhaitez-vous que votre équipe soignante vous informe sur ce qui pourrait arriver à votre santé?

À mon sujet

- **MES BONNES JOURNÉES** • À quoi ressemble une bonne journée pour vous?

Voici quelques activités que j'aime faire durant les bonnes journées :

EXEMPLES

Me lever et m'habiller • Jouer avec mon chat • Téléphoner à quelqu'un • Regarder la télévision • Prendre un café avec un ami

- **MES JOURNÉES DIFFICILES** • À quoi ressemble une journée difficile pour vous?

Voici les choses les plus compliquées à gérer pour moi lors d'une journée difficile :

EXEMPLES

Ne pas pouvoir sortir du lit • Être très inconfortable • Ne pas avoir d'appétit • N'a pas avoir envie de parler à quelqu'un

- **MES OBJECTIFS** • Si votre état de santé se dégrade, quels sont vos objectifs les plus importants?

Voici des choses que j'aimerais pouvoir faire à l'avenir :

EXEMPLES

Promener mon chien • Assister au mariage de mon enfant • Me sentir assez bien pour aller à l'église • Parler à mes petits-enfants lorsqu'ils viennent me rendre visite

- **À MON SUJET** • Qu'aimeriez-vous que votre équipe soignante sache à votre sujet?
Quelque chose de base ou de pratique :

EXEMPLES

Ma foi est très importante pour moi • Je vis seul et je dois pouvoir prendre soin de moi • Je me souviens mieux des choses lorsqu'elles sont écrites

- **MES PEURS ET INQUIÉTUDES** • Quelles sont vos plus grandes inquiétudes?
Voici les principales choses qui m'inquiètent :

EXEMPLES

Je ne veux pas souffrir • Je crains de ne pas pouvoir obtenir les soins que je souhaite • Je ne veux pas me sentir coincé dans un endroit où personne ne me rendra visite • Je m'inquiète du coût de mes soins • Que se passera-t-il si j'ai besoin de plus de soins que ce que mes aidants naturels peuvent m'apporter?

- **MES FORCES** • En pensant à l'avenir, qu'est-ce qui vous donne de la force?
Voici mes principales sources de force dans les moments difficiles :

EXEMPLES

Mes amis • Ma famille • Ma foi • Mon jardin • Moi-même (« Je le fais, c'est tout »)

- **MES CAPACITÉS** • Quelles sont les activités qui apportent de la joie et du sens à votre vie?
Je veux continuer aussi longtemps que possible à...

EXEMPLES

Tant que je peux au moins m'asseoir sur le lit et parler de temps en temps à mes petits-enfants • Tant que je peux manger de la crème glacée et regarder le football à la télévision • Tant que je peux reconnaître mes proches • Tant que mon cœur bat, même si je ne suis pas conscient

➤ **MES ESPOIRS** • Quels sont vos espoirs en matière de santé?

Voici ce dont je veux M'ASSURER qu'il arrive :

EXEMPLES

Je veux rester aussi indépendant que possible • Je veux rentrer chez moi • Je veux que mes médecins fassent absolument tout ce qu'ils peuvent pour me maintenir en vie • Je veux que tout le monde respecte mes souhaits si je dis que je veux passer à des soins de confort uniquement

Et voici ce dont je veux m'assurer qu'il n'arrive PAS :

EXEMPLES

Je ne veux pas devenir un fardeau pour ma famille • Je ne veux pas être seul • Je ne veux pas finir aux soins intensifs sur de nombreuses machines • Je ne veux pas souffrir

Y a-t-il autre chose que vous voulez faire savoir à votre famille, à vos amis et à l'équipe soignante au sujet de vos attentes en matière de soins?

➤ **MES QUESTIONS** • Quelles questions souhaitez-vous poser à votre équipe soignante?

EXEMPLES

Comment allez-vous travailler avec moi au cours des prochains mois? • Quelles sont les options de traitements disponibles à ce stade – et quelles sont les chances de réussite? • À quoi dois-je m'attendre si je décide de ne pas recevoir de traitement plus curatif? • Si ma maladie s'aggrave, que pouvez-vous faire pour m'aider à rester à l'aise? • Quels sont les scénarios les plus favorables et les plus défavorables?

Mes proches

- Y a-t-il des personnes importantes qui seront impliquées dans vos soins (membres de la famille, amis, responsables religieux, autres)? Pour chaque personne nommée, n'oubliez pas d'indiquer son numéro de téléphone et son lien avec vous.

- Que savent-ils de vos espoirs et de vos préférences? Quel rôle voulez-vous qu'ils jouent dans la prise de décision? Quand pourriez-vous leur parler de vos souhaits?

- Quelle personne souhaiteriez-vous voir prendre des décisions médicales en votre nom si vous n'êtes pas en mesure de le faire? Cette personne est souvent appelée votre représentant désigné, agent ou mandataire. Pour obtenir de l'aide, consultez le [guide pour désigner un représentant](#).

Nom, numéro de téléphone, lien avec moi

J'ai parlé avec cette personne de ce qui compte le plus pour moi. Oui Non

J'ai rempli un formulaire officiel désignant cette personne comme mon mandataire. Oui Non

J'ai vérifié que mon équipe soignante dispose d'une copie du formulaire de procuration officiel. Oui Non

Mon équipe soignante

Qui sont les principaux cliniciens impliqués dans vos soins?

- Mes fournisseurs de soins primaires
Nom Téléphone :

- Mon travailleur social
Nom Téléphone :

- Mon médecin spécialiste principal
Nom Téléphone :

- Autre
Nom Téléphone :

Source : Reproduit avec l'autorisation de : Ariadne Labs et le Conversation Project, une initiative de l'Institute of Healthcare Improvement (IHI). *What matters to me: A workbook for people with serious illness* [en ligne]. [lieu inconnu], 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://theconversationproject.org/wp-content/uploads/2020/12/WhatMattersToMeWorkbook.pdf>

Annexe M : Modèle de guide personnel d'aide à la décision

Un guide personnel d'aide à la décision qui peut être utilisé par les personnes recevant des soins pour prendre toute décision en matière de soins de santé ou de services sociaux et les guider ensuite à travers une série d'étapes qui suscitent des réflexions sur ce que l'on sait de la décision, sur ce qui compte le plus pour eux, et pour planifier les prochaines étapes. Le guide personnel d'aide à la décision peut également être utilisé par les prestataires de soins de santé lorsqu'ils guident les personnes dans une prise de décision éclairée.

Guide personnel d'aide à la décision (Ottawa)

Pour les personnes faisant face à une décision à prendre en matière de santé ou d'ordre social



1 Clarifiez la décision à prendre.

Quelle décision devez-vous prendre?

Pour quelles raisons devez-vous prendre cette décision?

Quand devez-vous faire ce choix?

Où en êtes-vous avec vos réflexions sur ce choix?

Pas encore réfléchi aux options
Réflexion en cours

Sur le point de choisir
Le choix est déjà fait

2 Explorez vos options.



Connaissances

Indiquez les options et les bénéfices et les risques que vous connaissez.



Valeurs

Utilisez des étoiles (★) pour indiquer l'importance que vous accordez à chaque bénéfice et risque.



Certitudes

Sélectionnez l'option qui correspond aux bénéfices qui sont les plus importants pour vous. Évitez les options qui correspondent aux risques les plus importants pour vous.

	Raisons de choisir cette option Bénéfices/Avantages/Pour	Importance 0★ Pas du tout 5★ Énormément	Raisons de choisir cette option Bénéfices/Avantages/Pour	Importance 0★ Pas du tout 5★ Énormément
Option n° 1				
Option n° 2				
Option n° 3				

Quelle option préférez-vous?

Option n° 1

Option n° 2

Option n° 3

Incertain



Soutien

Quelle(s) autre(s) personne(s) est(sont) impliquée(s)?

Quelle(s) autre(s) personne(s) est(sont) impliquée(s)?

Ressez-vous une pression de leur part?

Comment peut(vent)-il(s)/elle(s) vous soutenir pour prendre cette décision?

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Quel rôle préférez-vous assumer pour prendre cette décision?





Partager cette décision avec...



Prendre cette décision après avoir considéré les opinions de...

Laisser quelqu'un d'autre prendre la décision...








3 Identifiez vos besoins concernant la décision à prendre.

Adapté de The SURE Test © 2008 O'Connor & Légaré.

	Connaissances	Est-ce que vous connaissez les bénéfices et risques de chaque option?	Oui	Non
	Soutien	Avez-vous le sentiment de savoir ce qui est le plus important pour vous à l'égard des bénéfices et des risques?	Oui	Non
	Support	Avez-vous suffisamment de soutien afin de faire votre choix?	Oui	Non
	Certitude	Êtes-vous certain de ce qui constitue le meilleur choix pour vous?	Oui	Non

Si vous répondez « Non » à une question, vous pouvez revoir les étapes deux  et quatre , en réfléchissant à nouveau à vos besoins. Les personnes qui répondent « Non » à une ou plusieurs questions ont tendance à reporter leur décision, à changer d'avis, à éprouver du regret vis-à-vis de leur choix ou à blâmer les autres si le résultat qui découle de l'option choisie est mauvais.

4 Planifiez les prochaines étapes selon vos besoins.Besoins en matière de prise de décision  Approches suggérées

	Connaissances	Renseignez-vous sur les options et les probabilités des bénéfices et de risques. Dressez une liste de vos questions. Si vous pensez ne PAS avoir assez d'informations	Notez où vous pouvez trouver les réponses (p. ex., bibliothèque, professionnels de la santé, conseillers) :
	Valeurs	Si vous n'êtes PAS certain(e) des bénéfices et des risques qui sont les plus importants pour vous	Réviser les étoiles à l'étape deux  pour voir ce qui est le plus important pour vous. Trouvez des personnes qui ont de l'expérience avec les bénéfices et les risques. Parlez à d'autres personnes qui ont pris cette décision. Renseignez-vous sur ce qui fut le plus important pour d'autres personnes. Discutez avec d'autres personnes de ce qui est le plus important pour vous.
	Soutien	Si vous sentez ne PAS avoir assez de soutien Si vous ressentez une PRESSION de la part des autres concernant un choix spécifique	Discutez de vos options avec une personne en qui vous avez confiance (p. ex., un professionnel de la santé, un conseiller, un membre de votre famille, un ami). Trouvez de l'aide pour vous soutenir dans votre choix (p. ex., financement, transport, garde d'enfants). Concentrez-vous sur les opinions des personnes les plus importantes pour vous. Partagez ce guide avec d'autres personnes. Demandez à une autre personne impliquée dans cette décision de remplir ce guide. (Voyez où vous êtes en accord. Si vous n'êtes pas d'accord sur certaines données, obtenez plus d'informations. Si vous n'êtes pas d'accord sur ce qui est le plus important pour vous, considérez l'opinion de l'autre. Chacun à votre tour, identifiez ce qui est le plus important pour l'autre.) Trouvez une personne pour aider tous ceux et celles impliqués dans cette décision.
	Certitude	Si vous êtes incertain(s) du meilleur choix pour vous	Réviser les étapes deux  et quatre  , en réfléchissant à nouveau à vos besoins.
	Autres facteurs rendant la décision DIFFICILE.	Énumérez d'autres approches pour faciliter la prise de décision :	

Source : Reproduit avec l'autorisation de : O'Connor A, Stacey D, Jacobsen MJ. *Guide personnel d'aide à la décision* (Ottawa). Ottawa (Ont.) : Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa et Université d'Ottawa, Canada; 2015. Disponible à l'adresse suivante : <https://decisionaid.ohri.ca/docs/das/OPDG.pdf>

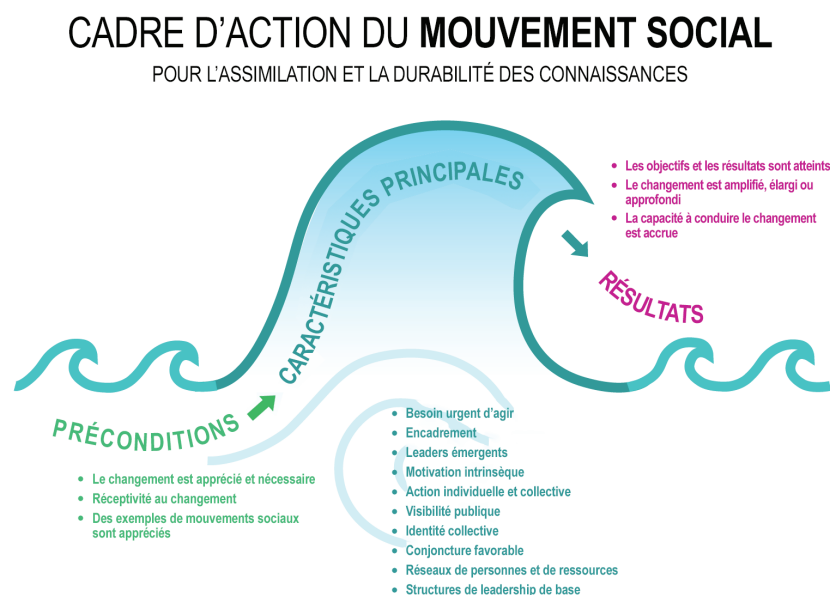
Annexe N : Description de la Trousse pour la conduite du changement

Les LDPE ne peuvent être mis en œuvre et maintenus avec succès que si la planification, les ressources, les soutiens organisationnels et administratifs sont adéquats et qu'il y a une facilitation appropriée. L'engagement et la participation active des responsables à titre officiel ou officieux (p. ex., les agents de changement et les champions des pairs) sont également essentiels. Pour encourager une mise en œuvre réussie et la durabilité, un comité d'experts internationaux d'infirmières et d'infirmiers, de chercheurs, de défenseurs des patients ou des personnes, de militants du mouvement social et d'administrateurs a élaboré la [Trousse pour la conduite du changement](#) (en anglais uniquement) (5). La Trousse se base sur des données probantes, des points de vue théoriques et des consensus. Nous recommandons la Trousse pour la conduite du changement pour guider la mise en œuvre de toute LDPE dans les organisations de soins de santé ou de services sociaux, y compris les établissements d'enseignement.

La Trousse pour la conduite du changement comprend deux cadres : le cadre d'action du mouvement social (1,2) et le cadre de mise en pratique des connaissances (3,4). Ces derniers sont destinés aux agents et aux équipes de changement dirigeant la mise en œuvre et la durabilité des LDPE. Les deux cadres décrivent le concept de mise en œuvre et ses composantes interdépendantes. De sorte que l'un ou l'autre de ces cadres (le cadre d'action du mouvement social ou le cadre de mise en pratique des connaissances) peut être utilisé pour guider les initiatives de changement, y compris la mise en œuvre des LDPE. L'utilisation de ces deux cadres permet d'améliorer et d'accélérer le changement (1).

Le cadre d'action du mouvement social comprend des éléments de **mouvements sociaux pour l'assimilation et la durabilité des connaissances**⁶ qui ont démontré des répercussions puissantes et des effets à long terme. Fondé sur les résultats d'une analyse conceptuelle, le cadre comprend 16 éléments classés en conditions préalables (c.-à-d. ce qui doit être en place avant l'apparition du mouvement social), en caractéristiques essentielles (c.-à-d. ce qui doit être présent pour que le mouvement social se produise) et en résultats (c.-à-d. ce qui se produira probablement à la suite du mouvement social) (1,288). Les trois catégories et éléments du cadre d'action du mouvement social sont présentés à la **figure 4**.

