



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

## Lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires

SEPTEMBRE 2010

# Stratégies permettant de soutenir l'autogestion des états chroniques : la collaboration avec les clients



**ia** BPG

AFFAIRES INTERNATIONALES ET LIGNES DIRECTRICES SUR LES PRATIQUES  
TRANSFORMER LES SOINS INFIRMIERS GRÂCE AUX CONNAISSANCES

## Déclin de responsabilité

Les infirmières et les établissements où elles travaillent ne sont pas tenues d'appliquer cette ligne directrice. Son utilisation doit être souple afin de l'adapter aux besoins individuels et aux situations particulières. Elle ne constitue en rien une responsabilité ni une décharge de la responsabilité. Bien que tous les efforts aient été consentis pour s'assurer de l'exactitude du contenu au moment de la publication, ni les auteurs, ni l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans cette ligne directrice, ni n'acceptent aucune responsabilité quant au manque à gagner, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou d'omissions dans le contenu de ce document.

## Droit d'auteur

À l'exception des portions de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière contre la copie est indiquée, le reste de ce document peut être reproduit et publié, en entier seulement, sans modification, sous toute forme, y compris le format électronique, à des fins éducatives ou non commerciales. Si une adaptation du document est requise pour une raison quelconque, le consentement ou la permission de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario doit être obtenu. Une citation ou une référence doit apparaître dans le travail copié, tel qu'indiqué ci-dessous :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2010). *Stratégies permettant de soutenir l'autogestion des états chroniques : la collaboration avec les clients* Toronto, Canada. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Ce programme est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

## Coordonnées

### **Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario**

158 Pearl Street, Toronto (Ontario) M5H 1L3

Site Web : [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices)

## Mot de bienvenue de Doris Grinspun

Directrice exécutive, 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 (RNAO) diffuse à la communauté des soins de santé cette ligne directrice intitulée *Stratégies permettant de soutenir l'autogestion des états chroniques : la collaboration avec les clients*. Les pratiques professionnelles basées sur des données probantes vont de pair avec la qualité des services que les infirmières offrent dans leur travail quotidien. La RNAO est ravie de vous fournir cette ressource clé.



La RNAO remercie sincèrement les nombreux individus et établissements qui nous aident à concrétiser notre vision des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers (LDPE) : le gouvernement de l'Ontario qui a reconnu notre capacité à diriger le programme et à obtenir un financement sur plusieurs années; Irmajean Bajnok, directrice des programmes d'affaires internationales et de lignes directrices sur les pratiques exemplaires (AILDPE) de la RNAO, pour ses compétences et son leadership qui ont permis de faire avancer la production des LDPE; ainsi que chaque chef d'équipe impliqué. Pour cette ligne directrice en particulier, je remercie Patrick McGowan et Suzanne Fredricks pour leur intendance, leur engagement et leurs compétences superbes. Nous remercions également Althea Stewart-Pyne et Janet Chee, directrices du programme des AILDPE de la RNAO, pour leur travail acharné qui a permis à cette ligne directrice de voir le jour. Un remerciement tout particulier au groupe d'experts des LDPE – nous respectons et apprécions vos compétences et votre travail bénévole. Nous n'y serions pas parvenus sans vous!

La communauté des infirmières, de par son engagement et sa passion pour l'excellence en soins infirmiers, partage ses connaissances et son temps, ce qui est essentiel à la création et à l'évaluation de chaque ligne directrice. Les employeurs ont répondu avec enthousiasme à l'appel en désignant des champions des pratiques exemplaires, en mettant en œuvre les lignes directrices et en procédant à leur évaluation, et en travaillant afin de créer une culture de pratique fondée sur les données probantes.

La mise en place réussie de ces lignes directrices nécessite un effort conjugué de la part des infirmières cliniciennes et de leurs autres collègues du secteur de la santé, les infirmières qui enseignent en milieu universitaire et en milieu de travail, de même que les employeurs. Après avoir assimilé ces lignes directrices avec leurs têtes et leurs cœurs, les infirmières, de même que les étudiants en soins infirmiers, informés et avertis, auront besoin d'un lieu de travail sain et accueillant pour les aider à mettre en pratique ces lignes directrices.

Nous vous demandons de parler de cette ligne directrice avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire. Nous avons beaucoup à apprendre les uns des autres. Ensemble, nous voulons être sûrs que les membres du public reçoivent les meilleurs soins possibles, chaque fois qu'ils entrent en contact avec nous. Tentons d'en faire les véritables gagnants de ce grand effort!

A handwritten signature in black ink that reads "Doris Grinspun". The signature is fluid and cursive.

Doris Grinspun, inf.aut, M.Sc.Inf., PhD (doctorante), O. ONT.  
Directrice exécutive  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

## Table des matières

CONTEXTE	Comment utiliser ce document .....	4
	Intention et champ d'activité.....	5
	Principes directeurs.....	5
	Hypothèses clés .....	6
	Résumé des recommandations .....	7
	Interprétation des données probantes .....	9
	Membres du groupe d'élaboration de la ligne directrice .....	10
	Membres du groupe consultatif.....	11
	Remerciements aux intervenants .....	12
	Processus d'élaboration de la ligne directrice .....	16
	Contexte.....	16

RECOMMANDATIONS	Recommandations relatives à la pratique professionnelle .....	25
	Recommandations relatives à la formation .....	49
	Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements .....	50
	Lacunes relatives à la recherche et implications futures.....	53
	Évaluation/Surveillance de la ligne directrice .....	54
	Stratégies de mise en œuvre .....	56
	Processus de mise à jour et d'examen de la ligne directrice .....	57

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	Liste de références .....	58
--------------------------------	---------------------------	----

Annexe A : Glossaire de termes.....	71
Annexe B : Processus suivi pour les examens systématiques et la stratégie de recherche.....	74
Annexe C : Les cinq éléments.....	78
Annexe D : Questionnaire PHQ-2 sur la santé du client.....	79
Annexe E : Outil de dépistage de la dépression .....	80
Annexe F : Outils permettant d'établir un programme.....	81
Annexe G : Exemple de plan d'action .....	88
Annexe H : Programmes de soutien de l'autogestion .....	92
Annexe I : Ressources de soutien de l'autogestion .....	93
Annexe J : Description de la Trousse .....	93

\*Dans ce document, les mots suivis du symbole G sont définis dans l'Annexe A : Glossaire des termes



## Comment utiliser ce document

Cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers consiste en un document détaillé comportant les ressources nécessaires au soutien de la pratique des soins infirmiers basée sur des données probantes. Le document doit être révisé et appliqué en fonction des besoins particuliers de l'établissement ou de l'endroit où les soins sont prodigués, ainsi que des besoins et des désirs du client. Les lignes directrices ne doivent pas être appliquées comme un « livre de recettes » mais utilisées en tant qu'outil pour aider à la prise de décisions en ce qui concerne les soins individualisés prodigués au client, et pour s'assurer que les structures et les soutiens adéquats sont en place pour prodiguer les meilleurs soins possible.

Les infirmières, les autres professionnels des soins de santé, de même que les administrateurs qui font la promotion des changements sur le plan de la pratique des soins infirmiers et qui y contribuent eux-mêmes, trouveront ce document précieux pour l'élaboration de règlements, de procédures, de protocoles, de programmes de formation, d'outils de documentation et d'évaluation, etc. On recommande d'utiliser les lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers comme un outil de référence. Les infirmières qui offrent des soins directs aux clients pourront bénéficier d'un examen des recommandations, des données probantes qui appuient ces recommandations et du processus qui a été utilisé pour élaborer les lignes directrices. Toutefois, il est fortement recommandé que les pratiques infirmières dans les établissements où les soins sont prodigués adaptent ces lignes directrices dans des formats qui seront faciles à utiliser dans le cadre du travail quotidien. Cette ligne directrice contient quelques formats suggérés pour ces adaptations locales.

Les établissements qui désirent utiliser les lignes directrices peuvent décider de le faire de plusieurs façons :

- a) Évaluer les pratiques actuelles en matière de soins de santé et de soins infirmiers grâce aux recommandations présentées dans les lignes directrices.
- b) Définir les recommandations qui permettront de répondre à des besoins reconnus sur le plan des pratiques professionnelles ou de combler des lacunes dans les services offerts.
- c) Élaborer de manière méthodique un plan visant à mettre en place les recommandations grâce aux outils et aux ressources connexes.

La RNAO désire connaître la façon dont vous avez mis en place cette ligne directrice. Veuillez communiquer avec nous pour nous faire part de votre expérience. Des ressources de mise en place seront mises à la disposition des utilisateurs par l'entremise du site Web de la RNAO afin d'aider les personnes et les établissements à mettre en place les lignes directrices sur les pratiques exemplaires.



## Intention et champ d'activité

Le but de cette ligne directrice est de fournir aux infirmières autorisées et aux infirmières auxiliaires autorisées des recommandations fondées sur les données probantes en matière de soutien de l'autogestion. Ces recommandations présentent des stratégies et des interventions qui améliorent la capacité d'un individu à prendre en charge son état chronique.

La ligne directrice est conçue pour les infirmières qui travaillent dans différents types d'établissements d'un bout à l'autre du continuum des soins de santé. On reconnaît que les connaissances, les compétences, les attitudes et les capacités d'analyse critique et de décision des praticiens varient et s'améliorent au fil du temps grâce à l'expérience et à l'éducation. On reconnaît que la prestation de soins de santé efficace dépend d'une approche interprofessionnelle coordonnée, qui intègre une communication continue entre les professionnels de la santé et les clients/leur famille.

Un client est une personne, ou un ensemble de personnes, avec qui l'infirmière a une relation thérapeutique professionnelle. Dans la plupart des cas, le client est un individu, mais dans certaines situations (p. ex., dans des établissements qui pratiquent les soins axés sur les besoins des familles), le client peut inclure les membres de sa famille ou les personnes qui prennent des décisions en son nom (RNAO, 2006). Quel que soit leur rôle, qu'elles soient impliquées directement ou indirectement avec des clients individuels, toutes les infirmières doivent fournir des soins et des services éthiques répondant aux normes de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO), ce qui est reflété dans les lignes directrices sur les pratiques exemplaires de la RNAO.

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires sont des déclarations élaborées de façon systématique afin de venir en aide aux praticiens et aux clients qui doivent prendre des décisions concernant les soins de santé appropriés (Field et Lohr, 1990). Le but de cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires est d'aider les infirmières qui s'occupent d'adultes. Le client pédiatrique n'est pas nécessairement exclu, mais les enfants ont des besoins particuliers en matière d'évaluation en relation avec leur stade de développement, qui ne sont pas couverts par la présente ligne directrice. Toutefois, une évaluation des capacités cognitives et physiques de l'individu doit être prise en compte, indépendamment de l'âge.

## Principes directeurs

Les principes directeurs de cette ligne directrice sur l'autogestion sont fondés sur le fait qu'il s'agit de processus dirigés par le client et facilités par l'infirmière (c'est-à-dire que le client détermine le programme en prenant la direction des interactions et des plans d'action). De plus, la participation du client et de sa famille est d'une importance primordiale. Les stratégies de soins doivent être adaptées aux attitudes, aux convictions, à la culture et aux préférences du client, et un transfert de pouvoir doit se produire entre le prestataire de soins de santé et le client. Cela peut être réalisé grâce à l'établissement d'une relation thérapeutique et à une orientation vers les soins axés sur les besoins du client.

L'établissement d'une relation thérapeutique est essentielle à la réussite du soutien de l'autogestion. Le soutien de l'autogestion crée un sentiment de confiance et est basé sur la ligne directrice sur les pratiques exemplaires *Établissement de la relation thérapeutique* de la RNAO. La relation thérapeutique est fondée sur un processus interpersonnel entre l'infirmière et le client ou sa famille. Il s'agit d'une relation ayant un but, axée sur les objectifs, dans le meilleur intérêt du client et qui vise à obtenir les meilleurs résultats possible (RNAO, 2006).

Les relations thérapeutiques commencent par une évaluation, alors que le praticien établit une relation et obtient des renseignements exacts sur le contexte du client.

L'infirmière obtient des renseignements spécifiques concernant :

- la façon dont le client interprète sa maladie
- ce que ressent le client par rapport à sa maladie
- le plan de soins
- la vie et la situation familiale
- les rôles et les relations des membres de la famille

Les associations d'infirmières professionnelles et les organismes de réglementation ont déterminé qu'une relation thérapeutique, ou une relation d'aide, est un aspect central des soins infirmiers et ont intégré des qualités de la relation entre l'infirmière et le client dans de nombreux énoncés sur la pratique (Ordre des infirmières et infirmiers, 2006; RNAO, 2006).

Les qualités de la relation thérapeutique comprennent l'écoute active, la confiance, le respect, la sincérité, la compréhension et une réponse aux préoccupations du client (RNAO, 2002).

Les soins axés sur les besoins du client sont basés sur les principes décrits dans les *Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins axés sur les besoins du client* (RNAO, 2002). Les définitions du concept d'orientation sur les besoins du client utilisées par les chercheurs varient considérablement (Michie, Miles et Wienman, 2003). Toutefois, elles comprennent souvent des éléments tels que « aller à la rencontre des individus là où ils en sont » ou « commencer où le client en est », et constituent un éloignement majeur des modèles paternalistes traditionnels, dans lesquels le prestataire de soins « sait mieux que quiconque ».

Les soins axés sur les besoins du client ne prétendent pas savoir qui est la personne, ce dont elle a besoin ou devrait apprécier, ou ce qui la motive. Une approche axée sur les besoins de la personne est collaborative, relationnelle et orientée vers les objectifs. Elle est relationnelle parce que le style et l'attitude du prestataire de soins sont caractérisés par l'ouverture, un respect authentique et l'intérêt envers le bien-être du client. Un individu est plus susceptible de changer dans le cadre d'une relation sûre et digne de confiance, dans laquelle il peut réfléchir à sa situation et examiner des étapes possibles menant au changement. Par conséquent, le rôle du prestataire de soins consiste à encourager la personne à parler, à examiner les options et les ressources ensemble, à demander ce qui pourrait l'empêcher de prendre une mesure particulière, à les aider à se pencher sur l'ambivalence, à fournir des renseignements et une aide utiles, et à les soutenir tout au long de leur cheminement. Les principaux objectifs du prestataire de soins sont orientés vers les objectifs du destinataire des soins, qui, de façon optimale, sont définis de façon collaborative, ainsi que vers la qualité du processus de prestation des soins afin d'aider à atteindre ces objectifs (Morrison, 2007).

## Terminologie

Dans le domaine des états chroniques, bon nombre de termes sont utilisés de façon interchangeable. Les plus communs sont maladies chroniques, états chroniques et problèmes de santé chroniques. Dans le présent document, le terme « état chronique » est utilisé. On définit les états chroniques comme des maladies de longue durée et dont la progression est généralement lente, comme les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et le diabète. (OMS, 2009).

## Hypothèses clés

Les recommandations présentées dans cette ligne directrice sont fondées sur les hypothèses suivantes :

1. Bien que les clients puissent avoir besoin d'information et de soutien pour prendre en charge eux-mêmes leur état de santé, en fin de compte, ce sont eux qui contrôlent ces décisions importantes relatives à l'autogestion. (Bodenheimer, Lorig, Holman, Grumbach, 2002).
2. Le besoin que ressent le client pour obtenir un soutien afin de l'aider à prendre ses décisions est variable et doit être adapté individuellement.
3. L'information et le soutien donnés aux clients concernant leur autogestion doit favoriser la prestation de soins fondés sur les données scientifiques et les préférences de chaque client.
4. Les relations de collaboration avec les clients et leurs familles sont essentielles à la réussite du soutien de l'autogestion.
5. Les options en matière d'autogestion dépendent de la situation du client individuel et de la disponibilité des ressources.
6. Cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires est conçue pour favoriser la prestation de soins fondés sur les données probantes, de la meilleure qualité possible, en relation avec le soutien des décisions et de l'autogestion, destinés aux adultes atteints d'états chroniques.
7. Les infirmières font partie d'un des nombreux groupes de prestataires de soins de santé qui participent au soutien de l'autogestion.



# Résumé des recommandations

## Recommandations relatives à la pratique professionnelle

APPROCHE ADOPTÉE		TYPE DE DONNÉES PROBANTES <sup>1</sup>
<b>1.0</b>	Les infirmières ont recours à une approche de changement du comportement qui consiste à évaluer, conseiller, accepter, aider et organiser, afin d'intégrer les multiples stratégies d'autogestion lorsqu'elles soutiennent un client atteint d'une maladie chronique, afin d'aider à améliorer le résultat atteint.	<b>Ia</b>
<b>ÉVALUER</b>		
<b>1.1.a</b>	Les infirmières établissent de bonnes relations avec les clients et leurs familles.	<b>III</b>
<b>1.1.b</b>	Les infirmières effectuent un dépistage de la dépression lors de la première évaluation, puis à intervalles réguliers, et préconisent un traitement de suivi <sup>G</sup> de la dépression.	<b>Ib</b>
<b>1.1.c</b>	Les infirmières établissent un ordre du jour écrit lors des rendez-vous, en collaboration avec le client et sa famille, ce qui peut comprendre : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ La consultation des données cliniques</li> <li>■ Une discussion des expériences du client relatives à l'autogestion</li> <li>■ L'administration des médicaments</li> <li>■ Les obstacles/facteurs stressants</li> <li>■ La création d'un plan d'action</li> <li>■ L'éducation du client</li> </ul>	<b>IIb</b>
<b>1.1.d</b>	Les infirmières évaluent constamment si le client est prêt à changer, afin de contribuer à l'établissement de stratégies qui aident le client relativement à des comportements spécifiques.	<b>III</b>
<b>1.1.e</b>	Les infirmières encouragent les clients à avoir recours à des instruments d'évaluation des risques pour la santé, montrent comment utiliser ces outils, puis discutent avec eux des résultats de l'évaluation des risques lors des suivis réguliers.	<b>Ib</b>
<b>CONSEILLER</b>		
<b>1.2.a</b>	Les infirmières combinent des stratégies comportementales et psychosociales efficaces et des processus d'éducation en matière d'autogestion dans le cadre de la prestation d'un soutien de l'autogestion.	<b>Ia</b>
<b>1.2.b</b>	Les infirmières ont recours à la technique de communication « demander-dire-demander » (éliciter-fournir-éliciter) afin de s'assurer que le client reçoit l'information qu'il demande ou dont il a besoin.	<b>III</b>
<b>1.2.c</b>	Les infirmières ont recours à la technique de formation « fermer la boucle » <sup>G</sup> afin d'évaluer dans quelle mesure le client comprend l'information.	<b>III</b>
<b>1.2.d</b>	Les infirmières aident les clients à utiliser l'information provenant des techniques d'auto-surveillance <sup>G</sup> (p. ex., surveillance du glucose, surveillance à domicile de la tension artérielle) pour prendre en charge leur état.	<b>Ib</b>
<b>1.2.e</b>	Les infirmières encouragent les clients à avoir recours à des méthodes de surveillance (p. ex., journaux, registres, dossiers personnels de santé) pour assurer la surveillance et le suivi de leur état de santé.	<b>III</b>

<sup>1</sup>Voir la page 9 pour obtenir une interprétation des données probantes.

<b>ACCEPTER</b>		
<b>1.3</b>	Les infirmières collaborent avec les clients dans les buts suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fixer des objectifs;</li> <li>■ Élaborer des plans d'action qui permettent la réalisation des objectifs; et</li> <li>■ Surveiller les progrès menant aux objectifs.</li> </ul>	<b>Ia</b>
<b>AIDER</b>		
<b>1.4.a</b>	Les infirmières qui ont suivi une formation appropriée ont recours à des techniques d'entrevue motivationnelle avec leurs clients afin de leur permettre de participer pleinement à la détermination des changements qu'ils souhaitent apporter à leur comportement.	<b>Ia</b>
<b>1.4.b</b>	Les infirmières enseignent aux clients à avoir recours à des techniques de résolution de problèmes <sup>G</sup> et les aident à le faire.	<b>Ia</b>
<b>1.4.c</b>	Les infirmières connaissent les programmes communautaires d'autogestion donnés dans différents établissements, et peuvent mettre les clients en relation avec ces programmes en leur fournissant des renseignements exacts et des ressources pertinentes.	<b>Ib</b>
<b>ORGANISER</b>		
<b>1.5</b>	Les infirmières organisent un suivi régulier et soutenu pour les clients, en fonction des préférences et des disponibilités de ceux-ci (p. ex., téléphone, courriel, rendez-vous réguliers). Les infirmières et les clients discutent des données/informations qui seront passées en revue lors de chaque rendez-vous et se mettent d'accord à ce sujet.	<b>Ia</b>
<b>MODÈLES DE PRESTATION INNOVANTS</b>		
<b>2.0</b>	Les infirmières ont recours à différentes méthodes innovantes, créatrices et flexibles avec les clients, lorsqu'elles leur fournissent un soutien à l'autogestion comme : <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Des systèmes de soutien électroniques</li> <li>b) Des documents imprimés</li> <li>c) Un contact téléphonique</li> <li>d) Une interaction en personne</li> <li>e) De nouvelles méthodes émergentes</li> </ol>	<b>IIb</b>
<b>2.1</b>	Les infirmières adaptent leurs stratégies de soutien de l'autogestion à la culture et au contexte social et économique des clients dans différents milieux.	<b>IIa</b>
<b>2.2</b>	Les infirmières approchent une approche collaborative des équipes de pratique, afin de fournir un soutien efficace de l'autogestion.	<b>Ib</b>

## Recommandations relatives à la formation

<b>APPROCHE ADOPTÉE</b>		<b>TYPE DE DONNÉES PROBANTES<sup>1</sup></b>
<b>3.0</b>	Les programmes pédagogiques de soins infirmiers intègrent les principes de l'enseignement du soutien de l'autogestion à leur programme de base et au perfectionnement professionnel.	<b>IV</b>
<b>3.1</b>	Les organismes fournissent un enseignement du soutien de l'autogestion dans le cadre de différentes occasions de perfectionnement professionnel afin de soutenir les infirmières lors de leur acquisition de compétences en soutien de l'autogestion.	<b>IV</b>

## Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements

APPROCHE ADOPTÉE		TYPE DE DONNÉES PROBANTES <sup>1</sup>
4.0	Les organismes donnent aux infirmières des occasions de jouer des rôles de leadership afin de fournir un soutien de l'autogestion.	IV
4.1	Les organismes intègrent les valeurs et les principes relatifs au soutien de l'autogestion, qui concernent la promotion de soins axés sur les besoins du client et des relations thérapeutiques lors de la prestation de soins et de services, grâce à leur inclusion dans les plans stratégiques et les objectifs de l'organisme.	IV
4.2	Les décideurs (chefs de la direction, directeurs, gestionnaires et intervenants) au sein des organismes veillent à assurer qu'un financement adéquat est disponible pour les initiatives de soutien de l'autogestion, comme la technologie relative à l'enseignement des clients et des infirmières	IV
4.3	Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers peuvent être mises en œuvre lorsqu'il existe des stratégies de planification, des ressources et des soutiens organisationnels et administratifs adéquats, ainsi qu'une facilitation appropriée de l'adoption des lignes directrices par les cliniciens. Un plan organisationnel efficace pour la mise en œuvre comprend : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une évaluation de la préparation de l'organisation et des obstacles à la mise en œuvre, qui tient compte de la situation locale.</li> <li>■ L'implication de tous les membres (que ce soit dans le cadre d'un rôle de soutien direct ou indirect) qui contribueront au processus de mise en œuvre.</li> <li>■ Des occasions continues de discussion et d'éducation afin de renforcer l'importance des pratiques exemplaires.</li> <li>■ Le dévouement d'une personne qualifiée pour fournir le soutien requis au processus d'éducation et de mise en œuvre.</li> <li>■ Des occasions continues de discussion et d'éducation afin de renforcer l'importance des pratiques exemplaires.</li> <li>■ Des occasions de réfléchir à l'expérience personnelle et organisationnelle en matière de mise en œuvre des lignes directrices.</li> </ul>	IV

\* La mise en œuvre réussie des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers ne peut avoir lieu que lorsqu'il existe une planification, des ressources et un soutien organisationnel et administratif adéquats, ainsi qu'une facilitation appropriée.

## Interprétation des données probantes

### Types de données probantes

Ia	Données probantes provenant d'une méta-analyse ou d'un examen systématique d'essais contrôlés randomisés.
Ib	Données probantes provenant d'au moins un essai contrôlé randomisé.
IIa	Données probantes provenant d'au moins une étude contrôlée bien conçue, sans randomisation.
IIb	Données probantes provenant d'au moins un autre type d'étude quasi-expérimentale bien conçue, sans randomisation.
III	Données probantes provenant d'études descriptives non expérimentales bien conçues, comme des études comparatives, des études de corrélation et des études de cas.
IV	Données probantes provenant de rapports ou d'opinions de comités d'experts ou de l'expérience clinique d'autorités respectées

## Membres du groupe d'élaboration de la Ligne directrice

### Patrick McGowan, Ph.D.

#### **Chef d'équipe**

Professeur agrégé  
Université de Victoria, Centre on Aging  
Delta (Colombie-Britannique)

### Suzanne Fredericks, inf.aut., Ph.D.

#### **Chef d'équipe secondaire**

Professeure agrégée  
Université Ryerson, Daphne Cockwell School of Nursing  
Toronto (Ontario)

### Gail Beatty, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.

Analyste de politiques en soins infirmiers  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

### Natacha Des Rosiers, inf.aut., B.Sc.

Infirmière clinique  
Hôpital Charles Le Moine, clinique du diabète  
Greenfield Park (Québec)

### Martha Mitchell Funnell, inf.aut., M.S., CDE

Infirmière clinicienne spécialisée, recherche, chercheuse  
Département d'éducation médicale  
University of Michigan, Diabetes Research and Training Centre  
Ann Arbor (Michigan, États-Unis)

### Irene Holubiec, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Ed.

Directrice nationale des services cliniques  
VON Canada  
Mississauga (Ontario)

### Rhonda Johnstone, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., GNC(c)

Directrice des services gériatriques  
Hôpital Royal Victoria  
Barrie (Ontario)

### Kim Lavoie, M.A., Ph.D.

Professeure adjointe  
Université du Québec à Montréal, département de psychologie  
Montréal (Québec)

### Anne Lyddiatt, inf.aut.

Formatrice nationale  
Patients Partners in Arthritis  
Ingersoll (Ontario)

### Angelique O'Donnell, inf.aut., B.Sc.Inf.

Infirmière soignante  
L'Hôpital Régional de Sudbury Regional Hospital (HRSRH),  
réadaptation cardiaque  
Sudbury (Ontario)

### Kelly O'Halloran, inf.aut., M.Sc.Inf.,

Infirmière praticienne en soins actifs  
Hamilton Health Sciences  
Hamilton (Ontario)

### Judith Schaefer, M.H.P.

Associée de recherche principale  
MacColl Institute, Group Health Research Institute  
Seattle (Washington, États-Unis d'Amérique)

### Colleen Joan Stang, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.

Infirmière clinicienne spécialisée  
Stroke Prevention Clinic  
St. Joseph's Healthcare  
Hamilton (Ontario)

### Janet Chee, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.

Directrice de programmes (de février 2007 à janvier 2009)  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

### Althea Stewart-Pyne, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc.S.

Directrice de programmes (de juin 2009 à septembre 2010)  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

### Erica D'Souza, B.Sc., GC, DipHlthProm

Adjointe de programmes (de janvier 2009 à septembre 2010)  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

Des déclarations de conflit d'intérêts et de confidentialité ont été faites par tous les membres du groupe d'élaboration de cette ligne directrice. Des renseignements supplémentaires sont disponibles auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

## Membres du groupe consultatif

Les membres du groupe consultatif, qui représentent différents points de vue, ont été convoqués afin d'apporter un complément d'information au procédé et au contenu. L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario tient à remercier les personnes suivantes pour leur contribution à l'élaboration de cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers :

### Barbara Cowie, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., GNC(C), NCA

Infirmière en pratique avancée, infirmière conseillère en incontinence  
West Park Healthcare Centre  
Toronto (Ontario)

### Bo Fusek, inf.aut, B.A., B.Ed., M.Ed., CDE

Consultante clinique en diabète et en dialyse  
Saint Elizabeth Health Care  
St. Catharines (Ontario)

### Deb Jenkins, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.

Coordonnatrice des pratiques exemplaires, soins de longue durée  
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Kingston (Ontario)

### Robin Moore-Orr, DSC, RD

Professeure agrégée adjointe  
Université Memorial de Terre-Neuve, faculté de médecine  
St. John's (Terre-Neuve)

### Lynn Anne Mulrooney, inf.aut., M.H.P., Ph.D.

Analyste principale des politiques  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Toronto (Ontario)

### Judy Murray, B.Sc. (PT), M.Sc.PT

Physiothérapeute  
North York General Hospital  
Toronto (Ontario)

### Robert Donald Reid, B.Sc., M.Sc., M.B.A., Ph.D.

Professeur agrégé, médecine  
Directeur, promotion de la santé  
Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa  
Ottawa (Ontario)

### Patti Staples, inf.aut.(cat. spéc.), M.Sc.Inf., CCN(C)

Infirmière clinicienne spécialisée/Infirmière praticienne  
Hotel Dieu Hospital, clinique de défaillance cardiaque  
Kingston (Ontario)

### Durhane Wong-Rieger, Ph.D.

Chef de la direction  
Institute for Optimizing Health Outcomes  
Toronto (Ontario)



## Remerciements de l'intervenant

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario tient à remercier les intervenants suivants pour leur contribution à la révision de cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers :

NOM, TITRES DE COMPÉTENCE	TITRE, ORGANISME, VILLE, PROVINCE
Shelly Archibald, inf.aut., B.Sc.Inf.	Infirmière en santé publique, Santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada, Sioux Lookout (Ontario)
Janet Baker, inf.aut., B.Sc.Inf., CNeph(c)	Infirmière clinicienne, Halton Healthcare Services, Kidney Function Clinic, Oakville (Ontario)
Lisa Crawley Beames, inf.aut., B.Sc.Inf., CPMHN(c)	Directrice du traitement clinique, St. Michael's Hospital, Toronto (Ontario)
Terry A. Booth, inf.aut., CDE	Infirmière autorisée, St. Joseph's Healthcare Hamilton, Hamilton (Ontario)
Shelley Bouchard, inf.aut., B.Sc.Inf., B.A.	Infirmière autorisée, programmes d'ostéoporose et d'arthrose, Women's College Hospital, Toronto (Ontario)
Anne Burns, inf.aut.	Coordonnatrice, DuPage Community Clinic, Wheaton (Illinois)
Susan Chandler, inf.aut.	Infirmière autorisée, Partners in Community Nursing, Whitby (Ontario)
Brock Cooper, inf.aut., B.Sc.Inf., CPMHN(c)	Infirmier soignant, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto (Ontario)
Lucia Costantini, inf.aut., M.Sc.Inf., Cnep(c)	Coordonnatrice de l'éducation, St. Joseph's Health, Toronto (Ontario)
Evangeline Danseco, Ph.D.	Directrice de l'évaluation et de la recherche, Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents, Ottawa (Ontario)
Edward Dawe	Directeur, Central Health, Windsor (Ontario)
Elizabeth Diem, inf.aut., Ph.D.	Professeure adjointe, Université d'Ottawa, faculté de sciences infirmières, Ottawa (Ontario)
Denise Dodman, inf.aut., B.Sc.Inf., GNC(c)	Infirmière en exercice professionnel, Alliance Chatham-Kent pour la santé, Chatham (Ontario)
Cheryl Evans, inf.aut., M.Sc.Inf.	Consultante en exercice professionnel des soins infirmiers et infirmière gestionnaire, St. Joseph's Healthcare Hamilton, Hamilton (Ontario)
Maylene Fong, inf.aut., M.Sc.Inf.	Chef de pratique clinique en matière de prévention et de prise en charge des maladies chroniques, Vancouver Coastal Health, Vancouver (Colombie-Britannique)
Lisabeth Gatkowski, inf.aut., B.Sc.Inf., CPMHN(c)	Infirmière autorisée, St. Joseph's Healthcare Hamilton, Hamilton (Ontario)
Karen Gayman, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.(c)	Directrice des soins infirmiers, Princess Margaret Hospital, Toronto (Ontario)
Pat Gibson, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Ed.	Consultante auprès de chefs d'ateliers, South Slokan (Colombie-Britannique)
Sophia Gocan, inf.aut., B.Sc.Inf., CNN(c)	Infirmière autorisée, programme régional des accidents vasculaires cérébraux, Hôpital d'Ottawa, Ottawa (Ontario)

NOM, TITRES DE COMPÉTENCE	TITRE, ORGANISME, VILLE, PROVINCE
Kathy-Lynn V. Greig, inf. aux. aut., B.Sc.Inf.(c)	Étudiante en sciences infirmières, faculté de sciences infirmières, University of Information & Technology, Oshawa (Ontario)
Karen Harkness, inf.aut., CCN(c), Ph.D.	Boursière de recherches postdoctorales, Heart Function Clinic, Hamilton Health Sciences, Université McMaster, Hamilton (Ontario)
Emily Harrison, inf.aut., BHScN, CNeph(c)	Gestionnaire des soins des patients, Clinique de soins des reins, dialyse à domicile et prévention et prise en charge des maladies chroniques, Lakeridge Health, Oshawa (Ontario)
Susan Haskell, B.A., RRT, CRE	Inhalothérapeute/éducatrice, Eastern Health, St. John's (Terre-Neuve)
Irene Heinz, inf.aut.(EN), M.Sc.Inf., CNN(c)	Infirmière praticienne, programme des accidents vasculaires cérébraux, Royal Victoria Hospital, Barrie (Ontario)
MaryJane Herlihey, inf.aut., B.Sc.Inf., CHHN(c)	Consultante en éducation clinique, ParaMed Home Health Care, Ottawa (Ontario)
Michael Hindmarsh, M.A.	Président, Hindsight Health Care Strategies, Toronto (Ontario)
Kyla Issac, inf.aut., CHN	Infirmière en santé communautaire, Muncey Health Centre, Santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada, Muncey (Ontario)
Sylvia A. Kommusaar, inf.aut.	Infirmière autorisée, Extendicare Van Daele, Sault Ste. Marie (Ontario)
Margery Konan, B.Sc. (avec mention)	Directrice des projets prioritaires, Centres d'accès aux soins communautaires Centre-Est, Scarborough (Ontario)
Sophie Laforest, Ph.D.	Professeure agrégée, Université de Montréal, département de kinésiologie, Montréal (Québec)
Lisa Lallion, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., CNS	Infirmière clinicienne spécialisée, Sunnybrook Hospital, Regional Stroke Centre, Toronto (Ontario)
Janis Leiterman, inf.aut., B.Sc.Inf., MPA, CCHN(c)	Directrice principale, Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada (VON), Ottawa (Ontario)
Sylvie Leung, M.Sc.Inf.	Candidate au PhD, Université de l'Alberta, faculté de sciences infirmières, Edmonton (Alberta)
Joanne Lewis, RD, CDE	Diététiste, éducatrice spécialisée en diabète, West Hill Community Services, Toronto (Ontario)
Kristy Lojewski, inf. aux. aut., réflexologiste	Infirmière soignante, Regional Mental Health Care London, London (Ontario)
Kate Lorig, inf.aut., DrPH	Professeure, Université de Stanford, faculté de médecine, Stanford (Californie)
Karen Lorimer, inf.aut., M.Sc.Inf., CCHN(c)	Infirmière en pratique avancée, Carefor Health & Community Services, Ottawa (Ontario)
Diane Lowden, inf.aut., MSc(A), M.Sc.Inf.	Infirmière clinicienne spécialisée, programme de sclérose en plaques, Centre universitaire de santé McGill, Montréal (Québec)
Lisa C. Lynch, inf.aut.	Infirmière autorisée, Queensway Carleton Hospital, Ottawa (Ontario)
Tracey Maitland, inf.aut.	Éducatrice spécialisée en diabète, Group Health Centre, Sault Ste. Marie (Ontario)

NOM, TITRES DE COMPÉTENCE	TITRE, ORGANISME, VILLE, PROVINCE
Mary-Lou Martin, inf.aut., M.Sc.Inf., M.Ed.	Infirmière clinicienne spécialisée, St. Joseph's Healthcare Hamilton, Hamilton (Ontario)
Elizabeth Mathewson, inf.aut., B.Sc.Inf., M.H.P.	Professeure, Sir Sandford Fleming College, faculté de sciences infirmières, Peterborough (Ontario)
Cheryl Mayer, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., APN/CNS	Infirmière en pratique avancée/clinicienne spécialisée, London Health Sciences Centre, London (Ontario)
Loretta G. McCormick, inf.aut.(cat. spéc.), B.Sc.Inf., PHC, NP	Infirmière praticienne, Clinique de MPOC, Cambridge Memorial Hospital, Cambridge (Ontario)
Sue McManus, M.Sc.Inf., APRN., PhD(c)	Infirmière praticienne spécialisée en néphrologie, RLR VA Medical Center, Indianapolis (Indiana)
Joyal Miranda, inf.aut., M.Sc.Inf., Ph.D.	Boursier de recherches postdoctorales, Groupe de recherche interuniversitaire en interventions en sciences infirmières du Québec (GRIISIQ), Université de Montréal, Montréal (Quebec)
Lorraine Montoya, inf.aut., B.Sc.Inf., MAEd	Infirmière autorisée, Promotion de la santé, programmes de prévention primaire, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario)
Katherine Morris, inf.aut., B.Sc.Inf., MAEd (IP)	Éducatrice clinique, OTN Telehomecare Program, Toronto (Ontario)
Alwyn Moyer, inf.aut., Ph.D.	Professeur auxiliaire, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario)
Lindsay Muta, inf. aux. aut.	Infirmière clinicienne, Comcare Health Services, Woodstock (Ontario)
Alvisa Palese, M.Sc.Inf., B.Sc.Inf.	Professeure agrégée, Université d'Udine, École des sciences infirmières, Udine (Italie)
Manon Parision, OT, M.Sc.	Ergothérapeute, Centre de santé de services sociaux Cavendish, Montréal (Québec)
Malinda Peeples, inf.aut., MS, CDE	Vice-présidente chargée du marketing clinique, WellDoc Inc, Maryland (États-Unis)
Lynn Roodbol, MRT, CWC	Monitrice certifiée en bien-être, Guelph (Ontario)
Valerie Rzepka, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc.	Analyste en politiques de soins infirmiers, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, Toronto (Ontario)
Joanne Seitz, M.Sc.Inf., WHNP-BC, CPHQ, CHCQM	Infirmière praticienne spécialisée en santé des femmes, Kaiser Permanente, Napa (Californie)
Christine Silvestre, inf.aut., B.Sc.Inf., CDE	Infirmière éducatrice spécialisée en diabète, Centretown Community Health Centre, Ottawa (Ontario)
Cheryl Smith, inf.aut., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., PHC, NP	Infirmière praticienne en soins de santé primaires, Cumberland Health Authority, Advocate (Nouvelle-Écosse)
Lily Spanjevic, inf.aut., M.Sc.Inf., GNC(C), CRN(c)	Infirmière en pratique avancée, Joseph Brant Hospital, Burlington (Ontario)
Maureen Topley, inf.aut., B.Sc.Inf., CDE	Infirmière autorisée, Colchester East Hants Health Authority, Truro (Nouvelle-Écosse)



**NOM, TITRES DE COMPÉTENCE**

**TITRE, ORGANISME, VILLE, PROVINCE**

Joan Watterson, M.A.