Figure 4 : Cadre d'action du mouvement social

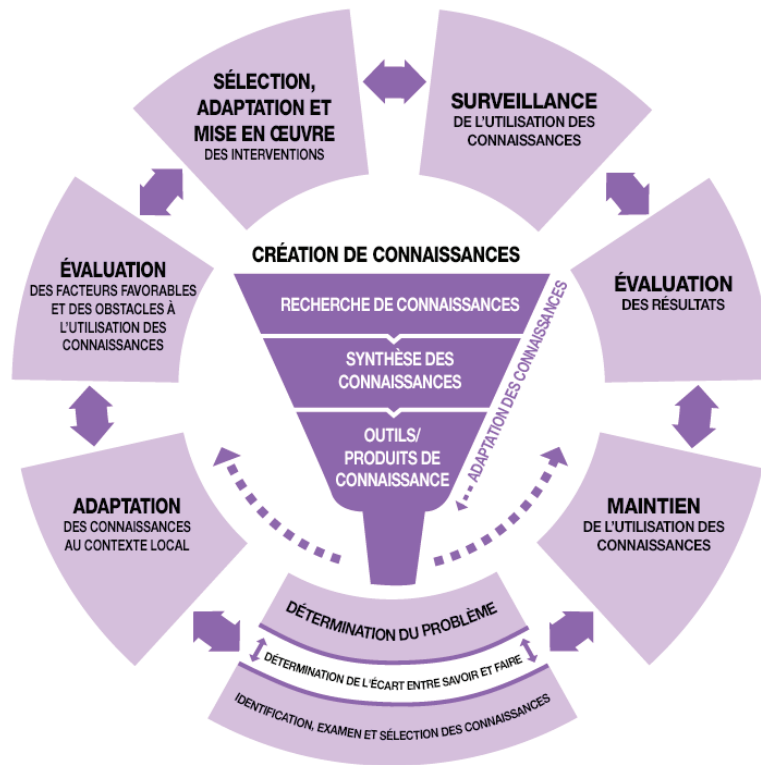


Source : Reproduit avec l'autorisation de : Grinspun D, Wallace K, Li SA, et coll. Exploring social movement concepts and actions in a knowledge uptake and sustainability context: a concept analysis. *Int J Nurs Pract.* Oct. 2022;9(4):411-21. et Grinspun D, Wallace K, Li SA, et coll. Diriger le changement par le biais du mouvement social. *Registered Nurse Journal.* 2020. Printemps;32(1).

Le cadre de mise en pratique des connaissances est une approche cyclique planifiée du changement qui intègre deux composantes connexes : le cycle de création de connaissances et le cycle d'action. Le processus de création de connaissances est ce que les chercheurs et les élaborateurs de lignes directrices utilisent pour cerner les résultats de données probantes critiques afin de créer un produit de connaissances comme une LDPE de l'AIIAO. Le cycle d'action est composé de sept phases au cours desquelles la connaissance créée est mise en œuvre, évaluée et maintenue (3). Plusieurs phases du cycle d'action peuvent se produire ou doivent être envisagées simultanément. Le cadre de mise en pratique est illustré à la **figure 5** (5).

Figure 5 : Cadre de mise en pratique des connaissances

CADRE DE MISE EN PRATIQUE DES CONNAISSANCES



Source : Adapté avec l'autorisation de : Graham ID, Logan J, Harrison MB, et coll. Lost in translation: time for a map? J Contin Educ Health Prof [Internet]. 2006;26(1):13-24. Disponible à l'adresse suivante : https://journals.lww.com/jcehp/Abstract/2006/26010/Lost_in_knowledge_translation_Time_for_a_map__3.aspx et Straus SE, Tetroe J, Graham ID. (2013). *Introduction Knowledge translation: What it is and what it isn't*. Dans SE Straus, J Tetroe, ID Graham (Eds.), Knowledge Translation in Health Care, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118413555.ch01>

La mise en œuvre et le maintien des LDPE afin d'obtenir des changements de pratique réussis et des résultats positifs en matière de santé pour les personnes, les prestataires, les organisations et les systèmes est une entreprise complexe. La Trousse pour la conduite du changement est une ressource fondamentale de mise en œuvre pour conduire ce processus.

Équipe de recherche et d'élaboration des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIAO

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Giulia Zucal, inf. aut., B.Sc.Inf., M.A.

Gestionnaire principale, Recherche et élaboration des lignes directrices

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ont.)

Deborah Flores, IA, B.Sc.Inf., maîtrise en soins infirmiers

Coresponsable de l'élaboration des lignes directrices

Méthodologue de l'élaboration des lignes directrices

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ont.)

Gladys Hui, inf. aut., maîtrise en soins infirmiers

Coresponsable de l'élaboration des lignes directrices

Méthodologue de l'élaboration des lignes directrices

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ont.)

Nicole Graham, inf. aut., Ph. D.

Méthodologue chargée de l'élaboration des lignes directrices et gestionnaire de science de mise en œuvre

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ont.)

James Oliveria, inf. aut., ICM

Développeur d'indicateurs

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ont.)

Verity Scott, B.Sc.

Coordonnatrice du projet d'élaboration des lignes directrices Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ont.)

Christina Medeiros,

inf.aut., B.Éd.Phys., B.Éd.Santé, B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., Ph. D.

Gestionnaire de science de mise en œuvre

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ont.)

Lyndsay Howitt, inf.aut., M. en santé publique

Gestionnaire principale, Recherche et élaboration des lignes directrices

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ont.)

Nafsin Nizum, inf. aut., M.Sc.Inf.

Directrice associée, recherche et élaboration des lignes directrices

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ont.)

Dre Michelle Rey, B.ès sciences avec spécialisation en chimie, M. Sc., Ph. D., infirmière praticienne avancée

Directrice

Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Toronto (Ont.)

Unité de recherche de l'AIIAO

Dre Anum Ali, inf. aut., B.Sc.Inf., M. Sc., Ph. D.

Spécialiste de l'évaluation

Unité de recherche de l'AIIAO

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Toronto (Ont.)

Dre Shanoja Naik, B.Ed., M. Sc.(math.), M. Sc.

(statistique), M.Ph., Ph. D.

Directrice

Unité de recherche de l'AIIAO

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Toronto (Ont.)

Haute direction

Dre Doris Grinspun, inf. aut., B.Sc.Inf., M. Sc., Ph. D.

LL.D. (hon.), Dr. h.c., DHC, CRS, FAAN, FACSI, Ordre de l'Ontario

Directrice générale

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Toronto (Ont.)

Remerciements

Revue externe des méthodes GRADE fournie par :

Dre Nancy Santesso, Dt.P., MBSI, Ph. D.

Professeure agrégée

Department of Health Research Methods, Evidence and Impact, McMaster University

Directrice adjointe, Cochrane Canada

La recherche systématique a été effectuée par :

UHN HealthSearch

Comité d'experts sur les Lignes directrices sur le pratiques exemplaires de l'AIIO

Michael Creek

Coprésident du groupe d'experts (mai 2023 à aujourd'hui)
Représentant des personnes ayant une expérience concrète et directeur des initiatives stratégiques
Working for Change Organization
Toronto (Ont.)

Dre Kateryna Metersky, inf. aut., Ph. D.

Coprésidente du comité d'experts
Directrice adjointe par intérim du programme de diplôme en soins infirmiers en collaboration et professeure adjointe
Université métropolitaine de Toronto
Toronto (Ont.)

Heather Thiessen

Coprésidente du comité d'experts (novembre 2021 à avril 2023)
Partenaire patient
Organisation de normes en santé
Saskatoon (Sask.)

Kameel Abdul-Kareem, M.Sc.Inf.

The University of the West Indies - School of Nursing
Kingston, Jamaïque

Sarah Benn Orava, M.A.

Conseillère en relations avec les patients
University Health Network (UHN)
Toronto (Ont.)

Melissa Bush inf. aut., MBA

Infirmière en chef
Hospital del Trabajador Santiago, Chili

Susan Dunn

Conseillère en matière d'implication
Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse
Halifax (N.-É.)

Susan Gapka

Représentante des personnes ayant une expérience concrète
Toronto (Ont.)

Karen Hunter, inf. aut., B.Sc.Inf.

Infirmière d'urgence
Orillia Soldiers' Memorial Hospital
Orillia (Ont.)

Anshumi Joshi, inf. aut.

Représentant des étudiants
Unity Health
Toronto (Ont.)

Karima Karmali, inf. aut., MBA

Alifa Khan

Chef de famille/La famille en tant que faculté
Vice-présidente du comité de recherche et d'implication des familles
Holland Bloorview
Toronto (Ont.)

Révérrende Carmen Llanos Acero, M.Th., Cert. CASC/ACSS

Praticienne en soins spirituels
Centre Sunnybrook des sciences de la santé
Toronto (Ont.)

Elisa Nigro, inf. aut. (cat. spéc.), IP en pédiatrie, maîtrise en soins infirmiers

Infirmière praticienne
Hospital for Sick Children (SickKids)
Toronto (Ont.)

Alliah Over, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.

Infirmier en santé publique
Santé publique de la région de York
Newmarket (Ont.)

Dre Marie-Pascale Pomey, M.D., Ph. D.

Professeure, École de santé publique
Université de Montréal
Montréal (Qc)

Sara Ryan, inf. aut.

Directrice, Services cliniques
UniversalCare Canada
Toronto (Ont.)

Dionne Sinclair, inf.aut., M. Sc.N, maîtrise en gestion comparative de la santé, LCS, FACS

Vice-présidente des opérations cliniques et directrice des soins infirmiers
Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)
Toronto (Ont.)

Tanya Smith, inf.aut., B.Sc.Inf., praticienne agréée en médecine traditionnelle chinoise

Infirmière autorisée – Transplantation
Représentante des personnes ayant une expérience concrète 2ELGBTQIA+
Toronto General Hospital
Toronto (Ont.)

Susan Steels, M.Serv.Soc., travailleuse sociale autorisée

Travailleuse sociale autorisée
Représentante de l'Association des travailleurs sociaux de l'Ontario

Melissa Stevenson, inf.aut., B.Sc.Inf., maîtrise en soins infirmiers

Professeure adjointe
Université métropolitaine de Toronto
Toronto (Ont.)

Jill Sullivan, inf. aut.

Gestionnaire, expérience des patients
Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario
Ottawa (Ont.)

Examineurs externes

Dans le cadre du processus d'élaboration de cette ligne directrice, les participants ont fait part de leurs commentaires sur un large éventail d'organisations de services de santé et de services sociaux, d'établissements d'enseignements et de domaines et de secteurs de pratique. Les participants comprennent des membres du personnel infirmier et de l'équipe interprofessionnelle, des enseignants, des étudiants, des personnes expérimentées, des administrateurs compétents et des bailleurs de fonds des services sociaux et de soins de santé. Des **examineurs externes**^G représentant diverses perspectives ont également été sollicités pour donner leur avis. L'AIIAO souhaite remercier les personnes suivantes pour leur contribution à la révision de cette LDPE. Les examinateurs externes qui ont participé à la révision ont consenti à la publication de leur nom et de leurs renseignements pertinents dans les présentes LDPE.

Association des sages-femmes de l'Ontario

Toronto (Ont.)

Nasra Abdi, B.Sc.Inf., inf.aut.

Infirmière autorisée
William Osler Health System
Brampton (Ont.)

Ayomide Akerele, inf.aut., M. Sc.N

Enseignant en soins infirmiers cliniques
William Osler Health System
Etobicoke (Ont.)

Maram Al-Safadi, inf.aut., B.Sc.Inf., M. Sc.N (c)

Infirmière autorisée
Hôpital régional de Windsor
Windsor (Ont.)

Manar Al-Shafii

Toronto (Ont.)

Ian Jefferson Alagadan,

inf.aut., maîtrise en soins infirmiers, LCS, CSIG(C)
Gestionnaire, pratique professionnelle
Réseau universitaire de santé
Toronto (Ont.)

Manuela Alfano, maîtrise en soins infirmiers- infirmière auxiliaire autorisée

Gestionnaire de la formation clinique
Victorian Order of Nurses
Hamilton (Ont.)

Allan Aligato, IA, B.Sc.Inf.

Infirmière soignante
Réseau universitaire de santé
Toronto (Ont.)

Karolina Andre, inf.aut.

Infirmière soignante
Trillium Health Partners – Credit Valley Hospital
Mississauga (Ont.)

Jeff Andrews, infirmier auxiliaire autorisé, ICMC(C)

Superviseur clinique/spécialiste de l'application
Collège Mohawk/Sciences de la santé Hamilton
Hamilton (Ont.)

Jamie Arthur, B.Sc.Inf., B.Sc.(physio.), M. Sc. QIPS

Directeur principal de la qualité, des risques, de la sécurité et du rendement
S.R.T. MedStaff
Toronto (Ont.)

Dre Lisa Ashley, inf.aut., M.Ed., Ph. D.

Ottawa (Ont.)

Caroline Assouad, Inf. aut., M.Sc.Inf., Cons. soins périnataux (C)

Analyste d'application, EPR
Unity Health Toronto
Toronto (Ont.)

Selvi Baijnauth, inf.aut., maîtrise en soins infirmiers

Responsable des soins de longue durée
Hôpital Baycrest
Toronto (Ont.)

Tanis Banovsky, inf.aut., B. ès sciences avec spécialisation en chimie

Gestionnaire en innovation clinique
St. Joseph's Care Group
Thunder Bay (Ont.)

Emma Bingham, inf. aut., M.Sc.Inf., CSN(C)

Infirmière autorisée
University Health Network (UHN)
Toronto (Ont.)

Eugenia Patricia Blanco Betes, inf.aut., maîtrise en santé publique

Infirmière autorisée
Osakidetza
Pays basque, Espagne

Unito Bondad, inf.aut., M.Sc.Inf.

Directeur des opérations de soins infirmiers
Centre médical de l'Université de Silliman
Dumaguete City, Philippines

Alexandria Bourolias, IAA

Coordinatrice des stages cliniques
Michael Garron Hospital
Toronto (Ont.)

Kimberley Bowen, inf.aut., B.Sc.Inf., maîtrise (AHScN)

Infirmière clinicienne spécialisée
Niagara Health
St. Catharines (Ont.)

Dre Nancy Brookes, inf.aut., M. Sc. A., Ph. D.

Professeure adjointe
Université d'Ottawa
Ottawa (Ont.)

Ashley Brown, inf. aux. aut.

Cheffe d'équipe de SLD, soutien en cas de troubles du comportement en Ontario
Leamington Mennonite Home
Leamington (Ont.)

Brittany-Jane Cameron, infirmière auxiliaire autorisée

Coordonnatrice de recherche clinique

Winterberry Family Medicine

Hamilton (Ont.)

Sherry Campbell, inf.aut., B.Sc.Inf., B.Ed., M. Sc.N

Responsable de la pratique clinique en soins intensifs, responsable OVPE
Lakeridge Health
Oshawa (Ont.)

Dre Christina Cantin, inf.aut., B.Sc.Inf., M. Sc.N, Ph. D.

Scientifique de recherche en sciences infirmières
Institut de recherche du Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario
Ottawa (Ont.)

Dre Meghan Cellamare, inf.aut., M. Sc.N, Ph. D.

Chef de pratique clinique
Scarborough Health Network
Scarborough (Ont.)

Janet Chan, inf.aut., B.Sc.Inf. Avec honneurs, B.Sc.Inf., maîtrise en soins infirmiers, IISCC

Chef de pratique clinique
Bayshore Healthcare
Toronto (Ont.)

Angela Chan, inf.aut., maîtrise en soins infirmiers, CSIG(C)

Gestionnaire, pratique professionnelle et formation
Mackenzie Health
Richmond Hill (Ont.)

Disa Clifford, inf.aut., B.Sc.Inf., B.A., maîtrise en soins infirmiers, ICSP(C)

Consultante en gestion de la douleur et des symptômes dans les soins palliatifs
The Dorothy Ley Hospice
Toronto (Ont.)

Dre Laurie Clune, inf.aut., B.A., B.Sc.Inf., M.Ed., Ph. D., FACSI

Professeure
Doyenne associée de la recherche, de l'enseignement et des programmes d'études supérieures
University of Regina
Regina (Sask.)

Dre Tia Cooney, inf.aut., B.Sc.Inf., M. Sc.N, doctorat en pratique infirmière

Professeure
Confederation College
Thunder Bay (Ont.)

Carolynne Cooper, M.Serv.Soc., travailleuse sociale autorisée, LCS

Responsable clinique en pratique avancée
Centre for Addiction and Mental Health
Toronto (Ont.)

Danielle Cornish, inf.aut., B.Sc.Inf.

Superviseure de la communauté clinique
Soins de santé à domicile paramédicaux
Sault-Sainte-Marie (Ont.)

Dre Lisa Cranley, inf.aut., maîtrise en soins infirmiers, Ph. D.

Professeure agrégée
Lawrence Bloomberg, Faculty of Nursing,
Université de Toronto,
Toronto (Ont.)

Cassandra Cristello, inf. aut.

Infirmière autorisée
Toronto (Ont.)

Michele Durrant, inf.aut., M. Sc.

Professeure
Nanji Foundation School of Nursing, Seneca Polytechnic
King City (Ont.)

Linda Edmond, inf.aut., Infirmière urgentiste certifiée au Canada

Infirmière autorisée
Hôpital Credit Valley
Mississauga (Ont.)

Brinda Elangeswaran, étudiante en soins infirmiers

Clinique externe
Toronto (Ont.)

Leigh Fairbrother, inf.aut., B.Sc.Inf.

Barrie (Ont.)

Jennifer Faulkner, inf. aut.

Stirling (Ont.)

Jennifer Flood, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.

Professeure de sciences infirmières
Collège Sault d'arts appliqués et de technologie et Aspen
University
Sault-Sainte-Marie (Ont.)

Ashley Fry-O'Rourke, inf.aut., M. Sc.N

Professeure en soins infirmiers
Collège Mohawk
Hamilton (Ont.)

Catherine Galbraith, inf.aut., B.Sc.Inf.

Spécialiste clinique en médecine d'urgence gériatrique
Campbellford Memorial Hospital
Campbellford (Ont.)

Danielle Gibbs, inf.aut., M. Sc.N, MBA, LCS

Enseignant en soins infirmiers cliniques
London Health Sciences Centre
London (Ont.)

Louise Gilbert, inf.aut., M.Sc.Inf., IBCLC, Cons. Soins périnataux (C)

Santé publique Ottawa
Ottawa (Ont.)

Erin Gisborne, inf.aut., B.Sc.Inf., maîtrise en soins infirmiers, CMP

Directrice principale One Person, One Record
Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse
Halifax (N.-É.)

John Glodoveza, inf.aut.

Infirmier clinicien
Sidra Medicine
Doha, Qatar

Kathy-Lynn Greig, IAA

Toronto (Ont.)

Tanja Groeneveld, inf.aut., B.Sc.Inf., MBA

Responsable clinique
Niagara Health
St. Catharines (Ont.)

Aleksandra Grzeszczuk, inf.aut., B.Sc.Inf., CSIG(C)

Directrice générale
Copernicus Lodge
Toronto (Ont.)

Daniel Hanciu, inf.aut.

Formateur clinique
Royal Victoria Regional Health Centre
Barrie (Ont.)

Robyn Micaela Hardy-Moffat,

inf.aut., B.Sc.Inf., B.B.A.

Coordonnatrice des soins hospitaliers
Santé à domicile Ontario
Ottawa (Ont.)

Nicole Harkins, inf.aut., M.Sc.Inf.

Enseignant en soins infirmiers cliniques
Hôpital Royal Victoria
Barrie (Ont.)

**Jasmine Harrymangal, inf.aut., B.Sc.Inf.,
maîtrise en soins infirmiers (C)**

Infirmière autorisée
Mount Sinai Hospital
Toronto (Ont.)

Erika Hickmott, infirmière auxiliaire autorisée

Infirmière en centre d'hébergement
Association canadienne pour la santé mentale
Windsor (Ont.)

**Clara Ho, travailleuse sociale autorisée, M.Serv.Soc.,
maîtrise en sciences de la santé, LCS**

Gestionnaire, implication des patients
Michael Garron Hospital
Toronto (Ont.)

Mark Ilgner, IA

Coordinatrice des soins
Mississauga Halton – Santé à domicile Ontario
Mississauga (Ont.)

Lindsay Inkila, inf.aut., M. Sc.N

Confederation College
Thunder Bay (Ont.)

Sherry Jackson, inf.aut.

Consultante en pratique professionnelle et en qualité
Victoria Order of Nurses
Antigonish (N.-É.)

**Dre Joanne Jaramillo, inf.aut., maîtrise en
sciences infirmières, Ph. D.**

Cheffe de service des soins infirmiers
University of Doha for Science and Technology
Doha, Qatar

Jaewon Jeong, inf.aut.

Infirmière autorisée
Hospital for Sick Children
Toronto (Ont.)

Manreet Jhaji, inf.aut.

Toronto (Ont.)

Seharish Jindani, inf.aut., maîtrise en santé publique

Responsable clinique de la pratique avancée
Centre for Addiction and Mental Health
Toronto (Ont.)

Lallu Sara John,

**inf.aut., B.Sc.Inf., maîtrise en soins infirmiers, CSIG(C),
CPHQ, CPPS, LCS**

Infirmière autorisée
St. Joseph Health care
London (Ont.)

Melissa Johnston, inf. aut., B. Sc. Inf., M. Sc. inf., ICSC(C)

Professeure
Collège St. Lawrence
Brockville (Ont.)

Katie Jozsa, inf.aut., B.Sc.Inf.

Infirmière autorisée
Hamilton Health Sciences
Hamilton (Ont.)

Nisa Karan,

**inf.aut., B.Sc.Inf., infirmière en santé du travail, certificat en
santé et sécurité au travail, officière de radioprotection, CPM,
CCPSA, MBA, doctorat en administration des affaires (C)**

Présidente et directrice générale
Cobra Safety
Toronto (Ont.)

Derya Kayaoglu, inf.aut.

Enseignante en soins infirmiers cliniques
William Osler Health System
Brampton (Ont.)

Lillian Kelly, inf. aut.

Directrice des soins infirmiers et personnels
Bay Haven Care Community
Collingwood (Ont.)

**Christine Sipiwe Khiyaza,
inf.aut., B.Sc.Inf. (Avec honours), M. Sc.N,
enseignement professionnel et technique**

Infirmière autorisée – Coordinatrice du sevrage tabagique
Centre Kingston des sciences de la santé
Kingston (Ont.)

**Olesya Kochetkova, inf.aut., B.Sc.Inf.,
maîtrise en soins infirmiers**

Consultante en pratique professionnelle, qualité,
risque et sécurité des personnes
Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada
Toronto (Ont.)

Hilda Danquah Konadu

Toronto (Ont.)

**Karen Laforet, inf.aut., maîtrise en sciences
cliniques-Soins des plaies**

Infirmière en pratique avancée
LK Group Consulting
Port Dover (Ont.)

**Alanna Lakoff,
inf.aut., B. Sc., B.Sc.Inf., M. Sc., BICCL, CNeoN(C)**

Professeure de soins infirmiers et infirmière autorisée
Loyalist College et Centre hospitalier pour enfants
de l'Est de l'Ontario
Ottawa (Ont.)

Winnie Lam, inf.aut.

Chef de ressource clinique
Michael Garron Hospital
Markham (Ont.)

Sierra Land, inf.aut., B.Sc.Inf.

Ottawa (Ont.)

**Kaitlan Laviolette, infirmière praticienne
spécialisée en soins de première ligne,
maîtrise en soins infirmiers**

Infirmière praticienne
Holland Christian Homes
Vaughan (Ont.)

Margaret Tersigni, inf.aut.(EC), M.Sc.Inf., CSIG(C)

Infirmière clinicienne spécialisée
Unity Health Toronto
Toronto (Ont.)

Magdalene Li, inf. aut.

Cheffe de la pratique avancée, infirmière
Baycrest
Toronto (Ont.)

**Amanda Lévesque, inf. aut., B. Sc. Inf.,
maîtrise en soins infirmiers, ICMC(C)**

Formatrice en soins infirmiers en entreprise
Hôpital d'Ottawa
Ottawa (Ont.)

Dre Shannan MacNevin, inf.aut., Ph. D.

Professeure adjointe
University of Doha for Science and Technology
Doha, Qatar

Nicole Markewycz

Programme accéléré de soins intensifs, externe
Humber River Hospital
Toronto (Ont.)

Jyothi Martis, inf.aut., M. Sc.N

Directrice des soins
Burton Manor, Primacare Living Solutions
Brampton (Ont.)

Emily Martyn

Gestionnaire de projet

Bureau de santé publique de Toronto

Toronto (Ont.)

Arlene Masaba, inf. aut., M.Sc.Inf.

Maître de conférences – Département des soins infirmiers
University of Doha for Science and Technology
Doha, Qatar

Caitlin Mathewson, inf.aut.,
maîtrise en soins infirmiers, candidate au doctorat

Professeure en soins infirmiers
Collège Mohawk
Hamilton (Ont.)

Kathy Mazza, inf.aut., B.Sc.Inf.

Gestionnaire, excellence clinique
CBI Home Health
Toronto (Ont.)

Seonhee McDermott, inf. aut., M. Sc. Inf.,
CSPSM(C)

Enseignant en soins infirmiers cliniques
St Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton (Ont.)

Sandra Milley, inf.aut., B.Sc.Inf.

Directrice des soins
AgeCare Aurora
Aurora (Ont.)

Mary « Kristi » Molenhuis, inf.aut., B.Sc.Inf.

Directrice adjointe des soins
Bay Haven Care Community
Collingwood (Ont.)

Charlotte Munro

Personne ayant une expérience concrète
Stratford (Ont.)

Melissa Nadeau, IAA

Infirmière du post-partum
Michael Garron Hospital
Toronto (Ont.)

Samantha Neckles, inf. aut.

Responsable de la pratique fondée sur les données probantes

Unity Health Toronto

Toronto (Ont.)

Sanja Neretljak, B.Sc.Inf.

Toronto (Ont.)

Michelle Nguyen, Inf. aut., B.Sc. Inf.,
maîtrise en soins infirmiers

Chef de pratique clinique
Scarborough Health Network
Toronto (Ont.)

Damara Nickerson, inf.aut., ICSP(C)

Gestionnaire des services de santé
Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse
Lunenburg (N.-É.)

Heather Norris, inf.aut.,
maîtrise en santé publique, BICCL

Infirmière spécialisée (santé de l'enfant et de la famille)
Kitchener (Ont.)

Olufunmilayo Olayinka, inf.aut.

Infirmière autorisée
London Health Sciences Centre
London (Ont.)

Ethelyn Pilapil, inf.aut., maîtrise en soins infirmiers,
ICSC(C), CSIPéd(C)

Chef de la pratique professionnelle
VHA Home HealthCare
Toronto (Ont.)

Darren Pace, inf. aut., B.Sc.Inf.,
maîtrise en soins infirmiers, CSPSM(C)

Infirmière en santé mentale
Bayshore Medical
North Bay (Ont.)

Beatriz Parrón Martín

Infirmière chargée de la continuité des soins
Hôpital universitaire associé
Madrid, Espagne

Kailyn Pasma, inf.aut.,
maîtrise en soins infirmiers, ICSP(C)

Responsable clinique
Queensway Carleton Hospital
Ottawa (Ont.)

**Rishita Peterson, inf.aut., B.Sc.Inf.,
maîtrise en soins infirmiers, LCS**

Gestionnaire et responsable des soins infirmiers, pratique
interprofessionnelle
Baycrest
Toronto (Ont.)

Heather Pfohl-Sutcliffe, inf.aut., B.Sc.Inf., ÉAD

Gestionnaire des services au patients
Santé à domicile Ontario
Guelph (Ont.)

Angelica Pobre, inf. aut.

Chercheuse clinicienne
Toronto (Ont.)

Khojesta Qadir, inf.aut., B.Sc.Inf.

Directrice adjointe des soins
Orchard Terrace Care Centre
Stoney Creek (Ont.)

Kay Quimson-Yeung, M.Sc.Inf.

Chef de ressource clinique
Michael Garron Hospital
Toronto (Ont.)

Reeni Susan Rajan, inf.aut., M.Sc.Inf.

Superviseure de la pratique clinique – santé mentale
St Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton (Ont.)

Stephanie Ralph, inf.aut., B.Sc.Inf., CSIG(C)

Gestionnaire de cas d'évaluation gériatrique
Niagara Health
Niagara Falls (Ont.)

Samantha Rasmussens, inf.aut., B.Sc.Inf.

Responsable clinique
Hôpital Royal Victoria
Barrie (Ont.)

**Jennifer Reguindin, inf.aut., M.Sc.Inf.,
CSIG(C), CCNE**

Gestionnaire, pratique professionnelle
Réseau universitaire de santé
Toronto (Ont.)

Nitha Reno, inf. aut., M.Sc. Inf., CSIG(C), ICSP(C), LCS

Responsable de la pratique interprofessionnelle et de l'innovation
Municipalité régionale de Durham, Division des soins de
longue durée et des services aux personnes âgées
Whitby (Ont.)

Dre Andrea Rochon, inf.aut., Ph. D.

Professeure en soins infirmiers
Collège St. Lawrence
Kingston (Ont.)

Sarah Romeril, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., ICSP(C)

Infirmière clinicienne spécialisée
Hamilton Health Sciences
Hamilton (Ont.)

**Angie Saini, inf.aut., B.Sc.Inf.,
maîtrise en santé publique, MBA**

Chargé de cours
Université McGill
Montréal (Qc)

Myat Sandar, IA, B.Sc.Inf.

Infirmière autorisée
Hôpital d'Ottawa
Ottawa (Ont.)

**Dr. Michael Scarcello, inf.aut., doctorat en
pratique infirmière, infirmier clinicien spécialisé**

Professeur
Confederation College
Thunder Bay (Ont.)

Susanne Sferrazza-Swayze, IAA

IAA, santé mentale médico-légale
St Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton (Ont.)

**Maria Shier, inf. aut., maîtrise en soins infirmiers,
CPXP, LCS**

Registered Nurses Association of Nova Scotia
Whitby (Ont.)

Anica Shum, maîtrise en soins infirmiers

Infirmière autorisée
Centre for Addiction and Mental Health
Toronto (Ont.)

Lea Slongo,

inf.aut., B.Sc.Inf., HBA, HBSW, travailleuse sociale autorisée (inactive), M.Ed.

Infirmière en pratique avancée
Niagara Health
St. Catharines (Ont.)