Cliente, Université de Victoria, Vancouver (Colombie-Britannique)

Katie Weinger, inf.aut., EdD

Chercheuse, Joslin Diabetes Center, Boston (Massachusetts)

Stephanie Witwer, inf.aut., MS

Infirmière administratrice, soins primaires et dermatologie, Mayo Clinic, Rochester (Minnesota)

Durhane Wong-Rieger, B.A., M.A., Ph.D.

Président-directeur général, Institute for Optimizing Health Outcomes, Toronto (Ontario)

Connie Wood , inf.aut., B.Sc.Inf.

Infirmière autorisée, Haliburton Highlands Family Health Team, Haliburton (Ontario)

Cecilia Yeung, inf.aut., M.Sc.Inf.

Infirmière autorisée, Dr. Paul & John Reikai Centre, Toronto (Ontario)

Baiba Zarins, inf.aut., B.Sc.Inf., MHS

Directrice de projet, Pratique internationale, Réseau universitaire de santé, Toronto (Ontario)



## Processus d'élaboration de la ligne directrice

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO), avec le soutien financier du gouvernement de l'Ontario, s'est lancée sur un projet d'une durée de plusieurs années, traitant de l'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers, d'une mise en œuvre pilote, de leur évaluation et de leur diffusion. Un des domaines sur lesquels nous mettons l'accent est celui des interventions en matière de soins infirmiers relatives au soutien de l'autogestion. Cette ligne directrice a été élaborée par un groupe d'infirmières et d'autres professionnels de la santé convoqué par la RNAO. Ce travail a été effectué de façon impartiale, sans influence du gouvernement de l'Ontario.

En mars 2007, un groupe d'infirmières et d'infirmiers, de chercheurs et d'autres professionnels de la santé qui possédaient de l'expérience en matière de pratique et de recherche relativement à la prise en charge d'états chroniques, provenant d'une gamme d'établissements, a été convoqué sous l'égide de la RNAO. Le groupe d'experts a discuté de la portée de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires et est parvenu à un consensus à ce sujet.

Par la suite, une recherche effectuée dans les ouvrages scientifiques afin de trouver des lignes directrices sur les pratiques cliniques, des examens systématiques, des études de recherche pertinentes et des sites Web a été effectuée. Aucune ligne directrice sur les pratiques exemplaires axée sur la prise en charge des états chroniques chez les **adultes** n'a été trouvée. Consultez l'annexe B pour obtenir des renseignements sur la stratégie de recherche et ses résultats.

Les membres du groupe d'experts ont discuté des résumés des données probantes et des articles clés et sont arrivés à un consensus sur les meilleures données disponibles sur lesquelles baser leurs recommandations. Le groupe d'experts s'est alors divisé en sous-groupes d'experts en différents sujets afin de rédiger des recommandations relatives aux interventions en matière de soins infirmiers. Le résultat du processus a été l'élaboration de recommandations en matière de pratique, d'éducation, d'organisation et de politique. Les membres du groupe d'experts ont révisé ensemble les recommandations provisoires, ont discuté des lacunes, ont examiné les données provisoires et se sont entendus relativement à une série finale de recommandations.

Ce document provisoire a été présenté à un groupe d'intervenants à des fins de vérification et de rétroaction – ces vérificateurs sont remerciés sur la page 12 du présent document. Les intervenants représentaient différents groupes de professionnels de la santé, de clients et de familles, ainsi que des associations professionnelles. Les intervenants ont reçu une série de questions spécifiques afin d'orienter leurs commentaires et ont pu donner une rétroaction spécifique et leurs impressions générales. Les commentaires des intervenants ont été compilés et vérifiés par le groupe d'élaboration – les discussions et le consensus ont entraîné des révisions au document provisoire avant la mise à l'essai.

## Contexte

Au cours des dix dernières années, une augmentation considérable de la prévalence des états chroniques est apparue, modifiant la façon dont les soins sont demandés, gérés, fournis et reçus. À l'heure actuelle, un individu sur trois vit avec un état chronique (Pepper-Burke, 2003). Les maladies chroniques sont différentes des maladies aiguës qui, dans la plupart des cas, nécessitent l'attention spécialisée, intensive et rapide d'un professionnel de la santé et peuvent inclure un suivi limité. À l'opposé, les maladies chroniques s'étendent sur une longue période, et plutôt qu'une attention professionnelle intensive et limitée, elles nécessitent un soutien considérable et professionnel de l'autogestion pendant toute la vie du client, afin de permettre l'implication totale du client et la gestion de la dynamique de la vie associée, avec un suivi professionnel, régulier et à long terme.

Au Canada, les états chroniques les plus prévalents sont le cancer, la maladie cardiovasculaire et le diabète, suivis de la maladie pulmonaire obstructive chronique, de l'asthme, de la dépression et de l'anxiété, et de l'arthrite (AIIC, 2005).

La prévalence croissante des états chroniques deviendra évidente dans au moins le tiers des pays développés au cours des 50 prochaines années. Mondialement, les maladies chroniques sont la principale cause de mort et d'invalidité. Au Canada, on prévoit que 89 % de tous les décès seront attribuables aux maladies chroniques (Organisation mondiale de la Santé Canada, 2005).

On prévoit également que 34 % de ces décès seront causés par les maladies cardiovasculaires, principalement les accidents vasculaires cérébraux et les maladies cardiaques; 29 % seront associés au cancer; 17 % seront attribuables

à d'autres maladies chroniques; 6 % seront associés à la maladie respiratoire chronique, et 3 % seront causés par le diabète.

L'incidence chez les Canadiens qui vivent avec des maladies chroniques est plus élevée chez les individus de 65 ans ou plus (Conseil canadien de la santé, 2007). Associés avec le vieillissement de la population et l'augmentation des coûts des soins de santé, les états chroniques contribueront à un fardeau financier qui pourrait mettre à l'épreuve les ressources médicales et personnelles limitées dont dispose chaque pays (OMS, 2005). Les Canadiens ressentent de nombreuses façons l'impact de ces états chroniques; comme l'a décrit le ministre de la Santé du Canada, « ...non seulement le fardeau de ces maladies de longue durée tombe sur les individus et leurs familles, mais on estime qu'elles coûtent à l'économie canadienne 80 milliards de dollars par an en raison des maladies et de l'invalidité » (Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains, 2005, p. 1). Il est évident que nous pouvons faire mieux pour aider de façon plus efficace les personnes atteintes d'une maladie chronique à vivre un mode de vie optimal où les résultats cliniques, fonctionnels et même économiques sont meilleurs.

*« L'autogestion et le soutien des décisions sont reconnus comme faisant partie intégrante de nombreux modèles de prévention et de prise en charge des maladies chroniques (Improving Chronic Illness Care, 2005; Organisation mondiale de la Santé, 2002). En général, les Canadiens souhaitent participer aux décisions prises concernant leur santé (O'Connor 2002, 2003), et les patients et leurs familles veulent que les prestataires de soins écoutent leur point de vue et leurs préférences (Coulter, 2005). De plus, les normes et les lignes directrices sur la pratique professionnelle préconisent l'inclusion des patients dans la planification des soins (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario [OIIO], 2006a, RNAO, 2006). »*

Extrait de RNAO Decision Support for Adults Living with Chronic Kidney Disease, juillet 2009

La prévalence croissante des états chroniques, exacerbée par la démographie changeante du Canada, accompagnée des attentes croissantes des membres du public qui veulent être impliqués dans leurs soins de santé, ainsi que les normes relatives à la pratique des soins qui renforcent l'orientation vers le client, nécessitent tous un transfert des méthodes traditionnelles axées sur le prestataire de soins, qui ne sont pas aussi efficaces pour permettre à un client de maintenir un mode de vie optimal lorsqu'il doit vivre avec une maladie chronique. Un tel transfert influencera le travail de nombreuses infirmières et inclut un passage vers des méthodes plus prometteuses axées sur le client, qui se concentrent sur l'autogestion et l'habilitation du client. Les infirmières canadiennes sont encouragées à examiner leur rôle au sein du système de soins de santé et d'éducation afin de s'assurer qu'elles sont préparées à rajuster leurs approches des soins pour adopter des stratégies plus efficaces de prise en charge des maladies chroniques.

Une approche prometteuse de l'amélioration des résultats et de la réduction des coûts de santé associés aux états chroniques est « l'autogestion », dans le cadre de laquelle les individus, en collaboration avec les infirmières et d'autres professionnels de la santé, assument une plus grande responsabilité pour les décisions en matière de soins de santé. L'autogestion consiste à aborder de multiples facteurs de risque associés au comportement (c.-à-d. activité physique, alimentation, tabagisme et consommation d'alcool), par l'entremise de trois tâches de base :

1. La surveillance et la prise en charge des signes et des symptômes de la maladie;
2. L'adoption de comportements appropriés pour la santé et le mode de vie et la prise de médicaments de façon appropriée; et
3. Le maintien d'un contact régulier avec les prestataires de soins de santé.

Par conséquent, l'autogestion est définie de la façon suivante :

*« ... Les tâches que les individus doivent effectuer pour bien vivre avec un ou plusieurs états chroniques. Ces tâches comprennent avoir l'assurance nécessaire pour la prise en charge médicale, la prise en charge des rôles et la prise en charge émotionnelle de leur état »*

(Adams, Greiner et Corrigan, 2004, p. 57).

Cette définition imagine l'autogestion comme étant constituée des mesures, soutenues par l'éducation, que le client devra acquérir et utiliser pour prendre en charge son propre état de façon efficace. Cette orientation inclut la notion de « confiance en soi » et englobe la prise en charge clinique, en plus de la prise en charge du rôle et émotionnelle par l'individu. Elle procure des précisions parce que la définition est axée sur la personne atteinte de l'état chronique et établit un lien avec les concepts communs à l'autogestion, déterminés par Redman (2004). Ces concepts sont les suivants : la participation au traitement, la prise en charge quotidienne des états chroniques, l'adoption de comportements spécifiques et l'acquisition des compétences et des habiletés qui permettront de réduire l'impact physique et émotionnel de l'état chronique.

Les clients ont besoin de soutien afin d'acquérir l'éducation, les compétences et la confiance en soi dont ils ont besoin pour prendre en charge leur état de façon efficace. Pour offrir ce soutien, les prestataires de soins de santé ont recours à différentes techniques et stratégies. Spécifiquement, le soutien de l'autogestion est défini de la façon suivante :

*« ... la prestation systématique d'interventions en matière d'éducation et de soutien par le personnel soignant, afin d'augmenter les compétences et la confiance en soi des patients relativement à la prise en charge de leurs problèmes de santé, y compris une évaluation régulière des progrès et des problèmes, l'établissement d'objectifs<sup>6</sup> et le soutien à la résolution de problèmes. »*

(Adams et al., 2004, p. 57).

L'objectif du soutien de l'autogestion est une augmentation de la confiance en la capacité de changer, plutôt que l'adhésion aux conseils d'un fournisseur de soins. Le but du soutien de l'autogestion est d'aider les clients à se renseigner au sujet de leur état et à jouer un rôle actif dans leur traitement (Bodenheimer, MacGregor et Sharifi, 2005).

Un véritable soutien de l'autogestion nécessite l'éducation du client et la prise de décisions en collaboration. L'élément d'éducation du soutien de l'autogestion s'éloigne d'un modèle didactique d'éducation du client en faveur d'une approche qui fournit des informations en fonction du contexte et des besoins du client.

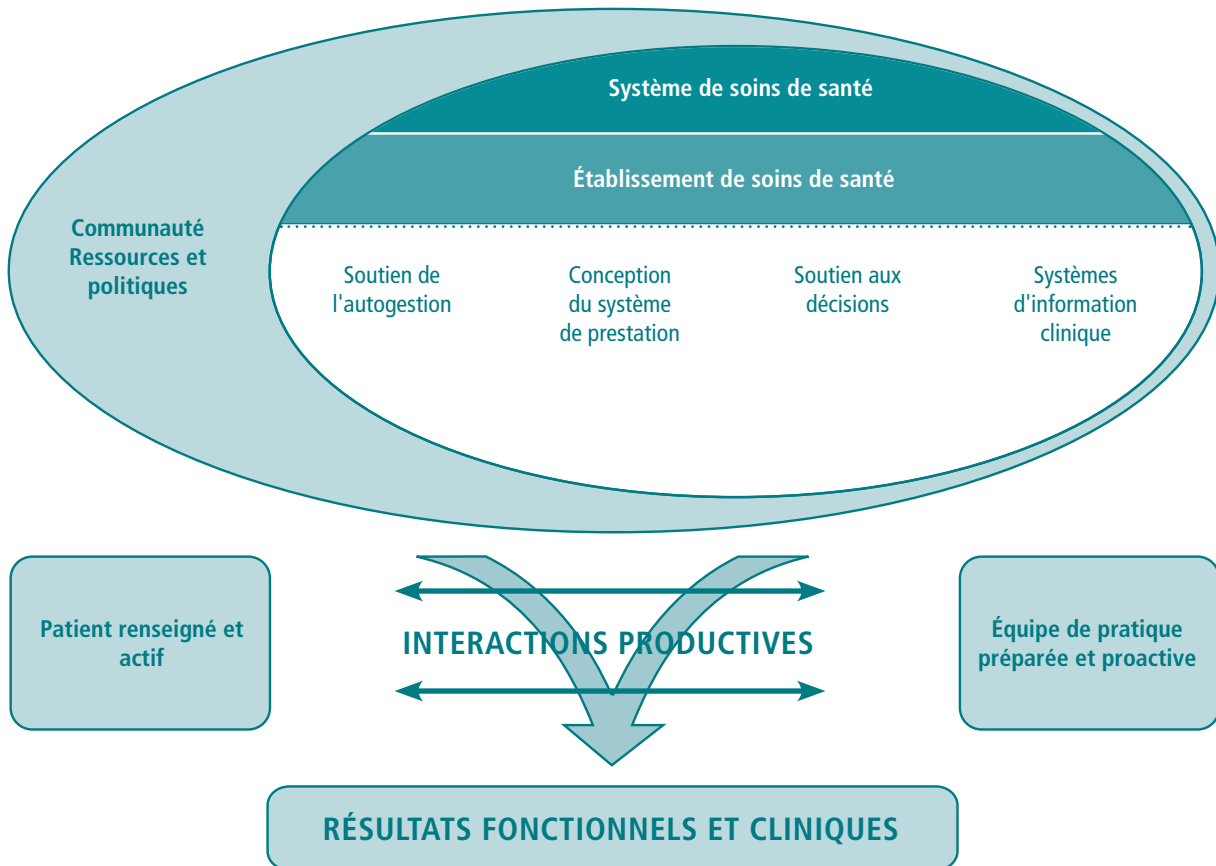
En utilisant une approche de collaboration, les prestataires et les clients travaillent ensemble pour définir les problèmes, établir les priorités et les objectifs, créer des plans de traitement et résoudre les problèmes qui surviennent en cours de route (Improving Chronic Illness Care, 2007).

Le soutien de l'autogestion comprend les moyens par lesquels les praticiens individuels et le système de soins de santé plus large peuvent soutenir le client lors du processus systématique d'autogestion (Bodenheimer et al., 2002). L'autogestion englobe les compétences en résolution de problèmes et la participation collaborative des clients à l'établissement d'objectifs qui leur permettent de prendre en charge leur maladie (Adams et al., 2004).

Le soutien de l'autogestion est l'aide donnée aux clients atteints d'une maladie chronique par les fournisseurs de soins afin d'encourager la prise de décisions quotidiennes qui améliorent les comportements relatifs à la santé et les résultats cliniques. Le soutien de l'autogestion peut être vu de deux façons : comme un portefeuille de techniques et d'outils qui aident les clients à choisir des comportements sains, et comme une transformation fondamentale de la relation entre le client et le fournisseur de soins, laquelle devient un partenariat de collaboration (Bodenheimer et al., 2005, p4). Cette ligne directrice adopte cette dernière approche, mais reconnaît la nécessité que les connaissances, les compétences et les ressources appropriées accompagnent une telle transformation de la relation entre le client et le fournisseur de soins.

Le « soutien de l'autogestion » est un élément majeur du modèle de soins des malades chroniques (Wagner, Austin et Von Korff, 1996), mis en œuvre par l'entremise de la série *Chronic Illness Breakthrough* menée par l'Institute for Health Care Improvement (Wagner, 1998). Le modèle de soins aux malades chroniques, ou les versions adaptées de ce modèle, est utilisé pour guider la planification et la prestation de soins aux malades chroniques dans la majorité des provinces canadiennes.

Figure A. Modèle de soins aux malades chroniques



Imprimé avec l'autorisation de Effective Clinical Practice.

Source : Wagner, E.H. (1998). Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1, 2-4.

Le modèle comprend deux domaines qui se chevauchent, soit la communauté et le système de soins de santé, le « soutien de l'autogestion » étant l'un des quatre éléments essentiels du système de soins de santé. Le soutien de l'autogestion fait référence non seulement à l'adaptation à un état, mais également à l'acquisition de compétences personnelles en matière de santé et de bien-être (Barr et al., 2003).

En fin de compte, le modèle postule lorsque des « clients actifs et informés<sup>G</sup> » interagissent avec une « équipe de pratique préparée et proactive », cela a pour résultat de meilleurs « résultats fonctionnels et cliniques ». Pour encourager ces résultats, les autorités sanitaires fournissent des apports qui permettent de renforcer et de maximiser l'efficacité de chacun des quatre composants essentiels, y compris le « soutien de l'autogestion » (voir le tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques du modèle de soins aux malades chroniques

DESCRIPTION DES COMPOSANTS DU MODÈLE DE SOINS AUX MALADES CHRONIQUES		
Composant	Description	Exemple
<b>Soutien de l'autogestion Développement de compétences personnelles</b>	Amélioration des compétences et des capacités en matière de santé et de bien-être personnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Programmes de prévention et de cessation du tabagisme; ligne directrice sur les pratiques exemplaires de la RNAO</li> <li>■ Programmes de marche à l'intention des personnes âgées</li> </ul>
<b>Soutien aux décisions</b>	Intégration de stratégies facilitant les capacités de la communauté à rester en bonne santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Élaboration de lignes directrices sur les « pratiques exemplaires » en matière de promotion et de prévention de la santé</li> <li>■ Recours à des outils de soutien des décisions</li> </ul>
<b>Conception du système de prestation Réorientation des services de santé</b>	Élargissement du mandat afin de soutenir les individus et les communautés de manière plus holistique	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Défense des droits des populations vulnérables et en leur nom</li> <li>■ Accent mis sur l'amélioration de la qualité et sur les résultats en matière de santé et de qualité de vie, ainsi que sur les résultats cliniques</li> </ul>
<b>Systèmes d'informations cliniques</b>	Création de systèmes d'information à base large afin d'inclure les données communautaires qui reflètent les déterminants de la santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Recours à une évaluation des besoins larges de la communauté, qui tient compte d'indicateurs tels que :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les taux de pauvreté</li> <li>• La disponibilité du transport en commun</li> <li>• Le taux de crimes violents</li> </ul> </li> </ul>
<b>Individus et familles renseignés et actifs</b>	L'individu comprend son état chronique et a assumé le rôle d'autogestionnaire de ses soins. La famille et les amis sont impliqués dans le processus d'autogestion de l'individu	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Consulte avec le prestataire de soins de santé comme guide; élabore des objectifs et un plan de soins auto-administrés qui inclut la famille/les amis</li> </ul>
<b>Équipe de pratique préparée et proactive</b>	Établissement prioritaire de soins pour les états chroniques chez tous les membres de l'équipe	Élaborer des objectifs et des outils d'autogestion qui seront mis en œuvre de façon collaborative avec le client, sa famille et les membres de l'équipe de santé
<b>Ressources communautaires et politiques</b>	Travailler avec les groupes communautaires pour établir les priorités et atteindre des objectifs qui améliorent la santé de la communauté	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Maintenir les personnes plus âgées dans leur propre domicile, le plus longtemps possible</li> <li>■ Centres pour personnes âgées et groupes d'entraide</li> </ul>

Adapté de Barr, J. V., et al. (2003). The expanded chronic care model: An integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. *Hospital Quarterly*, 7(1), 79.

Des quatre éléments essentiels – soutien de l'autogestion, conception du système de prestation, soutien aux décisions et systèmes d'informations cliniques au sein du modèle de soins aux malades chroniques, les soutiens de l'autogestion sont un domaine clé de concentration et d'interaction pour les infirmières. Bon nombre de clients ne comprennent pas bien ce qu'on leur a dit concernant leur état chronique, et pour cette raison éprouvent parfois des difficultés à participer aux décisions concernant leurs soins. La prestation d'un soutien efficace de l'autogestion permet au client de prendre des décisions et d'adopter des pratiques quotidiennes qui mènent à de bons résultats cliniques et fonctionnels (Schaefer et al., 2009).

## Prestation d'un soutien de l'autogestion

Depuis quelques années, la principale responsabilité de la prise en charge de son propre état chronique est transférée petit à petit au client. Ce transfert est en relation directe avec des études qui ont indiqué que les interventions comprenant l'autoefficacité du client, le soutien social, de meilleures habiletés d'adaptation, et certains plans de suivi avaient un impact positif sur l'autogestion et les résultats en matière de santé pour certaines maladies chroniques (Barlow, Turner et Wright, 2000).

Ce passage à l'autogestion est également en réaction à la nécessité d'une approche plus efficace des soins de santé, découlant du fait que les individus vivent plus longtemps avec des états chroniques complexes et permanents, qu'il est impossible de guérir, mais qui peuvent être pris en charge de façon appropriée afin de réduire l'impact sur l'état de santé global, la qualité de vie et les coûts sur le système de santé (Glasgow et al., 2003).

La prise en charge de ces états chroniques permet aux individus d'éviter et de minimiser les hospitalisations, de continuer à vivre chez eux, de conserver leur emploi, de contribuer à leur communauté et d'apprécier le temps passé avec leur famille et leurs amis. Le soutien de l'autogestion s'éloigne du modèle traditionnel selon lequel les clients reçoivent des instructions auxquelles ils doivent obéir pour améliorer leurs résultats en matière de santé, et il impose au client la responsabilité de jouer un rôle plus proactif en matière de santé (Coleman et Newton, 2005).

Une autogestion efficace encourage le client à assumer un rôle de direction, en partenariat avec les professionnels de la santé, afin de vivre une vie saine et satisfaisante. Une approche de l'autogestion favorise le renforcement de l'autoefficacité des clients, qui, grâce à leurs propres habiletés, peuvent trouver des solutions aux problèmes qu'ils doivent affronter en raison de leur état chronique. Pour que l'autogestion réussisse, un transfert de rôles entre le client et l'infirmière doit se produire afin de permettre au client d'adopter un rôle de direction. Cela peut représenter un changement difficile pour les infirmières et les autres prestataires de soins de santé qui ont été formés à adopter un rôle de direction en matière de prise de décisions relatives à la santé (Schaefer et al., 2009).

Les infirmières et les autres professionnels de la santé continueront à avoir recours à leurs connaissances et à leurs compétences pour renseigner et aider les clients dont ils s'occupent et leur permettre de participer activement afin d'arriver à une autogestion réussie; de plus, une grande responsabilité incombe aux gouvernements, aux décideurs en matière de soins de santé, aux établissements de soins de santé et aux communautés afin de fournir un soutien et des ressources à cette nouvelle approche (Glasgow et al., 2003).



## Éducation du client et éducation en matière d'autogestion

Un aspect du soutien de l'autogestion (Adams et al., 2004) se concentre sur les stratégies et techniques d'enseignement auxquelles ont recours les infirmières et les autres professionnels de la santé. Ces stratégies d'enseignement, appelées éducation en autogestion, proposent des solutions qui viennent compléter les soins et l'éducation gérés professionnellement que reçoit déjà le client (Conseil canadien de la santé, 2010).

En se basant sur les travaux effectués par Bodenheimer et al (2002) (voir le tableau 2), il est clair que l'éducation du client a souvent été axée en grande partie sur le processus relatif à la maladie, où sont enseignées les compétences techniques requises pour la prise en charge de la maladie, par exemple l'administration d'insuline. Toutefois, le point focal de l'éducation en autogestion consiste à enseigner aux clients des compétences auxquelles ils peuvent avoir recours pour reconnaître eux-mêmes les problèmes relatifs à la vie avec une maladie chronique et pour régler ces problèmes. Dans le cas d'un diabétique, une telle éducation pourrait expliquer, par exemple, comment savoir qu'il faut ajuster son alimentation ou sa dose d'insuline, comment planifier les changements au mode de vie, ou quand communiquer avec un professionnel de la santé relativement à ses objectifs personnels en matière de santé et à son plan de soins. Les deux types d'éducation sont essentiels pour aider l'individu à avoir la meilleure qualité de vie possible et à devenir le plus autonome possible. L'intention est de fournir une éducation qui permet au client de comprendre le processus relatif à la maladie, d'acquérir des compétences relatives à la prise en charge technique, ainsi que d'apprendre à vivre une vie complète avec la maladie.

**Tableau 2 : Comparaison de l'éducation du client avec l'éducation en matière d'autogestion**

ÉDUCATION DU CLIENT	ÉDUCATION EN AUTOGESTION
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les enjeux abordés reflètent des problèmes communs et répandus, relatifs à une maladie spécifique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les enjeux abordés sont déterminés par le client.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Spécifique à une maladie, propose des informations et des compétences techniques relatives à la maladie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fournit des compétences en résolution de problèmes, pertinentes pour les préoccupations reconnues par le client qui vit avec un état chronique.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Basée sur la théorie sous-jacente selon laquelle les connaissances spécifiques à la maladie entraînent un changement de comportement, ce qui produit de meilleurs résultats.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Basée sur la théorie selon laquelle plus le client a confiance en sa capacité d'apporter des changements qui améliorent sa vie, meilleurs sont les résultats cliniques et les autres résultats.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'objectif est l'« adhésion au traitement ».</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'objectif est une augmentation de l'autoefficacité et une amélioration des résultats cliniques.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fournie par un professionnel de la santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les éducateurs peuvent être des infirmières, d'autres professionnels de la santé, ou d'autres personnes qui vivent avec cette maladie.</li> </ul>

Adapté de Bodenheimer, T., K. Lorig, H. Holman, et K. Grumbach (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *Journal of the American Medical Association*, 288(19), p. 2469-2475.



L'éducation en autogestion est considérée depuis longtemps comme la première étape essentielle de la préparation des clients à prendre en charge leur état chronique et à vivre avec. Parmi les études publiées, l'éducation en autogestion comparée avec l'éducation des clients produit généralement des résultats favorables en matière de résultats cliniques, du moins à court terme (Lorig, Ritter et Jacquez, 2005; Skinner et al. 2006). Des observations semblent également indiquer que l'éducation en autogestion chez les personnes atteintes de diabète de type 2 permet d'améliorer les résultats en matière de qualité de vie (Cochran et Conn, 2008) et de réduire les coûts (Duncan et al., 2009; Robbins et al., 2008). À elle seule, l'éducation traditionnelle des clients ne suffit pas à leur permettre de maintenir les gains réalisés en matière d'autogestion grâce à l'éducation relative au soin de la maladie chronique (Gibson, Powell et Coughlan, 2007; Kirschbaum, Aarestad et Buethe, 2003; Newman, Steed et Mulligan, 2004; Norris et al., 2002).

De multiples examens de la documentation et méta-analyses produisent des observations qui révèlent les principes sous-jacents et les éléments essentiels à une autogestion réussie (Barlow et al., 2002; Ellis et al., 2004; Gary et al., 2003; Kirschbaum et al., 2003; Newman et al., 2004; Norris, Engelgau et Narayan, 2001; Norris et al., 2002; Roter et al., 1998). Les stratégies du comportement sont généralement considérées comme étant des éléments essentiels du soutien de l'autogestion. Ces stratégies peuvent être intégrées au processus d'éducation lorsque l'on enseigne aux clients à y avoir recours pour résoudre les problèmes, réagir aux défis relatifs à l'état physique et à l'autogestion pendant leur maladie, et apporter et maintenir des changements dans leur propre comportement, ce qui améliore les résultats par le fait même (Ellis et al., 2004; Gary et al., 2003; Glasgow et al., 2002; Kirschbaum et al., 2003; Norris et al., 2002). L'établissement autonome d'objectifs, la résolution de problèmes, l'acquisition de compétences<sup>G</sup>, la planification des mesures, les stratégies saines d'adaptation<sup>G</sup>, la gestion du stress, l'autosurveillance et la fourniture de liens vers des ressources communautaires ont été utilisés de façon efficace dans des programmes fructueux d'éducation des clients (Anderson et Funnell, 2005; Bodenheimer et al., 2005; Bodenheimer et Handley, 2009; Glasgow et al., 2002; Hill-Briggs et Gemmell, 2007; Lorig et al., 2001; Mullen et al., 1997; Newman et al., 2004; Norris et al., 2002; Tang et Lansky, 2005). De plus, des observations semblent indiquer que le recours à plus d'une de ces stratégies en augmente l'efficacité (Anderson et al., 2005; Ellis et al., 2004; Lorig et al., 2001; Kirschbaum et al., 2003; Tang et al., 2005).

## Pourquoi est-il important pour les infirmières d'apprendre à donner un soutien à l'autogestion?

La prise en charge réussie des états chroniques, basée sur un respect, un rapport et une confiance mutuels et sur des interventions efficaces, est abordée de la façon la plus efficace dans le cadre d'une relation thérapeutique entre l'infirmière et le patient basée sur la philosophie des soins axés sur les besoins du client. La relation thérapeutique dans le cadre des soins axés sur les besoins du client est une valeur de longue date pour les infirmières du monde entier (CII, 2006); au Canada, il s'agit d'une valeur appuyée par les normes de pratique provinciales (OIIO, 2006) et le code de déontologie pour les soins infirmiers (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2008). La RNAO a publié une ligne directrice sur les soins axés sur les besoins du client dans ce domaine, qui tient compte, notamment, du respect et de la dignité humaine comme valeurs et convictions qui sont au cœur des soins axés sur les besoins du client (RNAO, 2002). Une approche de soins axés sur les besoins du client est essentielle pour un soutien réussi de l'autogestion (RNAO, 2006). « Les soins axés sur les besoins du client comprennent la défense des droits, l'habilitation et le respect de l'autonomie, de la voix, de l'autodétermination et de la participation du client en matière de décisions. » (RNAO, 2006, p. 2). Cela habilite le client à se concentrer sur les changements requis pour un mode de vie sain (RNAO, 2002).

*« Parmi les aspects inhérents aux soins infirmiers, on peut citer le respect des droits de la personne, y compris les droits culturels, le droit de vivre et de choisir, le droit à la dignité et le droit d'être traité avec respect. Les soins infirmiers respectent l'âge, la couleur, les croyances, la culture, le handicap ou la maladie, le sexe, l'orientation sexuelle, la nationalité, la politique, la race et le statut social, et ne sont limités par aucun de ces facteurs. »*

(Conseil international des infirmières, 2006) .