Gaim Son, inf.aut., B.Sc.Inf., maîtrise en soins infirmiers

Enseignant en soins infirmiers cliniques
West Park Healthcare Centre; University Health Network
Toronto (Ont.)

Leah Sookhoo, inf.aut., M.Sc.Inf.

Étudiante au doctorat
Université Queen's
Kingston (Ont.)

Janet Sooklal

Gestionnaire des programmes de loisirs
Eden House Care Home
Guelph (Ont.)

Lily Spanjevic,

inf. aut. (cat. spéc.), B.Sc.Inf., maîtrise en soins infirmiers, doctorat en pratique infirmière(c), CSIG(C), CSIR(C), ICMC(C)

Infirmière en pratique avancée
Hôpital Joseph Brant
Burlington (Ont.)

Stephanie Speer, inf.aut., B.Sc.Inf.

Coordonnatrice, Discharge and Flow
West Park Health Care Centre
Toronto (Ont.)

Dawn Stacey,

inf.aut., Ph. D., FRSC, FCAHS, FAAN, FACS, CSIO(C)

Vice-doyenne à la recherche, Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa
Ottawa (Ont.)

Jodi Stone Oliveira, inf. aut. prescriptrice

Cambridge (Ont.)

Patricia Sukha, inf. aut.

Trenton (Ont.)

Lyndsay Suurna, inf.aut., infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, M.Sc.Inf., CSIG(C)

Professeure
Sault College of Applied Arts and Technology
Sault-Ste-Marie (Ont.)

Carnelle Symes, inf.aut., B.Sc.Inf., M. Sc.N, CCNE

Écoles de soins infirmiers
Red Deer Polytechnic
Red Deer (Ont.)

Rehnuma Tabassum, inf.aut., B.Sc.Inf., maîtrise en gestion

Gestionnaire
Lakeridge Health
Toronto (Ont.)

May Tao, inf.aut., M. Sc.N, ICSC(C)

Spécialiste de la promotion de la santé
Bureau de santé publique de Toronto
Toronto (Ont.)

Melissa Thompson, inf. aut., B.Sc. Inf., maîtrise en soins infirmiers

Gestionnaire
Unité de santé de Middlesex-London
London (Ont.)

Kristina Tocco, inf.aut., B.Sc.Inf.

Infirmière autorisée
Centre de santé communautaire de Windsor Essex
Windsor (Ont.)

Joyce Tsui, inf. aut., B.Sc.Inf., M. Sc. Inf., candidate au doctorat

Professeure de sciences infirmières
Centennial College
Toronto (Ont.)

Natasha Valentine, inf.aut., maîtrise en soins infirmiers

Infirmière autorisée, équipe médicale volante
Hôpital de Northumberland Hills
Cobourg (Ont.)

Lisette Verzijlenberg-Burns, inf.aut., B.Sc.Inf., M. Sc.

Infirmière autorisée
Hôpital Royal Victoria
Barrie (Ont.)

Kate Wiens, inf. aut., B.Sc.Inf., ICSP(C)

Consultante en gestion de la douleur et des symptômes dans
les soins palliatifs, gestionnaire de programmes
HPC Consultation Services
Waterloo (Ont.)

Melissa Wilcox, infirmière auxiliaire autorisée

Équipe principale de SLD
Chatham-Kent ASF
Chatham (Ont.)

Kaitlynn Wilkinson, B.Sc.Inf.

Infirmière autorisée
North Bay Serenity Hospice
North Bay (Ont.)

Matthew Wong, inf.aut.,

maîtrise en soins infirmiers

Directeur de la pratique professionnelle, de la formation
clinique et de la prévention et du contrôle des infections
VHA Home HealthCare
Toronto (Ont.)

Cecilia Yeung,

**inf.aut., maîtrise en soins infirmiers, ISPSC, PSCC(C),
CSIG(C)**

Infirmière clinicienne spécialisée
Unity Health Toronto
Scarborough (Ont.)

Reem Youngdon, inf. aut.

Infirmière autorisée
Trillium Health Partners
Mississauga (Ont.)

Kerry Zimmer, inf. aut., B.Sc.Inf.

Clinicien en stage
Georgian College
Barrie (Ont.)

Liora Krinsky, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Ed.

Responsable, OVPE
Scarborough Health Network
Scarborough (Ont.)

Cheryl Yost, Inf. aut., B.Sc.inf., MEd

Infirmière autorisée
Première Nation de Sandy Lake
Mitchell (Ont.)

Appuis



 www.caltc.ca

 [@caltc_ca](https://www.facebook.com/caltc_ca)

 [@caltc.ca](https://twitter.com/caltc.ca)

26 novembre 2025

D^{re} Doris Grinspun, IA, B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), Dr. h.c., DHC, CRS, FAAN, FACSI, Ordre de l'Ontario.
Directrice générale et fondatrice du programme des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
4211, rue Yonge, bureau 500
Toronto (Ontario) M2P 2A9

D^{re} Grinspun,

L'Association canadienne des soins de longue durée (ACSLD) est heureuse d'offrir son soutien et son appui aux Lignes directrices sur les pratiques exemplaires, Soins centrés sur les personnes, Troisième édition de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)

En tant que porte-parole national des prestataires de soins de longue durée au Canada, l'ACSLD s'engage à promouvoir des soins de qualité et empreints de compassion pour les personnes âgées et les autres personnes vivant dans des foyers de soins de longue durée. Les principes énoncés dans les Lignes directrices sur les pratiques exemplaires, Soins centrés sur les personnes, Troisième édition résonnent profondément avec nos valeurs et notre vision d'un système de soins qui place les personnes résidentes, les familles et les équipes soignantes au cœur du processus décisionnel.

Ces lignes directrices fournissent un cadre solide, fondé sur des données probantes, qui soutient des pratiques de soins respectueuses, inclusives et collaboratives. Il reconnaît l'importance d'adapter les soins aux besoins, aux préférences et aux expériences uniques des personnes, une approche essentielle dans les établissements de soins de longue durée où les relations et la confiance sont fondamentales.

Nous pensons que ce guide de pratiques exemplaires constituera une ressource précieuse pour les infirmiers et infirmières, les aides-soignants et aides-soignantes et les équipes interdisciplinaires travaillant dans le domaine des soins de longue durée. En intégrant les soins centrés sur les personnes dans la pratique quotidienne, nous pouvons améliorer le bien-être des personnes résidentes, renforcer l'implication des familles et aider le personnel à fournir des soins significatifs et orientés vers la personne.

L'ACSLD félicite l'AIIAO pour son leadership dans l'élaboration et la promotion de lignes directrices sur les pratiques exemplaires qui améliorent les normes de soins et favorisent une culture de la dignité et du respect dans l'ensemble du système de santé.

Cordialement,

Jodi Hall

Chef de la direction

Association canadienne pour les soins de longue durée



Ottawa, le 2 septembre 2025

Doris Grinspun

Directrice générale et fondatrice du programme des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Madame,

Par la présente, au nom d'Excellence en santé Canada (ESC), j'ai le plaisir de vous informer que nous soutenons les principes qui sous-tendent le contenu de vos Lignes directrices sur les pratiques exemplaires, Soins centrés sur les personnes, Troisième édition. Ces LDPE reconnaissent l'importance cruciale d'apprendre à connaître les personnes qui accèdent aux services de santé et d'apprendre de ces personnes, de développer une relation authentique avec elles et de concevoir conjointement des programmes de soins qui mettent l'accent sur les valeurs et les préférences, les besoins et les désirs de ces personnes. Les principes énoncés dans vos LDPE sont conformes aux valeurs de l'ESC, à savoir la promotion de soins inclusifs et équitables et l'établissement de partenariats significatifs avec différents groupes (p. ex., les personnes et leurs familles, les prestataires de soins de santé) afin d'influencer un avenir où des soins de santé sûrs et de qualité supérieure sont disponibles pour tous les habitants du pays.

Nos travaux respectifs ayant des valeurs communes, nous vous invitons également à rester en contact avec nous. L'ESC travaille actuellement au lancement public, en mars 2026, dans le cadre de [Cap Santé](#), de modules d'apprentissage autodidactes sur les thèmes suivants : [repenser la sécurité des patients](#), [environnements propices à l'implication](#), sécurité culturelle et cadre pour l'équité en matière de santé. Tout ce matériel sera accessible gratuitement sur le Web pour tous ceux qui s'intéressent à ces sujets, qui constituent les fondements de l'excellence en matière de soins de santé.

Si vous avez des questions sur ces quatre fondements de l'excellence en matière de soins de santé, nous vous invitons à communiquer avec Carol Fancott, directrice Sécurité des patients, équité et engagement, à l'adresse carol.fancott@hec-esc.ca

Sincères salutations,

Jérôme Ouellet, IA, Ph. D.
Directeur, Leadership et développement des capacités



Le 3 septembre 2025

Dre Doris Grinspun, IA, B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), Dr. h.c., DHC, CRS, FAAN, FACSI,
Ordre de l'Ontario.
Directrice générale et fondatrice du programme des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
4211, rue Yonge, bureau 500
Toronto (Ontario) M2P 2A9

D^{re} Grinspun,

L'Organisme de soutien aux aidants naturels de l'Ontario a le plaisir d'offrir son soutien et son appui aux Lignes directrices sur les pratiques exemplaires, Soins centrés sur les personnes, Troisième édition de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO).

L'Organisme de soutien aux aidants naturels de l'Ontario se consacre au soutien des plus de 4 millions d'aidants naturels de la province qui apportent un soutien physique et émotionnel aux membres de leur famille, à leurs amis et à leurs proches. Les principes énoncés dans ces lignes directrices correspondent étroitement à notre volonté d'améliorer la vie des aidants naturels et de faire en sorte qu'ils soient reconnus et responsabilisés en tant que partenaires essentiels dans les soins. Ces lignes directrices promeuvent une approche complète, respectueuse et inclusive des soins qui reconnaît les besoins, les valeurs et les préférences uniques des personnes et de leurs aidants naturels.

Nous pensons que ces LDPE sont une ressource inestimable pour les infirmiers et infirmières et les autres prestataires de services sociaux et de santé. Elles proposent des stratégies fondées sur des données probantes qui favorisent la collaboration, améliorent la communication et les résultats pour les personnes recevant des soins et celles qui les soutiennent. En intégrant les soins centrés sur les personnes dans la pratique, nous pouvons collectivement construire un système de santé plus compatissant et plus réactif.

Nous félicitons l'AIIAO pour son leadership et son engagement à promouvoir des lignes directrices qui incarnent les principes des soins centrés sur les personnes.

Cordialement,

Amy Coupal
Chef de la direction
Organisme de soutien aux aidants naturels de l'Ontario

180 Dundas Street West, Suite 1425, Toronto, ON M5G 1Z8
T 416-362-2273 E info@ontariocaregiver.ca ontariocaregiver.ca

Références

1. Grinspun D, Wallace K, Li SA, McNeill S, J. Squires. Diriger le changement par le biais du mouvement social. *Registered Nurse Journal*. Printemps 2020.
2. Grinspun D, Wallace K, Li SA, et coll. Exploring social movement concepts and actions in a knowledge uptake and sustainability context: a concept analysis. *Int J Nurs Pract*. Oct. 2022;9(4):411–21.
3. Graham ID, Logan J, Harrison MB, et coll. Lost in knowledge translation: Time for a map? *J Contin Educ Health Prof*. 2006;26(1):13–24.
4. Straus SE, Tetroe J, Graham ID. *Introduction Knowledge translation: What it is and what it isn't*. In: Straus SE, Tetroe J, Graham ID, éditeurs. *Knowledge Translation in Health Care* [en ligne]. 1^{re} éd. Wiley; 2013 [cité le 14 août 2025]. p. 1–13. Disponible à l'adresse suivante : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118413555.ch01>
5. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), Excellence en santé Canada (ESC). *Trousse pour la conduite du changement*. 4^e éd. [en ligne]. Toronto (Ontario) : RNAO; 2024.
6. Byrne AL, Baldwin A, Harvey C. *Whose centre is it anyway? Defining person-centered care in nursing*: Revues d'intégration. Vaingankar JA, éditeur. *PLOS ONE*. 10 mars 2020;15(3):e0229923.
7. Najafizada M, Rahman A, Oxford K. *Analyzing models of patient-centered care in Canada through a scoping review and environmental scan*. *J Public Health*. Mars 2023;31(3):355–67.
8. Burgers JS, Van Der Weijden T, Bischoff EWMA. *Challenges of Research on Person-Centered Care in General Practice: A Scoping Review*. *Front Med*. 24 juin 2021;8:669491.
9. Institute of Medicine *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. National Academies Press; 2001.
10. Håkansson Eklund J, Holmström IK, Kumlin T, Kaminsky E, et coll. *Same same or different? A review of reviews of person-centered and patient-centered care*. *Patient Educ Couns*. Janv. 2019;102(1):3–11.
11. Organisation mondiale de la Santé. *Stratégie mondiale de l'OMS pour des services de soins de santé intégrés et centrés sur la personne* [en ligne]. Genève (Suisse) : WHO; 2015. Disponible à l'adresse suivante : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf;jsessionid=
12. Organisation mondiale de la Santé. *Services organization and integration* [en ligne]. 2024 [cité le 19 décembre 2024]. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/service-organizations-and-integration>
13. Agrément Canada. Programme *Soins centrés sur la personne* [en ligne]. [cité le 20 décembre 2024]. Disponible à l'adresse suivante : <https://accreditation.ca/assessment-programs/people-centred-care-program/>
14. Karazivan P, Dumez V, Flora L, et coll. *The patient-as-partner approach in health care: a conceptual framework for a necessary transition*. *Acad Med*. 2015, 90(4) : pp. 437 à 41.
15. Tambuyzer E, Pieters G, Van Audenhove C. *Patient involvement in mental health care: one size does not fit all*. *Health Expect*. Fév. 2014;17(1):138–50.