Les infirmières et les autres professionnels de la santé ont réagi au défi d'assurer le soutien de l'autogestion grâce à deux approches principales :

- 1) L'élaboration et la prestation de programmes d'autogestion; et
- 2) L'utilisation et la fourniture d'informations aux clients concernant les stratégies du comportement qui améliorent leur capacité à devenir un autogestionnaire efficace. Parmi les techniques d'enseignement qui aident les clients à apprendre ces stratégies du comportement, on peut citer :
  - l'établissement d'objectifs, en collaboration avec les clients, en ayant recours à des modèles qui peuvent être modifiés en fonction du contexte du client;
  - l'établissement d'objectifs, en collaboration avec les clients, en ayant recours à des modèles qui peuvent être modifiés en fonction du contexte du client;
  - l'évaluation de l'état de préparation à l'autogestion du client, en se basant sur des outils auxquels le client peut avoir recours à l'avenir;
  - l'aide accordée aux clients afin de leur permettre de décomposer les objectifs et les tâches en petites étapes dans le cadre d'un plan d'action, en ayant recours à des outils et à des modèles spécifiques qui peuvent être modifiés en fonction du contexte du client;
  - la présentation d'une rétroaction personnalisée et l'aide accordée aux clients afin de leur permettre d'apprendre à demander, recevoir et utiliser la rétroaction;
  - l'enseignement de l'autosurveillance, en ayant recours à des outils et à des modèles;
  - l'aide accordée aux clients pour leur permettre d'obtenir un soutien social;
  - la fourniture d'informations aux clients afin de les mettre au courant des ressources communautaires et de les mettre en relation avec celles-ci;
  - l'aide accordée aux clients pour leur permettre d'évaluer leur engagement envers des tâches clés; et
  - l'intégration de processus de suivi afin d'aider les clients à mesurer leurs progrès et la réalisation de jalons.

Dans tous les établissements, des soins actifs aux soins résidentiels ou à domicile à long terme, un client atteint d'une maladie chronique a besoin de soins qui favorisent l'autonomie et l'autogestion. Le Conseil canadien de la santé se consacre à la prévention et à la prise en charge des états chroniques, afin d'encourager les discussions sur les changements aux politiques publiques, à la gestion des soins de santé et à la prestation des services de santé requis pour améliorer les résultats en matière de santé pour les Canadiens (Broemeling et al., 2008). La reconnaissance de cette approche des soins a mené à l'élaboration de cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires, qui servira de ressource aux infirmières alors qu'elles soutiennent les clients et les aident à jouer un rôle actif dans leurs propres soins, grâce à l'utilisation d'interventions en matière d'autogestion.

*« L'autogestion et le soutien des décisions sont reconnus comme faisant partie intégrante de nombreux modèles de prévention et de prise en charge des maladies chroniques (Improving Chronic Illness Care, 2005). En général, les Canadiens souhaitent participer aux décisions prises concernant leur santé (O'Connor 2002, 2003), et les patients et leurs familles veulent que les prestataires de soins écoutent leur point de vue et leurs préférences (Coulter, 2005). De plus, les normes et les lignes directrices sur la pratique professionnelle préconisent l'inclusion des patients dans la planification des soins (OIIO, 2006a, RAO, 2006). »*

Extrait de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés (2009). Decision Support for Adults Living with Chronic Kidney Disease. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

# Recommandations relatives à la pratique professionnelle

## Multiples stratégies d'autogestion.

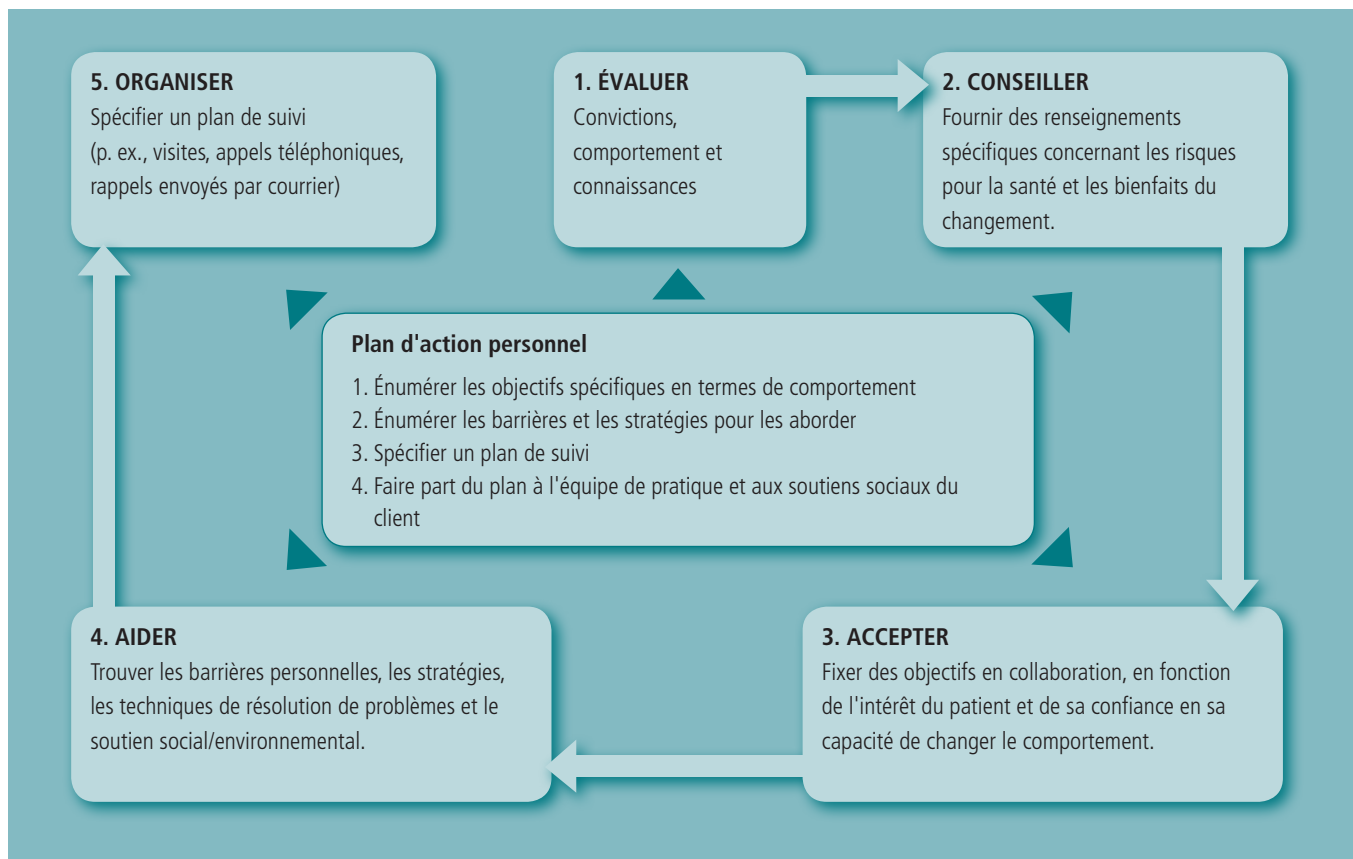
### RECOMMANDATION 1.0

Les infirmières ont recours à une approche de changement du comportement en 5 éléments qui consiste à évaluer, conseiller, accepter, aider et organiser, afin d'intégrer les multiples stratégies d'autogestion lorsqu'elles soutiennent un client atteint d'une maladie chronique, pour aider à améliorer le résultat atteint.

Niveau de données probantes = la

## Discussion des données probantes :

Figure B : Les 5 éléments du changement de comportement



Reproduit avec la permission de la Society of Behavioral Medicine and Springer from Glasgow, RE, et al. (2002) Annuals Behavioural Medicine, 24(2): p. 80-87.

\* Pour obtenir une description détaillée, voir l'annexe C : Les cinq éléments

Tel que décrit dans les 5 éléments, les données probantes renforcent l'effet de multiples stratégies d'autogestion utilisées en même temps. Par exemple, il a été démontré que le recours à de multiples modalités avait amélioré les résultats en matière de comportements liés à la santé dans quatre études (Pignone et al., 2003; McTigue et al., 2003; Whitlock, Orleans, Pender et Allan, 2002; Fiore et al., 2000 tel que cité dans Goldstein et al., 2004). Selon Bodenheimer et Grumbach (2007),

*« bien qu'elle ne soit pas fondée rigoureusement sur des faits, la triade constituée de l'établissement des objectifs, de la planification des actions et de la résolution des problèmes semble comprendre des techniques importantes pour l'amélioration des comportements liés à la santé et des résultats cliniques. Pour terminer, un suivi régulier et constant est essentiel »*

(p. 94)

Des examens systématiques effectués par Gibson et al (2002) et par Toelle et Ram (2004) ont démontré que le recours à l'éducation, à des plans d'action écrits et à des examens réguliers permettait d'améliorer les résultats, bien que l'impact de chaque intervention et les résultats individuels soit inconnu. Un examen Cochrane de 56 essais contrôlés randomisés qui étudiaient différentes interventions ayant pour but l'amélioration du contrôle de la tension artérielle chez des clients hypertendus, a conclu que ce résultat avait probablement été obtenu grâce à de multiples interventions organisées, y compris l'inscription, le rappel et des examens réguliers, alignées avec des soins progressifs vigoureux et un traitement avec médicaments antihypertensifs. L'examen a également indiqué que l'éducation à elle seule, qu'elle soit donnée aux clients ou aux professionnels de la santé, n'était pas associée à des réductions nettes importantes des niveaux de tension artérielle (Fahey, Schroeder et Ebrahim, 2005). Un autre examen systématique de 11 études auprès de 1 532 participants diabétiques a également révélé des résultats efficaces; toutefois, en raison de la foule d'interventions d'autogestion utilisées, il était difficile de déterminer le résultat influencé par chaque intervention (Deakin, McShane, Cade et Williams, 2005).

« Les examens systématiques et l'expérience clinique ont indiqué que les pratiques qui emploient des interventions à multiples facettes s'avèrent plus efficaces pour encourager les comportements sains que celles qui instituent des mesures individuelles » (Goldstein, 2004; Cohen, Tallia, Crabtree et Young, 2005; Mullen et al., 1997; Solberg et al., 2000 tel que cité dans Woolf et al., 2005, S20). La plupart des études de recherche sur l'autogestion qui présentent des résultats positifs ont eu recours à de multiples stratégies. Par exemple, Mullen et al. (1997), dans leur étude sur la maladie coronaire, ont découvert que les interventions psychosociales et psychologiques étaient efficaces qu'elles soient données individuellement ou en groupe. L'intervention individuelle a procuré des bienfaits majeurs au client grâce à la prestation d'interventions spécialement adaptées; le format en groupe permettait au client de bénéficier d'interactions avec le chef de groupe désigné et fournissait un contexte permettant de normaliser les expériences individuelles et d'obtenir une interaction sociale. L'intervention psychosociale comprenait généralement une éducation en santé, des conseils ou la prise en charge du stress cognitif/comportemental. Il a été déterminé systématiquement que le recours à de multiples stratégies entraînait des résultats efficaces (Fahey et al., 2005; Fiore et al., 2000; 2005; Gibson et al., 2002; Glasgow et al., 2003; Goldstein, 2004; McTigue et al., 2003; Pignone et al., 2002; Pignone et al., 2003; Renders et al., 2000; Rubak, Sandbaek, Lauritzen et Christensen, 2005; Smith West et al., 2007; Solberg et al., 2000; Toelle & Ram, 2004; Whitlock et al., 2002; Woolf et al., 2005). Toutefois, en même temps, le recours à de multiples interventions fait en sorte qu'il est difficile de déterminer la stratégie exacte qui contribue de la façon la plus efficace au changement de comportement (Bodenheimer et Grumbach, 2007; Deakin, 2005; Gibson et Powell, 2002; Toelle, 2004).

L'approche multimodale des 5 éléments, qui illustre les principes et les stratégies permettant de fournir avec succès des interventions relatives aux facteurs de risque comportementaux, fournit un cadre conceptuel qui unifie le soutien de l'autogestion (Goldstein, Whitlock et DePue, 2004). Les 5 éléments sont Évaluer, Conseiller, Accepter, Aider et Organiser. Les 5 éléments représentent une série exhaustive d'activités auxquelles peuvent avoir recours les prestataires de soins de santé. Ces activités ne sont pas nécessairement linéaires, autrement dit les étapes ne se suivent pas séquentiellement. L'objectif des 5 éléments, dans le contexte du soutien de l'autogestion, est de développer un plan d'action personnalisé et coopératif qui inclut des objectifs spécifiques en matière de comportement et un plan spécifique permettant de surmonter les obstacles et d'atteindre ces objectifs. Les 5 éléments sont interreliés et conçus pour être utilisés en combinaison pour obtenir les meilleurs résultats, particulièrement en travaillant avec des clients qui vivent des situations complexes en matière de santé et de vie (Glasgow, Goldstein, Ockene et Pronk, 2004). Les 5 éléments ont également été recommandés comme approche pour décrire les interventions de counseling pour différents comportements liés à la santé (Whitlock et al., 2002).

## ÉVALUER : Convictions, comportement et connaissances

### RECOMMANDATION 1.1.a

Les infirmières établissent de bonnes relations avec les clients et leurs familles.

Type de données probantes = III

### Discussion des données probantes :

Les organismes professionnels d'infirmiers et d'infirmières ont déterminé que la relation thérapeutique, ou relation d'aide, était un élément central des soins infirmiers et ont intégré des qualités de la relation entre l'infirmière et le client dans de nombreux énoncés de pratique (AIIC, 2010; OIIO, 2006). Les qualités de la relation thérapeutique comprennent l'écoute active, la confiance, le respect, la sincérité, la compréhension et une réponse aux préoccupations du client. L'établissement d'une bonne relation est un élément fondamental de l'établissement de la relation thérapeutique globale, et permet aux clients d'avoir des occasions d'exprimer leurs priorités et leurs préoccupations. Elle inclut l'écoute active, la confiance, le respect, l'authenticité, la compassion et le fait de répondre aux préoccupations du client. Il a été prouvé que l'établissement d'une bonne relation génère des résultats positifs pour le client (O'Connor, Gaylor et Nelson, 1985; Mejo, 1989; Paley et Lawton, 2001; Stewart, 1995;), et pouvait s'avérer responsable d'une amélioration du niveau de satisfaction du client et de l'adhésion au traitement (O'Connor et al., 1985). De plus, l'établissement d'une bonne relation permet aux clients et à leur famille de donner leur point de vue et aux infirmières de les écouter. Veuillez vous reporter à la ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers de la RNAO intitulée « Établissement de la relation thérapeutique » (2006).

Un élément important de l'établissement d'une bonne relation consiste à évaluer et à aborder la détresse, comme les sentiments de colère et de frustration (Redman, 2004) associés au fait de s'adapter à une maladie chronique et d'en prendre soin. La détresse liée à la maladie est fréquente et persistante et peut nuire aux efforts d'autogestion (Skovlund et Pevrot, 2004; Peyrot et al., 2005). Dans le programme Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN), une importante étude internationale menée auprès de plus de 5 000 clients atteints de diabète de type 1 ou de type 2, et de 1 122 infirmières et 2 705 médecins, une grosse majorité des clients (85,2 %) ont signalé un niveau de détresse élevé au moment du diagnostic, y compris des sentiments de choc, de culpabilité, de colère, d'anxiété, de dépression et d'impuissance. Plusieurs années après le diagnostic (en moyenne, presque 15 ans), les problèmes associés au fait de vivre avec le diabète restent communs, y compris la crainte des complications et les fardeaux sociaux et psychologiques immédiats des soins du diabète (Skovlund et Peyrot, 2004).



### RECOMMANDATION 1.1.b

Les infirmières effectuent un dépistage de la dépression lors de la première évaluation, puis à intervalles réguliers, et préconisent un traitement de suivi<sup>6</sup> de la dépression.

Type de données probantes = Ib

## Discussion des données probantes

### Dépression et états chroniques

La dépression majeure est un problème important pour la santé, que l'on observe fréquemment chez les personnes atteintes de maladies chroniques (Chapman et Gratz, 2007). Les résultats d'une étude effectuée à l'échelle mondiale par Moussavi et al. (2007) sur les taux de dépression en relation avec quatre maladies chroniques (angine, arthrite, asthme et diabète) indiquent que la dépression peut « exacerber la maladie chronique et doit être attaquée de front ». De même, lors d'un essai contrôlé randomisé auprès de 42 participants, Anderson et al. (2001) ont constaté que la dépression touche 20 % des diabétiques et est au moins deux fois plus prévalente chez les diabétiques qu'au sein de la population générale (Anderson, Freedland, Clouse et Lustman, 2001; Demakakos, Pierce et Hardy, 2010).

L'interaction entre le diabète et la dépression est problématique parce que chacun a une influence négative sur l'autre. La présence de la dépression peut amoindrir les effets des interventions en matière de diabète en réduisant l'adhésion des patients au régime posologique et en limitant l'acquisition de connaissances sur le diabète (Taveira, Pirraglia, Cohen et Wu, 2008).

La dépression est l'une des complications les plus communes des maladies chroniques. On estime que jusqu'au tiers des individus atteints d'un état médical grave ressentent des symptômes de dépression (Cleveland Clinic, 2010). Les individus diagnostiqués avec une maladie chronique doivent s'adapter tant aux exigences de la maladie qu'à son traitement. La maladie peut affecter la mobilité et l'indépendance d'une personne et changer la façon dont elle vit et dont elle se voit, ainsi que ses relations avec autrui. Ces exigences peuvent être stressantes et causer un certain désespoir ou une certaine tristesse, ce qui est normal.

Lors d'une étude prospective par cohortes de quatre ans auprès de 2 558 clients, les résultats indiquaient une augmentation du taux de dépression avec l'augmentation de la comorbidité médicale (Unutzer et al., 1997). Avec une population vieillissante de plus en plus nombreuse et l'augmentation associée de la prévalence des états chroniques, une hausse concomitante de la prévalence de la dépression est à prévoir (Moussavi et al., 2007). Selon Egede, Nietert et Zheng (2005) et Djernes (2006), entre 20 % et 50 % des adultes plus âgés atteints d'états à long terme, comme le diabète, l'ostéoporose et l'hypertension, présentent des symptômes cliniques importants de dépression.

### La dépression affecte la capacité à se prendre en charge

La dépression non traitée chez des individus atteints d'états chroniques comorbides fait augmenter les taux de morbidité et de mortalité et réduit la capacité d'autogestion (Bodenheimer et al., 2002). Des études corrélationnelles transversales utilisant des sondages avec auto-déclaration ont confirmé que la dépression affecte la capacité d'autogestion du diabète (Park et al., 2004; Lerman et al., 2004).

La dépression causée par une maladie chronique peut aggraver celle-ci à son tour, causant l'apparition d'un cercle vicieux. La dépression est particulièrement probable lorsque la maladie est associée à la douleur, l'invalidité ou l'isolement social. La dépression peut intensifier la douleur, la fatigue et le doute qui mènent à l'évitement des autres (Katon et Ciechanowski, 2002).

Lors d'une méta-analyse, DiMatteo, Lepper et Croghan (2000) ont découvert qu'en comparaison avec les clients non déprimés, les clients déprimés étaient trois fois plus susceptibles de ne pas respecter les recommandations en matière de traitement médical. Une étude basée sur une population effectuée par Schmitz, Wang, Malla et Lesage (2007) a découvert que la prévalence de l'invalidité fonctionnelle était supérieure chez des sujets atteints d'états chroniques et de dépression majeure comorbide (46,3 %) que chez des individus atteints soit d'états chroniques (20,9 %), soit de dépression majeure (27,8 %) mais pas des deux. Les résultats semblent indiquer l'existence d'un effet conjoint de la dépression et des états chroniques sur l'invalidité fonctionnelle.

### Dépistage pour la dépression

Le dépistage systématique pour la dépression est un élément nécessaire des programmes de prise en charge des maladies afin d'améliorer la détection, le traitement et les résultats de la dépression. Un outil de dépistage communément utilisé est le Client Health Questionnaire-2 (PHQ-2) (Kroenke, Spitzer et Williams, 2003) (voir l'annexe D pour obtenir le PHQ-2 Client Health Questionnaire). En cas de préoccupations, un suivi, un aiguillage et un traitement appropriés sont essentiels. (Voir l'annexe E pour obtenir un outil de dépistage de la dépression).

#### RECOMMANDATION 1.1.c

Les infirmières établissent un ordre du jour écrit lors des rendez-vous, en collaboration avec le client et sa famille, ce qui peut comprendre :

- La consultation des données cliniques
- Une discussion des expériences du client relatives à l'autogestion
- L'administration des médicaments
- Les obstacles/facteurs stressants
- La création d'un plan d'action
- L'éducation du client

Type de données probantes = IIb

### Discussion des données probantes

L'établissement de l'ordre du jour lors des visites permettent au client et à l'infirmière de déterminer les questions préoccupantes dont ils discuteront lors de chaque rendez-vous. Il existe plusieurs techniques recommandées pour établir l'ordre du jour des visites avec les clients, y compris des questionnaires et des formulaires d'évaluation à remplir avant la visite, des feuilles d'établissement de l'ordre du jour, et les interactions avec le client au début de la visite. En utilisant les outils d'établissement de l'ordre du jour (voir l'annexe F : Outils d'établissement de l'ordre du jour), le client peut prioriser les sujets dont il souhaite discuter. Cette approche soutient l'approche coopérative et établit la participation active du client dans ses propres soins, ce qui entraîne un niveau de satisfaction du patient plus élevé et davantage de changements du comportement (Epstein et al., 2008).

En général, les études ont été orientées sur les aspects interactifs de l'interaction entre le professionnel de la santé et le client, et non sur les résultats. Les résultats des études sur le niveau de satisfaction des clients relativement à cette interaction ont été variés. Certaines études ont indiqué que les clients avaient tendance à être plus satisfaits des consultations (Little et al., 2001; Middleton, McKinley et Gillies, 2006), particulièrement lorsque les problèmes psychosociaux étaient mentionnés (Winefield, Murrell, Clifford et Farmer, 1995); à l'opposé, d'autres études (Hornberger, Thorn et MaCurdy 1997) ont découvert une tendance vers un niveau d'insatisfaction des clients plus élevé. On semble s'entendre pour dire que le fait de demander aux clients d'écrire les questions qu'ils veulent poser améliore les résultats des clients. Le processus consistant à établir l'ordre du jour de la visite en coopération avec les clients s'inscrit également dans le cadre de la technique d'entrevue motivationnelle (Miller et Rollnick, 2002). Une étude effectuée par Middleton et al. (2006) a constaté qu'en utilisant un formulaire d'établissement de l'ordre du jour, les médecins pouvaient trouver davantage de problèmes et les clients étaient plus satisfaits de la profondeur de la relation entre le client et le médecin.

**RECOMMANDATION 1.1.d**

Les infirmières évaluent constamment si le client est prêt à changer, afin de contribuer à l'établissement de stratégies qui aident le client avec des comportements spécifiques.

Type de données probantes = III

## Discussion des données probantes

L'évaluation de la volonté du client de changer<sup>G</sup> un comportement spécifique aide l'infirmière à choisir une stratégie appropriée de changement du comportement avec le client. Les approches conventionnelles de l'éducation des clients supposent que les clients sont prêts à changer (Edwards, Jones et Belton, 1999); toutefois, seule une minorité de clients est prête à changer un comportement à un moment donné (Jones et al., 2003). Dans le cadre de l'évaluation, l'infirmière ou un autre professionnel de la santé doit déterminer où se situe le client dans les stades du changement lors de chaque rencontre, afin de comprendre le client et de le soutenir de manière appropriée. Les connaissances aideront à déterminer la volonté de changer du client. Il existe différentes façons d'établir la volonté de changer, et l'infirmière/le prestataire de soins de santé doit choisir l'approche qui correspond le mieux avec ses connaissances, son niveau de compétences et le contexte du client.

Prochaska, DiClemente et Norcross ont décrit un modèle théorique des stades du changement (1992), qui a été utilisé afin d'aider les clients à changer différents comportements liés à la santé, comme cesser de fumer. Il aide à déterminer où se situe le client dans le processus de changement, en commençant par la pré-contemplation, et il propose de nombreuses stratégies d'intervention qui permettent au professionnel de la santé de collaborer avec le client pour l'aider à passer au changement de comportement et à maintenir les changements.

Tableau 3 : Modèle des stades du changement

STADE DU MODÈLE TRANSTHÉORIQUE DU CHANGEMENT	STADE DU PATIENT
Pré-contemplation	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ne pense pas à changer</li> <li>■ Peut être résigné</li> <li>■ Sentiment d'absence de contrôle</li> <li>■ Refus : ne pense pas que cela s'applique à lui</li> <li>■ Estime que les conséquences ne sont pas graves</li> </ul>
Contemplation	Soupèse les avantages et les coûts du comportement, du changement proposé
Préparation	Essaie de petits changements
Action	Prend des mesures définitives en vue de changer
Maintien	Maintien du nouveau comportement au fil du temps
Rechute	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Vit une partie normale du processus de changement</li> <li>■ Se sent généralement démoralisé</li> </ul>

Adapté de PROCHASKA, J.O., C.C. DICLEMENTE, et J.C. NORCROSS (1992). In search of how people change. *Am Psychol* .47:1102-4, et MILLER, W.R., et S. ROLLNICK (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York : Guilford Press.



L'évaluation de la « volonté de changer » est un élément essentiel de la prestation du soutien de l'autogestion. Le fait d'utiliser la perception qu'a le client de l'importance d'un comportement particulier et sa confiance en sa capacité de changer ou modifier le comportement est la clé d'un résultat positif, car il peut aider les cliniciens à choisir des interventions appropriées (Keller et White, 1997; Rollnick, Mason et Butler, 1999; Whitlock et al., 2002).

Lorsque l'on a recours à cette technique de « volonté de changer », il est demandé à une personne d'évaluer « l'importance » (parfois appelée « conviction ») d'un comportement spécifique pour l'amélioration de son état de santé, et dans quelle mesure elle se sent « confiante » de pouvoir effectuer le comportement en question. Lors de cette évaluation, il est important de se concentrer sur un seul comportement (p. ex., la marche) et de demander à la personne la permission d'en parler. Vous trouverez ci-dessous un scénario (adapté de Bodenheimer et al., 2005) entre un professionnel de la santé et un client qui illustre ce type d'interaction d'évaluation.

## Scénario d'évaluation de la volonté de changer d'un client

**Infirmière :** Je viens de recevoir les résultats de votre dernier HbA1c<sup>G</sup>, il est monté à 8,5.

*Client :* Ça devrait être 7 ou moins?

**Infirmière :** Oui. Qu'est-ce que vous voulez faire à ce sujet?

*Client :* Je suis déjà un régime, je suis tellement occupé, je n'a pas le temps de faire de l'exercice. Je ne sais pas quoi faire.

**Infirmière :** Est-ce qu'on pourrait parler de l'exercice?

*Client :* Ouais, d'accord.

**Infirmière :** À quel point est-ce important pour vous d'augmenter l'exercice que vous faites?

Sur une échelle de 0 à 10. 0 n'est pas important, et 10 est aussi important que cela peut être.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas important					Très important				

*Client :* C'est un 8. Je sais qu'il faut vraiment que je le fasse.

**Infirmière :** Maintenant, sur la même échelle de 0 à 10, dans quelle mesure êtes-vous confiant de pouvoir faire plus d'exercice?

0 signifie que vous n'êtes pas sûr du tout, 10 signifie que vous êtes sûr à 100 %.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas sûr					Tout à fait sûr				

*Client :* C'est un 4. Comme je l'ai dit, je n'ai pas de temps.

**Infirmière :** Pourquoi 4 et pas 1?

*Client :* Je peux faire de l'exercice la fin de semaine, alors ça n'est pas complètement impossible.

**Infirmière :** Qu'est-ce qu'il faudrait faire pour faire passer le niveau de confiance de 4 à 8?

*Client :* Peut-être que si je pouvais faire de l'exercice avec un ami, j'aimerais mieux ça, je serais plus motivé. J'ai un ami au travail qui est diabétique lui aussi.

**Infirmière :** Voulez-vous établir un objectif à court terme relatif à l'exercice? Nous pourrions déterminer un plan d'action.

Lorsque l'on évalue la « conviction » et la « confiance » d'une personne relativement au changement d'un comportement spécifique, il est possible que cette personne se situe sur un de ces quatre points : 1) niveau élevé de conviction et de confiance; 2) niveau élevé de conviction et niveau peu élevé de confiance; 3) niveau peu élevé de conviction et niveau élevé de confiance; 4) niveau peu élevé de conviction et de confiance. L'importance de déterminer où se situe la personne en ce qui concerne son degré de préparation à changer un comportement est le fait que cela aide les infirmières à aider la personne, en ayant recours à la stratégie appropriée. Veuillez consulter Keller, V.F., et M.K. White (1997). Choices and changes: A new model for influencing patient health behavior. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 4(6), p. 33-36.

#### RECOMMANDATION 1.1.e

Les infirmières encouragent les clients à avoir recours à des instruments d'évaluation des risques pour la santé, montrent comment utiliser ces outils, puis discutent avec eux des résultats de l'évaluation des risques lors des suivis réguliers.

Type de données probantes = 1b

L'appréciation des risques pour la santé (ARS) est définie comme une approche systématique de la collecte d'information qui permet de déterminer les facteurs de risque, de donner une rétroaction individualisée et de mettre la personne en relation avec au moins une intervention dont le but est de favoriser la bonne santé, de soutenir le fonctionnement ou d'éviter les maladies. Un instrument typique d'ARS obtient des informations sur les caractéristiques démographiques (p. ex., sexe et âge), les habitudes de vie (p. ex., tabagisme, exercice, consommation d'alcool et alimentation), les antécédents médicaux personnels et les antécédents médicaux familiaux. Dans certains cas, des données physiologiques (p. ex., taille, poids, tension artérielle, taux de cholestérol) sont également obtenues.

Lorsqu'une ARS est effectuée pour un client, cela lui permet d'obtenir des renseignements indépendants et objectifs concernant sa santé. Ces renseignements peuvent aider les clients à aborder leurs problèmes de santé. Le but de l'ARS est d'augmenter la sensibilisation aux questions relatives à la santé. L'information reçue par le client provenant de l'appréciation est utilisée afin de discuter avec l'infirmière ou les autres prestataires de soins de santé.

Les résultats obtenus par l'examen de la documentation effectuée par Research AND Development (RAND) Corporation (2003) indiquent que des preuves concluantes concernant l'efficacité des ARS pour les adultes plus âgés est limitée, quoiqu'encourageante. Les programmes d'ARS efficaces ont démontré des effets bénéfiques sur le comportement (l'exercice en particulier), les variables psychologiques (la tension artérielle diastolique et le poids en particulier), et l'état de santé en général.

Pour être une stratégie efficace de promotion de la santé, les questionnaires d'ARS doivent être associés à des interventions de suivi (p. ex., information, soutien et aiguillage) (RAND Corporation, 2000).

Un exemple d'un outil générique d'appréciation des risques pour la santé est disponible sur le site Web de Creative Wellness Solutions, à l'adresse <http://ohra.ucis.dal.ca/> (en anglais seulement).

## CONSEILLER : Fournir des renseignements spécifiques concernant les risques pour la santé et les bienfaits du changement.

### RECOMMANDATION 1.2.a

Les infirmières combinent des stratégies comportementales et psychosociales efficaces et des processus d'éducation en matière d'autogestion dans le cadre de la prestation d'un soutien de l'autogestion.

Type de données probantes = Ia

Parmi les stratégies permettant d'améliorer les résultats découlant d'une éducation en autogestion, on peut citer :

#### a) Les stratégies du comportement :

- Implication du client (ou du fournisseur de soins) dans ses propres soins (Hibbard, Mahoney, Stock et Tusler, 2007; Mosen et al., 2007). L'implication du client est un élément vital, essentiel à une autogestion réussie. Lorsque le client est un partenaire avisé, actif et coopératif en ce qui concerne ses propres soins, les résultats pour sa santé sont meilleurs (Hibbard et al., 2007).
- Le recours à des principes de l'apprentissage des adultes et l'implication du client dans le processus d'apprentissage en utilisant des techniques telles que l'apprentissage actif (Anderson et Funnell, 2005; Tang et al., 2005).
- L'enseignement aux participants des compétences requises pour adapter leur comportement afin de prendre en charge leur santé ou leur maladie (Krichbaum et al., 2003; Lorig et al., 2001; Bodenheimer et Handley, 2009).

#### b) Les stratégies psychosociales :

- L'intégration des sentiments et des attitudes avec le contenu clinique (Norris et al., 2002; Barlow et al., 2002).
- Les sentiments et les attitudes font partie intégrante de la prise en charge des maladies chroniques, et il est important que le client comprenne et reconnaisse que les réactions émotionnelles relatives à sa maladie chronique sont essentielles à la réussite de l'autogestion et à sa qualité de vie (Barlow et al., 2002).

#### c) Autres stratégies :

- L'adaptation de l'intervention ou des messages à l'âge, à la culture, à l'ethnicité et à la littératie en santé des participants. (Brown et al., 2005; Anderson et Funnell, 2005; Sarkisian et al., 2003; Lorig et al., 2001; Tang et Laskey, 2005; Glazier, Bajcar, Kennie et Wilson, 2006; Schillinger et al., 2002).



### RECOMMANDATION 1.2.b

Les infirmières ont recours à la technique de communication « demander-dire-demander » afin de s'assurer que le client reçoit l'information qu'il demande ou dont il a besoin.

Type de données probantes = III

## Discussion des données probantes

Demander-dire-demander est une technique de base qui fournit aux clients de l'information de la manière demandée par le client (Miller et Rollnick, 2002). Il s'agit d'une stratégie qui veille à ce que le client reçoive l'information dont il a besoin. Le ton de l'interaction demander-dire-demander ne juge pas, est compatissant et encourageant (Resnicow et al., 2001), et ne tente pas de convaincre le client ou de le persuader. À la place, l'écoute réflexive<sup>G</sup> et les affirmations positives sont utilisées pour aider les clients à déterminer leurs propres objectifs en matière de santé et les écarts de comportement qui ont un impact sur la réalisation de ces objectifs (Miller, 1983). Selon Rollnick (2003), les clients sont beaucoup plus susceptibles de retenir l'information s'il s'agit d'information qu'ils veulent savoir. Barrier, James Li et Jenson (2003) et Keller et Carroll (1994) proposent d'avoir recours à un cadre demander-dire-demander lors des entrevues médicales.

Le traitement des migraines dépend en grande partie d'une communication claire entre le client et le professionnel de la santé. Cet état chronique est idéal pour étudier les techniques de communication, car le diagnostic est basé sur l'évaluation de la céphalée telle que la décrit le patient. Cette évaluation a lieu par l'entremise d'un dialogue avec le client et de l'exactitude des questions posées par le professionnel de la santé (Lipton, R. et al., 2008).



Le cas présenté ci-dessous représente un dialogue entre le client et le professionnel de la santé qui a recours à la technique demander-dire-demander.

## Exemple de scénario « demander-dire-demander »

### DEMANDER

**Infirmière :** Dites-moi dans vos propres mots à quel point vous pensez que vos migraines affectent votre vie quotidienne.

**Client :** *En fait, elles l'affectent beaucoup. Certains jours, je ne peux pas travailler ou interagir avec ma famille. Je me renferme sur moi-même et tout ce que je veux, c'est qu'on me laisse tranquille dans mon lit,*

**Infirmière :** Donc, vous ne pouvez pas travailler et vous n'interagissez pas avec votre famille lorsque vous avez une migraine. C'est ça?

**Client :** *Oui, lorsque j'étais aux études, j'ai manqué tellement de cours que je ne pouvais plus suivre.*

**Infirmière :** Au cours des six derniers mois, combien de migraines avez-vous eues?

**Client :** *Euh, probablement au moins sept fois par mois, donc environ 42!*

**Infirmière :** Au moins sept par mois?

**Client :** *Au moins.*

**Infirmière :** Pendant combien de temps dure chaque migraine?

**Client :** *Elles durent environ deux jours.*

**Infirmière :** Donc, si chaque attaque dure deux jours, vous êtes au lit et incapable de travailler ou d'interagir avec votre famille pendant 14 jours par mois. C'est ça?

**Client :** *Oui.*

**Infirmière :** Est-ce que vous savez ce qui cause vos migraines ou les aggrave?

**Client :** *Pas vraiment, on m'a fait des suggestions concernant la météo et les parfums, mais je ne sais vraiment pas.*

**Infirmière :** Bon, alors vous ne savez pas vraiment ce qui cause vos migraines; et qu'est-ce qui les aggrave, pouvez-vous penser à quelque chose qui les aggrave?

**Client :** *La lumière, je pense, parce lorsque j'ai une crise, je dois rester dans l'obscurité pour me sentir mieux.*

**Infirmière :** Alors la lumière aggrave vos migraines et vous utilisez une pièce sombre pour vous sentir mieux.

**Infirmière :** Alors, qu'est-ce que vous voulez savoir concernant les migraines?

**Client :** *J'ai besoin de savoir ce qui les cause et s'il y a quelque chose qui pourrait m'aider à fonctionner, parce que je ne peux pas continuer à m'absenter du travail et ne pas passer du temps avec ma famille.*

### DIRE

**Infirmière :** Nous avons besoin de planifier quelques tests pour aider à déterminer cela, et il existe plusieurs façons de traiter les migraines. Le traitement peut inclure modifier votre alimentation, prendre des médicaments et changer votre environnement. Une fois que nous aurons les résultats de vos tests, nous serons plus en mesure d'établir un plan de soins pour vous. Pour maintenant, vous pouvez commencer à écrire ce que vous mangez, où vous êtes et ce que vous faites lorsque vous avez une migraine.

Pouvez-vous me répéter les prochaines étapes du traitement de vos migraines, pour que je sache que vous avez compris?

**Client :** *Je vais subir des tests et aussi écrire ce que j'ai mangé avant mes migraines, où j'étais et ce que je faisais.*

### DEMANDER

**Infirmière :** Oui, c'est ça. Y a-t-il autre chose que vous voulez savoir?

### RECOMMANDATION 1.2.c

Les infirmières ont recours à la technique de communication « fermer la boucle »<sup>9</sup> afin d'évaluer dans quelle mesure le client comprend l'information.

Type de données probantes = III

## Discussion des données probantes

### Technique de communication

La technique de communication surnommée « Fermer la boucle » est utilisée pour veiller à ce que le client comprenne l'information qu'il reçoit. Il s'agit d'une technique de communication de base, qui consiste à évaluer dans quelle mesure le client comprend et peut préciser les informations reçues (Miller et Rollnick, 2002). Le Kalamazoo Consensus Statement, élaboré en 1999 par 21 experts en communication représentant des établissements d'éducation médicale en Amérique du Nord, appuie la vérification de la compréhension dans le cadre de l'aptitude à communiquer de base consistant à partager des informations (Makoul, 2001). La technique de fermeture de la boucle se concentre sur la compréhension, tandis que dans le cadre de la technique « demander-dire-demander », les patients déterminent leurs propres objectifs en matière de santé et les comportements qui influencent ces objectifs.

Une étude effectuée par Bertakis (1977) a indiqué que les clients à qui l'on a demandé de répéter l'information qu'on leur a donnée dans leurs propres mots présentaient une augmentation considérable de la rétention de l'information et du niveau de satisfaction avec leur médecin. Lors d'une étude par observation effectuée par Schillinger et al. (2003), les clients qui recevaient de l'information grâce à la stratégie de fermeture de la boucle présentaient un niveau de HbA1c inférieur à celui des clients pour qui cela n'était pas le cas. Cette technique a donc le potentiel d'améliorer la compréhension du client et les résultats relatifs au diabète. Une étude comparative (Kemp, Floyd, McCord-Duncan et Lang, 2008) a examiné les préférences des clients concernant l'évaluation de l'information médicale fournie par les médecins, et a indiqué que les clients préféraient une « méthode collaborative consistant à répéter l'information », par rapport à une « méthode directive axée sur le médecin et consistant à répéter l'information » ou une méthode qui demandait aux clients de « réagir de façon positive ou négative à l'information comprise » Kemp et al. (2008) recommandaient que les clients reformulent dans leurs propres mots ce qu'ils ont compris.



## Exemple de scénario de « fermeture de la boucle »

**Fermer la boucle :** Une cliente de 65 ans, présentant des symptômes de défaillance cardiaque qui sont apparus progressivement, a été examinée dans la salle des urgences. Les résultats de son examen physique et des tests de diagnostic révélaient des signes de fonctionnement anormal du pompage. L'équipe soignante a décidé qu'une prise en charge externe était appropriée, et la patiente a reçu des instructions pour prendre en charge elle-même son état.

**Infirmière :** Madame Tremblay, avez-vous des questions concernant ce que le médecin vous a dit?

*Mme Tremblay :* J'en aurai peut-être plus tard, mais pas maintenant.

**Infirmière :** Il y a certaines choses qu'il est très important que vous fassiez lorsque vous serez à la maison pour prendre soin de vous et nous aider à savoir comment vous allez. J'ai tout écrit et je vais les passer en revue avec vous, d'accord?

*Mme Tremblay :* Oui, je veux faire tout ce que je peux pour prendre soin de moi-même.

**Infirmière :** Bon. La quantité de médicaments que vous prenez devra peut-être changer en fonction de votre poids, alors vous devez vous peser tous les jours et nous appeler si l'un de vos symptômes s'aggrave. Vous devez nous faire part d'une prise de poids soudaine de deux livres en une journée ou de cinq livres en une semaine. Il est possible que cette prise de poids soit causée par un excédent de fluide dans votre organisme, alors il est important de nous le faire savoir.

Pouvez-vous me répéter ce que vous devez faire à la maison, afin que je sois certaine que tout est clair?

*Mme Tremblay :* Oui, certainement. Je dois me peser tous les jours et vous appeler si l'un de mes symptômes s'aggrave. Je n'ai pas tout à fait compris la prise de poids que je dois surveiller?

**Infirmière :** Pas de problème, je l'ai écrit pour vous, mais pour que tout soit bien clair, si vous prenez deux livres en une journée ou cinq livres en une semaine, vous devez nous appeler tout de suite.

Vous pouvez me le répéter?

*Mme Tremblay :* Oui, si je prends deux livres en une journée et cinq livres en une semaine, je dois vous appeler.

**Infirmière :** Bien.

**RECOMMANDATION 1.2.d**

Les infirmières aident les clients à utiliser l'information provenant des techniques d'autosurveillance<sup>G</sup> (p. ex., surveillance du glucose, surveillance à domicile de la tension artérielle) pour prendre en charge leur état.

Type de données probantes = Ib

## Discussion des données probantes

Il est important de noter que les clients peuvent surveiller eux-mêmes leurs symptômes et se servir de différents outils (comme des plans d'action pour la prise en charge des symptômes) pour prendre en charge leurs états chroniques. Un outil fréquemment utilisé est le plan d'action pour l'asthme. Les plans d'action pour l'asthme sont différents des plans d'action pour le changement du comportement. Les plans d'action pour le changement du comportement abordent généralement des comportements spécifiques relatifs à la santé ou aux habitudes de vie, et sont élaborés en collaboration avec les prestataires de soins pour aider les clients à atteindre les objectifs qu'ils choisissent eux-mêmes. Les plans d'action de prise en charge des symptômes sont généralement définis par les médecins, les infirmières ou les gestionnaires de cas, et sont conçus pour guider les clients afin qu'ils agissent pour prendre en charge leur symptômes et éviter les visites au cabinet du médecin ou à la salle d'urgence. Il s'agit à la fois d'un outil de surveillance et d'un outil d'auto-administration des soins<sup>G</sup>. Les clients surveillent leur état en comparant leurs symptômes avec des normes et suivent les instructions concernant les étapes suivantes. Les données probantes qui soutiennent leur utilisation sont variées (Powell et Gibson, 2003; Toelle et Ram, 2004; Lefevre et al., 2002). Toutefois, un examen récent a indiqué que l'autogestion de l'asthme qui comprend une autosurveillance, soit du débit maximal expiratoire ou des symptômes, associée à des examens médicaux réguliers et un plan d'action écrit, permettait d'améliorer les résultats en matière de santé des adultes asthmatiques (Gibson et al., 2007).

L'autosurveillance par les clients peut inclure une large gamme d'activités. Parmi les techniques d'autosurveillance, on peut inclure la surveillance de la tension artérielle, de la glycémie, des niveaux de warfarine et d'autres indicateurs cliniques. Les infirmières doivent aider les clients à interpréter ces résultats afin de les aider à prendre en charge leur propre état. Certaines données indiquent que lorsque les clients diabétiques connaissent le niveau de HbA1c et d'autres objectifs, la probabilité qu'ils réalisent leurs objectifs augmente (Berikai et al., 2007).

Un examen de la documentation, effectué par Yang, Robetorye et Rodgers (2004), a permis de découvrir que les clients qui surveillaient et ajustaient eux-mêmes leur dose de warfarine à la maison atteignaient des rapports internationaux normalisés (RIN) dans la plage cible plus souvent que les clients dont la dose était ajustée par le médecin. Les résultats des études d'autosurveillance de la glycémie (SMBG) chez les clients diabétiques de type 2 non traités à l'insuline ont été mixtes. Un examen systématique effectué par Welschen et al. (2005) a indiqué que le SMBG était parfois efficace pour l'amélioration du contrôle de la glycémie chez les clients atteints de diabète de type 2. Toutefois, une étude effectuée auprès de clients atteints de diabète de type 2 a constaté qu'il n'existait aucune différence importante entre un groupe composé de clients qui surveillaient leurs niveaux de glycémie trois fois par jour, deux fois par semaine et qui discutaient des résultats par téléphone avec leur prestataire de soins, et un groupe de clients qui apprenaient à interpréter les résultats lors d'une intervention intensive (Farmer et al., 2007). Une méta-analyse récente (Towfigh et al., 2008) a indiqué que le SMBG produit un effet significatif sur le plan statistique, mais modeste sur le plan clinique, en matière de contrôle des niveaux de glycémie chez les clients diabétiques qui ne prennent pas d'insuline. Toutefois, les clients atteints de diabète de type 2 qui prennent de l'insuline et qui utilisent des renseignements provenant de la surveillance et des algorithmes pour ajuster leur dose d'insuline ont amélioré leurs résultats sur le plan métabolique. (Blonde, Merilainen, Karwe et Raskin, 2009; Selam et Meneghini, 2009).

Une autre méta-analyse associée à l'autosurveillance a évalué l'effet de la surveillance de la tension artérielle à la maison par rapport à la surveillance uniquement effectuée en clinique. Les résultats des niveaux de la tension artérielle et la proportion de clients hypertensifs qui atteignaient les niveaux de tension artérielle ciblés révélaient que la surveillance à la maison de la tension artérielle avait un effet significatif (positif) sur la réduction des niveaux de tension systolique et de tension diastolique. Les résultats indiquaient également qu'un nombre plus important de clients atteignait les niveaux de tension artérielle ciblés (c.-à-d. une plage normale) par rapport à ceux qui n'étaient surveillés qu'en clinique (Cappuccio, Kerry, Forbes et Donald, 2004). Cette méta-analyse comprenait les résultats de 18 essais randomisés, et les conclusions se maintenaient même après avoir tenu compte de la communication sélective de résultats. Ces résultats indiquent que la surveillance de la tension artérielle à la maison devrait être encouragée dans le cadre d'un programme exhaustif d'autogestion de l'hypertension.



**RECOMMANDATION 1.2.e**

Les infirmières encouragent les clients à avoir recours à des méthodes de surveillance (p. ex., journaux, registres, dossiers personnels de santé) pour assurer la surveillance et le suivi de leur état de santé.

Type de données probantes = III

## Discussion des données probantes

Le Cincinnati Evidence-Based Care Guideline for Chronic Care: Self-Management in Children (2007) recommande le recours à des registres quotidiens pour l'autosurveillance dans le cadre de la prise en charge de l'autogestion.

La recherche limitée sur l'utilisation des méthodes de surveillance, comme les dossiers de santé personnels, a produit des résultats mitigés. Certaines données semblent indiquer que les changements du comportement du client s'améliorent lorsque des systèmes personnels de consignation de l'état de santé sont utilisés et permettent une meilleure communication avec les cliniciens (Scherger, 2005; Tang et Lansky, 2005; Tang et al., 2003; Wald et al., 2004). Toutefois, dans Newell, Sanson-Fisher, Girgis et Davey (2002), un essai contrôlé randomisé a constaté que le recours à des livrets de dossiers de santé personnels n'a pas généré une augmentation significative des comportements de dépistage du cancer. Une autre étude (Simmons et al., 2004) a découvert que le recours à un passeport sur le diabète n'était pas associé à une amélioration du contrôle de la glycémie, des connaissances sur le diabète ou de l'habilitation.

Les données actuelles n'indiquent pas adéquatement les possibilités et l'utilité potentielles des systèmes de dossiers de santé personnels (Tang et al., 2006). La technologie qui appuie les dossiers de santé personnels est encore en développement, ces types d'outils ont besoin d'une surveillance supplémentaire et leur utilisation dépend des préférences personnelles du client.



## ACCEPTER : Fixer des objectifs en collaboration, en fonction de l'intérêt du client et de sa confiance en sa capacité de changer de comportement.

### RECOMMANDATION 1.3

Les infirmières collaborent avec les clients dans les buts suivants :

- Fixer des objectifs;
- Élaborer des plans d'action qui permettent la réalisation des objectifs; et
- Surveiller les progrès menant aux objectifs.

Type de données probantes = Ia

## Discussion des données probantes

L'objectif de l'établissement des buts et de la planification des actions<sup>G</sup> consiste à encourager les clients à changer leur comportement d'une manière qui améliore les résultats cliniques, ou encore d'apporter des changements moins importants à leur comportement qui ne suffisent pas à améliorer les résultats cliniques, mais qui permettent d'améliorer l'autoefficacité<sup>G</sup> du client et peuvent à leur tour entraîner d'autres changements significatifs sur le plan clinique (Bodenheimer et Handley, 2009). L'autoefficacité est associée à des comportements plus sains et à une amélioration des résultats cliniques; en fait, de plus en plus d'éléments tendent à indiquer que les stratégies d'autogestion qui intègrent et qui améliorent l'autoefficacité génèrent des avantages précieux relativement à la prise en charge des états chroniques (Marks, Allegrante et Lorig, 2005; Lippke et al., 2009).

De multiples examens ont été effectués afin d'examiner les effets de l'établissement d'objectifs et de la planification des actions. Un examen systématique de 92 études sur les comportements relatifs à l'alimentation, effectué par Ammerman et al. (2002), a découvert que l'établissement d'objectifs et la planification des actions étaient associés à une amélioration des comportements liés à la santé, en particulier la consommation de moins de matières grasses et de plus de fruits et de légumes. Un autre examen systématique de 28 études sur l'alimentation et l'activité physique a constaté que 32 % des études appuyaient le recours à l'établissement d'objectifs ou à la planification des actions pour les adultes (Shilts, Horowitz et Townsend, 2004). Estabrooks et al. (2005) ont constaté que les clients diabétiques qui participaient au choix des objectifs relatifs à l'autogestion et à la planification nécessaire pour atteindre ces objectifs choisissaient souvent des objectifs relatifs au comportement, qui nécessitaient le plus de changement, et s'amélioraient dans ce domaine particulier plus que les clients qui choisissaient des objectifs moins pertinents. Handley et al. (2006) ont conclu que l'intégration de l'établissement collaboratif d'objectifs et de plans d'actions dans la pratique des soins primaires pouvait constituer une stratégie utile pour encourager les changements de comportement. Toutefois, l'état des connaissances relatives à l'efficacité de l'établissement d'objectifs et de plans d'action pour améliorer les résultats cliniques est limité, car les études n'ont pas isolé la « planification des actions », mais l'ont plutôt incluse dans les nombreuses stratégies qui composent l'intervention (Bodenheimer et Handley, 2009).

### PLAN D'ACTION

Le but d'un plan d'action est d'augmenter l'autoefficacité (l'assurance qu'un client est capable de changer quelque chose) (Bodenheimer, Davis et Holman, 2007).

Un plan d'action est une entente entre le clinicien et le client, dans le cadre de laquelle le client apportera un changement spécifique à son comportement (Handley et al., 2006).

Il est également défini comme une entente entre le clinicien et le client, dans le cadre de laquelle le client tentera d'apporter un petit changement à son comportement un petit changement concret qui a de grandes chances de réussir.

Les plans d'action sont également définis comme des activités concrètes et très spécifiques que les clients acceptent d'effectuer pour contribuer à atteindre leurs objectifs (p. ex., marcher autour du pâté de maisons à deux reprises le lundi, le mercredi et le samedi avant le dîner, comme objectif de faire plus d'exercice).

Les plans d'action sont négociés avec un prestataire de soins de santé afin d'atteindre un objectif. Des processus de collaboration sont utilisés pour s'entendre sur un plan d'action.

Un plan d'action doit :

- être quelque chose que la personne souhaite faire;
- être raisonnable (quelque chose qu'une personne peut s'attendre à être capable de réaliser dans une période donnée, par exemple une semaine ou un mois); le choix d'un plan d'action dont la probabilité de réussite est élevée est essentiel, car un changement réussi du comportement, si petit soit-il, fait augmenter l'autoefficacité;
- être spécifique à un comportement;
- répondre aux questions : Quoi? Combien? Quand? À quelle fréquence? et
- avoir un niveau de confiance de 7 ou plus (0 étant aucune confiance du tout, 10 étant une confiance totale que la personne ira jusqu'au bout du plan d'action).

Un exemple de création d'un plan d'action avec un client est présenté dans l'annexe G.

## AIDER : Trouver les barrières personnelles, les stratégies, les techniques de résolution de problèmes et le soutien social/environnemental.

### RECOMMANDATION 1.4.a

Les infirmières qui ont suivi une formation appropriée ont recours à des techniques d'entrevue motivationnelle avec leurs clients afin de leur permettre de participer pleinement à la détermination des changements qu'ils souhaitent apporter à leur comportement.

Type de données probantes = Ia

## Discussion des données probantes

La technique d'entrevue motivationnelle est définie comme une méthode directive orientée sur le client permettant d'améliorer la motivation intrinsèque relative au changement en examinant et en résolvant l'ambivalence (Miller et Rollnick, 2002). Le but consiste à faciliter les changements de comportement en aidant les clients à examiner et à résoudre l'ambivalence relative au changement. Son effet est de faire en sorte que le client est moins sur la défensive et d'augmenter les divulgations, l'engagement et la participation, ce qui le motive à apporter des changements à son comportement. La technique d'entrevue motivationnelle reconnaît l'autonomie du client, prend pour acquis que la plupart des individus sont ambivalents concernant les changements du comportement, et essaie d'aborder ouvertement cette ambivalence. L'idéal est que l'argument en faveur du client soit présenté par le client et non par le prestataire de soins. La technique d'entrevue motivationnelle est un élément de la phase « AIDER ».

Afin de tenter de clarifier les choses, Miller et Rollnick (2009) indiquent que la technique d'entrevue motivationnelle intègre l'écoute réflexive afin de guider la résolution de l'ambivalence concernant le changement, et est :

- collaborative et axée sur l'individu;
- conçue pour améliorer la motivation à changer du client et n'est pas nécessairement basée sur le modèle transthéorique<sup>2</sup> (TTM) du changement (c.-à-d. l'étape pré-contemplative);
- toujours conçue de façon à respecter l'autonomie du client et ne doit jamais être utilisée pour le forcer à faire ce que vous pensez qu'il doit faire;
- une compétence clinique complexe, qui nécessite beaucoup de travail avant qu'elle soit maîtrisée, plutôt qu'un simple manuel étape par étape;
- une méthode qui encourage le client à formuler les solutions lui-même, plutôt que lui fournir des solutions en supposant qu'il lui manque quelque chose d'essentiel pour réussir; et
- inutile si le client est prêt à changer.

Une méta-analyse récente effectuée par Rubak et al. (2005) a évalué l'efficacité de la technique d'entrevue motivationnelle auprès de clients atteints de différentes maladies. Ils ont découvert que la technique d'entrevue motivationnelle produisait des effets importants dans certains domaines (indice de masse corporelle, cholestérol total, tension artérielle systolique) mais pas dans d'autres (cigarettes par jour, niveaux d'A1C). Lewin et al. (2001) ont recommandé que la technique d'entrevue motivationnelle soit utilisée pour conseiller les clients/leurs familles relativement aux changements des comportements liés à la santé. La technique d'entrevue motivationnelle peut s'avérer efficace lors de brefs entretiens de moins de 15 minutes; toutefois, la « dose » d'efficacité est individualisée, en supposant qu'une augmentation de l'utilisation permet d'augmenter la probabilité de résultats favorables (Miller et Rollnick, 2009). De plus, certaines études ont indiqué que l'efficacité était accrue lorsque cette technique était combinée avec d'autres méthodes de traitement (Hettinga, Steele et Miller, 2005). Dans environ 80 % des études, la technique d'entrevue motivationnelle produit des résultats supérieurs aux conseils traditionnels pour une vaste gamme de problèmes de comportement et de maladies (Rubak et al., 2005).

Les études indiquent que n'importe quel professionnel de la santé qui a suivi une formation appropriée peut utiliser avec succès des compétences en entrevue motivationnelle avec ses clients (Ruback et al, 2005). Miller et Rollnick (2009) reconnaissent que la plupart des professionnels de la santé se renseignent au sujet de l'entrevue motivationnelle lors d'une activité d'autoformation ou de courts ateliers d'une ou deux heures, et ils affirment que bien que cette méthode clinique est simple, elle n'est pas aussi facile à maîtriser, car elle nécessite des essais répétés, avec la rétroaction et l'encouragement de guides avisés, afin de faciliter les compétences et l'aisance.

<sup>2</sup> Voir la recommandation 1.1.d

#### RECOMMANDATION 1.4.b

Les infirmières enseignent aux clients à avoir recours à des techniques de résolution de problèmes<sup>9</sup> et les aident à le faire.

Type de données probantes = Ia

### Discussion des données probantes

La capacité de résoudre des problèmes est une compétence clé de l'autogestion<sup>G</sup> (Funnell et al., 2008; Glasgow et al., 2002; Glasgow et al., 2003; Lorig & Holman, 2003; Whitlock et al., 2002). Le processus inclut généralement la définition du problème, la génération de solutions possibles, y compris en sollicitant les suggestions des amis et des professionnels de la santé, la mise en œuvre des solutions et l'évaluation des résultats.

Bien qu'il existe peu d'études sur les associations entre la résolution des problèmes par les clients et les mesures cliniques de contrôle de la maladie, des études transversales auprès d'adultes indiquent systématiquement des preuves d'une association entre la résolution de problèmes et les niveaux de HbA1c. Des méta-analyses ont révélé que la résolution de problèmes s'avérait efficace pour le soulagement des symptômes émotionnels et physiques de clients traités pour la dépression (Malouff, Thorsteinsson et Schutte, 2007; Bell et D'Zurilla, 2009) ou pour la toxicomanie et le cancer (Malouff et al., 2007). Des interventions relatives au changement des habitudes de vie, comprenant l'acquisition de compétences de résolution de problèmes, par rapport à des contrôles, indiquaient que les effets de l'intervention sur l'alimentation et l'autoefficacité étaient partiellement médiés par la résolution de problèmes (Glasgow et al., 2004). La plupart des études sur des interventions signalent un impact sur le comportement, particulièrement sur le comportement en matière d'alimentation chez les adultes (Hill-Briggs et Gemmell, 2007).



**RECOMMANDATION 1.4.c**

Les infirmières connaissent les programmes communautaires d'autogestion donnés dans différents établissements, et peuvent mettre les clients en relation avec ces programmes en leur fournissant des renseignements exacts et des ressources pertinentes.

Type de données probantes = Ib

## Discussion des données probantes

Les études ont indiqué que le fait de fournir une autogestion fondée sur les données probantes peut être amélioré si l'on combine les efforts cliniques avec la participation de la communauté, en allant au-delà des murs de la clinique pour créer des liens dans la communauté (Cifuentes, Fernald et Green, 2005; Renders et al., 2001; Woolf et al., 2005). Les infirmières peuvent étendre leurs compétences en autogestion et proposer de nombreuses ressources supplémentaires afin de répondre aux besoins spécifiques des clients, en s'assurant qu'ils sont au courant des programmes d'autogestion efficaces dans la communauté et en créant une collaboration avec ces programmes (Heisler, 2009). Le fait de mettre les clients en relation avec les ressources communautaires tient compte des multiples niveaux d'influence sur les changements des comportements liés à la santé (Green et Kreuter, 1999). Bon nombre de ressources sont disponibles pour aider les clients à prendre en charge eux-mêmes leurs états chroniques. Ces ressources comprennent des éléments tels que le soutien social, l'accès à des centres de conditionnement physique et des ressources d'information disponibles sur Internet. L'encadrement du client afin de l'aider à apprendre à trouver, évaluer et utiliser ces ressources constitue un élément du soutien de l'autogestion (Fiandt, 2006). Une intervention menée par Eakin et al. (2007), qui utilisait tant une approche comportementale et écologique de la prise en charge des maladies chroniques et une approche sociale et écologique avec une orientation sur la reconnaissance des soutiens sur plusieurs niveaux/communautaires pour le changement des comportements liés à la santé, a généré des améliorations du comportement en matière d'alimentation et un soutien sur plusieurs niveaux pour les habitudes de vie saines, mais pas pour l'activité physique. Il a été démontré que l'éducation en groupe sur l'autogestion permettait de réduire les coûts des soins de santé et les ressources utilisées, tout en améliorant les résultats en matière de santé (Deakin et al., 2005).

Le United States National Council on Aging, Center for Healthy Aging (NCOA, 2006) fournit une liste des programmes recommandés de promotion de la santé fondés sur les données probantes, proposés par des bénévoles formés de la communauté. Ces programmes ont prouvé leur validité interne et externe et se sont avérés efficaces dans différents pays et différentes cultures (Brody et al., 2005; Fu et al., 2003; Fu, Ding, McGowan et Fu, 2005; Griffiths et al., 2005; Lorig et Holman, 2003; McGowan et Green, 1995; Plews, 2005; Siu, 2007; Sobel, Lorig et Hobbs, 2002; Swerissen et al., 2006). La majorité de ces programmes comprennent des éléments de soutien de l'autogestion, comme l'établissement d'objectifs, la planification des actions et le suivi; le modelage, la persuasion sociale et la réinterprétation des symptômes; la résolution de problèmes; et le suivi. De plus, le contenu du programme peut inclure des renseignements concernant l'état et son traitement, la prise en charge des médicaments, la prise en charge des symptômes, la prise en charge des émotions et des conséquences psychologiques, le changement de comportement lié aux habitudes de vie, le soutien social et la communication (Leveille et al., 1998).

Ces programmes ont démontré des résultats positifs, tels que l'amélioration des connaissances, l'autoefficacité en matière de prise en charge de la maladie et de ses symptômes, l'exercice, la prise en charge des symptômes cognitifs, la communication avec les médecins, et l'état de santé signalé par le client. De tels programmes ont également démontré des réductions de la détresse liée à la santé, de la fatigue, de l'invalidité et des limitations sociales/des rôles, de la difficulté perçue à faire de l'exercice et de la douleur et de la fatigue (Barlow, 2000; Barlow et Ellard, 2007; Deakin et al., 2005; Gifford et al., 1998; Heisler, 2006; Lorig et al., 1985, 1999, 2001, 2003, 2005; Schreurs et al., 2003; Tang et Lansky, 2005; Siu et al., 2007; Swerissen et al., 2006). Un examen Cochrane (Foster G., et al., 2007) sur les programmes d'autogestion dirigés par des non-spécialistes (utilisant seulement les critères ou la taille de l'effet de niveau 1 ou 2 pour estimer l'impact) a découvert de petites améliorations à court terme dans l'autoefficacité des participants, l'état de santé auto-évalué, la prise en charge des symptômes cognitifs et la fréquence des exercices aérobiques. Kennedy et al. (2007) ont constaté que, bien que le Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP)<sup>6</sup> (programme d'autogestion des maladies chroniques) n'ait pas eu d'effet significatif sur le recours aux services de santé sur une période de six mois, il était associé à des améliorations de la qualité de vie liée à la santé sans frais supplémentaires, et était susceptible de s'avérer économique.

## ORGANISER : planifier spécifiquement le suivi (p. ex., visites, appels téléphoniques, rappels envoyés par courrier)

### RECOMMANDATION 1.5

Les infirmières organisent un suivi régulier et soutenu pour les clients, en fonction des préférences et des disponibilités de ceux-ci (p. ex., téléphone, courriel, rendez-vous réguliers). Les infirmières et les clients discutent des données/informations qui seront passées en revue lors de chaque rendez-vous et se mettent d'accord à ce sujet.

Type de données probantes = Ia

### Discussion des données probantes

De nombreuses études étayaient l'importance d'un suivi régulier et constant, et un examen d'études sur l'autogestion du diabète souligne le fait que le suivi est la clé de la réussite à long terme (Clement, 1995) et d'une autogestion améliorée de l'alimentation (Kim et Oh, 2003). Les études révèlent que les individus sont plus susceptibles de maintenir les changements apportés à leur mode de vie s'ils bénéficient d'un suivi régulier (Diabetes Prevention Program Research Group, 2002; Perri et al., 2001). Un examen systématique mené par Norris et al. (2001) a constaté que des interventions accompagnées d'un renforcement régulier étaient plus efficaces que des interventions d'éducation isolées ou à court terme, et bien que la durée du suivi ne soit pas indiquée, les résultats indiquaient que les avantages du soutien de l'autogestion pour les clients diabétiques diminuait au fil du temps et qu'un suivi régulier s'avérait nécessaire (Norris et al., 2002). Dans une autre étude effectuée auprès de diabétiques (Brown et al., 2005), une éducation à long terme accompagnée de suivis planifiés permettait d'améliorer l'effet de l'éducation sur le contrôle de la glycémie. Un plan de suivi individualisé pour les clients, ayant pour objectif de maintenir l'autogestion, est préconisé dans les National Standards for Diabetes Self-Management Education (Funnell et al., 2008).

### Modèles de prestation innovants

#### RECOMMANDATION 2.0

Les infirmières ont recours à différentes méthodes innovantes, créatrices et flexibles avec les clients, lorsqu'elles leur fournissent un soutien à l'autogestion comme :

- a) Des systèmes de soutien électroniques
- b) Des documents imprimés
- c) Un contact téléphonique
- d) Une interaction en personne
- e) De nouvelles méthodes émergentes

Type de données probantes = IIb

### Discussion des données probantes

Les infirmières sont encouragées à avoir recours à des modalités innovantes, créatrices et flexibles de soutien de l'autogestion lors de leurs interactions avec leurs clients. Cela comprend la prestation d'interventions de soutien de l'autogestion utilisant le téléphone, des documents écrits, des rencontres en personne, les ordinateurs et l'Internet pour livrer le message. Le soutien de l'autogestion doit être interactif, flexible, réflexif, et adapté aux besoins en matière d'apprentissage et aux préférences du client. En outre, le soutien de l'autogestion doit être donné en utilisant différentes techniques, tant individuellement qu'en groupe.

#### Systèmes de soutien électroniques

Lorig, Ritter, Laurent et Plant (2006) ont évalué des programmes en groupe offerts de différentes façons, y compris un enseignement interactif sur Internet fourni en anglais, qui comprenait des discussions sur un babillard, des exercices illustrés et des pairs modérateurs. Les participants recevaient également un livre sur les maladies chroniques majeures. Cette étude présentait une amélioration considérable des indicateurs du statut de la santé et de l'autoefficacité.

Lors d'un essai randomisé, Glasgow et al. (2003) ont évalué un soutien de l'autogestion fourni par Internet à 320 clients adultes atteints de diabète de Type 2. Un groupe de participants avait accès à un moniteur professionnel, expert en connaissances alimentaires pour les clients diabétiques. Un deuxième groupe avait accès à un groupe d'entraide constitué de pairs, surveillé par des professionnels et accessible sur Internet. Les interventions comprenaient l'établissement d'objectifs, une rétroaction personnalisée, des stratégies adaptées et la publication de message destinés au groupe de pairs et au moniteur professionnel.

Les auteurs ont signalé que les interventions relatives à l'autogestion sur Internet ont généré un succès moyen. Les résultats indiquaient que les changements apportés par les clients à leur alimentation étaient semblables à ceux obtenus dans le cadre des interventions en personne. Les résultats clés notés comprenaient une amélioration dans les domaines comportementaux, psychosociaux et biologiques. Bien que des facteurs tels que le fait que certains participants étaient des novices à l'ordinateur et que le recours au programme diminuait au fil du temps, les auteurs ont conclu que les interventions relatives à l'autogestion sur Internet pouvaient s'appliquer à différents milieux et à différents clients.

### Documents imprimés

Eakin et al. (2007) et Kennedy et al. (2003) ont évalué l'efficacité de documents imprimés adaptés fournis en combinaison avec d'autres stratégies, y compris des appels téléphoniques, des sessions en personne et l'utilisation d'un guide. Parmi les résultats obtenus, on peut citer une augmentation considérable de l'autoefficacité, de l'adhésion à l'exercice, du comportement en matière d'alimentation, de la qualité de l'exercice physique, de l'autonomisation, de la communication et de la satisfaction, et une réduction du nombre de rechutes, de visites à l'hôpital, des coûts et du stress.

Lors d'une étude, les documents imprimés adaptés comprenaient un questionnaire envoyé par courrier concernant le niveau d'exercice, l'invalidité causée par la douleur et les autres comportements associés à l'arthrite. Ces documents comprenaient un sondage envoyé par courrier par le médecin de famille, lequel contenait un rapport sommaire et un plan d'action proposé. Étaient également inclus un livre de conseils pratiques sur l'arthrite, un guide exhaustif, une cassette de relaxation et un dépliant sur la communication entre le médecin et le client. Le sondage et le rapport sommaire étaient envoyés par courrier tous les quatre mois (Lorig, Ritter, Laurent et Fries, 2004). Les auteurs ont signalé une réduction de la douleur, de l'invalidité et du recours aux soins médicaux, ainsi qu'une augmentation de la fonction physique.