16. Carman KL, Dardess P, Maurer M, et coll. *Patient and Family Engagement: A Framework For Understanding The Elements And Developing Interventions And Policies*. Health Aff (Millwood). Févr. 2013;32(2):223–31.
17. First Nations Health Authority (FNHA). FNHA's Policy Statement on Cultural Safety and Humility [Internet]. West Vancouver (C.-B.) : FNHA; [date inconnue]. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.fnha.ca/Documents/FNHA-Policy-Statement-Cultural-Safety-and-Humility.pdf>
18. Churchill M, Parent-Bergeron M, Smylie J, et coll. Evidence Brief : *Wise Practices for Indigenous-specific Cultural Safety Training Programs* [en ligne]. Août 2017, Disponible à l'adresse suivante : <http://www.welllivinghouse.com/wp-content/uploads/2019/05/2017-Wise-Practices-in-Indigenous-Specific-Cultural-Safety-Training-Programs.pdf>
19. *People-centred health care: a policy framework*. Manille : Organisation mondiale de la santé, région du Pacifique occidental; 2007.
20. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP et coll. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *JAMC*. 2010;182(18):E839-42.
21. Chen Y, Yang K, Marušić A. *A Reporting Tool for Practice Guidelines in Health Care: The RIGHT Statement*. Ann Intern Med. 17 janv. 2017.
22. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille [En ligne]. Toronto (Ont.); 2015. Accessible à l'adresse suivante : [RNAO.CA/SITES/RNAO-CA/FILES/FINAL_WEB_VERSION_0.PDF](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/final_web_version_0.pdf)
23. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). *Établissement de la relation thérapeutique*. 2^e éd. [En ligne]. Toronto (Ont.) : RNAO; 2006. Disponible à l'adresse suivante : <https://rnao.ca/bpg/translations/%C3%A9tablissement-de-la-relation-th%C3%A9rapeutique>
24. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Soutenir et renforcer les familles à travers des événements de vie attendus et inattendus. 2^e éd. [En ligne]. Toronto (Ont.) : RNAO; 2006. Disponible à l'adresse suivante : [RNAO.CA/BPG/GUIDELINES/SUPPORTING-AND-STRENGTHENING-FAMILIES-THROUGH-EXPECTED-AND-UNEXPECTED-LIFE-EVENTS](https://rnao.ca/bpg/guidelines/supporting-and-strengthening-families-through-expected-and-unexpected-life-events)
25. Alvai R, Jain S. *The quintuple aims* [en ligne]. *The Quintuple Aim Solutions*; juillet 2024. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.quintupleaim.com/blog/the-quintuple-aims>
26. Nundy S, Cooper LA, Mate KS. *The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity*. JAMA. 8 févr. 2022;327(6):521.
27. Nations unies. *Les objectifs de développement durable* [en ligne]. 2022 [cité le 27 juillet 2022]. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>
28. Commission de vérité et réconciliation du Canada. *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : sommaire du rapport final de la commission de vérité et réconciliation du Canada*. Winnipeg (MB); 2015.
29. Excellence en santé Canada (ESC). *Recommandations pour la réintégration des personnes proches aidantes comme partenaires de soins essentiels* [en ligne]. Ottawa (Ont.) : ESC; Sept. 2021, Disponible à l'adresse suivante : https://www.healthcareexcellence.ca/media/jzsbwcvov/202110_policyguidance_fr.pdf
30. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). *LPSR : champ d'application et actes autorisés* [Internet]. Toronto (Ont.) : CNO; 2018. Disponible à l'adresse suivante : https://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/300/excellence/html/2014/Global/docs/policy/51052_RHPA-B.pdf?nodsclaimer=1

31. Gouvernement de l'Ontario. *Loi de 1998 sur le travail social et les techniques de travail social*, L.O. 1998, chap. 31 [en ligne]. Toronto (Ont.) : Gouvernement de l'Ontario; 2024. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ontario.ca/lois/loi/98s31/v1>
32. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). *La collaboration avec les prestataires de soins non réglementés* [Internet]. Toronto (Ont.) : CNO; 2013. Disponible à l'adresse suivante : https://cno.org/Assets/CNO/Documents/Standard-and-Learning/Practice-Standards/41014_workingucp.pdf
33. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels : optimisation des résultats pour le patient, l'organisme et le système. [En ligne]. Toronto (Ont.) : RNAO; 2013. Disponible à l'adresse suivante : [RNAO.CA/BPG/LANGUAGE/DÉVELOPPEMENT-ET-MAINTIEN-DES-SOINS-DE-SANTÉ-INTERPROFESSIONNELS-OPTIMISATION-DES-RÉSUL](https://rnao.ca/bpg/language/dveloppement-et-maintien-des-soins-de-santé-interprofessionnels-optimisation-des-résul)
34. Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. *Référentiel de compétences du CPIS pour l'avancement de la collaboration en santé et services sociaux* [en ligne]. Avril 2024, Disponible à l'adresse suivante : <https://cihc-cpis.com/wp-content/uploads/2024/06/CIHC-Competency-Framework.pdf>
35. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Shared decision making [Internet]. London (Angleterre) : NICE; 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng197/resources/shared-decision-making-pdf-66142087186885>
36. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). *La relation thérapeutique, édition 2006* [en ligne]. Toronto (Ont.) : CNO; 2006. Disponible à l'adresse suivante : https://www.cno.org/Assets/CNO/Documents/Standard-and-Learning/Practice-Standards/41033_therapeutic.pdf
37. Dewidar O, Lotfi T, Langendam M, et coll. *Which actionable statements qualify as good practice statements In Covid-19 guidelines? A systematic appraisal*. *BMJ Evid-Based Med*. 1^{er} déc. 2022;27(6):361-9.
38. Lotfi T, Hajizadeh A, Moja L, et coll. A taxonomy and framework for identifying and developing actionable statements in guidelines suggests avoiding informal recommendations. *J Clin Epidemiol*. Janvier 2022;141:161-71.
39. Guyatt GH, Schünemann HJ, Djulbegovic B, et coll. « Guideline panels should not GRADE good practice statements ». *J Clin Epidemiol*. Mai 2015;68(5):597–600.
40. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). *A guideline developer's handbook* [en ligne]. Healthcare Improvement Scotland [en ligne]. SIGN; 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/sign-50-a-guideline-developers-handbook/>
41. GIN et Université McMaster. *GIN McMaster guideline development checklist* [en ligne]. 2014. Accessible sur le site Web :
42. Schünemann HJ, Brozek J, Guyatt G, Oxman A, éditeurs. *Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach* [en ligne]. [lieu inconnu : éditeur inconnu]; 2013. Disponible à l'adresse suivante : <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html>
43. Schünemann HJ, Brozek J, Guyatt G, Oxman A. *Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach* [en ligne]. [lieu inconnu : éditeur inconnu]; 2013. Disponible à l'adresse suivante : <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html>
44. Neumann I, Santesso N, Akl EA. A guide for health professionals to interpret and use recommendations in guidelines developed with the GRADE approach. *J Clin Epidemiol*. 2016, 72 : pp 45 à 55.
45. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. 2005;83(4):691–729.

46. VanDeVelde-Coke S, Doran D, Grinspun D et coll. « Measuring outcomes of nursing care, improving the health of Canadians » : NNQR (C), C-HOBIC and NQuiRE. *Nurs Leadersh Toronto (ON)*. Juin 2012;25(2):26–37.
47. Rocca E, Anjum RL. *Complexity, Reductionism and the Biomedical Model*. Dans : Anjum RL, Copeland S, Rocca E, éditeurs. *Rethinking Causality, Complexity and Evidence for the Unique Patient* [en ligne]. Cham : Springer International Publishing; 2020 [cité le 19 décembre 2024]. p. 75-94. Disponible à l'adresse suivante : https://link.springer.com/10.1007/978-3-030-41239-5_5
48. Browne AJ, Varcoe C, Lavoie J, et coll. *Enhancing health care equity with Indigenous populations: evidence-based strategies from an ethnographic study*. *BMC Health Serv Res*. Déc. 2016;16(1):544.
49. Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ, et coll. *How to practice person-centred care: A conceptual framework*. *Health Expect*. April 2018;21(2):429–40.
50. Kitson A, Marshall A, Bassett K, et coll. What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *J Adv Nurs*. Janv. 2013;69(1):4–15.
51. Giusti A, Nkhoma K, Petrus R, et coll. *The empirical evidence underpinning the concept and practice of person-centred care for serious illness: a systematic review*. *BMJ Glob Health*. 2020;5(12):e003330.
52. McMillan SS, Kendall E, Sav A, et coll. *Patient-Centered Approaches to Health Care: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials*. *Med Care Res Rev*. Déc. 2013;70(6):567–96.
53. Lusk JM, Fater K. *A Concept Analysis of Patient-Centered Care: Patient-Centered Care*. *Nurs Forum (Auckl)*. April 2013;48(2):89–98.
54. Santana MJ, Manalili K, Ahmed S, et coll. *The Role of Patient-Reported Outcomes in Person-Centred Care in Canada* [en ligne]. 2023 [cité le 19 décembre 2024]; Disponible à l'adresse suivante : <https://cumming.ucalgary.ca/sites/default/files/teams/342/The%20Role%20of%20Patient-Reported%20Outcomes%20in%20Person-Centred%20Care%20in%20Canada.pdf>
55. Nkhoma KB, Cook A, Giusti A, et coll. *A systematic review of impact of person-centred interventions for serious physical illness in terms of outcomes and costs*. *BMJ Open*. Juillet 2022;12(7):e054386.
56. Organisme de soutien aux aidants naturels de l'Ontario (OSANO). *Integrating caregivers as essential care partners across the care continuum: Evidence summary*. OCO; 2025.
57. Shah HS, Bohlen J. *Implicit Bias*. Dans : StatPearls [en ligne]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Disponible à l'adresse suivante : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36944001/>
58. FitzGerald C, Hurst S. *Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review*. *BMC Med Ethics*. Déc. 2017;18(1):19.
59. Sabin JA. *Tackling Implicit Bias in Health Care*. *N Engl J Med*. 14 juillet 2022;387(2):105-7.
60. Commission canadienne pour l'UNESCO (CCUNESCO). *Guide pratique pour des municipalités inclusives au Canada et ailleurs dans le monde* [en ligne]. CCUNESCO; 2019. Disponible à l'adresse suivante : https://publications.gc.ca/collections/collection_2021/canadacouncil/K34-6-2019-fra.pdf
61. Gupta N, Bombak A, Foroughi I, et coll. *Discrimination in the health care system among higher-weight adults: evidence from a Canadian national cross-sectional survey*. *Health Promot Chronic Dis Prev Can* [en ligne]. 2020 [cité le 20 décembre 2024];40. Disponible à l'adresse suivante : https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Agcd%3A9%3A28128857/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Ascholar&id=ebsco%3Agcd%3A147602465&crI=c&link_origin=none

62. Mahabir DF, O'Campo P, Lofters A, et coll. *Experiences of everyday racism in Toronto's health care system: a concept mapping study*. Int J Equity Health. 10 mars 2021;20(1):74.
63. Nemiroff L. *We can do better: Addressing ageism against older adults in healthcare*. Healthc Manage Forum. Mars 2022;35(2):118–22.
64. Skosireva A, O'Campo P, Zerger S, et coll. *Different faces of discrimination: perceived discrimination among homeless adults with mental illness in healthcare settings*. BMC Health Serv Res. Déc. 2014;14(1):376.
65. Williams KKA, Baidoobonso S, Lofters A, et coll. *Anti-Black racism in Canadian health care: a qualitative study of diverse perceptions of racism and racial discrimination among Black adults in Montreal, Quebec*. BMC Public Health. 13 nov. 2024;24(1):3152.
66. Organisation mondiale de la Santé. *Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne* [en ligne]. Genève (Suisse) : OMS; avril 2016. Disponible à l'adresse suivante : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_39-fr.pdf
67. Reading C, Wien F. *Health inequalities and social determinants of Aboriginal Peoples' Health*. Health Inequalities Soc Determinants Aborig Peoples' Health. 2009.
68. Greenwood M, Leeuw S de, Lindsay NM. *Determinants of Indigenous Peoples' Health, Second Edition: Beyond the Social*. Canadian Scholars; 2018. 414 p.
69. Ramsoondar N, Anawati A, Cameron E. *Racism as a determinant of health and health care: Rapid evidence narrative from the SAFE for Health Institutions project*. Can Fam Physician. Sept. 2023;69(9):594–8.
70. *The OR Briefings: People & Organizational Research. Medical Racism - Definition and Explanation* [en ligne]. 2025. Disponible à l'adresse suivante : <https://oxford-review.com/the-oxford-review-dei-diversity-equity-and-inclusion-dictionary/medical-racism-definition-and-explanation/>
71. Brown CE, Marshall AR, Snyder CR, et coll. *Perspectives About Racism and Patient-Clinician Communication Among Black Adults With Serious Illness*. JAMA Netw Open. 5 juillet 2023;6(7):e2321746.
72. Statistique Canada. *Hospitalisations évitables chez les groupes racisés au Canada : résultats de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2016*. 2025 [cité le 11 avril 2025]; Disponible à l'adresse suivante : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2025003/article/00002-fra.htm>
73. Mitchell JA, Williams EDG, Li Y, et coll. *Identifying disparities in patient-centered care experiences between non-Latino white and black men: results from the 2008-2016 Medical Expenditure Panel Survey*. BMC Health Serv Res. Déc. 2020;20(1):495.
74. Société canadienne du cancer. *Promouvoir l'équité en santé grâce à l'information sur le cancer et aux services de soutien Rapport sur les communautés qui sont mal desservies* [en ligne]. Société canadienne du cancer; Oct. 2023. Disponible à l'adresse suivante : https://cdn.cancer.ca/-/media/files/about-us/our-health-equity-work/underserved-communities-report_2023_fr.pdf?rev=fb29f2c0e6534bcdb71e4b717a72edac&hash=DD2F44AFF770F4682403CE3C849FC72D
75. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). *Promouvoir l'équité dans l'accès aux soins pour les membres de la communauté LGBTQI2+* [en ligne]. Toronto (Ont.) : RNAO; 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://rnao.ca/bpg/guidelines/promoting-2slgbtqi-health-equity>

76. Ard K, Makadon H. *Improving the health care of lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) people: Understanding and eliminating health disparities* [en ligne]. Boston (Massachusetts) : The Fenway Institute; 2016. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.lgbtqihealtheducation.org/wp-content/uploads/Improving-the-Health-of-LGBT-People.pdf>
77. Ebrahimi Z, Patel H, Wijk H, et coll. *A systematic review on implementation of person-centered care interventions for older people in out-of-hospital settings*. *Geriatr Nur (Lond)*. Janv. 2021;42(1):213–24.
78. Pot AM, Rabheru K, Chew M. *Person-centred long-term care for older persons: a new Lancet Commission*. *Lancet Lond*. Ang. 2023;401(10390):1754–5.
79. Yee J, Ribeiro Souza MCM, Horta NDC, et coll. *Person-Centered Care for Older Adults living in Long-term care facilities: A Systematic Literature Review*. *J Public Health Issues Pract* [en ligne]. 2021 [cité le 11 avril 2025];5(2). Disponible à l'adresse suivante : <https://gexinonline.com/archive/journal-of-public-health-issues-and-practices/JPHIP-184>
80. Kim SK, Park M. Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Clin Interv Aging*. Fév. 2017;Volume 12:381–97.
81. Loignon C, Hudon C, Goulet É, et coll. *Perceived barriers to healthcare for persons living in poverty in Quebec, Canada: the EQUIhealthY project*. *Int J Equity Health*. Déc. 2015;14(1):4.
82. Golestani R, Farahani FK, Peters P. *Exploring barriers to accessing health care services by young women in rural settings: a qualitative study in Australia, Canada, and Sweden*. *BMC Public Health*. 18 jan. 2025;25(1):213.
83. Kiran T, Wells D, Okrainec K, et coll. *Patient and caregiver priorities in the transition from hospital to home: results from province-wide group concept mapping*. *BMJ Qual Saf*. Mai 2020;29(5):390–400.
84. Sullivan-Taylor P, Suter E, Laxton S, et coll. *Integrated People-Centred Care in Canada—Policies, Standards, and Implementation Tools to Improve Outcomes*. *Int J Integr Care* [en ligne]. 2022 [cité le 20 décembre 2024];22(1). Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8815438/>
85. Moore L, Britten N, Lydahl D, et coll. *Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts*. *Scand J Caring Sci*. 2017 Dec;31(4):662–73.
86. Kwame A, Petrucka PM. *A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward*. *BMC Nurs*. Déc. 2021;20(1):158.
87. Ploeg J, Skelly J, Rowan M, et coll. *The Role of Nursing Best Practice Champions in Diffusing Practice Guidelines: A Mixed Methods Study*. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2010 Dec;7(4):238–51.
88. Grinspun D. *Transforming nursing through knowledge: The conceptual and programmatic underpinnings of RNAO's BPG program*. Dans : Grinspun D, Bajnok I, éditeurs. *Transforming Nursing Through Knowledge: Best Practices in Guideline Development Implementation Science and Evaluation*. Indianapolis (Indiana) : Sigma Theta Tau International; 2018. p. 3–27.
89. Sécurité culturelle : *Supporting increased cultural competency and safety throughout Northern Health*. Dans : Northern Health Indigenous Health [en ligne]. Prince George (C.-B.) : Northern Health; 2024. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.indigenoushealthnh.ca/cultural-safety#cultural-awareness#cultural-sensitivity>