### Téléphone

Maljanian, Grey et Conroy, (2005) et Barnason et al (2003) ont évalué l'efficacité d'un soutien de l'autogestion par téléphone des clients diabétiques. Le téléphone était considéré comme un moyen de communication qui fournissait aux clients des informations qui leur permettaient d'évaluer leurs symptômes et la modification des facteurs de risque, les stratégies de prise en charge des symptômes signalés et l'éducation relative au rétablissement, ainsi que de renforcer de façon positive leur autoefficacité relative à la prise en charge des symptômes, au fonctionnement et à l'adhésion aux modifications des facteurs de risque. L'intervention par téléphone était fournie une fois par jour pendant six semaines. Les résultats indiquaient une augmentation de l'autoefficacité, de l'adhésion à l'exercice, de la prise en charge du comportement relatif à l'alimentation, du soutien, et de la qualité de l'exercice physique. Une réduction du stress et des niveaux de HbA1c ont également été signalés.

### En personne

Coultas et al. (2005) et Eakin et al. (2007) ont évalué le soutien de l'autogestion fourni en personne. Les interventions en personne nécessaient que le prestataire de soins de santé possède des compétences avancées en matière d'établissement de relations, d'établissements d'ordres du jour, d'évaluation de la préparation au changement des individus, de l'adaptation de l'information et de la prestation de rétroaction. Les résultats indiquaient une réduction des perturbations causées par la maladie, une amélioration de la prise en charge du comportement en matière d'alimentation, un soutien sur plusieurs niveaux des habitudes de vie saines et des améliorations de la qualité des activités physiques.

### Nouvelles méthodes émergentes

Les nouvelles méthodes émergentes en cours de développement semblent promettre d'avoir une portée plus importante et de permettre d'adapter le soutien de l'autogestion en fonction des besoins et des préférences des clients. Schillinger et al. (2008) ont constaté que la prise en charge automatisée par téléphone de la maladie, lorsqu'elle est associée à la gestion des dossiers par l'infirmière, pouvait être utilisée de façon efficace rejoindre les clients dont la maîtrise de l'anglais et la littératie en anglais étaient limitées. Cette approche s'est avérée être légèrement plus efficace au sein de cette population que des rendez-vous médicaux en groupe selon la langue. Les deux interventions ont permis aux participants de devenir plus actifs.

## RECOMMANDATION 2.1

Les infirmières adaptent leurs stratégies de soutien de l'autogestion à la culture et au contexte social et économique des clients dans différents milieux.

Type de données probantes = IIa

## Discussion des données probantes

### Langue/Culture

Les rendez-vous médicaux et les programmes d'autogestion en groupe peuvent être des façons particulièrement efficaces de donner un soutien aux clients provenant de cultures et de contextes sociaux différents. Des études menées au sein de groupes de consultation formés de clients afro-américains diabétiques indiquent la préférence pour l'apprentissage dans le cadre d'un groupe. Pour ce groupe, les réseaux familiaux et les communautés religieuses constituaient une source puissante de soutien social, particulièrement pour l'autogestion du diabète (Tang et al., 2005).

Les barrières linguistiques peuvent être résolues grâce aux services de traducteurs approuvés et à des feuilles de renseignements multilingues sur l'éducation sanitaire. Au Canada, un programme intéressant est le programme d'établissement des immigrants, financé par Citoyenneté et Immigration Canada. Ce programme soutient les hôpitaux afin de les aider à embaucher des immigrants établis provenant de différentes cultures qui aident les nouveaux arrivés à s'y retrouver dans le système de santé. De plus, ces travailleurs aident les prestataires de soins de santé à aiguiller leurs clients vers d'autres organismes ou praticiens de la communauté, selon ce qui est approprié pour leur état.

Nath (2007) a discuté de la littératie en matière de santé relativement à l'autogestion du diabète. Elle a raisonné que les barrières resteront pour les clients dont le niveau de littératie est insuffisant, sauf si les infirmières et les autres prestataires de soins de la santé font des efforts conscients pour simplifier les soins, adapter l'éducation et réduire la complexité du système de santé.

Rendez-vous à l'adresse <http://www.cic.gc.ca/francais/ministere/media/communiqués/2010/2010-06-29.asp> pour lire un communiqué de presse du gouvernement du Canada concernant la facilitation de l'accès aux soins de santé pour les familles.

Les études ont démontré que la traduction et la mise en œuvre de programmes de prise en charge des maladies chroniques et de programmes d'autogestion qui ont été élaborés aux États-Unis ont porté des fruits dans d'autres pays, par exemple au Canada (McGowan, 1994; 2006), China (Fu et al., 2005), à Hong Kong (Chui, Lau et Yau, 2004; Siu et al., 2007; Yip et al., 2006) et en Australie (Swerissen, 2006). Parmi les groupes culturels ciblés, on peut citer les Autochtones canadiens (McGowan et Green, 1995; McGowan et Green, 2002), les Chinois (Fu et al., 2005; Siu et al., 2007; Yip et al., 2006; Swerissen, 2006), les Latino-Américains (Lorig, 2005), les Italiens, les Vietnamiens et les Grecs (Swerissen, 2006). Les résultats pour les clients comprenaient une amélioration des connaissances (Fu et al., 2005), une amélioration des compétences d'autogestion et du comportement, une meilleure autoefficacité (Fu et al., 2005; Chui, 2004; Siu et al., 2007, Rogers, 2005; Lorig et al., 2005), et une amélioration de l'état de santé ou fonctionnel (Lorig et al., 2005; Yip et al., 2006; Swerissen, 2006).

Les programmes locaux dirigés par des travailleurs de la santé communautaires peuvent s'avérer particulièrement efficaces avec des groupes ethniques ou culturels divers, particulièrement lorsque ces travailleurs sont originaires des communautés qu'ils servent (Heisler, 2006). Le caractère approprié sur le plan culturel est particulièrement important lorsque l'éducation sanitaire est adaptée à chaque client. L'inclusion de représentants provenant du public ciblé dans la planification et l'élaboration de documents d'éducation sanitaire contribue à veiller à ce que ceux-ci soient appropriés sur le plan culturel. Le fait d'apprendre les préférences du client, comme le nom d'aliments fréquemment utilisés dans la cuisine de sa culture, est essentiel à la planification d'interventions de soutien. Les illustrations figurant dans les documents d'éducation doivent refléter la population ciblée (Georges, Bolton et Bennett, 2004)

L'individualisation et l'adaptation des interventions en fonction des besoins uniques du client sont des éléments qui sont en harmonie avec les valeurs et les convictions des soins axés sur les besoins du client. La RNAO a publié la ligne directrice sur les pratiques exemplaires relative aux soins axés sur les besoins du client (2006) afin de soutenir les chefs de file des soins infirmiers et de l'établissement dans leur objectif d'habiliter les patients et d'améliorer la qualité des soins.



## Communauté

Il est important de fournir le soutien de l'autogestion à un endroit où le client peut facilement accéder à ces ressources. Toutefois, l'efficacité des programmes d'autogestion est maximisée lorsqu'ils sont fournis dans des établissements de soins de santé ou communautaires, ou encore à domicile (Deakin, Cade, Williams et Greenwood, 2006; Norris et al., 2002; Leveille et al., 1998; Pepper-Burke, 2003). Un essai contrôlé randomisé mené par LeFort, Gray-Donald, Rowat et Jeans (1998) a constaté que dans les programmes de soutien de l'autogestion communautaires fournis par les infirmières, des améliorations à court terme étaient réalisées relativement à la réduction de la douleur et de la dépendance, une augmentation de la vitalité, le fonctionnement dans le cadre des rôles, la satisfaction avec la vie, l'autoefficacité et l'ingéniosité. Les résultats ont démontré une réduction des déclin du fonctionnement et du nombre de participants hospitalisés, ce qui semble indiquer qu'une collaboration communautaire avec les praticiens de soins primaires permet d'améliorer la fonction et de réduire l'hospitalisation des clients au sein des populations ciblées. Un programme communautaire à l'intention d'Afro-Américains des régions urbaines, atteints de diabète de Type 2, a constaté des améliorations considérables de l'IMC (indice de masse corporelle), du cholestérol total, du cholestérol LHD (cholestérol à lipoprotéines de haute densité), du cholestérol LDL (cholestérol à lipoprotéines de faible densité), et du comportement en matière de soins auto-administrés (Tang et al., 2005). Les clientes souffrant d'insuffisance cardiaque congestive qui assistaient à une clinique externe organisée par les infirmières ont augmenté leurs connaissances relatives aux soins auto-administrés plus que celles qui ne recevaient des soins de santé primaires que des médecins (Karlsson et al., 2005).

Lors d'une étude quasi-expérimentale, Coleman et al. (2004) ont examiné si le fait de fournir un moniteur de transition et les outils de communication utilisés pour les fournisseurs de soins et les clients permettait de faciliter la communication. Le but des outils et du moniteur de transition était de favoriser la communication entre les sites et de fournir des conseils et du soutien. Bien qu'ils ne soient pas explicites, les résultats indiquent que lorsque les outils de communication et un moniteur de transition étaient fournis aux clients plus âgés et aux personnes qui s'occupent d'eux, le risque d'hospitalisation de ces clients était réduit de moitié, et les clients signalaient des niveaux d'assurance plus élevé en matière de prise en charge de leur état, de communication avec les membres de leur équipe soignante et de compréhension de leur régime posologique.

Dans le cas des clients qui vivent une transition entre établissements de soins de santé (par exemple, de l'hôpital à la communauté ou vice-versa), leur plan de soutien de l'autogestion doit les suivre afin que les infirmières puissent les aider à continuer à prendre en charge leur état de la manière qui correspond au plan individualisé. Cela peut inclure des moniteurs de transition qui ont suivi une formation appropriée et des initiatives de communication entre les établissements. Les infirmières doivent également mettre en œuvre des soutiens qui permettent la transition dans le continuum des soins (Coleman et al., 2004).

## Contexte social

Lorsqu'elles donnent un soutien dans différents établissements de santé, les infirmières doivent tenir compte du contexte psychologique et social de la vie des clients et de leur impact sur le soutien de l'autogestion. Les facteurs comprennent le niveau d'éducation, les barrières linguistiques, les facteurs socio-économiques, d'autres déterminants sociaux de la santé, l'accès aux soins de santé et la situation familiale. Les études qui incorporent ces facteurs sont rares et principalement de nature qualitative, avec des échantillons peu nombreux et des résultats contradictoires. Des recherches doivent être effectuées afin de trouver des façons de soutenir les clients dans différents contextes sociaux.

À l'heure actuelle, les données probantes indiquent systématiquement qu'il existe des obstacles aux soins de santé basés sur des facteurs sociaux. Lors d'un essai contrôlé randomisé, Eakin et al. (2007) ont évalué des interventions relatives au comportement en matière d'alimentation et à l'activité en se basant sur le modèle socio-écologique<sup>G</sup>. Les participants à cette étude étaient 200 individus hispanophones à faible revenu atteints de multiples états chroniques. Les interventions effectuées dans le cadre de cette étude avaient recours à des techniques éprouvées d'autogestion, telle que l'établissement d'objectifs et la résolution de problèmes, et incluaient également des ressources modifiées pour être appropriées sur le plan culturel et traduites en espagnol. Ces ressources comprenaient des guides des ressources communautaires locales et un bulletin d'information individualisé axé sur l'activité physique et les objectifs en matière d'alimentation personnels de l'individu. Le centre communautaire fournissait un enseignement sur vidéo à ceux qui ne savaient lire ou écrire dans aucune langue.

Ces chercheurs ont mesuré les résultats relatifs aux activités primaires constituées par l'alimentation et l'exercice, et le résultat secondaire d'un soutien sur plusieurs niveaux, comme la famille, les amis, les prestataires de soins de santé, les habitants du quartier, la communauté, les médias et les politiques en matière de santé (Glasgow, Toobert, Barrera, et Strycker, 2004 dans Eaken et al., 2007). Les mesures des résultats ont indiqué des améliorations importantes du comportement relatif à l'alimentation et du soutien communautaire sur plusieurs niveaux; toutefois, aucun changement relatif à l'activité physique n'a été signalé. Les chercheurs ont indiqué qu'il était nécessaire que le soutien communautaire sur plusieurs niveaux aborde les questions sociales (c.-à-d. la littératie) grâce au recours à des méthodes de communication améliorées, par exemple un bulletin d'information s'adressant spécifiquement à ceux qui parlent espagnol afin de faciliter le soutien d'habitudes de vie saines.

**RECOMMANDATION 2.2**

Les infirmières adoptent une approche collaborative des équipes de pratique, afin de fournir un soutien efficace de l'autogestion.

Type de données probantes = Ib

## Discussion des données probantes

Les tâches consistant à procurer une habilitation et un soutien continus sont accomplies plus facilement par l'entremise d'une approche des soins basée sur une équipe pluridisciplinaire (Bray et al., 2005; Coleman et Newton, 2005; Glasgow et al., 2002; Keers et al., 2004). Une équipe soignante du client est un groupe de différents cliniciens qui participent aux soins d'un groupe défini de clients et communiquent régulièrement les uns avec les autres à ce sujet (Bodenheimer et al., 2003; Morgan, 1997). Ces équipes doivent se composer de professionnels de la santé qui possèdent de l'expérience ou une formation dans les aspects cliniques, éducatifs et comportementaux des soins (Funnell et Anderson, 2004). Globalement, les équipes peuvent compter des membres tels que les médecins, les infirmières praticiennes, les infirmières, les éducateurs en matière de santé, les pharmaciens, les diététistes, les travailleurs sociaux, les nutritionnistes, les travailleurs de la santé unifiés, les formateurs en milieu de travail et les clients ayant suivi une formation. Une formation sur les techniques et les outils de soutien de l'autogestion pour tous les membres du personnel est essentielle pour permettre une prestation efficace du soutien de l'autogestion (Bodenheimer et al., 2005; Mensing et al., 2006; Fisher et al., 2005).

Les équipes peuvent également compter des membres de la communauté et les ressources de leurs programmes ou institutions (Coleman et Newton, 2005; Jack, Liburd, Spencer et Airhihenbuwa, 2004). Pour faire preuve d'efficacité en matière de résultats fiscaux et relatifs aux clients, un soutien efficace de l'autogestion doit être intégré par tous les membres du personnel du début à la fin de la visite à la clinique, à l'hôpital ou à l'établissement communautaire (Glasgow et al., 2003; Heisler, 2005; Glasgow et al., 2004). Un environnement axé sur les besoins du client, qui adopte un soutien de l'autogestion, lequel est mis en pratique et renforcé par tous les cliniciens et est intégré au déroulement des soins, doit être créé (Funnell et Anderson, 2004; Heisler, 2005; Glasgow et al., 2004). Une approche et une philosophie d'équipe collaborative est essentielle à la réussite d'un tel environnement.

Les soins en équipe peuvent s'avérer efficaces pour améliorer les résultats chez les individus atteints d'états chroniques (Bodenheimer, 2003; Jayasuriya, Roach, Bailey et Shaw, 2001). Pour assurer leur efficacité maximale, les équipes doivent avoir recours à une approche transdisciplinaire pour aider les clients à recevoir des services là où ils vivent et travaillent, dans la communauté plus large (Holland, Greenberg, Tidwell et Newcomer, 2003; Jack, 2004; Wagner, 1999). Une approche d'équipe basée dans la communauté peut s'avérer particulièrement utile pour les personnes âgées et les populations vulnérables (Jack et al., 2004). Pour terminer, les équipes efficaces ont recours à des visites de soins planifiées afin de veiller à ce que les compétences, l'information, le temps et les ressources nécessaires pour assurer une prise en charge clinique efficace sont disponibles, et que les clients possèdent l'information et l'assurance dont ils ont besoin pour prendre leur état en charge (Bodenheimer et al., 2005).

Il a été déterminé qu'une pratique collaborative, touchant plusieurs disciplines, permettait d'augmenter la réussite des programmes d'autogestion. Des résultats améliorés étaient obtenus lorsque les praticiens de soins primaires et les médecins participaient à titre de partenaires (Kennedy et al., 2003; Leveille et al., 1998). De plus, un élargissement de la pratique collaborative est essentiel à la mise en œuvre réussie et à la viabilité des stratégies d'autogestion (Wilson, Coulon, Hillege et Swann, 2005). Il a été démontré que les partenariats avec le client et l'équipe d'infirmières, de médecins et d'autres prestataires des soins de santé permettaient d'améliorer les résultats et les comportements d'autogestion continus (Deakin et al., 2006; Loeb et al., 2003).

## Recommandations relatives à la formation

### RECOMMANDATION 3.0

Les programmes pédagogiques de soins infirmiers intègrent les principes de l'enseignement du soutien de l'autogestion à leur programme de base et lors du perfectionnement professionnel.

Type de données probantes = IV

Le soutien de l'autogestion représente un principe directeur des soins, qui transfère le leadership de l'infirmière au client. Redman (2004) décrit la préparation à l'autogestion comme suit :

*« la formation dont les individus atteints d'états de santé chroniques ont besoin pour prendre leurs médicaments et maintenir un régime thérapeutique, poursuivre leur vie de tous les jours comme leur emploi et leur famille et faire face à l'avenir, ce qui inclut les changements aux plans de vie et la frustration, la colère et la dépression » (p. 4) qui accompagnent un état chronique.*

Les programmes de formation doivent intégrer à leur cursus la connaissance et les compétences relatives à l'autogestion qui sont requises pour éduquer et soutenir l'autogestion par le client. L'éducation en sciences infirmières doit inclure des compétences en évaluation, l'entrevue motivationnelle, la facilitation de la résolution de problèmes et de l'établissement d'objectifs, et la promotion de l'habilitation et des interventions de suivi. (Cincinnati Chronic Care Self-management, 2007). Les établissements d'enseignement doivent fournir une éducation appropriée pour permettre aux infirmières de répondre aux besoins complexes des clients, des fournisseurs de soins et des familles vivant avec un état chronique. Les compétences et les objectifs relatifs au soutien de l'autogestion doivent faire partie des programmes d'éducation pour tous les professionnels de la santé et dans tous les secteurs de la santé (Rausher, 2006).

Tous les programmes d'enseignement qui préparent les infirmières à commencer à pratiquer ou qui fournissent un perfectionnement professionnel doivent inclure des principes théoriques et fondés sur les compétences qui permettent d'acquérir les compétences, les connaissances et les attitudes dont les infirmières ont besoin pour soutenir l'autogestion de façon efficace.

Parmi les prestataires de soins de santé qui enseignent à des clients atteints de maladies chroniques et qui les soutiennent, on peut citer les infirmières auxiliaires autorisées (inf. aux. aut.), les infirmières autorisées (inf. aut) et les infirmières autorisées (catégorie spécialisée) (IA (cat. spéc.)). Leur formation professionnelle de base, suivie dans des collèges communautaires ou des universités, est guidée par des normes globales établies par le ministère de la Formation et des Collèges et Universités. Les éléments théoriques doivent être enseignés en fonction du niveau de compétences approprié des prestataires de soins de santé travaillant dans une profession réglementée, selon les compétences spécifiques décrites par le territoire dans lequel ils ont reçu leur agrément.

Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées

[http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws\\_statutes\\_91r18\\_f.htm](http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_91r18_f.htm)

Ministère de la Formation et des Collèges et Universités de l'Ontario

([www.edu.gov.on.ca/eng/general/college/progstan/health/nurse.html](http://www.edu.gov.on.ca/eng/general/college/progstan/health/nurse.html);

[www.edu.gov.on.ca/eng/general/college/progstan/health/supwork.html](http://www.edu.gov.on.ca/eng/general/college/progstan/health/supwork.html))

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario

[www.cno.org](http://www.cno.org)

### RECOMMANDATION 3.1

Les organismes fournissent un enseignement du soutien de l'autogestion dans le cadre de différentes occasions de perfectionnement professionnel afin de soutenir les infirmières lors de leur acquisition de compétences en soutien de l'autogestion.

Type de données probantes = IV

## Discussion des données probantes

Les infirmières doivent réfléchir régulièrement à leur pratique et se demander si elles soutiennent leurs clients en ayant recours à des stratégies de soutien de l'autogestion (OIIO, 2010). Les infirmières doivent également envisager de participer à des cours de stratégie sur le soutien de l'autogestion afin d'acquérir la perspective du client et de sa famille concernant la prise en charge des états chroniques.

Les organismes professionnels, les établissements scolaires et les établissements de soins de santé doivent reconnaître que les stratégies de soutien de l'autogestion constituent un élément essentiel de la pratique des soins infirmiers et doivent donc intégrer différentes occasions de perfectionnement professionnel afin de soutenir les infirmières et les autres professionnels de la santé pour qu'ils puissent acquérir de façon efficace des connaissances et des compétences en matière de stratégies d'autogestion. Les professionnels de la santé doivent avoir accès à différents ateliers de formation internes et externes, ainsi qu'à des services internes. Les membres du personnel devraient pouvoir bénéficier d'horaires flexibles et de temps payé pour la formation afin de pouvoir assister à de telles sessions. Les établissements doivent inclure des stratégies de soutien de l'autogestion lors de l'orientation des nouveaux employés, et fournir des occasions d'apprentissage collaboratif en matière de stratégies de soutien de l'autogestion, comme des trousseaux d'outils, une formation sur ordinateur, un encadrement ou du mentorat, des études de cas et des exercices de groupe.

## Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements

### RECOMMANDATION 4.0

Les organismes donnent aux infirmières des occasions de jouer des rôles de leadership pour fournir un soutien de l'autogestion.

Type de données probantes = IV

À titre de membres d'équipes pluridisciplinaires intégrées, les infirmières ont un rôle important à jouer pour fournir un soutien de l'autogestion, car elles sont :

- a) généralement le premier point de contact, et le plus régulier;
- b) en position optimale pour recueillir des renseignements sur le client et sa famille;
- c) en mesure de faire appel à leurs compétences pour engager les clients à élaborer des stratégies et à avoir recours aux ressources communautaires;
- d) compétentes en matière d'évaluation, de soins continus, d'éducation et de soutien aux familles; et
- e) des défenseurs des droits de leurs clients.

(Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2005).

Les infirmières gestionnaires de cas ou responsables des soins peuvent assurer la coordination clé pour l'approche d'équipe (AIIC, 2007; Funnell et al., 2007; Mensing et al., 2006; Sadur et al., 1999; Wagner et al., 1999). Un plan de soins fondé sur les besoins du client et de sa famille, qui précise les rôles de tous les membres de l'équipe soignante, peut s'avérer utile à l'organisation des efforts des différents membres de l'équipe (Bodenheimer et al., 2005; Jayasuriya, et al., 2001; Mensing et al., 2006; Wagner et al., 1999). De même, une documentation standardisée des rencontres avec les clients contribuera à guider le processus médical et éducatif et à améliorer la communication parmi les membres de l'équipe soignante (Wagner et al., 1999). De nombreuses études (Holland et al., 2003; Mensing et al., 2006; Sadur et al., 1999; Dickey, Gemson & Carney, 1999) ont découvert que les infirmières peuvent se montrer particulièrement efficaces dans le rôle de coordonnatrices de l'approche d'équipe, particulièrement lors de phases de changements ou d'intensification des soins, par exemple au début du traitement par insuline.

**RECOMMANDATION 4.1**

Les organismes intègrent les valeurs et les principes relatifs au soutien de l'autogestion, qui concernent la promotion de soins axés sur les besoins du client et des relations thérapeutiques lors de la prestation de soins et de services, grâce à leur inclusion dans les plans stratégiques et les objectifs de l'organisme.

Type de données probantes = IV

## Discussion des données probantes

Ces valeurs et ces principes sont fondés sur la reconnaissance de la nécessité de l'établissement de relations de collaboration entre les professionnels de la santé, les clients et les familles, qui reflètent les rôles des clients individuels et de leur famille relativement à la prise en charge de leurs états chroniques et l'amélioration de la qualité des soins axés sur les besoins du client.

Une intégration réussie des stratégies d'autogestion nécessite un engagement de la part de l'établissement. Cela implique l'adhésion des administrateurs de niveau supérieur aux stratégies de soutien de l'autogestion lors de l'éducation des clients et de la prestation de soins sur toute la durée et tout le continuum des soins. Tous les prestataires de soins de santé, que leur implication avec le client soit directe ou indirecte, doivent connaître les principes des soins autogérés.

*« L'efficacité des cliniciens en matière d'encouragement de comportements sains et la qualité de leur service sont probablement maximisées lorsque les établissements ont mis en place des systèmes qui soutiennent toute cette chaîne de conseils – qui font tous partie des 5 éléments – plutôt que simplement certains composants du processus »*

(Glasgow et al., 2004, cité dans Woolf et al., 2005, p. S20).

Les principes de l'autogestion doivent faire partie intégrante des énoncés de mission et de vision de l'établissement et de ses politiques, et être évidents dans l'approche des cliniciens à la prestation des soins. Les champions de l'autogestion doivent être reconnus à tous les niveaux de l'établissement, afin :

- de soutenir la stratégie comme partie intégrante des soins primaires; et
- de soutenir un processus qui aide les clients à résoudre leurs problèmes et à prendre des décisions concernant leur maladie chronique (Glasgow et al., 2003).



#### RECOMMANDATION 4.2

Les décideurs (chefs de la direction, directeurs, gestionnaires et intervenants) au sein des organismes veillent à assurer qu'un financement adéquat est disponible pour les initiatives de soutien de l'autogestion, comme la technologie relative à l'enseignement des clients et des infirmières

Type de données probantes = IV

### Discussion des données probantes

Les établissements et les autorités sanitaires régionales devraient envisager de fournir un soutien de l'autogestion dans le cadre de la pratique de soins infirmiers de qualité. La mise en œuvre d'un soutien de l'autogestion réussie nécessite l'appui de l'établissement et le développement d'une infrastructure viable. L'évaluation des ressources requises pour une mise en œuvre efficace du soutien de l'autogestion devrait être effectuée afin de déterminer de façon exacte les exigences relatives au soutien de l'autogestion. Cette évaluation peut comprendre des sondages auprès des clients, des entrevues des clients, des groupes de consultation, des sondages sur la satisfaction, des vérifications des dossiers, la détermination des résultats sur le plan clinique et du comportement, le recours à l'équipe et l'efficacité, l'utilisation de la technologie et les besoins dans ce domaine, ainsi que les liens avec la communauté.

#### RECOMMANDATION 4.3

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers peuvent être mises en œuvre lorsqu'il existe des stratégies de planification, des ressources et des soutiens organisationnels et administratifs adéquats, ainsi qu'une facilitation appropriée de l'adoption des lignes directrices par les cliniciens. Un plan organisationnel efficace pour la mise en œuvre comprend :

- Une évaluation de la préparation de l'organisation et des obstacles à la mise en œuvre, qui tient compte de la situation locale.
- L'implication de tous les membres (que soit dans le cadre d'un rôle de soutien direct ou indirect) qui contribueront au processus de mise en œuvre.
- Des occasions continues de discussion et d'éducation afin de renforcer l'importance des pratiques exemplaires.
- Le dévouement d'une personne qualifiée pour fournir le soutien requis au processus d'éducation et de mise en œuvre.
- Des occasions continues de discussion et d'éducation afin de renforcer l'importance des pratiques exemplaires.
- Des occasions de réfléchir à l'expérience personnelle et organisationnelle en matière de mise en œuvre des lignes directrices.

Type de données probantes = IV

### Discussion des données probantes

La RNAO a préparé (par l'entremise d'un groupe d'infirmières, de chercheurs et d'administrateurs) la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique* (RNAO, 2006). Elle est fondée sur des données probantes disponibles, des notions théoriques et un consensus. La *Trousse* est recommandée pour guider la mise en œuvre de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de la RNAO intitulée *Stratégies permettant de soutenir l'autogestion des états chroniques : la collaboration avec les clients*. La mise en œuvre réussie des lignes directrices sur les pratiques exemplaires nécessite le recours à un processus de planification systématique et à un leadership solide de la part des infirmières qui peuvent transformer les recommandations fondées sur des données probantes en politiques, en procédures et en pratiques relatives aux soins infirmiers qui ont un impact sur les soins donnés au sein de l'établissement. La *Trousse* de la RNAO (2006) fournit un modèle structuré pour la mise en œuvre de changements apportés à la pratique.

Veillez consulter l'annexe J pour obtenir une description de la *Trousse*.

## Lacunes relatives à la recherche et implications futures

Lors de son examen des données probantes pour cette ligne directrice, le groupe d'experts a trouvé plusieurs lacunes dans les comptes rendus de recherche concernant le soutien de l'autogestion. En examinant ces lacunes, le groupe d'experts a trouvé les domaines prioritaires suivants qui devraient donner lieu à des recherches longitudinales importantes supplémentaires d'une durée supérieure à un an :

- Le lien entre la maladie mentale et la comorbidité des états physiques chroniques
- L'efficacité des stratégies d'autogestion individuelles
- Le lien entre les troubles dépressifs et les états chroniques
- L'évaluation des interventions utilisées pour le traitement de la dépression et des états chroniques
- L'efficacité de la tenue de dossiers par les clients
- L'efficacité du suivi des clients par courriel
- L'efficacité des groupes d'entraide au sein de la communauté

La liste ci-dessus, bien qu'elle ne soit aucunement exhaustive, constitue une tentative de reconnaître et de prioriser certaines des lacunes en matière de recherche dans ce domaine. Certaines des recommandations présentées dans cette ligne directrice sont fondées sur des données probantes obtenues par l'entremise d'études qualitatives ou quantitatives, tandis que d'autres sont fondées sur le consensus ou sur les opinions d'experts. D'autres études importantes sont requises dans certains domaines pour valider les opinions des experts et influencer les connaissances qui mèneront à une amélioration de la pratique et des résultats relatifs aux stratégies de soutien de l'autogestion.



## Évaluation/Surveillance de la ligne directrice

On conseille aux organismes qui font la mise en œuvre des recommandations présentées dans cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers de tenir compte de la manière dont la mise en œuvre et son impact seront surveillés et évalués. Le tableau suivant, basé sur un cadre décrit dans la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des Lignes directrices pour la pratique clinique* (RNAO, 2006) illustre quelques indicateurs spécifiques permettant la surveillance et l'évaluation de la ligne directrice *Stratégies permettant de soutenir les états chroniques : la collaboration avec les clients*.

### OBJECTIF : ÉVALUER LES SOUTIENS REQUIS, LE PROCESSUS NÉCESSAIRE ET L'IMPACT DES RECOMMANDATIONS RELATIVES AU SOUTIEN DE L'AUTOGESTION.

Niveau de l'indicateur	Structure	Processus	Résultat
<b>Établissement</b>	Dans l'établissement, des soutiens sont disponibles qui permettent aux infirmières de participer à l'élaboration et à la prestation de programmes de soutien de l'autogestion.	Les infirmières, une équipe interprofessionnelle et les clients sont impliqués dans la création de politiques.	Les politiques et les procédures relatives au soutien de l'autogestion respectent les recommandations contenues dans cette ligne directrice.
	Les approches du soutien de l'autogestion sont intégrées à des plans stratégiques pour les soins des adultes atteints de maladies chroniques.	Développement et prestation d'activités de perfectionnement professionnel continues, d'orientation et de programmes de mentorat clinique qui intègrent des stratégies de soutien de l'autogestion du client fondées sur les données probantes.	Les stratégies de soutien de l'autogestion sont intégrées au processus de soin (c.-à-d. documentation du plan de traitement choisi, déterminé par le client).
	Disponibilité de ressources accessibles et de services internes	Accès aux services de suivi qui comprennent une gamme d'heures de rendez-vous, un accès facile (stationnement, lieu) et une éducation et un soutien de l'autogestion appropriés sur le plan culturel.	Augmentation du taux d'utilisation des services de suivi.
<b>Infirmière</b>	Disponibilité d'occasions de formation pour les infirmières, concernant les stratégies et le soutien de l'autogestion.	Pourcentage d'infirmières qui assistent à des séances de formation sur le soutien de l'autogestion.	Les infirmières sont de plus en plus capables de faciliter les changements de comportement du client en ayant recours à des stratégies de soutien de l'autogestion.
	Les structures d'évaluation sont en place pour surveiller l'efficacité des programmes de formation pour les infirmières	Les connaissances auto-évaluées des infirmières concernant : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ les états chroniques</li> <li>■ les stratégies de soutien de l'autogestion</li> </ul>	Les données documentées figurant dans le dossier de santé des clients reflètent le fait que le client a suivi une formation concernant le soutien de l'autogestion.  Les pratiques en soins infirmiers démontrent l'inclusion du soutien de l'autogestion.  L'achèvement des programmes de formation par les infirmières relatifs au soutien de l'autogestion



Niveau de l'indicateur	Structure	Processus	Résultat
<b>Client</b>	Disponibilité de possibilités de formation pour le client concernant l'autogestion des maladies chroniques.	Pourcentage de clients qui assistent/participent à des occasions de formation.	<p>Les clients démontrent des connaissances relatives</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ à leur état chronique</li> <li>■ au but de leurs médicaments, aux horaires appropriés de prise des médicaments, aux modifications des habitudes de vie</li> <li>■ à la nécessité d'un suivi régulier</li> <li>■ à l'amélioration de l'autoefficacité</li> <li>■ au résultat relatif au comportement en matière de santé,</li> <li>■ à une amélioration de la qualité de vie</li> <li>■ à une meilleure satisfaction du client/de sa famille.</li> </ul>
<b>Ressources</b>	<p>Prestation de ressources financières adéquates pour les catégories appropriées et d'un niveau de dotation en personnel requis pour soutenir la mise en œuvre de l'autogestion.</p> <p>Disponibilité d'une personne désignée pour assurer la coordination et le soutien des initiatives d'autogestion au sein de l'établissement.</p>	<p>Le coût de l'éducation et des autres ressources doit être déterminé et prévu au budget.</p> <p>Les coûts de la mise en œuvre et de l'évaluation de la ligne directrice doivent être déterminés et prévus au budget.</p> <p>L'évaluation des systèmes et des soutiens requis doit être déterminée et fournie, en fonction des échéanciers inclus dans la structure de projet.</p>	Les ressources financières requises pour le soutien de l'autogestion sont déterminées clairement et affectées spécifiquement au personnel, aux fournitures, aux coûts associés pour la mise en œuvre et la viabilité.