90. SoinsSantéCan publie des pratiques judicieuses pour répondre aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation (CVR) en matière de santé [en ligne]. Ottawa (Ont.) : SoinsSantéCan; Avril 2018. Disponible à l'adresse suivante : https://www.healthcarecan.ca/wp-content/themes/camyno/assets/document/Reports/2018/HCC/FR/TRCC_FR.pdf?target=blank
91. Center for Health Care Strategies. Trauma-Informed Care: Implementation Resource Center. 2018. *What is Trauma-Informed Care?* [En ligne]. Disponible à l'adresse suivante : https://www.healthcarecan.ca/wp-content/themes/camyno/assets/document/Reports/2018/HCC/FR/TRCC_FR.pdf?target=blank
92. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach* [en ligne]. Rockville (MD) : Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2014. Rapport n° : HHS Publication No. (SMA) 14-4884. Disponible à l'adresse suivante : <https://library.samhsa.gov/product/samhsas-concept-trauma-and-guidance-trauma-informed-approach/sma14-4884>
93. Collins P, Bilge S. *Intersectionality*. 2^e édition. Medford (MA): Polity Press; 2020.
94. Gottlieb LN. *Strengths-based nursing: A holistic approach to care, grounded in eight core values*. Am J Nurs. Août 2014;114(8):24–32.
95. Gottlieb LN. *Strengths-based nursing care: Health and healing for the person and family*. New York, New York, États-Unis: Springer International Publishing; 2013.
96. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). *Normes professionnelles, édition révisée en 2002* [en ligne]. Toronto (Ont.) : CNO; 2018. Disponible à l'adresse suivante : https://cno.org/Assets/CNO/Documents/Standard-and-Learning/Practice-Standards/49040_code-of-conduct.pdf
97. The Access Group. 2024. *Reflective Practice in Health and Social Care* [en ligne]. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.theaccessgroup.com/en-gb/blog/hsc-reflective-practice-in-health-and-social-care/>
98. Patel KM, Metersky K. *Reflective practice in nursing: A concept analysis*. Int J Nurs Knowl. Juillet 2022;33(3):180–7.
99. Goulet MH, Larue C, Alderson M. *Reflective Practice: A Comparative Dimensional Analysis of the Concept in Nursing and Education Studies: A Concept Analysis of Reflective Practice*. Nurs Forum (Auckl). April 2016;51(2):139–50.
100. Rolfe G. *Rethinking reflective education: What would Dewey have done? Nurse Educ Today*. Août 2014;34(8):1179–83.
101. Thompson N, Pascal J. *Developing critically reflective practice*. Reflective Pract. April 2012;13(2):311–25.
102. Schwind JK, Santa-Mina E, Metersky K, et coll. *Using the Narrative Reflective Process to explore how students learn about caring in their nursing program: an arts-informed Narrative Inquiry*. Reflective Pract. 4 mai 2015;16(3):390–402.
103. Ng S. *Reflection and Reflective Practice: Creating Knowledge through Experience*. Semin Hear. Mai 2012;33(02):117–34.
104. Ryan R, Berry K, Law H, Hartley S. *Therapeutic relationships in child and adolescent mental health services: A Delphi study with young people, carers and clinicians*. Int J Ment Health Nurs. Août 2021;30(4):1010–21.

105. Duffy LV, Evans R, Bennett V, et coll. *Therapeutic Relational Connection in Telehealth: Concept Analysis*. J Med Internet Res. 22 juin 2023;25:e43303.
106. Tolosa-Merlos D, Moreno-Poyato AR, González-Palau F, et coll. *Exploring the therapeutic relationship through the reflective practice of nurses in acute mental health units: A qualitative study*. J Clin Nurs. Janv. 2023;32(1–2):253–63.
107. Rathert C, Mittler JN, Vogus TJ, et coll. *What matters to you? An observational field study of patient and care provider expectations for health care relationships*. Chima SC, éditeur. PLOS ONE. 2 juillet 2024;19(7):e0304854.
108. Eton D, Ridgeway J, Linzer M, et coll. *Healthcare provider relational quality is associated with better self-management and less treatment burden in people with multiple chronic conditions*. Patient Prefer Adherence. Sept. 2017;Volume 11:1635–46.
109. Phillips-Salimi CR, Haase JE, Kooken WC. *Connectedness in the context of patient–provider relationships: a concept analysis*. J Adv Nurs. Janv. 2012;68(1):230–45.
110. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *Care coordination* [en ligne]. AHRQ; 2024. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ahrq.gov/ncepcr/care/coordination.html>
111. Erickson E. *Childhood and society*. 2^e édition. New York, New York, États-Unis: Norton; 1963.
112. Freud S. *Remembering, repeating and working through*. Édition standard. Vol. 12. 1912.
113. Zulman DM, Haverfield MC, Shaw JG, et coll. *Practices to Foster Physician Presence and Connection With Patients in the Clinical Encounter*. JAMA. 7 jan. 2020;323(1):70.
114. Carrefour du bien-être des médecins. Association médicale canadienne (AMC). *Usure de compassion : signes, symptômes et prise en charge* [En ligne]. Ottawa (Ont.) : CMA; 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.cma.ca/fr/carrefour-bien-etre-medecins/contenu/usure-compassion-signes-symptomes-prise-charge>
115. Cruzan S. *What is compassion fatigue in nursing (PUS, causes, symptoms, & how to manage)* [en ligne]. NursingProcess.Org. 2025. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.nursingprocess.org/compassion-fatigue-in-nursing.html>
116. Garnett A, Hui L, et coll. *Compassion fatigue in healthcare providers: a scoping review*. BMC Health Serv Res. 1^{er} déc. 2023;23(1):1336.
117. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). *Client-centred care* [en ligne]. Toronto (Ont.) : CNO; 2024. Disponible à l'adresse suivante : <https://cno.org/standards-learning/ask-practice/client-centred-care>
118. Ryan RE, Hill S. *Decision aids: challenges for practice when we have confidence in effectiveness*. Cochrane Database Syst Rev [en ligne]. 2024 [cité le 14 déc. 2024];(1). Disponible à l'adresse suivante : <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.ED000164/full>
119. Légaré F, Adekpedjou R, Stacey D. *Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals*. Cochrane Database Syst Rev [en ligne]. 2018;7. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006732.pub4/full>
120. Weston WW. *Informed and shared decision-making: the crux of patient-centered care*. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 21 août 2001;165(4):438–9.
121. Grad R, Legare F, Bell N, et coll. *Shared decision making in preventative health care: What it is; what it is not*. Can Fam Physician. Sept. 2017;63:682–4.

122. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *About Shared Decision Making* [en ligne]. 2023. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ahrq.gov/sdm/about/index.html>
123. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *The Share Approach* [en ligne]. AHRQ; 2024. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ahrq.gov/sdm/share-approach/index.html>
124. Stacey D, Légaré F, Lewis KB. *Patient Decision Aids to Engage Adults in Treatment or Screening Decisions*. JAMA. 15 août 2017;318(7):657.
125. Hughes TM, Merath K, Chen Q, et coll. *Association of shared decision-making on patient-reported health outcomes and healthcare utilization*. Am J Surg. Juillet 2018;216(1):7–12.
126. Dov Bruch J, Khazen M, Mahmic-Kaknjio M, et coll. *The effects of shared decision making on health outcomes, health care quality, cost, and consultation time: An umbrella review*. Patient Educ Couns. 2024, 129 : pp 1 à 12.
127. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Babies, children and young people's experience of healthcare: Planning healthcare and making shared decisions* [en ligne]. NICE; 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng204/evidence/a-planning-healthcare-and-making-shared-decisions-pdf-9206404238>
128. Ministère de l'Ontario. *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*, 1996. L.O. 1996, c. 2, Chap. A [en ligne]. Ministère de l'Ontario; mai 2025. (Lois en ligne). Rapport n° : Règl. De l'Ont. 104/96. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ontario.ca/lois/loi/96h02#BK11>
129. Ministère de l'Ontario. *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui*, 1992. L.O. 1992, chap. 30 [en ligne] Ministère de l'Ontario; 2023 c. 9, Annexe. 35. (Lois en ligne). Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ontario.ca/lois/loi/92s30#act-version>
130. Fleuren N, Depla MFIA, Janssen DJA, et coll. *Underlying goals of advance care planning (ACP): a qualitative analysis of the literature*. BMC Palliat Care. Déc. 2020;19(1):27.
131. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, et coll. *Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care*. Lancet Oncol. Sept. 2017;18(9):e543–51.
132. Planification préalable des soins Canada. *Appuyer le choix : guide pratique sur la planification préalable des soins avec prise de décision appuyée à l'intention des professionnels de la santé* [en ligne]. Ottawa (Ont.) : Advance Care Planning Canada et Association canadienne de soins palliatifs; Mars 2025. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.advancedcareplanning.ca/wp-content/uploads/2025/03/ACP-Easy-Read-Guide-FR.pdf>
133. Malhotra C, Shafiq M, Batcagan-Abueg APM. *What is the evidence for efficacy of advance care planning in improving patient outcomes? A systematic review of randomised controlled trials*. BMJ Open. Juillet 2022;12(7):e060201.
134. Malhotra C, Huynh VA, Shafiq M, et coll. *Advance care planning and caregiver outcomes: intervention efficacy – systematic review*. BMJ Support Palliat Care. Déc. 2023;13(e3):e537–46.
135. Ng AYM, Takemura N, Xu X, et coll. *The effects of advance care planning intervention on nursing home residents: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials*. Int J Nurs Stud. Août 2022;132:104276.
136. Wang X, Sheng Y. *Readiness for advance care planning and its relationship to coping style in patients with chronic diseases in communities: A cross-sectional study* ». Nurs Open. Mars 2022;9(2):1332–42.

137. Rezaei MA, Zahiri A, Kianian T, et coll. *Factors related to patients' readiness for advance care planning: a systematic review*. BMC Public Health [en ligne]. 7 janv. 2025 [cité le 23 mai 2025];25(1). Disponible à l'adresse suivante : <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-024-21209-x>
138. Rizzo VM, Engelhardt J, Tobin D, et coll. *Use of the Stages of Change Transtheoretical Model in End-of-Life Planning Conversations*. J Palliat Med. Mars 2010;13(3):267–71.
139. Incardona N, Myers J. *ACP conversation guide - clinician primer* [en ligne]. 2016. Disponible à l'adresse suivante : <https://advancecareplanning.hospicewaterloo.ca/wp-content/uploads/2016/01/ACP-Conversation-Guide-Clinician-Primer.pdf>
140. Groupe de recherche sur les outils d'aide à la décision pour les patients. Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa (IRHO). *Guides d'aide à la décision* (principalement pour toute décision) [en ligne]. Ottawa (Ont.) : OHRI; 2024. Disponible à l'adresse suivante : <https://decisionaid.ohri.ca/francais/gpdo.html>
141. Stacey D, Lewis KB, Smith M, et coll. *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions*. Cochrane Consumers and Communication Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [en ligne]. 29 janv. 2024 [cité le 27 nov. 2024];2024(1). Disponible à l'adresse suivante : <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001431.pub6/full>
142. Muscat DM, Smith J, Mac O, et coll. *Addressing Health Literacy in Patient Decision Aids: An Update from the International Patient Decision Aid Standards*. Med Decis Making. Oct. 2021;41(7):848–69.
143. Durand M, Carpenter L, Dolan H, et coll. *Do interventions designed to support shared decision-making reduce health inequities? A systematic review and meta-analysis* ». PLOS ONE. 2014, 9(4) : pp. 1 à 14.
144. Turkson-Ocran R, Ogunwole S, Hines A, et coll. *Shared decision making in cardiovascular patient care to address cardiovascular disease disparities*. J Am Heart Assoc. 2021;10(20):e018183.
145. Grabinski V, Myckatyn T, Lee C, et coll. *Importance of shared decision-making for vulnerable populations: examples from postmastectomy breast reconstruction*. Health Equity. 2018, 2(1) : pp. 234 à 8.
146. Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa (IRHO). Groupe de recherche sur les outils d'aide à la décision pour les patients. *Implantation* [en ligne]. Ottawa (Ont.) : OHRI; 2022. Disponible à l'adresse suivante : <https://decisionaid.ohri.ca/implement.html>
147. Berger-Höger B, Liethmann K, Mühlhauser I, et coll. *Nurse-led coaching of shared decision-making for women with ductal carcinoma in situ in breast care centers: a cluster randomized controlled trial*. Int J Nurs Stud. 2019, 93 : pp 141 à 52.
148. Matlock DD, McIlvennan CK, Thompson JS, et coll. *Decision Aid Implementation among Left Ventricular Assist Device Programs Participating in the DECIDE-LVAD Stepped-Wedge Trial*. Med Decis Making. April 2020;40(3):289–301.
149. Scholl I, Hahlweg P, Lindig A, et coll. *Evaluation of a program for routine implementation of shared decision-making in cancer care: results of a stepped wedge cluster randomized trial*. Implement Sci. Déc. 2021;16(1):106.
150. Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa (IRHO). Groupe de recherche sur les outils d'aide à la décision pour les patients. *Encadrement (coaching) décisionnel* [en ligne]. Ottawa (Ont.) : OHRI; 2024. Disponible à l'adresse suivante : <https://decisionaid.ohri.ca/francais/encadrement.html>
151. Holt K, Kimport K, Kuppermann M, et coll. *Patient-provider communication before and after implementation of the contraceptive decision support tool My Birth Control*. Patient Educ Couns. 2020, 103(2) : pp. 315 à 20.