## Stratégies de mise en œuvre

La RNAO et le groupe d'experts chargés de l'élaboration des lignes directrices ont compilé une liste de stratégies de mise en œuvre afin d'aider les organismes ou les disciplines de soins de santé qui souhaitent mettre en œuvre cette ligne directrice. Voici un résumé de ces stratégies :

- Avoir au moins une personne dédiée, comme une infirmière en pratique avancée ou une infirmière-ressource en soins cliniques, qui fournira le soutien, les compétences cliniques et le leadership requis. Cette personne doit également posséder un excellent entente et de solides compétences en facilitation et en gestion de projet.
- Procéder à une évaluation des besoins de l'établissement en matière de prise en charge des maladies chroniques, afin de déterminer les connaissances actuelles et les besoins futurs en matière d'éducation.
- L'évaluation initiale des besoins peut inclure une approche analytique, un sondage et un questionnaire, des approches collectives (p. ex., groupes de consultation) et les incidents critiques.
- Mettre sur pied un comité de direction comprenant des intervenants et des membres interdisciplinaires clés qui s'engagent à prendre la tête de l'initiative de changement. Déterminer les objectifs à court et à long terme. Maintenir un plan de travail afin d'assurer le suivi des activités, des responsabilités et des échéanciers.
- Créer une vision qui aidera à orienter l'effort de changement et élaborer des stratégies qui permettront de réaliser et de maintenir la vision.
- La conception du programme devrait inclure :
  - la population ciblée;
  - les buts et les objectifs;
  - les mesures des résultats;
  - les ressources requises (ressources humaines, installations, équipement); et
  - les activités d'évaluation.
- Assurer la conception de séances d'éducation et de soutien continu relatifs à la mise en œuvre. Les séances d'éducation peuvent comprendre des présentations, un guide de l'animateur, des documents à distribuer et des études de cas. Des reliures, des affiches et des cartes de poche peuvent être utilisées comme rappels continus de la formation. Planifier des séances d'éducation qui sont interactives, qui comprennent la résolution de problèmes, qui abordent des problèmes immédiats et qui permettent de mettre de nouvelles compétences en pratique (Davies et Edwards, 2004).
- Fournir un soutien à l'établissement, par exemple faire en sorte que les structures soient en place pour faciliter la mise en œuvre. Par exemple, embaucher des substituts afin que les participants ne soient pas distraits par des préoccupations relatives au travail, et avoir une philosophie organisationnelle qui reflète la valeur des pratiques exemplaires grâce à des politiques et à des procédures. Élaborer de nouveaux outils d'évaluation et de documentation (Davies et Edwards, 2004).
- Reconnaître et soutenir les champions désignés des pratiques exemplaires pour chaque unité, afin de favoriser et de soutenir la mise en œuvre. Célébrer les jalons et les réalisations, en reconnaissant le travail bien fait (Davies et Edwards, 2004).
- Les établissements qui procèdent à la mise en œuvre de cette ligne directrice doivent adopter une gamme de stratégies d'auto-apprentissage, d'apprentissage en groupe, de mentorat et de renforcement qui, au fil du temps, permettront de développer les connaissances et l'assurance des infirmières relativement à la mise en œuvre de cette ligne directrice.
- En plus des infirmières qualifiées, l'infrastructure requise pour la mise en œuvre de cette ligne directrice peut inclure un accès à des matériels de traitement et à des équipements spécialisés. Le personnel doit suivre une orientation sur l'utilisation de produits et de technologies spécifiques, et un recyclage régulier doit être planifié.
- Le travail d'équipe, l'évaluation collaborative et la planification du traitement avec le client, sa famille et l'équipe interdisciplinaire sont utiles pour la mise en œuvre réussie de la ligne directrice. Les aiguillages nécessaires doivent être effectués auprès des services ou des ressources dans la communauté, ou au sein de l'établissement.

En plus des stratégies susmentionnées, la RNAO a élaboré des ressources pour la mise en œuvre qui sont disponibles sur son site Web. Une trousse d'outils pour la mise en œuvre des lignes directrices peut s'avérer utile, si elle est utilisée de façon appropriée. Une brève description de cette trousse d'outils est disponible dans l'annexe J.

## Processus de mise à jour et d'examen de la ligne directrice

La RNAO propose de mettre à jour cette ligne directrice en procédant comme suit :

1. Chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers sera révisée par une équipe de spécialistes (équipe de révision) tous les trois ans après la dernière série de révisions.
2. Pendant la période de trois ans qui sépare la préparation et la révision, le personnel de la RNAO affecté au programme effectuera un suivi régulier des examens systématiques et des essais contrôlés aléatoires dans le domaine.
3. Selon les résultats obtenus, le personnel affecté au programme peut recommander de devancer la date de la période de révision. On consultera de manière adéquate une équipe formée de membres du groupe initial et d'autres spécialistes du domaine, qui apporteront leur point de vue afin de prendre la décision d'examiner et de réviser (ou non) la ligne directrice avant l'échéance de trois ans.
4. Trois mois avant l'échéance de révision de trois ans, le personnel affecté au programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires commencera la planification du processus de révision comme suit :
  - a. Invitation de spécialistes du domaine à se joindre à l'équipe de révision, laquelle sera formée de membres du groupe initial et d'autres spécialistes recommandés.
  - b. Compilation des commentaires reçus, des questions apparues pendant l'étape de diffusion, ainsi que d'autres commentaires et cas d'expérience provenant des sites de mise en place.
  - c. Compilation des nouvelles lignes directrices pour la pratique clinique dans le domaine, des nouvelles revues systématiques, des nouvelles méta-analyses, des nouveaux examens techniques et des nouveaux essais aléatoires, ainsi que des autres éléments pertinents de la documentation dans ce domaine.
  - d. Établissement d'un plan de travail détaillé comportant des échéances et des résultats attendus.
5. La nouvelle version des lignes directrices sera diffusée selon les structures et les processus établis.



## Liste de références

ADAMS, K., A.C. GREINER, et J.M. CORRIGAN (éditeurs). (2004). Report of a summit. The 1st annual crossing the quality chasm summit – A focus on communities. Washington, DC : National Academies Press.

American Association of Diabetes Educators (AADE). (2007). AADE Position Statement: Individualization of Diabetes Self-management Education. *The Diabetes Educator*, 33: p. 45-49.

American Association of Diabetes Educators (AADE). (2010). Healthy Coping. Consulté en juillet 2010 à l'adresse [http://www.diabeteseducator.org/DiabetesEducation/Patient\\_Resources/healthycoping.html](http://www.diabeteseducator.org/DiabetesEducation/Patient_Resources/healthycoping.html) )

AMMERMAN, A., M. PIGNONE, L. FERNANDEZ, K. LOHR, A.D. JACOBS, C. NESTER, ET AL. (2002). Counselling to promote a healthy diet. Systematic Evidence Review (préparé par Research Triangle Institute/University of North Carolina en vertu du contrat NO 290-97-0011). Rockville, Maryland : Agency for Healthcare Research and Quality. Consulté à l'adresse <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/prevent/pdfser/dietser.pdf>

ANDERSON, R.J., K.E. FREEDLAND, R.E. CLOUSE, et P.J. LUSTMAN (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 24(6), p. 1069-1078.

ANDERSON, R.M., et M.M. FUNNELL (2005). Patient empowerment: Reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Education & Counseling*, 57, p. 153-157.

BANDURA, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York : W.H. Freeman.

BARLOW, J., C. WRIGHT, J. SHEASBY, A. TURNER, et J. HAINSWORTH (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education & Counseling*, 48(2), p. 177-187.

BARLOW, J.H., A.P. TURNER, et C.C. WRIGHT (2000). A randomized controlled study of the arthritis self-management programme in the UK. *Healthy Education Research: Theory and Practice*, 15, p. 665-680.

BARLOW, J.H., et D.R. ELLARD (2007). Implementation of a Self-management Programme for People with Long-Term Medical Conditions in a Workplace Setting. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 38(2), p. 24-34.

BARR, V.J., S. ROBINSON, B. MARIN-LINK, L. UNDERHILL, A. DOTTS, D. RAVENDALE, et S. SALIVARAS (2003). The expanded chronic care model: An integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. *Hospital Quarterly*, 7(1), p. 73-82.

BARRIER, P.A., JAMES, LI, J.T.C., et N.M. JENSEN (2003). Two words to improve physician-patient communication : What else? *Mayo Clinic Proceedings*, 78(2), p. 211-214. doi:10.4065/78.2.211

BELL, A.C., et T.J. D'ZURILLA (2009). Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), p. 348-353.

BERIKAI P., P.M. MEYER, R. KAZLAUSKAITE, B. SAVOY, K. KOZIH, et L. FOGELFELD (2007). Gain in knowledge of diabetes management targets is associated with better glycemic control. *Diabetes Care*, 30, p. 1387-1389.

BERTAKIS, K.D. (1977). The communication of information from physician to patient: A method for increasing patient retention and satisfaction. *Journal of Family Practice*, 5, p. 217-222.

BLONDE, L., M. MERILAINEN, V. KARWE, et P. RASKIN (2009) Patient-directed titration for achieving glycaemic goals using once-daily basal insulin analogue: an assessment of two different fasting plasma glucose targets – the TITRATE study. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 11, p. 623-631.

BODENHEIMER, T. (2003). Interventions to improve chronic illness care: Evaluating their effectiveness. *Disease Management*, 6(2), p. 63-71.

- BODENHEIMER, T., C. DAVIS, et H. HOLMAN (2007). Helping patients adopt healthier behaviors. *Clinical Diabetes*, 25(2), p. 66-70.
- BODENHEIMER, T., et K. GRUMBACH (2007). *Improving primary care: Strategies and tools for a better practice*. New York : McGraw Hill.
- BODENHEIMER, T., et M.A. HANDLEY (2009). Goal-setting for behaviour change in primary care: An exploration and status report. *Patient Education and Counseling*, 76, p. 174–180.
- BODENHEIMER, T., et B. LAING (2007). The Teamlet Model of Primary Care. *Annals of Family Medicine*, 5(5), p. 457-461.
- BODENHEIMER, T., K. LORIG, H. HOLMAN, ET K. GRUMBACH (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *Journal of the American Medical Association*, 288(19), p. 2469-2475.
- BODENHEIMER, T., K. MACGREGOR, et C. SHARIFI (2005). Helping patients manage their chronic conditions. Oakland, Californie : California Healthcare Foundation. Consulté le 18 septembre 2009 à l'adresse <http://www.chcf.org/documents/chronicdisease/HelpingPatientsManageTheirChronicConditions.pdf>
- BRAY, P., M. ROUPE, S. YOUNG, J. HARRELL, D.M. CUMMINGS, et L.M. WHETSTONE (2005). Feasibility and effectiveness of system redesign for diabetes care management in rural areas: The eastern North Carolina experience. *Diabetes Educator*, 31(5), p. 712-718.
- BRODY, B.L., A. ROCH-LEVECQ, R.G. THOMAS, R.M. KAPLAN, et S.I. BROWN (2005). Self-management of age-related macular degeneration at the 6-month follow-up. *Archives of Ophthalmology*, 123, p. 46-53.
- BROEMELING, A., D. WATSON, et F. PREBTANI (2008). Population patterns of chronic health conditions, co-morbidity and healthcare use in Canada: Implications for policy and practice. *Healthcare Quarterly*, 11(3), p. 70-76.
- BROWN, S.A., S.A. BLOZIS, K. KOUZEKANANI, A.A. GARCIA, M. WINCHELL, et C.L. HANIS (2005). Dosage effects of diabetes self-management education for Mexican Americans: The Starr County Border Health Initiative. *Diabetes Care*, 28(30), p. 527-532.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2005). *Canadian nurse practitioner core competency framework*. Ottawa : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2005). Document d'information de l'AIIC consulté en septembre 2009 [http://www.cna-nurses.ca/cna/documents/pdf/publications/BG3\\_chronic\\_disease\\_and\\_nursing\\_e.pdf](http://www.cna-nurses.ca/cna/documents/pdf/publications/BG3_chronic_disease_and_nursing_e.pdf) .
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2008). Code d'éthique de l'AIIC consulté en septembre 2009 [http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/Code\\_of\\_Ethics\\_2008\\_e.pdf](http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/Code_of_Ethics_2008_e.pdf)
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2010). *Canadian Registered Nurse Exam: Competencies (juin 2010- mai 2015)*. Consulté en juillet 2010 à l'adresse [http://www.cna-aic.ca/CNA/nursing/rnexam/competencies/default\\_e.aspx](http://www.cna-aic.ca/CNA/nursing/rnexam/competencies/default_e.aspx)
- CAPPUCCIO, F.P, S.M. KERRY, L. FORBES, A. DONALD (2004). Blood pressure control by home monitoring: meta-analysis of randomised trials. *British Medical Journal* ;329: p.145-48
- CHAPMAN, A., et K. GRATZ (2007). *The Borderline Personality Disorder Survival Guide*. Oakland, Californie. New Harbinger.
- CHUI, D., J. LAU, et I. YAU (2004). An outcome evaluation study of the rheumatoid arthritis self-management programme in Hong Kong. *Psychology, Health and Medicine*, 9(3), p. 286-292.
- CIFUENTES, M., D.H. FERNALD, L.A. GREEN, ET AL. (2005). Prescription for Health: Changing primary care practice to foster healthy behaviors. *Annals of Family Medicine*, 3, p. S4-S11.
- Cincinnati Children's Hospital Medical Center. (2007). *Evidence-based care guideline for chronic care: Self-management*. Cincinnati, Ohio : Cincinnati Children's Hospital Medical Center.
- CLARK, N.M., M.H. BECKER., N.K. JANZ, R. LORIG, W. RAKOWSKI, et L. ANDERSON (1991). Self-management of chronic disease by older adults: A review and questions for older adults. *Journal of Aging and Health*, 3, p. 3-27.
- CLEMENT, S. (1995). Diabetes self-management education. *Diabetes Care*, 18, p. 1204-1214.

Cleveland Clinic (2010). Chronic Illness and Depression. Consulté en juillet 2010 à l'adresse <http://www.cchs.net/health/health-info/docs/2200/2282.asp?index=9288>

COCHRAN J., et V.S. CONN (2008). Meta-analysis of quality of life outcomes following diabetes self-management training. *The Diabetes Educator*; 34, p. 815-823.

COHEN, D.J., A.F. TALLIA, B.F. CRABTREE, et D.M. YOUNG (2005). Implementing health behavior change in primary care: lessons from Prescription for Health. *Annals of Family Medicine*, 3, p. S12-S19.

COLEMAN, E.A., J.D. SMITH, J.C. FRANK, S.J. MIN, C. PARRY, et A.M. KRAMER (2004). Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings: The Care Transitions Intervention. *Journal of the American Geriatric Society*, 52(11), p. 1817-1825.

COLEMAN, M.T., et K.S. NEWTON (2005). Supporting self-management in patients with chronic illness. *American Family Physician*, 72(8), p. 1503-1510.

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (2006). *Practice Standard: Therapeutic Nurse –Client Relationship*, révisé en 2006. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Toronto (Ontario)

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (2010). *Quality Assurance*. Consulté le 1er février 2010 à l'adresse <http://www.cno.org/qa/index.htm>

COULTAS, D., J. FREDERICK, B. BARNETT, G. SINGH, et P. WLUDYKA (2005). A randomized trial of two types of nurse-assisted home care patients with COPD. *Chest*, 128(4), p. 2017-2024.

DAVIES, B., et N. EDWARDS (2004). RNs measure effectiveness of best practice guidelines. *Registered Nurse Journal*, 16(1), p. 21-23.

DEAKIN, T., C.E. MCSHANE, J.E. CADE, et R.D. WILLIAMS (2005). Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Systematic Review*, Issue 2, Art No: CD003417. doi:10.1002/14651858.CD003417.pub2

DEAKIN, T.A., J.E. CADE, R. WILLIAMS, et D.C. GREENWOOD (2006). Structured patient education: The Diabetes X-PERT Programme makes a difference. *Diabetic Medicine*, 23(9), p. 944-954.

DEMAKAKOS, P., M. PIERCE, et R. HARDY, R. (2010). Depressive Symptoms and Risk of Type 2 Diabetes in a National Sample of Middle-Aged and Older Adults: The English Longitudinal Study of Aging. *Diabetes Care*, April 1, 2010 33: p. 792-797

Diabetes Prevention Program Research Group. (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *The New England Journal of Medicine*, 346, p. 393-403.

DICKEY, L.L., D.H. GEMSON, et P. CARNEY (1999). Office system interventions supporting primary care-based health behavior change counseling. *American Journal of Preventive Medicine*, 17(4), p. 299-308.

DIMATTEO, M.R., H.S. LEPPER, et T.W. CROGHAN (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160(14), p. 2101-2107.

DJERNES, J.K. (2006). Prevalence and predictors of depression on population of elderly: A review. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 113(5), p. 372-387.

DUNCAN, I., C. BIRKMEYER, S. COUGHLIN, Q(E). LI, D. SHERR, et S. BOREN (2009). Assessing the value of diabetes education. *The Diabetes Educator*, 35, p. 752-760.

D'ZURILLA, T.J. (1986). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. New York : Springer.

EAKIN, E.G., S.S. BULL, K.M. RILEY, M.M. REEVES, P. MCLAUGHLIN, et S. GUTIERREZ (2007). Resources for Health: A primary-care-based diet and physical activity intervention targeting urban Latinos with multiple chronic conditions. *Health Psychology*, 26(4), p. 392-400.

- EDWARDS, L., H. JONES, A. BELTON (1999). The Canadian experience in the development of a continuing education program for diabetes educators based on the transtheoretical model of behavior change. *Diabetes Spectrum*, 12, p. 157-160.
- EGEDE, L.E., P.J. NIETERT, et D. ZHENG (2005). Depression and all-cause and coronary heart disease mortality among adults with and without diabetes. *Diabetes Care*, 28, p. 1339-1345.
- ELLIS, S.E., T. SPEROFF, R.S. DITTUS, A. BROWN, J.W. PICHERT, et T.A. ELASY (2004). Diabetes patient education: A meta-analysis and meta-regression. *Patient Education & Counseling*, 52(1), p. 97-105.
- EPSTEIN, R. et al. (2008). Have you really addressed your patient's concerns? *Family Practice Management*. 15(3): p. 35-40
- ESTABROOKS, P.A., C.C. NELSON, S. XU, D. KING, E.A. BAYLISS, B. GAGLIO, P.A. NUTTING, et R.E. GLASGOW (2005). The frequency and behavioral outcomes of goal choices in the self-management of diabetes. *Diabetes Educator*, 31(3), p. 391-400.
- FAHEY, T., K. SCHROEDER, et S. EBRAHIM (2005). Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane Database Systematic Review*, (1):CD005182.
- FARMER, A., A. WADE, E. GOYDER, P. YUDKIN, D. FRENCH, A. CRAVEN, ET AL. (2007). Impact of self monitoring of blood glucose in the management of patients with non-insulin treated diabetes: Open parallel group randomized trial. *British Medical Journal*, 21, 335(7611), p. 132. Doi: 10.1136/bmj39247.447431
- FIELD, M.J., et K.N. LOHR(1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, DC : Institute of Medicine, National Academy Press.
- FIGLIORE, M.C., W.C. BAILEY, S.J. COHEN, S.F. DORFMAN, M.G. GOLDSTEIN, E.R. GRITZ, ET AL. (2000). Treating tobacco use and dependence: Clinical practice guideline. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Rockville, Maryland.
- FISHER, E.B., C.A. BROWNSON, M.L. O'TOOLE, G. SHETTY, V.V. ANWURI, et R.E. GLASGOW (2005). Ecological approaches to self-management: The case of diabetes. *American Journal of Public Health*, 95(9), p. 1523-1535.
- FOSTER G., S.J.C. TAYLOR, S. ELDRIDGE, J. RAMSAY, C.J. GRIFFITHS (2007). Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4.
- FUNNELL, M.M., et R.M. ANDERSON (2004). Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical Diabetes*, 22(3), p. 123-127.
- FUNNELL, M.M., T.L. BROWN, B.P. CHILDS, L.B. HAAS, G.M. HOSEY, B. JENSEN, M. MARYNIUK, M. PEYROT, J. PIETTE, D. READER, L.M. SIMINERIO, K. WEINGER, et M.A. WEISS (2008). National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care*, 31(S1), p. 97-104.
- FUNNELL, M.M., T.L. BROWN, B.P. CHILDS, L.B. HAAS, G.M. HOSEY, B. JENSEN, ET AL. (2007). National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Educator*, 33(4), p. 599-600, 602-604, 606.
- FU, D., Y. DING, P. MCGOWAN, et H. FU (2005). Qualitative evaluation of Chronic Disease Self-management Program (CDSMP) in Shanghai. *Patient Education & Counseling*, 61, p. 389-396. Doi: 10.1016/j.pec.2005.05.002
- FU, D., H. FU, P. MCGOWAN, Y.E. SHEN, L. ZHU, H. YANG, ET AL. (2003). Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: Randomized controlled trial. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 81(3), p. 174-182.
- GARY, T.L., J.M. GENKINGER, E. GUALLAR, M. PEYROT, et F.L. BRANCATI (2003). Meta-analysis of randomized educational and behavioral interventions in type 2 diabetes. *Diabetes Educator*, 29, p. 488-501.
- GEORGES, C.A., L.B. BOLTON, et C. BENNETT (2004). Functional health literacy: an issue in African- American and other ethnic and racial communities. *J Natl Black Nurses Assoc*, 15, 1, p. 1-4)
- GIBSON, P.G., H. POWELL, J. COUGHLAN, A.J. WILSON, M.J. HENSLEY, M. ABRAMSON, ET AL. (2002). Limited (information only) patient education programs for adults with asthma. *Cochrane Database Systematic Review*, 1 CD001005. doi: 10.1002/14651858.CD001005

- GIBSON, P.G., H. POWELL, J. COUGHLAN, ET AL. (2007). Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. *Cochrane Database Systematic Rev*,1, CD001117.
- GIFFORD, A.L., D.D. LAURENT, V.M. GONZALES, M.A. CHESNEY, et K.R. LORIG (1998). Pilot randomized trial of education to improve self-management skills of men with symptomatic HIV/AIDS. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 18(2), p. 136-144.
- GLASGOW, R.E., et R.M. ANDERSON (1999). In diabetes care, moving from compliance to adherence is not enough: Something entirely different is needed. *Diabetes Care*, 22, p. 2090-2092.
- GLASGOW, R.E., S.M. BOLES, H.G. MCKAY, E.G. FEIL, et M.JR. BARRERA (2003). The D-Net diabetes self-management program: long-term implementation, outcomes, and generalization results. *Preventive Medicine*, 36(4), p. 410-419.
- GLASGOW, R.E., C.L. DAVIS, M.M. FUNNELL, et A. BECK (2003). Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 29(11), p. 563-574.
- GLASGOW, R.E., L. FISHER, M. SKAFF, J. MULLAN, et D.J. TOOBERT (2007). Problem solving and diabetes self-management: Investigation in a large, multiracial sample. *Diabetes Care*, 30, p. 33-37.
- GLASGOW, R.E., M.G. GOLDSTEIN, J. OCKENE, et N.P. PRONK (2004). Translating what we have learned into practice: Principles and hypotheses for addressing multiple behaviors in primary care. *American Journal of Preventive Medicine*, 27, p. 88-101.
- GLASGOW, R.E., M.M. RUNNELL, A.E. BONOMI, C. DAVIS, V. BECKHAM, et E.H. WAGNER (2002). Self-management aspects of improving chronic illness breakthrough series: Implementation with diabetes and heart failure teams. *Annals of Behavioral Medicine*, 24, p. 80-87.
- GLASGOW, R.E., D.J. TOOBERT, M. JR. BARRERA, et L.A. STRYCKER (2004). Assessment of problem-solving: A key to successful diabetes self-management. *Journal of Behavioral Medicine*, 27, p. 477-490.
- GLAZIER, R.H., J. BAJCAR, N.R. KENNIE, et K. WILLSON (2006). A systematic review of interventions to improve diabetes care in socially disadvantaged populations. *Diabetes Care*, 29(7), p. 1675-1688.
- GLASZIOU, P., L.I. IRWIG, et D. MANT (2005). Monitoring in chronic disease: a rational approach. *BMJ Journals*, 330: p. 644-648
- GOLDSTEIN, M.G. (2004). Supporting self-management to improve diabetes care. *Medicine & Rhode Island Health*, 87(2), p. 46-49.
- GOLDSTEIN, M.G., J. DEPUE, et A. KAZURA (1998). Models for provider-patient interaction: Applications to health behavior change. In S.A. SHUMAKER, E.B. SCHON, J.K. OCKENE, & W.L. MCBEEM (éditeurs), *The Handbook of Health Behavior Change*, (2e édition, p. 85-113). NY : Springer.
- GOLDSTEIN, M., E. WHITLOCK, et J. DEPUE (2004). Multiple behavioral risk factor interventions in primary care. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(2S), p. 61-79.
- GREEN, L.W., et M. KREUTER (1999). *Health promotion planning: An education and environmental approach*. Mountain View, Californie : Mayfield Press.
- GRIFFITHS, C., J. MOTLIB, A. AZAD, J. RAMSAY, S. ELDRIDGE, G. FEDER, ET AL. (2005). Randomised controlled trial of a lay-led self-management programme for Bangladeshi patients with chronic disease. *British Journal of General Practice*, 55(520), p. 831-837.
- HANDLEY, M., K. MACGREGOR, D. SCHILLINGER, C. SHARIFI, S. WONG, et T. BODENHEIMER (2006). Using action plans to help primary care patients adopt healthy behaviors: A descriptive study. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 19, p. 224-231.
- HART, J. (2009) *Stress Management and Chronic Disease*. *Alternative and Complementary Therapies*., 15(3): p. 109-112
- Conseil canadien de la santé (2007). *Why Health Care Renewal Matters: Lessons from Diabetes*. Consulté en juillet 2010 à l'adresse [www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2007/HCC\\_DiabetesRpt.pdf](http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2007/HCC_DiabetesRpt.pdf)



- HEISLER, M. (2006). Building peer support programs to manage chronic disease: Seven models for success. Oakland, Californie : California Healthcare Foundation. Consulté à l'adresse <http://www.chcf.org/documents/chronicdisease/BuildingPeerSupportPrograms.pdf>
- HEISLER, M. (2009). Different models to mobilize peer support to improve diabetes self-management and clinical outcomes: Evidence, logistics, evaluation considerations and needs for future research. *Family Practice*, publication en ligne anticipée. Consulté le 28 septembre 2009. doi: 10.1093/famprac/cmp003.
- HEISLER, M. (2005). Helping your patients with chronic disease: effective physician approaches to support self-management. *Hospital Physician*, 41(8), p. 45-56.
- HETTEMA, J., J. STEELE, et W.R. MILLER (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, p. 91-111. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143833
- HIBBARD, J.H., E.R. MAHONEY, R. STOCK, et M. TUSLER (2007). Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? *Health Serv Res*, 42(4), p. 1443-1463.
- HILL-BRIGGS, F., et L. GEMMELL (2007). Problem solving in diabetes self-management and control; a systematic review or the literature. *Diabetes Educator*, 33(6), p. 1032-1052.
- HOLLAND, S.K., J. GREENBERG, L. TIDWELL, et R. NEWCOMER (2003). Preventing disability through community-based health coaching. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(2), p. 265-269.
- HORNBERGER, J., D. THORN, et T. MACURDY (1997). Effects of a self-administered previsit questionnaire to enhance awareness of patients' concerns in primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 12, p. 597-606.
- Improving Chronic Illness Care. 2007. The Chronic Care Model. Seattle, Washington : auteur. Consulté le 4 janvier 2007. < [http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The\\_Chronic\\_Care\\_Model&s=2](http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2) >.
- Conseil international des infirmières (2006). The ICN Code of Ethics for Nurses. Consulté en juillet 2010 à l'adresse [http://ethics.iit.edu/indexOfCodes-2.php?key=24\\_340\\_1278](http://ethics.iit.edu/indexOfCodes-2.php?key=24_340_1278)
- Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains. (2005). The integrated pan-Canadian healthy living strategy. Ottawa : Ministre de la Santé. Consulté à l'adresse [http://www.phac-aspc.gc.ca/hl-vs-strat/pdf/hls\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/hl-vs-strat/pdf/hls_e.pdf)
- JACK, L. JR., L. LIBURD, T. SPENCER, et C.O. AIRHIHENBUWA (2004). Understanding the environmental issues in diabetes self-management education research: A reexamination of 8 studies in community –based settings. *Annals of Internal Medicine*, 140(11), p. 964-971.
- JAYASURIYA, P., S. ROACH, L. BAILEY, et E. SHAW (2001). Self-management for chronic disease: An introduction. *Australian Family Physician*, 30(9), p. 913-196.
- JONES, H., L. EDWARDS, T.M. VALLIS, I. RUGGIERO, S.R. ROSSI, J.R. ROSSI, ET AL. (2003). Changes in diabetes self-care behavior make a difference in glycemic control : The Diabetes Stages of Change (DiSC) study. *Diabetes Care*, 26(3), p. 732-737.
- KATON, W., et CIECHANOWSKI (2002). Impact of major depression on chronic medical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, p. 859-863.
- KARLSSON, M.R., M. EDNER, P. HENRIKSSON, M. MEJHERT, H. PERSSON, M. GRUT, ET AL. (2005). A nurse-based management program in heart failure patients affects females and persons with cognitive dysfunction most. *Patient Education & Counseling*, 58(2), p. 146-153.
- KEERS, J.C., E.E. BLAAUWWIEKEL, M. HANIA, J. BOUMA, S.M. SCHOLTEN-JAEGERS, R. SANDERMAN, ET AL. (2004). Diabetes rehabilitation: Development and first results of a multidisciplinary intensive education program for patients with prolonged self-management difficulties. *Patient Education & Counseling*, 52(2), p. 151-157.
- KELLER, V.F., et J.G. CARROLL (1994). A new model for physician-patient communication. *Patient Education & Counseling*, 23, p. 131-140.

- KELLER, V.F., et M.K. WHITE (1997). Choices and changes: A new model for influencing patient health behavior. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 4(6), p. 33-36.
- KEMP, E.C., M.R. FLOYD, E. MCCORD-DUNCAN, et F. LANG (2008). Patients prefer the method of "tell back collaborative inquiry" to assess understanding of medical information. *The Journal of the American Board of Family Medicine* 21(1), p. 24-30. doi: 10.3122/jabfm.2008.01.070093
- KENNEDY, A., E. NELSON, D. REEVES, G. RICHARDSON, C. ROBERTS, A. ROBINSON, ET AL. (2003). A randomized controlled trial to assess the impact of a package comprising a patient-oriented, evidence-based self-help guidebook and patient centred consultations on disease management and satisfaction in inflammatory bowel disease. *Health Technology Assessment*, 7(28), p. 1-113.
- KENNEDY, A., D. REEVES, P. BOWER, V. LEE, E. MIDDLETON, G. RICHARDSON, C. GARDNER, C. GATELY, et A. ROGERS (2007). The effectiveness and cost-effectiveness of a national lay-led self care support programme for patients with long-term conditions: a pragmatic randomised controlled trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(3), p. 254-261.
- KIM, H.S., et J.A. OH (2003). Adherence to diabetes control recommendations: Impact of nurse telephone calls. *Journal of Advanced Nursing*, 44(3), p. 256-261.
- KRICHBAUM, K., V. AARESTAD, et M. BUETHE (2003). Exploring the connection between self-efficacy and effective diabetes self-management. *The Diabetes Educator*, 29(4), p. 653-662.
- KROENKE, K., R.L. SPITZER, et J.B.W. WILLIAMS (2003). The Patient Health Questionnaire 2: Validity of a two-item depression screener. *Medical Care*, 41(11), p. 1284-1292.
- LEFEVRE, F., M. PIPER, K. WEISS, D. MARK, N. CLARK, et N. ARONSON (2002). Do written action plans improve patient outcomes in asthma? An evidence-based analysis. *Journal of Family Practice*, 51, p. 842-848.
- LEFORT, S.M., K. GRAY-DONALD, K.M. ROWAT, et M.E. JEANS (1998). Randomized controlled trial of a community-based psychoeducation program for the self-management of chronic pain. *Pain*, 74, p. 297
- LERMAN, I., L. LOZANO, A.R. VILLA, S. HERNANDEZ-JIMENEZ, K. WEINGER, A.E. CABALLERO, ET AL. (2004). Psychosocial factors associated with poor diabetes self-care management in a specialized center in Mexico City. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 58(10), p. 566-570.
- LEVEILLE, S.G., E.H. WAGNER, C. DAVIS, L. GROTHAUS, J. WALLACE, M. LOGERFO, ET AL. (1998). Preventing disability and managing chronic illness in frail older adults: A randomized trial of a community-based partnership with primary care. *Journal of the American Geriatrics Association*, 46(10), p. 1191-1198.
- LEVENSKY, E.R., A. FORCEHIM ES, W.T. O'DONOHUE, et K. BEITZ (2007). Motivational interviewing: An evidence-based approach to counseling helps patients follow treatment recommendations. *American Journal of Nursing*, 107(10), p. 50-58.
- LEWIN, S.A., Z.C. SKEA, V. ENTWISTLE, M. ZWARENSTEIN, et J. DICK (2001). Interventions for providers to promote patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Systematic Review*, 4. CD003267
- LIPPKE, S., A.U. WIEDEMANN, J.P. ZIEGELMANN, T. REUTER, et R. SCHWARZER (2009). Self-efficacy moderates the medication of intentions into behavior via plans. *American Journal of Health Behavior*, 33(5), p. 521-529.
- LIPTON, R., S. HAHN, et R. CADY, ET AL. (2008). In-office Discussions of Migraine: Results from the American Migraine Communication Study. *Journal of General Internal Medicine* 23(8), p. 1145-1151.
- LITTLE, P., H. EVERITT, I. WILLIAMSON, G. WARNER, M. MOORE, C. GOULD, ET AL. (2001). Patient centred approach to consultation in primary care: Observational study. *British Medical Journal*, 322(7248), p. 468-472.
- LOEB, S.J., J. PENROD, S. FALKENSTERN, S.H. GUELDNER, et L.W. POON (2003). Supporting older adults living with multiple chronic conditions. *Western Journal of Nursing Research*, 25(1), p. 8-23.
- LORIG, K.R., et H. HOLMAN (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), p. 1-7.