152. Geiger F. *Hospital-wide implementation of SDM increased SDM level, cost effectiveness and patient safety*. Dtsch Arztebl Int 2021; 118: p. 225 à 6. DOI : 10.3238/arztebl.m2021.0144
153. van Veenendaal H, Peters L, van Weele E, et coll. *Effects and working mechanisms of a multilevel implementation program for applying shared decision-making while discussing systematic treatment in breast cancer*. Curr Oncol. 2022, 30(1) : pp. 236 à 49.
154. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *Develop a shared care plan* [en ligne]. AHRQ; 2024. Disponible à l'adresse suivante : <https://integrationacademy.ahrq.gov/products/playbooks/behavioral-health-and-primary-care/implementing-plan/develop-shared-care-plan>
155. Qualité des services de santé Ontario *Guide d'utilisation du plan de soins coordonnés*, version 2.1 [en ligne]. Toronto (Ont.) : QSSO; juin 2018. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/health-links/ccm-coordinated-care-plan-user-guide-v2.1-en.pdf>
156. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). *Code de conduite* [en ligne]. Toronto (Ont.) : CNO; 2023. Disponible à l'adresse suivante : https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/49040_code-of-conduct.pdf
157. Kelly KJ, Doucet S, Luke A. *Exploring the roles, functions, and background of patient navigators and case managers: A scoping review*. Int J Nurs Stud. Oct. 2019;98:27–47.
158. Gottlieb LN. *Strengths-Based Nursing and Healthcare* [en ligne]. Nursology; Sept. 2018 Sept Disponible à l'adresse suivante : <https://nursology.net/about>
159. Eijkelenboom A, Bluysen PM. *Comfort and health of patients and staff, related to the physical environment of different departments in hospitals: a literature review*. Intell Build Int. 2 janv. 2022;14(1):95–113.
160. DCunha S, Suresh S, Kumar V. *Service quality in healthcare: Exploring servicescape and patients' perceptions*. Int J Healthc Manag. 2 janv. 2021;14(1):35–41.
161. Guski R. *Environmental Stress and Health*. Dans : *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* [en ligne]. Elsevier; 2001. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.sciencedirect.com/topics/computer-science/environmental-stressor>
162. Hu RF, Jiang XY, Chen J, et coll. *Non-pharmacological interventions for sleep promotion in the intensive care unit*. Cochrane Emergency and Critical Care Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [en ligne]. 6 oct. 2015 [cité le 27 nov. 2024];2018(12). Disponible à l'adresse suivante : <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008808.pub2/full>
163. Menger J, Urbanek B, Skhirtladze-Dworschak K, et coll. *Earplugs during the first night after cardiothoracic surgery may improve a fast-track protocol*. Minerva Anestesiol [en ligne]. Janv. 2018 [cité le 27 nov. 2024];84(1). Disponible à l'adresse suivante : <https://www.minervamedica.it/index2.php?show=R02Y2018N01A0049>
164. Arttawejkul P, Reutrakul S, Muntham D, et coll. *Effect of Nighttime Earplugs and Eye Masks on Sleep Quality in Intensive Care Unit Patients*. Indian J Crit Care Med. 1^{er} janv. 2020;24(1):6–10
165. Avudaiappan SL, Govindaraj S, Poomalai G, et coll. *Effectiveness of Earplugs and Eye Masks on Sleep Quality and Fatigue Among Nonventilated Patients in an Intensive Care Unit*. Cureus [en ligne]. 1^{er} juillet 2024 [cité le 11 juin 2025]; Disponible à l'adresse suivante : <https://www.cureus.com/articles/248576-effectiveness-of-earplugs-and-eye-masks-on-sleep-quality-and-fatigue-among-nonventilated-patients-in-an-intensive-care-unit>

166. Bahcecioglu Turan G, Gürcan F, Özer Z. *The effects of eye masks and earplugs on sleep quality, anxiety, fear, and vital signs in patients in an intensive care unit: A randomised controlled study*. *J Sleep Res*. Avril 2024;33(2):e14044.
167. Thirumalesh PV, Thekkanath MJ. *Reduction of Environmental Noise Impact on Preterm Babies in NICU by Using Ear Plugs*. *Cent Eur J Paediatr*. 21 déc. 2023;19(2):108.
168. Sibrecht G, Wróblewska-Seniuk K, Bruschettoni M. *Noise or sound management in the neonatal intensive care unit for preterm or very low birth weight infants*. Cochrane Neonatal Group, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [en ligne]. 30 mai 2024 [cité le 11 juin 2025];2024(5). Disponible à l'adresse suivante : <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010333.pub4/full>
169. Shih CY, Gordon CJ, Chen TJ, et coll. *Comparative efficacy of nonpharmacological interventions on sleep quality in people who are critically ill: A systematic review and network meta-analysis*. *Int J Nurs Stud*. 2022;130:104220.
170. Almadhoob A, Ohlsson A. *Sound reduction management in the neonatal intensive care unit for preterm or very low birth weight infants*. Cochrane Neonatal Group, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [en ligne]. 27 janv. 2020 [cité le 27 nov. 2024];2020(1). Disponible à l'adresse suivante : <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010333.pub3/full>
171. Shaw J, Jamieson T, Agarwal P, et coll. *Virtual care policy recommendations for patient-centred primary care: findings of a consensus policy dialogue using a nominal group technique*. *J Telemed Telecare*. Oct. 2018;24(9):608–15.
172. Santé Ontario. Action Cancer Ontario. *Clinical Guidance for Person-Centred Virtual Cancer Care* [en ligne]. Toronto (Ont.) : Santé Ontario. Action Cancer Ontario; janvier 2022 p. 27. Disponible à l'adresse suivante : https://www.cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/guidelines/full/VirtualCancerCare_ClinGuidance.pdf
173. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). *Clinical Practice in a Digital Health Environment* [en ligne]. Toronto (Ont.) : RNAO; 2024. Disponible à l'adresse suivante : <https://RNAO.ca/bpg/guidelines/clinical-practice-digital-health-environment>
174. Santé Ontario. *Solutions de visite virtuelle vérifiées* [en ligne]. [date inconnue]. Disponible à l'adresse suivante : <https://santeontario.ca/numerique/normes/visites-virtuelles/solutions-verifiees>
175. Canada Health Infoway. *Offrir des soins virtuels sûrs et de qualité : Un guide pour les utilisateurs novices et expérimentés. CTrousse d'outils pour la gestion du changement en soins virtuels destinée aux cliniciens*. Toronto (Ont.) : Inforoute Santé du Canada; 2022, p. 61.
176. Bajgain B, Rabi S, Ahmed S, et coll. *Patient-reported experiences and outcomes of virtual care during COVID-19: a systematic review*. *J Patient-Rep Outcomes*. 1^{er} déc. 2023;7(1):126.
177. Bhatia RS, Jamieson T, Shaw J, et coll. *Canada's virtual care revolution: A framework for success* [en ligne]. Toronto (Ont.) : C.D. Howe Institute; Déc. 2020. Disponible à l'adresse suivante : https://www.cdhowe.org/wp-content/uploads/2025/01/Commentary_586.pdf
178. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) *TL'élargissement des soins virtuels au Canada : nouvelles données et informations* [en ligne]. ICIS : Ottawa (ON); 2023 p. 50. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/expansion-of-virtual-care-in-canada-report-en.pdf>

179. Krupinski EA, Abbey D, Muralidaran M, et coll. *Libraries as Telehealth Hubs: Bridging the Digital Divide and Expanding Health care Access*. *Telemed Rep*. 2025, 6(1) : pp. 1 à 5.
180. DeGuzman PB, Garth JL, Sanjay K, et coll. *Extending health care access via telemedicine in public libraries*. *J Am Assoc Nurse Pract*. Mars 2023;35(3):208–15.
181. Harrison MB, Graham ID, Fervers B et coll. Adapting knowledge to local context. Dans : Straus SE, Tetroe J, Graham ID, éditeurs. *Knowledge Translation in Health Care* [en ligne]. 1^{ère} éd. Wiley; 2013 [cité le 26 février 2024]. p. 110-20. Disponible à l'adresse suivante : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118413555.ch10>
182. Rey M, Grinspun D, Constantini L, Lloyd M. *The anatomy of a rigorous best practice guideline development process*. Dans : Grinspun D, Bajnok I, éditeurs. *Transforming Nursing Through Knowledge: Best Practices in Guideline Development Implementation Science and Evaluation*. Indianapolis (Indiana) : Sigma Theta Tau International; 2018. p. 3–27.
183. Mulvale G, Moll S, Phoenix M, et coll. *Co-creating a new Charter for equitable and inclusive co-creation: insights from an international forum of academic and lived experience experts*. *BMJ Open*. Mars 2024;14(3):e078950.
184. Vargas C, Whelan J, Brimblecombe J, et coll. *Co-creation, co-design, co-production for public health – a perspective on definition and distinctions*. *Public Health Res Pract* [en ligne]. 2022 [cité le 10 juin 2025];32(2). Disponible à l'adresse suivante : <https://www.phrp.com.au/?p=41678>
185. Stevens K. The impact of evidence-based practice nursing and the next big ideas. *Online J Issues Nurs*. 2013;18(2):Manuscript 4.
186. Centre canadien pour la diversité et l'inclusion (CCDI). *Glossaire des termes DÉIA : Un outil de référence*. [En ligne]. Toronto (Ont.) : CCDI; 2025. Accessible sur le site Web : <https://www.ccdi.ca/glossaire-des-termes/>
187. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). *Transitions in Care and Services*. 2^e éd. [En ligne]. Toronto (Ont.) : RNAO; 2023. Disponible à l'adresse suivante : <https://RNAO.ca/bpg/guidelines/transitions-in-care>
188. Eccles MP, Mittman BS. Welcome to implementation science. *Implement Sci*. 22 févr. 2006;1(1):1.
189. Organisation des Nations unies (ONU). United Nations permanent forum on Indigenous issues: who are Indigenous peoples? [En ligne]. New York (NY) : Nations unies (UN); [date inconnue]. Disponible à l'adresse suivante : https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/5session_factsheet1.pdf
190. Gouvernement du Canada. *Communautés autochtones en Ontario* [en ligne]. Gouvernement du Canada; 2021 [cité le 8 juillet 2022]. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1603371542837/1603371807037>
191. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, et coll. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. version 6.3 [en ligne]. Cochrane; 2022. Disponible à l'adresse suivante : www.training.cochrane.org/handbook
192. Hedges C, Williams B. *Anatomy of research for nurses*. Indianapolis (Indiana) : Sigma Theta Tau International; 2014.
193. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). *Social movement in the context of knowledge uptake and sustainability definition*. 2020.

194. Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC). Les soins infirmiers en pratique avancée : Un cadre pancanadien [Internet]. Ottawa (Ont.) : Association des infirmières et infirmiers du Canada (2019). Disponible à l'adresse suivante : https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/UploadedImages/05255e6e-9517-43bc-8bc1-f1768316d4e5/Documents/Advanced_Practice_Nursing_framework_FR.pdf
195. MacDonald J, Silva-Galleguillos A, Gomez Diaz OL, et coll. Enhancing the evidence-based nursing curriculum and competence in evidence-based practice. Dans : Grinspun D, Bajnok I, éditeurs. *Transforming Nursing Through Knowledge: Best Practices in Guideline Development Implementation Science and Evaluation*. Indianapolis (Indiana) : Sigma Theta Tau International; 2018. p. 217–38.
196. Monaghan T. A critical analysis of the literature and theoretical perspectives on theory-practice gap amongst newly qualified nurses within the United Kingdom. *Nurse Educ Today*. 2015;35:e1–7.
197. Browning M, Pront L. Supporting nursing student supervision: an assessment of an innovative approach to supervisor support. *Nurse Educ Today*. 2015, 35(6) : pp. 740 à 5.
198. Price S, Reichert C. The importance of continuing professional development to career satisfaction and patient care: meeting the needs of novice to mid- to late-career nurses throughout their career span. *Adm Sci*. 2017, 7(17) : pp. 1 à 13.
199. Palis AG, Quiros PA. Adult learning principles and presentation pearls. *Middle East Afr Ophthalmol*. 2014, 21(2) : pp. 114 à 22.
200. Eggenberger E, Heimerl K, Bennet MI. *Communication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings*. *Int Psychogeriatr*. 2013, 25(3) : pp. 345 à 58.
201. Yanamadala M, Wieland D, Heflin MT. Educational interventions to improve recognition of delirium: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2013, 61(11) : pp. 1983 à 93.
202. Thompson L. Accreditation Canada - NQuIRE International Advisory Council (IAC) Meeting. Toronto (ON); 2018.
203. Thompson MP, Podila PSB, Clay C, et coll. Community navigators reduce hospital utilization in super-utilizers. *Am J Manag Care*. 2018, 24(2) : pp. 70 à 6.
204. Marnocha S, Westphal J, Cleveland B. Pilot program to mentor nurse leaders for the future [Internet]. Wisconsin Nurses Association; 2016. Disponible à l'adresse suivante : <https://wisconsinnurses.org/mentor-nurse-leaders-program/>
205. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). *Practice Education in Nursing* [en ligne]. Toronto (Ont.) : RNAO; 2016. Disponible à l'adresse suivante : <https://rnao.ca/bpg/guidelines/practice-education-nursing>
206. Bansal AD, Schell JO. *A practical guide for the care of patients with end-stage renal disease near the end of life*. *Semin Dial*. Mars 2018;31(2):170–6.
207. Modrykamien AM. *Strategies for communicating with conscious mechanically ventilated critically ill patients*. *Bayl Univ Med Cent Proc*. 2 oct. 2019;32(4):534–7.
208. Choi J, Tate JA. *Evidence-Based Communication with Critically Ill Older Adults*. *Crit Care Clin*. Janv. 2021;37(1):233–49.

209. Pina S, Canellas M, Prazeres R, et coll. *Augmentative and Alternative Communication in Ventilated Patients: A Scoping Review*. Rev Bras Enferm. 2020;73(5):e20190562.
210. Holm A, Viftrup A, Karlsson V, et coll. *Nurses' communication with mechanically ventilated patients in the intensive care unit: Umbrella review*. J Adv Nurs. Nov. 2020;76(11):2909–20.
211. Koszalinski RS, Heidel RE, McCarthy J. *Difficulty envisioning a positive future: Secondary analyses in patients in intensive care who are communication vulnerable*. Nurs Health Sci. Juin 2020;22(2):374–80.
212. Koszalinski RS, Heidel RE, Hutson SP, et coll. *The Use of Communication Technology to Affect Patient Outcomes in the Intensive Care Unit*. CIN Comput Inform Nurs. April 2020;38(4):183–9.
213. Qudah B, Luetsch K. *The influence of mobile health applications on patient - healthcare provider relationships: A systematic, narrative review*. Patient Educ Couns. Juin 2019;102(6):1080–9.
214. Back AL. *Patient-Clinician Communication Issues in Palliative Care for Patients With Advanced Cancer*. J Clin Oncol. 20 mars 2020;38(9):866–76.
215. Meyer C, Hickson L. *Nursing Management of Hearing Impairment in Nursing Facility Residents*. J Gerontol Nurs. Juillet 2020;46(7):15–25.
216. Ludlow K, Mumford V, Makeham M, et coll. *The effects of hearing loss on person-centred care in residential aged care: a narrative review*. Geriatr Nur (Lond). Mai 2018;39(3):296–302.
217. Snaman J, McCarthy S, Wiener L, et coll. *Pediatric Palliative Care in Oncology*. J Clin Oncol. 20 mars 2020;38(9):954–62.
218. King G. *Central yet overlooked: engaged and person-centred listening in rehabilitation and healthcare conversations*. Disabil Rehabil. 20 nov. 2022;44(24):7664–76.
219. Chapman CR, Woo NT, Maluf KS. *Preferred Communication Strategies Used by Physical Therapists in Chronic Pain Rehabilitation: A Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis*. Phys Ther. 4 sept. 2022;102(9):pzac081.
220. Satkoske V, Migyanka JM, Kappel D. *Autism and Advance Directives: Determining Capability and the Use of Health-Care Tools to Aid in Effective Communication and Decision-Making*. Am J Hosp Palliat Med. Mai 2020;37(5):354–63.
221. Jack K. *Demonstrating empathy when communicating with older people*. Nurs Older People. 1^{er} févr. 2022;34(1):34–41.
222. Lelorain S. *Discussing Prognosis with Empathy to Cancer Patients*. Curr Oncol Rep. 14 mars 2021;23(4):42.
223. Sanerma P, Miettinen S, Paavilainen E, et coll. *A client-centered approach in home care for older persons – an integrative review*. Scand J Prim Health Care. 1 oct. 2020;38(4):369–80.
224. Laidsaar-Powell R, Butow P, Boyle F, et coll. *Managing challenging interactions with family caregivers in the cancer setting: Guidelines for clinicians (TRIO Guidelines-2)*. Patient Educ Couns. Juin 2018;101(6):983–94.
225. Anderson E, Aldous A, Lupu D. *Make Your Wishes About You (MY WAY): Using Motivational Interviewing to Foster Advance Care Planning for Patients with Chronic Kidney Disease*. Nephrol Nurs J J Am Nephrol Nurses Assoc. 2018, 45(5) : pp. 411 à 21.

226. Nijs J, Wijma AJ, Willaert W, et coll. *Integrating Motivational Interviewing in Pain Neuroscience Education for People With Chronic Pain: A Practical Guide for Clinicians*. Phys Ther. 18 mai 2020;100(5):846–59.
227. Araujo SM, Sousa P, Dutra I. *Clinical decision support systems for pressure ulcer management : systematic review*. JMIR Med Inf. 16 oct. 2020;8(10):e21621.
228. Lee RY, Kross EK, Downey L, et coll. *Efficacy of a Communication-Priming Intervention on Documented Goals-of-Care Discussions in Hospitalized Patients With Serious Illness: A Randomized Clinical Trial*. JAMA Netw Open. 1^{er} avril 2022;5(4):e225088.
229. Subramaniam P, Thillainathan P, Mat Ghani NA, et coll. *Life Story Book to enhance communication in persons with dementia: Révision systématique des révisions*. Lawless MT, éditeur. PLOS ONE. 5 oct. 2023;18(10):e0291620.
230. O'Rourke DJ, Lobchuk MM, Thompson GN, et coll. *Video feedback: A novel application to enhance person-centred dementia communication*. Int J Nurs Pract. Août 2020;26(4):e12820.
231. Zhang M, Zhao H, Meng FP. *Elderspeak to Resident Dementia Patients Increases Resistiveness to Care in Health Care Profession*. Inq J Health Care Organ Provis Financ. Janv. 2020;57:0046958020948668.
232. Falicov C, Nakash O, Alegría M. *Centering the Voice of the Client: On Becoming a Collaborative Practitioner with Low-Income Individuals and Families*. Fam Process. Juin 2021;60(2):670–87.
233. Lewis MA, Bustillo D. *Patient Perspective*. Med Clin North Am. Juillet 2022;106(4):569–76.
234. Eltaybani S, Yasaka T, Fukui C, Inagaki A, Takaoka M, Suzuki H, et coll. *Family-oriented interventions in long term care residential facilities for older people: A scoping review of the characteristics and outcomes*. Nurs Forum (Auckl). Sept. 2022;57(5):800–18.
235. Zhou Y, Acevedo Callejas ML, Li Y, MacGeorge EL. *What Does Patient-Centered Communication Look Like?: Linguistic Markers of Provider Compassionate Care and Shared Decision-Making and Their Impacts on Patient Outcomes*. Health Commun. 16 avril 2023;38(5):1003–13.
236. Nedjat-Haiem FR, Cadet TJ, Amatya A, et coll. *Efficacy of Motivational Interviewing to Enhance Advance Directive Completion in Latinos With Chronic Illness: A Randomized Controlled Trial*. Am J Hosp Palliat Med. Nov. 2019;36(11):980–92.
237. Reading JM, Snell LM, LaRose JG. *A systematic review of weight-related communication trainings for physicians*. Transl Behav Med. 12 oct. 2020;10(5):1110–9.
238. Dempsey AF, Pyrznowski J, Lockhart S, et coll. *Effect of a Health Care Professional Communication Training Intervention on Adolescent Human Papillomavirus Vaccination: A Cluster Randomized Clinical Trial*. JAMA Pediatr. 7 mai 2018;172(5):e180016.
239. Izeogu C, Kalinowski J, Schoenthaler A. *Strategies to Improve Adherence to Anti-Hypertensive Medications: a Narrative Review*. Curr Hypertens Rep. Déc. 2020;22(12):105.
240. Butterworth JE, Hays R, McDonagh STJ, et coll. *Involving older people with multimorbidity in decision-making about their primary healthcare: A Cochrane systematic review of interventions (abridged)*. Patient Educ Couns. Oct. 2020;103(10):2078–94.

241. Yao M, Zhou X ying, Xu Z jie, et coll. *The impact of training healthcare professionals' communication skills on the clinical care of diabetes and hypertension: a systematic review and meta-analysis*. *BMC Fam Pract*. Déc. 2021;22(1):152.
242. Budhwani H, Naar S. *Training Providers in Motivational Interviewing to Promote Behavior Change*. *Pediatr Clin North Am*. Août 2022;69(4):779–94.
243. Poudel N, Kavookjian J, Scalese MJ. *Motivational Interviewing as a Strategy to Impact Outcomes in Heart Failure Patients: A Systematic Review*. *Patient*. Févr. 2020;13(1):43–55.
244. Black I, Helgason ÁR. *Using motivational interviewing to facilitate death talk in end-of-life care: an ethical analysis*. *BMC Palliat Care*. 21 mars 2018;17(1):51.
245. Rodriguez VJ, Abbamonte JM, Alcaide ML, et coll. *Motivational Interviewing Training for HIV Care Physicians in Argentina: Uptake and Sustainability of an Effective Behavior Change Intervention*. *AIDS Behav*. Juin 2021;25(6):1675–87.
246. Gönderen Çakmak HS, Kapucu S. *The Effect of Educational Follow-Up with the Motivational Interview Technique on Self-Efficacy and Drug Adherence in Cancer Patients Using Oral Chemotherapy Treatment: A Randomized Controlled Trial*. *Semin Oncol Nurs*. Avril 2021;37(2):151140.
247. Desai N. *The Role of Motivational Interviewing in Children and Adolescents in Pediatric Care*. *Pediatr Ann* [en ligne]. Sept. 2019 [cité le 5 mai 2025];48(9). Disponible à l'adresse suivante : <https://journals.healio.com/doi/10.3928/19382359-20190816-01>
248. Keeley R, Engel M, Reed A, et coll. *Toward an Emerging Role for Motivational Interviewing in Primary Care*. *Curr Psychiatry Rep*. Juin 2018;20(6):41.
249. Parish SJ, Nappi RE, Kingsberg S. *Perspectives on counseling patients about menopausal hormone therapy: strategies in a complex data environment*. *Menopause*. Août 2018;25(8):937–49.
250. Dobber J, Latour C, Snaterse M, et coll. *Developing nurses' skills in motivational interviewing to promote a healthy lifestyle in patients with coronary artery disease*. *Eur J Cardiovasc Nurs*. Janv. 2019;18(1):28–37.
251. Jiang S, Liu PL, Chia CWJ. *Can Online Patient–Provider Communication Improve Emotional Well-Being? Examining the Roles of Social Presence and Patient Empowerment*. *Cyberpsychology Behav Soc Netw*. 1^{er} mai 2023;26(5):366–70.
252. Ryan RE, Connolly M, Bradford NK, et coll. *Interventions for interpersonal communication about end of life care between health practitioners and affected people*. *Cochrane Consumers and Communication Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [en ligne]. 8 juillet 2022 [cité le 5 mai 2025];2022(7). Disponible à l'adresse suivante : <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013116.pub2/full>
253. Anderson RJ, Bloch S, Armstrong M, et coll. *Communication between healthcare professionals and relatives of patients approaching the end-of-life: A systematic review of qualitative evidence*. *Palliat Med*. Sept. 2019;33(8):926–41.
254. Sona C, Pollard KA, Schallom M, et coll. *Implementation of a Standardized Patient/Family Communication Bundle*. *Crit Care Nurs Clin North Am*. Juin 2020;32(2):243–51.
255. Beattie F, Kerr L, Larkin J, et coll. *The components of personal passports for people living with dementia in an acute healthcare setting: an integrative review*. *J Clin Nurs*. Juillet 2022;31(13–14):1907–20.

256. Bullington J, Söderlund M, Bos Sparén E, et coll. *Communication skills in nursing: A phenomenologically-based communication training approach*. *Nurse Educ Pract*. Août 2019;39:136–41.
257. Siewert B, Swedeen S, Brook OR, et coll. *Emotional Harm in the Radiology Department: Analysis of an Underrecognized Preventable Error*. *Radiology*. Mars 2022;302(3):613–9.
258. Boylen S, Cherian S, Gill FJ, et coll. *Impact of professional interpreters on outcomes for hospitalized children from migrant and refugee families with limited English proficiency: a systematic review*. *JBIM Evid Synth*. Juillet 2020;18(7):1360–88.
259. Van Der Velden NCA, Meijers MC, Han PKJ, et coll. *The Effect of Prognostic Communication on Patient Outcomes in Palliative Cancer Care: a Systematic Review*. *Curr Treat Options Oncol*. Mai 2020;21(5):40.
260. Dhanani H, Tabata-Kelly M, Jarman M, et coll. *A scoping review of hospital-based geriatric-centered interventions on trauma surgery services*. *J Am Geriatr Soc*. Avril 2025;73(4):1250–66.
261. Karimi N, Moore AR, Lukin A, et coll. *Health Communication Research Informs Inflammatory Bowel Disease Practice and Research: A Narrative Review*. *Crohn's Colitis* 360. 1^{er} juillet 2023;5(3):otad021.
262. Keinki C, Momberg A, Clauß K, et coll. *Effect of question prompt lists for cancer patients on communication and mental health outcomes—A systematic review*. *Patient Educ Couns*. Juin 2021;104(6):1335–46.
263. Licqurish SM, Cook OY, Pattuwage LP, et coll. *Tools to facilitate communication during physician-patient consultations in cancer care: An overview of systematic reviews*. *CA Cancer J Clin*. Nov. 2019;69(6):497–520.
264. Miller KE, Benden ME, Shipp EM, et al. *Predicting violent behavior in clinical settings: a case-control study of a mental health inpatient unit*. *J Healthc Prot Manag Publ Int Assoc Hosp Secur*. 2016, 32(1) : pp. 106 à 19.
265. Ting YY, Ey JD, Treloar EC, et coll. *Patient prompts in surgical consultations: A systematic review* ». *Surgery*. Déc. 2022;172(6):1759–67.
266. Selim S, Kunkel E, Wegier P, et coll. *A systematic review of interventions aiming to improve communication of prognosis to adult patients*. *Patient Educ Couns*. Août 2020;103(8):1467–97.
267. Noordman J, Van Vliet L, Kaunang M, et coll. *Towards appropriate information provision for and decision-making with patients with limited health literacy in hospital-based palliative care in Western countries: a scoping review into available communication strategies and tools for healthcare providers*. *BMC Palliat Care*. Déc. 2019;18(1):37.
268. Paladino J, Bernacki R, Neville BA, et coll. *Evaluating an Intervention to Improve Communication Between Oncology Clinicians and Patients With Life-Limiting Cancer: A Cluster Randomized Clinical Trial of the Serious Illness Care Program*. *JAMA Oncol*. 1^{er} juin 2019;5(6):801.
269. Johnston FM, Beckman M. *Navigating difficult conversations*. *J Surg Oncol*. Juillet 2019;120(1):23–9.
270. Baran CN, Sanders JJ. *Communication Skills*. *Prim Care Clin Off Pract*. Sept. 2019;46(3):353–72.
271. McDonald JE, Dickinson JK. *A Novel Approach to Helping People with Glaucoma Use Their Drops Routinely*. *Optom Vis Sci*. Mai 2019;96(5):331–4.
272. Bordelon CJ, Smith TS, Wood T, et coll. *Simulation to Enhance Communication Skills in Neonatal Nursing Practice*. *Neonatal Netw*. 1^{er} nov. 2020;39(6):347–55.

273. Costa ACB, Felipe AOB, Nogueira DA, et coll. EFEITO DA ESCUTA TERAPÊUTICA NA ANSIEDADE DE PESSOAS NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO. *Cogitare Enferm* [en ligne]. 7 févr. 2022 [cité le 5 mai 2025];27. Disponible à l'adresse suivante : <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/78681>
274. Jackman L. *Extending the Newcastle Model: how therapeutic communication can reduce distress in people with dementia*. *Nurs Older People*. 24 mars 2020;32(2):33–41.
275. Amir N, McCarthy HJ, Tong A. *A working partnership: A review of shared decision-making in nephrology*. *Nephrology*. Nov. 2021;26(11):851–7.
276. Jain N, Bernacki RE. *Goals of Care Conversations in Serious Illness*. *Med Clin North Am*. 2020 May;104(3):375–89.
277. Sommovilla J, Kopecky KE, Campbell T. *Discussing Prognosis and Shared Decision-Making*. *Surg Clin North Am*. Oct. 2019;99(5):849–58.
278. Choi A, Sanft T. *Establishing Goals of Care*. *Med Clin North Am*. Juillet 2022;106(4):653–62.
279. Yet AXJ, Hapuhinne V, Eu W, et coll. *Communication methods between physicians and Deaf patients: A scoping review*. *Patient Educ Couns*. Sept. 2022;105(9):2841–9.
280. Alves CGB, Treister NS, Ribeiro ACP, et coll. *Strategies for communicating oral and oropharyngeal cancer diagnosis: why talk about it?* *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. Avril 2020;129(4):347–56.
281. Wittenberg E, Reb A, Kanter E. *Communicating with Patients and Families Around Difficult Topics in Cancer Care Using the COMFORT Communication Curriculum*. *Semin Oncol Nurs*. Août 2018;34(3):264–73.
282. Geisinger ML, Dragan IF, Alexander DC. *Healthy Pregnancy: A Patient-Centered Approach to Counseling and Behavioral Change*. *Compend Contin Educ Dent Jamesburg NJ* 1995. Mai 2018;39(5):286–90; quiz 292.
283. Cutilli CC. *Excellence in Patient Education*. *Nurs Clin North Am*. Juin 2020;55(2):267–82.
284. Høeg BL, Sevillano PB, Enesco I, et coll. *Child-centered communication interventions in pediatric oncology: A scoping review and proposed new communication model*. *Pediatr Blood Cancer*. Sept. 2023;70(9):e30533.
285. Priebe S, Conneely M, McCabe R, et coll. *What can clinicians do to improve outcomes across psychiatric treatments: a conceptual review of non-specific components*. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020, 29 : e48.
286. Van Beusekom MM, Cameron J, Bedi C, et coll. *Communication skills training for the radiotherapy team to manage cancer patients' emotional concerns: a systematic review*. *BMJ Open*. Avril 2019;9(4):e025420.
287. Colombani F, Encrenaz G, Sibé M, et coll. *Development of an evidence-based reference framework for care coordination with a focus on the micro level of integrated care: A mixed method design study combining scoping review of reviews and nominal group technique*. *Health Policy*. Mars 2022;126(3):245–61.
288. Walker RC, Graham A, Palmer SC, et coll. *Understanding the experiences, perspectives and values of indigenous women around smoking cessation in pregnancy: systematic review and thematic synthesis of qualitative studies*. *Int J Equity Health*. 22 mai 2019;18(1):74.

ia BPG

AFFAIRES INTERNATIONALES
ET LIGNES DIRECTRICES SUR
LES PRATIQUES EXEMPLAIRES

TRANSFORMER
LES SOINS INFIRMIERS
PAR LA CONNAISSANCE

Lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Ce projet est financé par le gouvernement de l'Ontario.

Pour plus de renseignements sur
ces lignes directrices, visitez :



ISBN 978-1-926944-89-0



 **RNAO**

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



Ontario