- LORIG, K.R., D. LUBECK, R.G. KRAINES, M. SELEZNICK, et H.R. HOLMAN (1985). Outcomes of self-help education for patients with arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 28(6), p. 680-685.
- LORIG, K.R., P.L. RITTER, et A. JACQUEZ (2005). Outcomes of border Health Spanish/English chronic disease self-management programs. *Diabetes Educator*, 31(3), p. 401-409.
- LORIG, K.R., P.L. RITTER, D.D. LAURENT, et J.F. FRIES (2004). Long-term randomized controlled trials of tailored-print and small-group arthritis self-management interventions. *Medical Care*, 42(4), p. 346-354.
- LORIG, K.R., P.L. RITTER, D.D. LAURENT, et K. PLANT (2006). Internet-based chronic disease self-management: A randomized trial. *Medical Care*, 44(11), p. 964-971.
- LORIG, K.R., P. RITTER, A.L. STEWART, D.S. SOBEL, B.W. BROWN, JR., A. BANDURA, ET AL. (2001). Chronic disease self-management program: 2 –year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care*, 39, p. 1217-1223.
- LORIG, K.R., D.S. SOBEL, A.L. STEWART, B.W. BROWN, JR., A. BANDURA, P. RITTER, ET AL. (1999). Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: A randomized trial. *Medical Care*, 37(1), p. 5-14.
- MAKOUL, G. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: The Kalamazoo consensus statement. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 76, 390-393.
- MALJANIAN, R., N. GREY, I. STAFF, et L. CONROY (2005). Intensive telephone follow-up to a hospital-based disease management model for patients with diabetes mellitus. *Disease Management*, 8(1), p. 15-25.
- MALOUFF, J.M., E.B. THORSTEINSSON, et N.S. SCHUTTE (2007). The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, p. 46-57.
- MARKS, R., J.P. ALLEGRANTE, et K. LORIG (2005). A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: Implications for health education practice (part I). *Health Promotion Practice*, 6(1), p. 37-43.
- MCGOWAN, P. (1994). *The impact of the Arthritis Self-Management Program in Canada*. Toronto : La Société de l'arthrite.
- MCGOWAN, P. (2006). *The Chronic Disease Self-Management Program – program evaluation British Columbia 2003 – 2006*. Consulté à l'adresse [http://www.coag.uvic.ca/cdsmp/cdsmp\\_research.htm](http://www.coag.uvic.ca/cdsmp/cdsmp_research.htm)
- MCGOWAN, P., et L.W. GREEN (1995). Arthritis self-management in native populations of British Columbia: An application of health promotion and participatory research principles in chronic disease control. *Canadian Journal on Aging*, 14(1), p. 201-212.
- MCTIGUE, K.M., R. HARRIS, B. HEMPHILL, L. LUX, S. SUTTON, A.J. BUNTON, ET AL. (2003). Screening and interventions for obesity in adults: Summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of the Internal Medicine*, 139(11), p. 933-949.
- MEJO, S.L. (1989). Communication as it affects the therapeutic alliance. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 1, p. 20-22.
- MELEIS, L.A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company. New York, New York.
- MENSING, C., J. BOUCHER, M. CYPRESS, K. WEINGER, K. MULCAHY, P. BARTA, ET AL. (2006). National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care*, 29(S1), p. S78-S85.
- MICHIE, S., J. MILES, et J. WIENMAN (2003). Patient-centredness in chronic illness: What is it and does it matter? *Patient Education and Counseling*, 51(3), p. 197–206.
- MIDDLETON, J.F., R.K. MCKINLEY, et C.I. GILLIES, (2006). Effect of patient completed agenda forms and doctors' education about the agenda and the outcome of consultations: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 332(7552), p. 1238-1242. doi:10.1136/bmj.38841.444861.7C

- MILLER, W. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioral Psychology*, 11, p. 147-172.
- MILLER, W.R., et S. ROLLNICK (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2e édition). New York : Guilford Press.
- MILLER, W.R., et S. ROLLNICK (2009). Ten things that Motivational Interviewing is not. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 37, p. 129-140.
- MORGAN, U. (1997). The introduction of collaborative care plans. *Professional Nurse*, 12(8), p. 556-558.
- MORRISON, S. (2007). Self-management support: Helping clients to set goals to improve their health. National Healthcare for the Homeless Council. Consulté à l'adresse <http://www.nhchc.org/SelfManagementSupport052907.pdf>
- MOSEN, D., J. SCHMITTDIEL, J.H. HIBBARD, D. SOBEL, C. REMMERS, et J. BELLOWES (2007). Is patient activation associated with outcomes of care for adults with chronic conditions? *Journal of Ambulatory Care Management*, 30(1), p. 21-29.
- MOUSSAVI, S., E. CHATTERJI, A. VERDES, V. TANDON, V. PATEL, et B. USTUN (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health : Results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370(9590), p. 851-858.
- MULLEN, P.D., D.G. SIMONS-MORTON, G. RAMIREZ, R.F. FRANKOWSKI, L.W. GREEN, et D.A. MAINS (1997). A meta-analysis of trials evaluating patient education and counseling for three groups of preventive health behaviors. *Patient Education and Counseling*, 32(3), p. 157-173.
- NATH, C. (2007). Literacy and Diabetes Self-Management. *American Journal of Nursing*. 107(6-Supplement): p. 43-49. 2007
- National Council on Aging, Center for Healthy Aging. (2006). Using the evidence base to promote healthy aging. Issue Brief No. 1 (revised). Consulté le 18 septembre 2009 à l'adresse [http://www.healthyagingprograms.org/resources/IssueBrief\\_1-R\\_UsingEB.pdf](http://www.healthyagingprograms.org/resources/IssueBrief_1-R_UsingEB.pdf)
- NEWMAN, S., L. STEED, et K. MULLIGAN (2004). Self-management interventions for chronic illness. *The Lancet*, 364, p. 1523-1537.
- NEWELL, S.A., R. SANSON-FISHER, A. GIRGIS, et H.M. DAVEY (2002). Can personal health record booklets improve cancer screening behaviors? *American Journal of Preventive Medicine*, 22(1), p. 15-22.
- NORRIS, S.L., M.M. ENGELGAU, et K.M. NARAYAN (2001). Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: A systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care*, 24(3), p. 561-587.
- NORRIS, S.L., J. LAU, S.J. SMITH, C.H. SCHMID, et M.M. ENGELGAU (2002). Self-management education for adults with type 2 diabetes: A meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care*, 25(7), p. 1159-1171.
- OCKENE, J.K., I.S. OCKENE, M.E. QUIRK, J.R. HEBERT, G.M. SAPERIA, R.S. LUIPPOLD, ET AL. (1995). Physician training for patient-centred nutrition counseling in a lipid intervention trial. *Preventive Medicine*, 24(6), p. 563-570.
- O'CONNOR, G.T., M.S. GAYLOR, et E.C. NELSON (1985). Health counseling: Building patient rapport. *Physician Assistant*, 9(3), p. 154-155.
- PALEY, G., et D. LAWTON (2001). Evidence-based practice: Accounting for the importance of the therapeutic relationships in the UK National Health Service therapy provision. *Counseling and Psychotherapy Research*, 1(1), p. 12-17.
- PARK, H., Y. HONG, H. LEE, E. HA, et Y. SUNG (2004). Individuals with type 2 diabetes and depressive symptoms exhibited lower adherence with self-care. *Journal of Clinical Epidemiology*, 57, p. 978-984.
- PEPPER-BURKE, N. (2003). Chronic disease self-management workshop: An implementation model from southern California. *Health Promotion Practice*, 4(1), p. 8-13.
- PERRI, M.G., A.M. NEZU, W.F. MCKELVEY, R.I. SHERMER, D.A. RENJILIAN, et B.J. VIEGENER (2001). Relapse prevention training and problem-solving therapy in long-term management of obesity. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 69(4), p. 722-726

- PEYROT, M., R.R. RUBIN, T. LAURITZEN, F.J. SNOEK, D.R. MATTHEWS, S.E. SKOVLUND (2005). Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs study. *Diabet Med* 22: p. 1379 -1385.
- PIGNONE, M.P., A. AMMERMAN, L. FERNANDEZ, C.T. ORLEANS, N. PENDER, S. WOOLF, ET AL. (2003). Counseling to promote a healthy diet in adults: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(1), p. 75-92.
- PIGNONE, M.P., B.N. GAYNES, J.L. RUSHTON, C.M. BURCHELL, C.T. ORLEANS, C.D. MULROW, ET AL. (2002). Screening for depression in adults: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 136(10), p. 765-766.
- PINTO, B.M., H. LYNN, B.H. MARCUS, J. DEPUE, et M.G. GOLDSTEIN (2001). Physician-based activity counseling: Intervention effects on mediators of motivational readiness for physical activity. *Annals of Behavioral Medicine*, 23(1), p. 2-10.
- PLEWS, C. (2005). Expert patient programme: Managing patients with long-term conditions. *British Journal of Nursing*, 14(20), p. 1086-1089.
- POWELL, H., et P.G. GIBSON (2003). Options for self-management education for adults with asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD004107.
- PROCHASKA, J.O., C.C. DICLEMENTE, et J.C. NORCROSS (1992). In search of how people change. *Am Psychol* .47: p. 1102-4.
- RAND Corporation. (2000). Health risk appraisals and Medicare. Evidence report and evidence-based recommendations. Baltimore, Maryland : US Department of Health and Human Services.
- RAND Corporation. (2003). Health risk appraisals and medicare. Evidence report and evidence-based recommendations. Baltimore, Maryland : US Department of Health and Human Services. Consulté à l'adresse [http://www.rand.org/cgi-bin/health/showab.cgi?key=2003\\_406&year=2003](http://www.rand.org/cgi-bin/health/showab.cgi?key=2003_406&year=2003)
- RAUSHER, C. (2006). Self-Management and Self-Management Support: Design Template and Discussion Document. Kidney Summit Core Group, BC Renal Agency.
- L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2005). Assessment and Management of Foot Ulcers for People with Diabetes, Toronto, Canada : L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2002). Client Centred Care. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2006). Client Centred Care: Revision supplement. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2006). Établissement de la relation thérapeutique. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2006). Trousse sur la marche à suivre : mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- REDMAN, B.K. (2004). Patient self-management of chronic disease: The health care provider's challenge. Sudbury, Massachusetts : Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- RENDERS, C.M., G.D. VALK, S.J. GRIFFIN, E. WAGNER, J.T. VAN EIJK, W.J.J. ASSENDELFT (2000). Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No. : CD001481. DOI: 10.1002/14651858.CD001481.
- RENDERS, C.M., G.D. VALK, S.J. GRIFFIN, E. WAGNER, J.T. VAN EIJK, W.J.J. ASSENDELFT (2001). Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Diabetes Care*, 24(10), p. 1821-1833.

- RESNICOW, K., A. JACKSON, T. WANG, A.K. DE, F. MCCARTY, W.N. DUDLEY, ET AL. (2001). A motivational interviewing intervention to increase fruit and vegetable intake through Black churches: Results of the Eat for Life trial. *American Journal of Public Health*, 91(10), p. 1686-1693.
- ROBBINS J.M., G.E. THATCHER, D.A. WEBB, V.G. VALDMANIS (2008). Nutritionist visits, diabetes classes, and hospitalization rates and charges. *Diabetes Care*, 31, p. 655-660.
- ROLLNICK, S. (2003). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). London : Guilford Press.
- ROLLNICK, S., P. MASON, et C. BUTLER (1999). *Health behavior change: A guide for practitioners*. London : Elsevier Limited.
- ROTER, D.L, J.A. HALL, R. MERISCA, B. NORDSTROM, D. CRETIN, et B. SVARSTAD (1998). Effectiveness of interventions to improve patient compliance: A meta-analysis. *Medical Care*, 36, p. 1138-1161.
- RUBAK, S., A. SANDBAEK, T. LAURITZEN, et B. CHRISTENSEN (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55(513), p. 305-312.
- SADUR, C.N., N. MOLINE, M. COSTA, D. MICHALIK, D. MENDLOWITZ, S. ROLLER, ET AL (1999). Diabetes management in a health maintenance organization. Efficacy of care management using cluster visits. *Diabetes Care*, 22(12), p. 2011-2017.
- SARKISIAN, C.A., A.F. BROWN, K.C. NORRIS, R.L. WINTZ, et C.M. MANAGIONE (2003). Systematic review of diabetes self-care interventions for older, African American or Latino adults. *The Diabetes Educator*, 29(3), p. 467-479. doi: 10.1177/014572170302900311
- SCHAEFER J., D. MILLER, M. GOLDSTEIN, et L. SIMMONS. *Partnering in Self-Management Support: A Toolkit for Clinicians*. Cambridge, Massachusetts : Institute for Healthcare Improvement; 2009. Disponible à l'adresse : [www.IHI.org](http://www.IHI.org).
- SCHERGER, J.E. (2005). Primary care needs a new model of office practice. *British Medical Journal*, 330, p. E358-E359.
- SCHILLINGER, D., K. GRUMBACH, J. PIETTE, F. WANG, D. OSMOND, C. DAHER, ET AL. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 288, p. 475-482.
- SCHILLINGER, D., H. HAMMER, F. WANG, J. PALACIOS, I. MCLEAN, A. TANG, ET AL. (2008). Seeing in 3-D: Examining the reach of diabetes self-management support strategies in a public health care system. *Health Education & Behavior*, 35(5), p. 664-682.
- SCHILLINGER, D., J. PIETTE, K. GRUMBACH F. WANG, C. WILSON, C. DAHER, ET AL. (2003). Closing the loop: Physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Archives of Internal Medicine*, 163, p. 83-90.
- SCHMITZ, N., J. WANG, A. MALLA, et A. LESAGE (2007). Joint effect of depression and chronic conditions on disability: Results from a population-based study. *Psychosomatic Medicine*, 69, p. 332-338. doi:10.1097/PSY.0b013e31804259e0
- SCHREURS, K.M., V.T. COLLAND, R.G. KUIJER, D.T. DE RIDDER, et T. VAN ELDEREN (2003). Development, content, and process evaluation of a short self-management intervention in patients with chronic diseases requiring self-care behaviours. *Patient Education & Counseling*, 51(2), p. 133-141.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2008). *SIGN 50: A guideline developer's handbook*. Édimbourg, Royaume-Uni : Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- SELAM, J.L., et L.F. MENEHINI (2009). Basal-bolus therapy with insulin detemir using the 303 algorithm in the US PREDICTIVE 303 trial. *Advance Therapy*, 26(2), p. 194-207.
- SHILTS, M.K., M. HOROWITZ, et M.S. TOWNSEND (2004). Goal setting as a strategy for dietary and physical activity behavior change: A review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 19, p. 81-83.
- SIMMONS, D., G.D. GAMBLE, S. FOOTE, D.R. COLE, et G. COSTER (2004). The New Zealand Diabetes Passport Study: A randomized controlled trial of the impact of a diabetes passport on risk factors for diabetes-related complications. *Diabetic Medicine*, 21(3), p. 214-217.

- SIU, A.M.H., C.C.H. CHAN, P.K.K.POON, D.Y.Y. CHUI, et S.C.C. CHAN (2007). Evaluation of the chronic disease self-management program in a Chinese population. *Patient Education & Counseling*, 65, p. 42-50.
- SKINNER, T. C., M.E. CAREY, S. CRADOCK, H. DALY, M.J. DAVIES, Y. DOHERTY, S. HELLER, K. KHUNTI, et L. OLIVER. (2006) Diabetes education and self-management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND): Process modelling of pilot study 55: Patient Education & Counseling. Vol.64(1-3)(p. 369-377).
- SKOVLUND S.E., M. PEYROT, on behalf of the DAWN International Advisory Panel (2005). The Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) program: a new approach to improving outcomes of diabetes care. *Diabetes Spectrum*, 18, p. 136 -142.
- SMITH-WEST, D.S., V. DILLO, Z. BURSAC, S.A. GORE, et P.G. GREENE (2007). Motivational interviewing improved weight loss in women with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 30, p. 1081-1087.
- SOBEL, D.S., K.R. LORIG, et M. HOBBS (2002). Chronic Disease Self-Management Program: From development to dissemination. *The Permanente Journal*, 6(2), p. 15-22.
- SOLBERG, L.I., M.L. BREKKE, C.J. FAZIO, J. FOWLES, D.N. JACOBSEN, et T.E. KOTTKE (2000). Lessons from experienced guideline implementers: Attend to many factors and use multiple strategies. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 26, p. 171-188.
- STEWART, M.A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Canadian Medical Association Journal*, 152, p. 1423-1433.
- SWERISSEN, J., J. BELFRAGE, A. WEEKS, L. JORDAN, C. WALKER, J. FURLER, B. MCAVOY, M. CARTER, et C. PETERSON (2006). A randomised control trial of a self-management program for people with a chronic illness from Vietnamese, Chinese, Italian and Greek backgrounds. *Patient Education & Counseling*, 64, p. 360-368.
- TANG, P.C., J.S. ASH, D.W. BATES, M. OVERHAGE, et D.Z. SANDS (2006). Personal health records: definitions, benefits, and strategies for overcoming barriers to adoption. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 13(2), p. 121-126.
- TANG, P.C., W. BLACK, J. BUCHANAN, C.Y. YOUNG, D. HOOPER, S.R. LANE, ET AL. (2003). PAMFOnline: Integrating Ehealth with an electronic medical record system. *AMIA Annual Symposium Proceedings*, p. 644-648.
- TANG, T.S., M.L. GILLARD, M.M. FUNNELL, R. NWANKWO, E. PARKER, D. SPURLOCK, ET AL. (2005). Developing a new generation of ongoing diabetes self-management support interventions: A preliminary report. *The Diabetes Educator*, 31(1), p. 91-97. doi:10.1177/0145721704273231
- TANG, P.C., et D. LANSKY (2005). The missing link: Bridging the patient-provider health information gap. *Health Affiliate (Millwood)*, 24, p. 1290-1295.
- TAVEIRA T.H., P.A. PIRRAGLIA, L.B. COHEN, et W.C WU. Efficacy of a pharmacist-led cardiovascular risk reduction clinic for diabetic patients with and without mental health conditions. *Preventive Cardiology* 2008;11(4): p. 195-200
- TOELLE, B., et F.S.F. RAM (2004). Written individualised management plans for asthma in children and adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD002171. DOI: 10.1002/14651858.CD002171.pub2.
- TOWFIGH, A., M. ROMANOYA, J.E. WEINREB, B. MUNIAS, M.J. SUTTORP, A. ZHOU, et P.G. SHEKELLE (2008). Self-monitoring of blood glucose levels in patients with type 2 diabetes mellitus not taking insulin: a meta-analysis. *American Journal of Manager Care*, 14(7), p. 468-75.
- University of Victoria. (2010) Consulté à l'adresse <http://www.coag.uvic.ca/cdsmp/> le 30 juillet 2010.
- UNUTZER, J., D.L. PATRICK, G. SIMON, D. GREBOWSKI, E. WALKER, C. RUTTER, ET AL. (1997). Depressive symptoms and the cost of health services in HMO patients aged 65 years and older: A 4-year prospective study. *Journal of the American Medical Association*, 277(20), p. 1618-1623.
- VON KORFF, M., J. GRUMAN, J. SCHAEFER, S. CURRY, et E. WAGNER (1997). Collaborative Management of Chronic Illness. *Annals of Internal Medicine*, 127(12), p. 1097-1102.

- WAGNER, E.H., B. AUSTIN, et M. VON KORFF (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly*, 74(4), p. 511-44.
- WAGNER, E.H. (1998). Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1, 2-4.
- WAGNER, E.H., B.T. AUSTIN, C. DAVIS, M. HINDMARSH, J. SCHAEFER, et A. BONOMI (2001). Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Affairs*, 10(6), p. 64-78.
- WAGNER, E.H., C. DAVIS, J. SCHAEFER, M. VON KORFF, et B. AUSTIN (1999). A survey of leading chronic disease management programs: Are they consistent with the literature? *Managed Care Quarterly*, 7(3), p. 56-66.
- WALD, J.S., B. MIDDLETON, A. BLOOM, D. WALMSLEY, M. GLEASON, E. NELSON, ET AL. (2004). A patient-controlled journal for an electronic medical record: Issues and challenges. *Studies in Health Technology and Informatics*, 107(Pt2), p. 1166-1170.
- WELSCHEN, L.M.C., E. BLOEMENDAL, G. NIJPELS, J.M. DEKKER, R.J. HEINE, W.A.B. STALMAN, ET AL. (2005). Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes who are not using insulin: A systematic review. *Diabetes Care*, 28, p. 1510-1517.
- WHITLOCK, E.P., T. ORLEANS, N. PENDER, et J. ALLAN (2002). Evaluating primary care behavioral counseling interventions: An evidence-based approach. *American Journal of Preventive Medicine*, 22(4), p. 267-284.
- WILSON, K., L. COULON, S. HILLEGE, et W. SWANN (2005). Nurse practitioners' experiences of working collaboratively with general practitioners and allied health professionals in New South Wales, Australia. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23(2), p. 22-27.
- WINEFIELD, H.R., T.G.C. MURRELL, J.V. CLIFFORD, et E.A. FARMER (1995). The usefulness of distinguishing the different types of general practice consultation, or are needed skills always the same? *Family Practice*, 12(4), p. 402-407.
- WOOLF, S.H., R.E. GLASGOW, A. KRIST, C. BARTZ, S.A. FLOCKE, J.S. HOLTROP, ET AL. (2005). Putting it together: Finding success in behavior change through integration of services. *Annals of Family Medicine*, 3(2), p. S20-S27.
- Organisation mondiale de la Santé. (2005). Report on Chronic Disease. Consulté en septembre 2009 à l'adresse [www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/media/canada.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/canada.pdf)
- Organisation mondiale de la Santé. (2009). Report on Chronic Disease. Consulté en septembre 2009 à l'adresse [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/)
- Organisation mondiale de la Santé. (2003). WHO global forum for integrated NCD prevention and control. Consulté le 28 septembre 2009 à l'adresse [www.who.int/hpr/globalforum/about.us.shtml](http://www.who.int/hpr/globalforum/about.us.shtml)
- YANG, D.T., R.S. ROBETORYE, et G.M. RODGERS (2004). Home prothrombin time monitoring: A literature analysis. *American Journal of Hematology*, 77(2), p. 177-186.
- YEE L.S., P. WILLIAMS-PIEHOTA, A. SORENSEN, A. ROUSSEL, J. HERSEY, et R. HAMRE (2006). The Nutrition and Physical Activity Program to Prevent Obesity and Other Chronic Disease: Monitoring Progress in Funded States. *Preventing Chronic Disease*, 3(2), p. A70.
- YIP, Y.B, J.W. SIT, K.Y. FUNG. D.Y.WONG, S. Y. CHONG, et T.P. NG (2006). Impact of an arthritis self-management programme with an added exercise component for osteoarthritic knee sufferers on improving pain, functional outcomes, and use of health care services: An experimental study. *Patient Education & Counseling*, 65(1), p. 113-121.



## Annexe A : Glossaire de termes

TERME	DÉFINITION
<b>Adaptation saine</b>	L'adaptation saine consiste à déterminer la motivation de l'individu à changer son comportement, afin de l'aider à atteindre des objectifs réalisables en matière de comportement et de guider le patient afin qu'il puisse traverser de multiples obstacles. (American Association of Diabetes Educators, 2010).
<b>Autoefficacité</b>	L'autoefficacité est la confiance qu'une personne sera en mesure d'adopter un comportement nécessaire pour atteindre un objectif souhaité (Bandura, 1997). La théorie de l'autoefficacité postule que la réalisation réussie du plan d'action est plus importante que le plan lui-même. L'autoefficacité fait référence à l'attente selon laquelle une personne peut atteindre un résultat souhaité en prenant des mesures spécifiques.
<b>Autogestion</b>	L'autogestion est définie comme les tâches que les individus doivent effectuer pour bien vivre avec un ou plusieurs états chroniques. Ces tâches comprennent avoir l'assurance nécessaire pour la prise en charge médicale, la prise en charge des rôles et la prise en charge émotionnelle de leur état. (Adams et al., 2004).
<b>Autosurveillance</b>	Mesure périodique qui guide la prise en charge d'un état chronique ou récurrent. (Glasziou, Irwig et Mant, 2005)
<b>Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP)</b>	Le Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) est un programme d'éducation des patients dirigé par des non-spécialistes et proposé dans des communautés de la Colombie-Britannique. Les participants sont des adultes atteints d'états chroniques (p. ex., hypertension, arthrite, maladies cardiaques, accidents vasculaires cérébraux, diabète, etc.), les membres de leur famille, leurs amis et leurs fournisseurs de soins. Ce programme fournit des informations et enseigne des compétences concrètes relatives à la prise en charge de problèmes de santé chroniques. Surtout, le CDSMP donne aux individus la confiance et la motivation dont ils ont besoin pour prendre en charge les défis relatifs à la vie avec un état chronique. (Université de Victoria, 2010).
<b>Client activé</b>	Les clients activés sont ceux qui possèdent les connaissances, les compétences et la motivation nécessaires pour agir comme membres efficaces de l'équipe soignante (Von Korff et al., 1997).  Le client activé prend lui-même en charge ses symptômes et ses problèmes, effectue des activités qui maintiennent le fonctionnement et réduisent le déclin de l'état de santé, participe aux choix relatifs au traitement et au diagnostic, collabore avec les prestataires de soins de santé, choisit les prestataires et les organismes de prestation en fonction de leur rendement et de leur qualité, et traverse le système de soins de santé (Hibbard et al., 2007).
<b>Demander-dire-demander (également appelé éliciter-répondre-éliciter ou éliciter-fournir-éliciter)</b>	Dans le cadre d'un processus d'apprentissage autodirigé, cette technique permet de s'assurer que les clients comprennent l'information qui leur est présentée. Elle est particulièrement efficace dans les populations qui ont un faible taux d'alphabétisation, et consiste à poser une question aux clients (p. ex., « Que savez-vous au sujet de votre état? » ou « Que souhaitez-vous savoir? ») Après avoir fourni l'information au client, le clinicien lui demande s'il a d'autres questions ou a besoin de plus d'information. La technique tente de fournir de l'information au client (abordant ainsi la question du manque de connaissances) d'une manière conçue pour lui (abordant ainsi la question de l'excès d'information). (Bodenheimer et al., 2005)
<b>Développement de compétences</b>	Un paradigme qui doit commencer par l'évaluation du niveau de compétences tactiques requises pour les soins auto-administrés et toute circonstance unique qui doit être prise en considération pour l'enseignement de ces compétences. « Les exercices de développement des compétences sont axés sur les lacunes relatives aux compétences et sur la prise en charge de situations uniques » (Meleis, 2010, p. 324).
<b>Écoute réflexive</b>	Aide à éclaircir les dilemmes en reflétant l'expérience du patient. L'écoute réflexive consiste à répondre à un patient en reformulant de façon concise les déclarations faites par celui-ci. (Levensky, Forchimes, O'Donohue et Beitz, 2007)
<b>Établir l'ordre du jour (prise de décisions coopérative)</b>	Un ordre du jour pour la visite est négocié entre le client et le fournisseur de soins, mais le client a le dernier mot. Si le fournisseur de soins souhaite discuter d'une question avec le client, il doit demander la permission au client (Bodenheimer et al., 2005)

TERME	DÉFINITION
<b>Établissement d'objectifs autonome</b>	L'établissement d'objectifs autonome est une intervention efficace permettant de faciliter et de soutenir le changement de comportement tout en maintenant l'intérêt du patient pour le programme d'éducation et en fournissant les connaissances et les compétences nécessaires pour lui permettre d'atteindre ses objectifs personnels (AADE, 2007)
<b>Établissement d'objectifs</b>	<p>Un processus coopératif dans le cadre duquel les clients choisissent un objectif en matière de changement de comportement. Une interaction entre le fournisseur de soins et le client qui a pour résultat le fait que le client accepte un objectif concret, généralement à court terme. Un objectif est quelque chose qu'une personne souhaite réaliser sur une période spécifique (par exemple, dans les trois à six prochains mois).</p> <p>Un exemple de question pouvant servir à lancer une discussion sur l'établissement d'objectifs est la suivante : « Est-ce qu'il y a quelque chose que vous voulez faire cette semaine pour améliorer votre état de santé? » (Bodenheimer et Laing, 2007)</p> <p>L'établissement d'objectifs est une interaction entre le fournisseur de soins et le client qui a pour résultat le fait que le client accepte un objectif concret, généralement à court terme. L'établissement d'objectifs est réalisé par la formalisation d'un plan d'action. L'établissement d'objectifs est le processus, et le plan d'action est le résultat du processus.</p>
<b>Évaluer la volonté de changer (prise de décisions coopérative)</b>	<p>Cela est fait avant de tenter de négocier un changement de comportement. Le fournisseur de soins doit évaluer la volonté de changer du client et adapter les discussions futures à ce niveau de volonté.</p> <p>Les principales techniques d'entrevue motivationnelle consistent à évaluer la volonté de changer du client en estimant les niveaux d'importance et de confiance, sur une échelle d'importance et de confiance allant de 0 à 10. Si le niveau d'importance est élevé (7 ou plus), le fournisseur de soins passe à la confiance. Si le niveau d'importance est peu élevé, il est parfois utile de fournir des informations supplémentaires sur les risques de ne pas changer le comportement. Si le niveau de confiance est moyen (p. ex., 4), le fournisseur de soins demande pourquoi il s'établit à 4 et pas à 1. Le client est alors en position de parler de façon positive de la raison pour laquelle il existe un certain niveau de confiance. En demandant ce qu'il faudrait faire pour faire passer le niveau de confiance de 4 à 8, le client réfléchit de façon créatrice à la manière de changer un comportement. Cela mène à un plan d'action. (Bodenheimer et al., 2005)</p>
<b>Fermer la boucle</b>	Une technique utilisée pour évaluer la compréhension du client. Un prestataire de soins de santé demande au client de répéter l'information qu'il a fournie afin de s'assurer qu'il comprend bien ce qui a été dit. Cette approche est liée au processus demander-dire-demander <sup>65</sup> (Bodenheimer et al., 2005).
<b>Gestion du stress</b>	La gestion du stress fait référence à l'utilisation des différentes techniques et de différents programmes de relaxation et de comportement, pour aider les individus à prendre contrôle de leur stress et à le gérer. Les techniques peuvent inclure la thérapie cognitive comportementale, des exercices de respiration, la relaxation musculaire progressive, les sessions d'entraide, le feedback biologique et le yoga. Un nombre de plus en plus élevé d'hôpitaux, d'établissements de santé et de sociétés proposent à leurs patients et à leurs employés des programmes de gestion du stress, afin de répondre aux besoins uniques de personnes atteintes d'états chroniques (Hart, 2009).
<b>Habilitation du client</b>	<p>L'habilitation est « la découverte et le développement de ses capacités inhérentes à assumer la responsabilité de sa propre vie. » (Glasgow et Anderson, 1999).</p> <p>Bien qu'il ne soit pas possible d'habiliter un client, les infirmières peuvent avoir recours à des stratégies qui aideront les clients à progresser sur ce chemin. Cela inclut le fait de fournir de l'éducation visant à permettre de prendre des décisions éclairées, d'aider les clients à comparer les coûts et les bienfaits des différents traitements disponibles, d'établir des objectifs en matière de comportement que le client choisit lui-même, et de fournir des informations concernant l'importance de leur rôle relativement à l'autogestion (Anderson et Funnell, 2005). Les compétences dont ont besoin les infirmières comprennent poser des questions afin de comprendre les craintes, les préoccupations et les priorités des clients, écouter les réponses, et renseigner et soutenir les clients pour leur permettre de prendre eux-mêmes leurs problèmes de façon permanente.</p> <p>Dans le cadre de l'approche d'habilitation, les professionnels de la santé se sentent responsables envers les clients plutôt que pour eux, et agissent comme collaborateurs qui fournissent aux clients l'information, les compétences et le soutien dont ils ont besoin pour prendre les meilleures décisions possible en matière d'autogestion en fonction de leurs priorités et de leurs objectifs en matière de santé (Anderson et Funnell, 2005)</p>

TERME	DÉFINITION
<b>HbA1c</b>	Le test HbA1c (hémoglobine glycosylée) mesure la glycémie moyenne sur les deux à trois mois précédents et permet donc d'évaluer le contrôle de la glycémie. Lorsque le test HbA1c est effectué tous les trois mois, il peut déterminer si le contrôle de la glycémie a été atteint et maintenu dans la plage cible, et il reflète également les écarts par rapport à la plage cible (RNAO, 2005).
<b>Modèle socio-écologique</b>	Le modèle socio-écologique est fondé sur le postulat que les changements de comportement des individus seront réalisés grâce à une combinaison d'efforts sociétaux, communautaires, organisationnels, interpersonnels et individuels (Yee et al., 2006).
<b>Planification des actions</b>	La planification des actions consiste à déterminer un menu d'options permettant d'atteindre un objectif, à choisir une option, à élaborer un plan de mise en œuvre spécifique, à prévoir les obstacles, et à prendre l'engagement de mettre le plan en œuvre (Von Korff et al., 1997)
<b>Programme d'autogestion de l'arthrite</b>	Élaboré par l'Université Stanford et le premier programme d'autogestion, actuellement proposé au Canada par La Société de l'arthrite. L'intervention d'autogestion la plus connue relativement à l'arthrite, elle est dirigée par des chefs non spécialisés ou des professionnels de la santé.
<b>Résolution de problèmes</b>	La résolution de problèmes est un élément essentiel du processus de rétroaction, pour passer en revue la manière dont les clients effectuent leur plan d'action. La résolution de problèmes est en relation avec les obstacles à la réussite de la mise en œuvre du plan d'action. Le manque de succès se traduit par « pas de leçons apprises » plutôt que par un échec. (Bodenheimer et al., 2005) La quasi-totalité des modèles ou des conceptualisations des aspects fondamentaux du soutien de l'autogestion comprennent comme caractéristique centrale la capacité à résoudre des problèmes (Glasgow et al., 2007). Elle est utilisée dans le cadre du processus de rétroaction, pour créer un plan d'action/établir des objectifs (D'Zurilla, 1986)
<b>Soins auto-administrés</b>	Les soins auto-administrés font référence aux comportements auxquels les clients ont recours pour maintenir leur stabilité psychologique, par exemple prendre des médicaments et réagir aux symptômes qui apparaissent. (Adams et al., 2004).
<b>Suivi</b>	Suivi régulier et soutenu des plans d'action. L'établissement d'objectifs et la planification des actions ne réussiront pas sans un suivi régulier et soutenu, assorti de résolution de problèmes. Le suivi peut être effectué par téléphone, par courriel ou par l'entremise de programmes interactifs sur Internet, et peut être effectué individuellement ou en groupes. Le suivi comprend la résolution de problèmes en relation avec les obstacles à la réussite de la mise en œuvre du plan d'action. Le manque de succès se traduit par « pas de leçons apprises » plutôt que par un échec (Bodenheimer et al., 2007)
<b>Théorie sociale cognitive</b>	On considère que le comportement est affecté par les attentes, la confiance d'un individu dans sa capacité à adopter un comportement spécifique (autoefficacité) étant d'une importance particulière. Cette idée a été utilisée dans le cadre des interventions relatives à l'autogestion, grâce à l'enseignement de compétences telles que la résolution de problèmes et l'établissement d'objectifs pour améliorer l'autoefficacité (Newman et al., 2004)
<b>Visites en groupe</b>	Les clients reçoivent leurs soins de santé lors de visites avec d'autres clients atteints d'un état chronique. Les visites en groupe ont été élaborées au début des années 1990, comme solution de rechange aux visites de 10 à 15 minutes ayant de multiples ordres du jour (Bodenheimer et Grumbach, 2007). Dans un modèle (la clinique coopérative de soins de santé), des groupes de 10 à 20 adultes plus âgés atteints de différents états chroniques se rencontrent une fois par mois pendant 90 minutes. Le format inclut une présentation sur un problème de santé, suivi par une rencontre individuelle du médecin avec chacun des clients pendant 5 à 10 minutes, pendant que les autres clients bavardent. Des rendez-vous individuels peuvent être pris au besoin. Dans un autre modèle, les individus sont tous atteints du même état, mais une éducation spécifique des clients et des conseils en matière de changement de comportement sont inclus, et des médicaments sont parfois prescrits.
<b>Volonté de changer</b>	La volonté de changer fait référence à la mesure dans laquelle les individus sont préparés à changer leur comportement. Les interventions guidées par cette théorie se concentrent sur la motivation à changer des individus, et adapter leur approche en fonction des différentes motivations des individus à changer un comportement (Newman et al., 2004).

## Annexe B : Processus utilisé pour l'examen systématique/la stratégie de recherche

La stratégie de recherche utilisée lors de l'élaboration de cette ligne directrice a ciblé deux domaines clés. Le premier était l'identification de lignes directrices sur les pratiques cliniques publiées dans le domaine des stratégies de soutien de l'autogestion. Le deuxième était l'identification d'examen systématiques et d'études primaires publiées dans ce domaine de 1995 à 2006. Une recherche ciblée de la documentation ultérieure s'est concentrée sur les nouvelles publications, entre 2006 et 2010.

### ÉTAPE 1 – Recherche dans les bases de données

Une recherche dans les bases de données visant à trouver des données existantes relatives aux stratégies de soutien de l'autogestion a été effectuée par un bibliothécaire universitaire en sciences de la santé. Une première recherche dans les bases de données MEDLINE, Embase et CINAHL pour trouver les lignes directrices et les études publiées entre 1995 et 2006 a été effectuée en août 2006. La recherche a été structurée de manière à répondre aux questions suivantes :

#### Recommandations relatives à la pratique professionnelle :

1. Évaluation : quels sont les stratégies, les outils et les techniques permettant d'évaluer la capacité d'un client et de sa famille de prendre en charge eux-mêmes une maladie chronique?
2. Prestation : quels sont les stratégies, les outils et les techniques pour :
  - a. Fournir un soutien de l'autogestion?
  - b. Fournir un soutien de l'autogestion pour les clients atteints de comorbidités?
  - c. Fournir un soutien de l'autogestion d'un bout à l'autre du continuum d'une maladie?
  - d. Inclure les familles et les fournisseurs de soins dans la prestation du soutien de l'autogestion?
3. Coordination des soins : quels sont les stratégies, les outils et les techniques permettant d'assurer la coordination du soutien de l'autogestion d'un bout à l'autre du continuum des soins?
4. Évaluation : quels sont les outils d'évaluation utilisés pour mesurer l'efficacité du soutien de l'autogestion ou des résultats pour le client?

#### Recommandations relatives à la formation :

5. Quelles sont les connaissances et les compétences dont ont besoin les infirmières pour exécuter des stratégies et des techniques de soutien de l'autogestion?

#### Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements :

6. Quels sont les soutiens administratifs et organisationnels requis pour soutenir la prestation du soutien de l'autogestion?
7. Quelles sont les politiques requises au sein du système de santé et du gouvernement pour soutenir la prestation du soutien de l'autogestion?
8. Quelles sont les répercussions en matière de coûts (fiscaux et en matière de ressources humaines) pour la prestation du soutien de l'autogestion?

## ÉTAPE 2 – Recherche structurée des sites Web

En mars 2006, une personne a procédé à une recherche sur une liste établie de sites Web afin de trouver du contenu associé au sujet. La liste de sites, révisée et mise à jour en avril 2006, a été compilée en se basant sur la connaissance actuelle relative aux sites Web présentant les pratiques fondées sur les données probantes, aux développeurs de lignes directrices connus, ainsi que sur les recommandations trouvées dans la documentation. La présence ou l'absence de lignes directrices a été notée pour chaque site faisant l'objet de la recherche, ainsi que la date de la recherche. Il était parfois indiqué que le site ne contenait pas de lignes directrices, mais un renvoi était effectué vers un autre site Web ou une autre source pour l'obtention des lignes directrices. Les lignes directrices ont été téléchargées si des versions intégrales étaient disponibles, ou commandées par téléphone ou par courriel.

- Agency for Healthcare Research and Quality: <http://www.ahrpr.gov>
- Alberta Heritage Foundation for Medical Research - Health Technology Assessment: <http://www.ahfmr.ab.ca/hta>
- Alberta Medical Association - Clinical Practice Guidelines : <http://www.albertadoctors.org>
- American College of Chest Physicians : <http://www.chestnet.org/guidelines>
- American Medical Association : <http://www.ama-assn.org>
- Bandolier Journal : <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier>
- British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines : <http://www.hlth.gov.bc.ca/msp/protoguides/index.html>
- British Medical Journal - Clinical Evidence : <http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/index.jsp>
- Canadian Centre for Health Evidence : <http://www.cche.net/che/home.asp>
- Canadian Cochrane Network and Centre: <http://cochrane.mcmaster.ca>
- Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé : <http://www.ccohta.ca>
- Institut canadien d'information sur la santé : <http://www.cihi.ca>
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs : <http://www.ctfphc.org>
- Centers for Disease Control and Prevention : <http://www.cdc.gov>
- Centre for Evidence-Based Mental Health : <http://cebmh.com>
- Centre for Evidence-Based Nursing : <http://www.york.ac.uk/healthsciences/centres/evidence/cebn.htm>
- Centre for Evidence-Based Pharmacotherapy : <http://www.aston.ac.uk/lhs/teaching/pharmacy/cebph>
- Centre for Health Evidence : <http://www.cche.net/che/home.asp>
- Centre for Health Services and Policy Research : <http://www.chspr.ubc.ca>
- Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST) : <http://www.crestni.org.uk>
- CMA Infobase : Clinical Practice Guidelines: <http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp>
- Cochrane Database of Systematic Reviews : <http://www.update-software.com/cochrane>
- Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE) : <http://www.york.ac.uk/inst/crd/darehp.htm>
- Evidence-based On-Call : <http://www.eboncall.org>
- Guidelines Advisory Committee: <http://gacguidelines.ca>
- Institute for Clinical Evaluative Sciences : <http://www.ices.on.ca>
- Institute for Clinical Systems Improvement : <http://www.icsi.org/index.asp>
- Institute of Child Health : <http://www.ich.ucl.ac.uk/ich>
- Joanna Briggs Institute : <http://www.joannabriggs.edu.au>
- Medic8.com : <http://www.medic8.com/ClinicalGuidelines.htm>
- Medscape Women's Health : <http://www.medscape.com/womenshealthhome>

- Monash University Centre for Clinical Effectiveness : <http://www.med.monash.edu.au/healthservices/cce/evidence>
- National Guideline Clearinghouse : <http://www.guidelines.gov>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) : <http://www.nice.org.uk>
- National Library of Medicine Health Services/Technology Assessment Test (HSTAT) : <http://hstat.nlm.nih.gov/hq/Hquest/screen/HquestHome/s/64139>
- Netting the Evidence: A ScHARR Introduction to Evidence-Based Practice on the Internet : <http://www.shef.ac.uk/scharr/ir/netting>
- New Zealand Guidelines Group : <http://www.nzgg.org.nz>
- NHS Centre for Reviews and Dissemination : <http://www.york.ac.uk/inst/crd>
- NHS Nursing & Midwifery Practice Dev. Unit : <http://www.nmpdu.org>
- NHS R & D Health Technology Assessment Programme : <http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/htapubs.htm>
- NIH Consensus Development Program : <http://consensus.nih.gov/about/about.htm>
- PEDro: The Physiotherapy Evidence Database : <http://www.pedro.fhs.usyd.edu.au/index.html>
- Queen's University à Kingston : <http://post.queensu.ca/~bhc/gim/cpgs.html>
- Royal College of General Practitioners : <http://www.rcgp.org.uk>
- Royal College of Nursing : <http://www.rcn.org.uk/index.php>
- Royal College of Physicians : <http://www.rcplondon.ac.uk>
- Sarah Cole Hirsh Institute – Online Journal of Issues in Nursing : <http://fpb.cwru.edu/HirshInstitute>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network : <http://www.sign.ac.uk>
- Lignes directrices sur les pratiques exemplaires de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada : [http://www.sogc.medical.org/sogcnet/index\\_e.shtml](http://www.sogc.medical.org/sogcnet/index_e.shtml)
- SUMSearch : <http://sumsearch.uthscsa.edu>
- The Qualitative Report : <http://www.nova.edu/ssss/QR>
- Trent Research Information Access Gateway : <http://www.shef.ac.uk/scharr/triage/TRIAGEindex.htm>
- TRIP Database : <http://www.tripdatabase.com>
- U.S. Preventive Service Task Force : <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>
- University of California, San Francisco : <http://medicine.ucsf.edu/resources/guidelines/index.html>
- Université Laval – Répertoire de sites Web d'information clinique : <http://132.203.128.28/medecine>

### ÉTAPE 3 – Recherche Internet au moyen d'un moteur de recherche

De plus, une recherche sur Internet a été effectuée en utilisant le moteur de recherche « Google », en utilisant des termes clés, pour trouver les lignes directrices existantes sur les pratiques en matière de stratégies de soutien de l'autogestion. Cette recherche a été effectuée par un individu, qui a noté les résultats et les sites Web examinés jusque là et qui a résumé les résultats. Les résultats de la recherche ont été réexaminés par une deuxième personne, qui a trouvé des lignes directrices et des documents qui n'avaient pas été trouvés antérieurement.

### ÉTAPE 4 – Recherche manuelle/Contributions du groupe d'experts

Il a été demandé aux membres du groupe d'experts de consulter leurs archives personnelles afin de trouver les lignes directrices qui n'avaient pas été trouvées dans le cadre de la stratégie de recherche ci-dessus.

### Résultats de la recherche :

La stratégie de recherche décrite ci-dessus a permis de trouver environ 4 800 résumés analytiques sur le sujet des stratégies de soutien de l'autogestion. Ces résumés analytiques ont été alors examinés par un adjoint à la recherche afin de trouver les doubles et de les évaluer en fonction des critères d'inclusion/d'exclusion.

## Annexe C: Les 5 éléments

LES 5 ÉLÉMENTS	
<b>Accepter</b>	<p>Établissement d'objectifs et élaboration d'un plan d'action à court terme en collaboration :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le client et le prestataire de soins de santé choisissent ensemble des objectifs appropriés pour le traitement.</li> <li>■ Méthodes basées sur l'intérêt du client pour un comportement spécifique et sa volonté de le changer.</li> <li>■ Une question standard posée par le prestataire de soins de santé est la suivante : « Est-ce qu'il y a quelque chose que vous voulez faire cette semaine pour améliorer votre état de santé? »</li> </ul>
<b>Aider</b>	<p>Se reporte aux activités du prestataire de soins de santé qui abordent les obstacles au changement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Augmenter la motivation du client et ses compétences en matière d'autonomie.</li> <li>■ Ou aider le client à obtenir les soutiens requis pour réussir à changer son comportement (Whitlock et al., 2002).</li> <li>■ Enseigner au client à résoudre des problèmes.</li> <li>■ Les prestataires de soins de santé peuvent également renseigner les clients au sujet de programmes communautaires d'autogestion.</li> <li>■ Parler aux clients des ressources communautaires existantes, comme les groupes d'entraide et de soutien.</li> </ul>
<b>Conseiller</b>	<p>Consiste à conseiller les clients en se basant sur leurs risques personnels liés à la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fournir des conseils clairs, spécifiques et personnalisés relatifs au changement du comportement;</li> <li>■ Inclure des renseignements concernant les dommages et les bienfaits pour la santé individuelle.</li> <li>■ Inclure des recommandations spécifiques et pertinentes pour la personne relativement au changement de comportement.</li> </ul>
<b>Évaluer</b>	<p>Le clinicien évalue le niveau de comportement, de convictions et de motivation du client. Trois activités peuvent avoir lieu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'établissement coopératif de l'ordre du jour<sup>9</sup> de l'interaction (un ordre du jour pour la visite est négocié entre le client et le prestataire de soins de santé, mais le client a le dernier mot);</li> <li>■ Recueillir des renseignements sur les comportements liés à la santé (p. ex., par l'entremise d'un questionnaire comme une évaluation des risques pour la santé) et évaluer la volonté de changer du client; ou</li> <li>■ Le fournisseur de soins évalue la volonté du client à apporter un changement et adapte la discussion à ce niveau de volonté.</li> </ul>
<b>Organiser</b>	<p>Représente le contact de suivi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Utiliser l'approche de suivi la plus adaptée au client;</li> <li>■ Le suivi fournit une aide et un soutien continus;</li> <li>■ Donne l'occasion d'ajuster le plan de traitement, au besoin; et</li> <li>■ Inclut un aiguillage vers un traitement plus intensif ou plus spécialisé.</li> </ul>



## Annexe D : Questionnaire sur la santé du client PHQ-2

### PHQ-2

Au cours des deux semaines, à quelle fréquence les problèmes suivants vous ont-ils causé des difficultés?

Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses

0 = Pas du tout

1 = Pendant plusieurs jours

2 = Pendant plus d'un jour sur deux

3 = Presque tous les jours

Sentiments de tristesse, de dépression ou de désespoir.

0 = Pas du tout

1 = Pendant plusieurs jours

2 = Pendant plus d'un jour sur deux

3 = Presque tous les jours

**Nombre total de points :** .....

#### Interprétation du résultat :

PHQ-2 Résultat	Probabilité de trouble dépressif majeur (%)	Probabilité de n'importe quel trouble dépressif (%)
1	15,4	36,9
2	21,1	48,3
3	38,4	75
4	45,5	81,2
5	56,4	84,6
6	78,6	92,9

Figure 1. Questionnaire sur la santé du patient (PHQ-2). Ce questionnaire est utilisé comme premier test de dépistage pour des épisodes de dépression majeure.

Renseignements tirés de KRONENKE, K., R.L. SPITZER, et J.B. WILLIAMS (2003). The Patient Health Questionnaire 2: Validity of a two-item depression screener. *Med Care*, 41: 1284-91; THIBAUT, J.M., et R.W. STEINER (2004). Efficient identification of adults with depression and dementia. *American Family Physician*, 70: p. 6.

## Annexe E: Outil de dépistage pour la dépression

### Questions de dépistage

L'U.S. Preventive Task Force (USPSTF)<sup>3</sup> indique qu'une réponse positive à l'une des deux questions ci-dessous est aussi efficace pour dépister la dépression que des instruments de dépistage plus longs.

1. Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti triste, déprimé ou désespéré?
2. Au cours des deux dernières semaines, ressentiez-vous peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses?

### En cas de dépistage positif de la dépression :

Si le client répond dans l'affirmative à l'une des deux questions de dépistage (1 ou 2 ci-dessus), un dépistage sera effectué pour déceler son intention de commettre des actes autodestructeurs. L'USPSTF a découvert qu'il n'y avait pas suffisamment de preuves qu'un dépistage de routine permettait de détecter le risque de suicide<sup>4</sup>; toutefois, les questions suivantes seront posées à n'importe quel client qui répond dans l'affirmative à la question 1 ou 2 ci-dessus afin qu'il soit possible de l'aiguiller vers la meilleure aide possible.

1. Avez-vous pensé à vous faire du mal ou à faire du mal à d'autres?
2. Avez-vous un plan pour vous faire du mal ou pour faire du mal à d'autres?
3. Pensez-vous que vous vous ferez du mal ou que vous en ferez à d'autres?

Adapté du cours à l'intention des spécialistes du traitement du tabagisme de la Mayo Clinic.

### Des outils supplémentaires de dépistage de la dépression sont disponibles ici :

#### **Inventaire de la dépression de Beck**

BECK, A. T., C. H. WARD, M. MENDELSON, J. MOCK, et J. ERBAUGH (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, p. 561-571.

#### **Inventaire de la dépression de Hamilton**

HAMILTON, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, p. 56-62.

<sup>3</sup> US Preventive Services Task Force. Screening for depression: recommendations and rationale. *Ann Intern Med* 2002. 21 mai; 136(10): p. 760-4.

<sup>4</sup> Screening for suicide risk: recommendation and rationale. *Ann Intern Med*. 18 mai; 140(10): p. 820-1.

# Annexe F :

## Outils d'établissement d'un ordre du jour

### a) Questionnaires avant la visite

#### FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS RELATIFS AU DIABÈTE

Veillez répondre aux questions suivantes avant votre visite. Vos réponses nous aideront à veiller à ce que vos préoccupations soient entendues.

1. À l'heure actuelle, qu'est-ce qui est le plus difficile ou qui vous préoccupe le plus concernant le soin de votre diabète? (p. ex., suivre un régime, médicaments, stress)

---

---

---

2. Veuillez écrire en quelques mots ce que vous trouvez difficile ou frustrant relativement à la préoccupation que vous avez mentionnée ci-dessus.

---

---

---

3. Comment décrivez-vous vos idées ou vos sentiments concernant cette question? (p. ex., confusion, colère, curiosité, frustration, dépression, espoir)

---

---

4. Pendant votre visite, que souhaitez-vous que nous fassions pour aider à aborder cette préoccupation? (Veillez entourer les lettres devant chaque réponse qui s'applique)

- A. Travailler avec moi afin de créer un plan pour aborder cette question.  
B. Je ne m'attends pas à une solution. Je veux simplement que vous compreniez comment je me sens.  
C. M'aiguiller vers un autre professionnel de la santé ou à d'autres services communautaires

5. Pendant la visite, j'aimerais qu'on réponde aux questions suivantes :

---

---

---

6. J'aimerais qu'on réponde à ces questions lors d'une visite future :

---

---

7. Autre (veuillez expliquer)

---

---

Merci

Reproduit avec l'autorisation du Michigan Diabetes Research and Training Center. Ces études ont bénéficié du soutien de la subvention P60-DK-20572 du MDRTC/National Institutes of Health

## b) La feuille de choix multiples a été remplie par le client avant la visite.

**SI VOUS ÊTES DIABÉTIQUE, VOICI CERTAINES SUJETS DONT VOUS POUVEZ DISCUTER AVEC VOTRE PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ.**

Vous pouvez choisir de parler de n'importe quel de ces sujets et en ajouter d'autres dans les cercles vides

Surveillance de la tension artérielle	Prise de médicaments pour aider à contrôler la tension artérielle	Soins de la peau
Éviter les accidents vasculaires cérébraux ou les maladies cardiaques	Alimentation	Perte de poids
Dépression	Soins quotidiens des pieds	Tabagisme

Droit d'auteur 1996. Modifié de The MacColl Institute. Improving Chronic Illness Care Program: Supported by The Robert Wood Johnson Foundation, with direction and technical assistance provided by Group Health's MacColl Institute for Healthcare Innovation.

## c) Interaction entre le client et le professionnel de la santé

*« Bonjour Suzanne, je m'appelle Sonia et je serai votre infirmière aujourd'hui. Nous avons environ 20 minutes pour cette visite. J'ai besoin de vous parler des médicaments que vous prenez et s'ils vous causent des problèmes. De quoi voulez-vous me parler? »*

Remarque : dans ce scénario, l'infirmière :

- 1) Indique à la cliente la durée de la visite;
- 2) Précise ce dont elle a besoin de parler à Suzanne (elle démontre le processus); et
- 3) Demande à Suzanne de quoi celle-ci veut parler.

## d) Guide relatif aux décisions personnelles d'Ottawa\*

### GUIDE RELATIF AUX DÉCISIONS PERSONNELLES D'OTTAWA\*

pour les décisions médicales ou sociales

Le Guide relatif aux décisions personnelles d'Ottawa s'adresse aux personnes qui doivent prendre des décisions difficiles. Il vous aidera à déterminer vos besoins personnels, à planifier les étapes suivantes, à faire le suivi de vos progrès, et à communiquer votre point de vue aux autres personnes impliquées dans la décision. Les compétences que vous apprendrez ici vous aideront également à prendre d'autres décisions à l'avenir.

**Vous serez guidé dans 5 étapes :**

1. Préciser la décision.
2. Déterminer votre rôle relatif à la prise de décisions.
3. Évaluer vos besoins en matière de prise de décisions.
4. Soupeser les options.
5. Planifier les étapes suivantes.

Ce guide peut être utilisé à plus d'une reprise pour assurer le suivi de vos progrès en matière de prise de décisions. La première fois que vous utilisez le guide, inscrivez vos réponses dans la première colonne. La fois suivante, utilisez la deuxième colonne.

### 1. Préciser la décision.

Quelle est la décision que vous devez prendre?

---



---

Pourquoi devez-vous prendre cette décision?

---

Quand cette décision doit-elle être prise? Date \_\_\_\_\_

Où en êtes-vous dans votre processus de prise de décision? (cochez la case qui s'applique à vous)	Première fois	Changements
	Date _____ jj/mm/aa	Date _____ jj/mm/aa
a. Je n'ai pas encore réfléchi aux options	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Je réfléchis aux options	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Je suis presque prêt à choisir une option	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. J'ai déjà fait un choix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Penchez-vous vers une option spécifique?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Dans l'affirmative, laquelle? Veuillez préciser :</b>		

## 2 Déterminez votre rôle relatif à la prise de décisions.

(cochez la case qui s'applique à vous)

	Première fois Date _____ jj/mm/aa	Changements Date _____ jj/mm/aa
a. Je préfère prendre ma propre décision ou décider après avoir réfléchi aux options des autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Je préfère partager la décision avec :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Je préfère que la décision soit prise pour moi par quelqu'un d'autre, c'est-à-dire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3. Évaluez vos besoins en matière de prise de décisions.

Une personne peut prendre de meilleures décisions si elle se sent sûre d'elle dans quatre domaines : 1. Connaître les options; 2. Savoir clairement ce qui est important pour elle; 3. Avoir assez d'aide de la part des autres afin de décider; et 4. Se sentir sûre qu'elle fait le bon choix.

Les questions qui suivent peuvent vous aider à déterminer votre niveau de confiance dans ces quatre domaines. Veuillez entourer la réponse à chaque question et apposer la date à côté de chaque colonne.

DOMAINES		Première fois Date _____	Changements Date _____
<b>Ce que je sais</b>	Connaissez-vous les options dont vous disposez? Connaissez-vous les bons et les mauvais côtés de chaque option?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Ce qui est important pour moi</b>	Savez-vous clairement quels sont les bons et les mauvais côtés qui sont les plus importants pour vous?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Comment les autres m'aident</b>	Avez-vous assez de soutien de la part des autres pour faire un choix? Choisissez-vous sans subir de pression de la part des autres?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Dans quelle mesure je me sens sûr</b>	Vous sentez-vous sûr du choix qui est le meilleur pour vous?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si vous répondez « oui » à toutes les questions d'un domaine, cela indique que vous vous sentez confiant. Les personnes qui répondent « non » à une ou plusieurs questions sont plus susceptibles de regretter leur décision, d'éprouver des difficultés à respecter leur décision, ou à regretter leur choix ou à se sentir moins satisfaites de leur décision. Il est donc important d'effectuer les étapes 4 et 5 afin d'acquérir plus de confiance dans chaque domaine.

## 4. Soupevez les options.

Utilisez la balance ci-dessous pour vous aider à comparer les options et, si vous le souhaitez, les montrer aux autres personnes impliquées dans la décision.

### Ce que je sais

- A. Veuillez énumérer et examiner sur la balance ci-dessous les options que vous envisagez.
- B. Énumérez les pour et les contre de chaque option.
- C. Soulignez les pour et les contre qui, selon vous, sont les plus susceptibles de se produire.

### Ce qui est important pour moi

- D. Montrez le niveau d'importance de chaque pour et de chaque contre pour vous en écrivant entre une (\*) et cinq étoiles (\*\*\*\*\*) à côté de chaque élément. Plus l'élément est important, plus il doit compter d'étoiles.

### Dans quelle mesure je me sens sûr

- E. Entourez l'option qui contient les pour qui sont les plus importants pour vous et les plus susceptibles de se produire. Évitez l'option qui contient les contre qui sont les plus importants à éviter et les plus susceptibles de se produire.

### Comment les autres m'aident

- F. Remplissez le tableau ci-dessous afin d'assurer le suivi des autres personnes impliquées dans cette décision.

	POUR RAISON DE CHOISIR L'OPTION	IMPORTANCE PERSONNELLE AJOUTER * À *****	CONTRE RAISONS D'ÉVITER L'OPTION	IMPORTANCE PERSONNELLE AJOUTER * À *****
L'option n° 1 est :				
L'option n° 2 est :				
L'option n° 3 est :				

ÉNUMÉREZ LES PERSONNES DONT L'AIDE OU LES OPTIONS ONT LE PLUS D'IMPORTANCE POUR VOUS.	ENTOUREZ LEUR OPINION CONCERNANT LE CHOIX QUI SERAIT LE MEILLEUR POUR VOUS				CE QU'ELLES PEUVENT FAIRE POUR VOUS AIDER À PRENDRE CETTE DÉCISION
1.	Neutre	Option n° 1	Option n° 2	Option n° 3	
2.	Neutre	Option n° 1	Option n° 2	Option n° 3	
3.	Neutre	Option n° 1	Option n° 2	Option n° 3	

## 5. Planifier les étapes suivantes

Ce qui rend la décision difficile	Des choses que vous acceptez d'essayer
<input type="checkbox"/> <b>Pas assez d'information sur les options, les pour et les contre</b>	<p>Si vous avez suffisamment d'information, c'est plus facile de prendre une décision :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Écrivez vos questions</li> <li><input type="checkbox"/> Écrivez les sources où vous trouverez cette information (p. ex., professionnels de la santé, bibliothécaires à un centre de santé, Internet, etc.)</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Pas assez d'information sur la probabilité des pour et des contre</b>	<p>Les gens prennent des décisions en se basant sur leur perception de ce qui pourrait arriver :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Obtenez les conseils de votre professionnel de la santé ou de votre conseiller concernant la probabilité des pour et des contre dans votre situation.</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Ne sais pas trop quels pour et quels contre sont les plus importants pour moi</b>	<p>Le fait de trouver ce qui était le plus important pour les autres qui ont pris cette décision peut vous aider à préciser ce qui est important pour vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Parlez à votre professionnel de la santé ou à votre conseiller à propos d'autres personnes qui ont pris cette décision.</li> <li><input type="checkbox"/> Lisez les histoires d'autres personnes qui ont pris cette décision (p. ex., sur Internet). Quels points de vue correspondent aux vôtres?</li> <li><input type="checkbox"/> Parlez à des personnes que vous connaissez qui ont pris une décision semblable. Veuillez indiquer qui : _____</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Manque de soutien ou de ressources</b>	<p>Le soutien prodigué par d'autres personnes ou groupes peut vous aider à prendre des décisions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Énumérez les ressources ou l'aide concrète dont vous avez encore besoin.</li> <li><input type="checkbox"/> Consultez un professionnel avec qui vous vous sentez à l'aise.</li> <li><input type="checkbox"/> Choisissez une personne à qui vous faites confiance qui vous aidera à prendre la décision.</li> <li><input type="checkbox"/> Faites-vous accompagner par une personne qui prendra des notes lors de vos rendez-vous médicaux ou autres</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Pression de la part des autres pour faire un choix spécifique</b>	<p>Concentrez-vous sur l'opinion de personnes qui importent relativement à cette décision :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Partagez avec d'autres votre guide relatif aux décisions</li> <li><input type="checkbox"/> Demandez à d'autres personnes de remplir un guide elles aussi. Trouvez les domaines sur lesquels vous êtes d'accord et sur lesquels vous n'êtes pas d'accord. (En général, les individus sont d'accord sur les faits mais ne s'entendent pas sur ce qui a la plus grande valeur pour eux. Les avis qui importent le plus sont ceux de la personne directement affectée par le choix.)</li> <li><input type="checkbox"/> Trouvez une personne neutre qui peut vous aider, vous et les autres, à régler votre désaccord.</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Autres facteurs qui rendent la décision difficile</b>	<p>Énumérez toutes les autres choses dont vous avez besoin pour vous aider.</p>



Si vous souhaitez communiquer cette information à votre praticien en matière de soins de santé ou un autre professionnel de la santé, veuillez inscrire dans cette section quelques renseignements à votre sujet.

Date du jour : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de famille : \_\_\_\_\_

Année de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe :  Homme  Femme

Niveau d'études le plus élevé terminé :  études primaires  
 études élémentaires  
 quelques années d'études secondaires  
 diplôme d'études secondaire  
 diplôme universitaire

Langue parlée le plus souvent à la maison : \_\_\_\_\_

Origine ethnique : \_\_\_\_\_ (p. ex., caucasienne, asiatique, africaine, hispanique)

États médicaux qui pourraient affecter votre décision : \_\_\_\_\_

Veuillez évaluer votre état de santé :  excellent  
 bon  
 moyen  
 mauvais

Composition de la famille :  
(qui vit avec vous?) \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Discutez de vos options et de votre point de vue avec votre professionnel de la santé ou votre conseiller.

Avant de prendre une décision définitive, discutez de votre situation avec votre professionnel de la santé ou votre conseiller. Chaque personne a des besoins et des préoccupations liées à la santé différents.

Pour obtenir des copies supplémentaires de cette aide à la décision ou une version interactive, rendez-vous à l'adresse [www.ohri.ca/decisionaid](http://www.ohri.ca/decisionaid)

## Annexe G : Exemple de plan d'action

### Parties d'un plan d'action

1. Quelque chose que VOUS voulez faire
2. Raisonnable
3. Spécifique à un comportement
4. Répond aux questions :
  - a) Quoi
  - b) Combien
  - c) Quand
  - d) Comment souvent
5. Niveau de confiance que vous parviendrez à mettre en œuvre TOUT le plan d'action

**Clinicien :** Alors Patrick, vous dites que vous voulez perdre du poids. C'est ça?

*Client :* Oui, je sais que je suis vraiment trop gros et que j'ai besoin d'en perdre.

**Clinicien :** OK, quelle est la chose que vous voulez faire entre cette visite et la prochaine, dans deux semaines – une chose spécifique?

*Client :* Et bien, comme il fait chaud, je mange beaucoup de cornets de crème glacée et je sais qu'ils contiennent beaucoup de calories et qu'ils font engraisser.

**Clinicien :** OK, alors qu'est-ce que vous voulez faire exactement?

*Client :* Eh bien, je veux couper – en manger moins.

**Clinicien :** Est-ce que vous pourriez être un peu plus spécifique? Pouvez-vous me dire exactement combien de cornets vous allez couper ou combien vous mangez?

*Client :* Eh bien, entre cette visite et la prochaine fois, dans deux semaines, je vais manger seulement trois cornets de crème glacée.

**Clinicien :** C'est quelque chose que vous voulez vraiment faire, Patrick?

*Client :* Oui, je veux le faire. Je sais que ce n'est pas une bonne idée pour un diabétique d'être trop gros.

**Clinicien :** Est-ce que c'est réalisable – vous êtes capable de faire cela, manger seulement trois cornets?

*Client :* Oui, c'est quelque chose que je veux faire et je sais que je peux le faire.

**Clinicien :** Alors Patrick, sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie que vous n'êtes pas du tout confiant de pouvoir le faire et 10 que vous êtes absolument certain d'y parvenir, où vous situez-vous?

*Client :* À 8. Je veux vraiment le faire – je sais que c'est important.

**Remarque :** un plan d'action doit être limité dans le temps (c.-à-d. une ou deux semaines) et être un comportement que la personne veut vraiment adopter. La personne doit être capable de réaliser le plan d'action et le plan doit être très spécifique, décrivant le quoi, le combien, le quand et le comment souvent. Ainsi, la personne saura si elle l'a réalisé. Pour terminer, il est important que la personne soit très confiante de pouvoir y parvenir (c.-à-d. 7 ou plus sur une échelle de 0 à 10).

## Élaborer les plans d'action avec les clients

L'un des outils d'autogestion les plus importants est l'établissement d'objectifs. Un objectif est quelque chose que nous souhaitons pouvoir accomplir dans les trois à six prochains mois (p. ex., être capable de faire un kilomètre à pied, de rendre visite aux petits-enfants, de fréquenter ses amis).

Les objectifs sont généralement trop gros pour qu'on y travaille tout d'un coup. Il faut donc le décomposer en étapes ou en tâches plus petites, plus faciles. Par exemple, une personne qui a pour objectif d'améliorer sa condition physique pourrait décomposer cet objectif dans les étapes suivantes :

- Décider quel type d'exercice faire;
- Voir s'il y a des piscines ou des cours d'éducation physique adaptés dans la communauté;
- Déterminer quel niveau d'exercice elle peut faire confortablement;
- Lire à propos d'un exercice dans un livre;
- Trouver un ami avec qui faire de l'exercice.

Ensuite, nous devons commencer en décidant à quelle étape nous allons travailler cette semaine et exactement comment nous allons y parvenir. Pour cela, nous allons créer un plan d'action hebdomadaire.

### Parties d'un plan d'action

1. Quelque chose que VOUS voulez faire (pas quelque chose que quelqu'un d'autre pense que vous devez faire ou que vous pensez que vous devriez faire).
2. Réalisable (quelque chose que vous pensez être en mesure d'accomplir cette semaine).
3. Spécifique à une action (par exemple, perdre du poids n'est pas un comportement, mais ne pas manger de collation entre les repas est un comportement).
4. Répond aux questions :  
Quoi?  
Combien? (p. ex., marcher quatre pâtés de maisons).  
Quand? (p. ex., après le souper le lundi, le mercredi et le vendredi ou quatre fois par semaine; essayez d'éviter « tous les jours »)
5. Un niveau de confiance de 7 ou plus (0 = pas du tout confiant, 10 = tout à fait confiant que vous pourrez compléter TOUT le plan d'action).

## Plan d'action personnel : aider les clients atteints d'états chroniques à élaborer un plan d'apprentissage de nouveaux comportements.

Nom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

*Voici que le changement que je souhaite apporter :*

\_\_\_\_\_

*Mon objectif pour le prochain mois est :*

\_\_\_\_\_

### Plan d'action :

*Voici les étapes spécifiques que je prendrai pour atteindre mon objectif (indiquez quoi, quand, comment, où et comment souvent) :*

\_\_\_\_\_

*Voici les choses qui pourraient faire en sorte qu'il sera difficile d'atteindre mon objectif :*

\_\_\_\_\_

*Mon plan pour surmonter ces défis comprend :*

\_\_\_\_\_

*Voici les soutiens et les ressources dont j'aurai besoin pour atteindre mon objectif :*

\_\_\_\_\_

*Voici mon niveau de confiance que je parviendrai à atteindre mon objectif (sur une échelle de 0 à 10, 0 signifiant pas confiant du tout et 10 signifiant extrêmement confiant) :*

\_\_\_\_\_

Réimprimé avec l'autorisation de l'Institute for Healthcare Improvement. Disponible en ligne à l'adresse <http://www.ihl.org/IHI/Topics/ChronicConditions/Diabetes/Tools>.

Tiré de : Self-Management in Theory and Practice: A Guide for Health Professionals. Mars 2009.

## Plan d'action personnel ultra-bref

### Le plan d'action personnel ultra-bref compte cinq éléments clés :

1. Le plan doit être véritablement orienté vers le client, axé sur ce que le client lui-même souhaite réellement faire et pas sur ce que le médecin lui dit de faire.
2. Le plan doit être spécifique à un comportement — autrement dit, très concret et spécifique concernant quoi, quand, où, pendant combien de temps, etc.
3. Le client doit reformuler le plan en entier (c.-à-d. faire une « déclaration d'engagement »).
4. Le plan doit être associé à un niveau de confiance de 7 ou plus (sur une échelle de 1 à 10). Si le niveau de confiance est inférieur à 7, le client et le clinicien doivent commencer à trouver des stratégies permettant de modifier le plan.
5. Il doit y avoir une date et un mécanisme spécifiques pour le suivi (ou la responsabilisation).

### Le plan d'action personnel ultra-bref est structuré autour de trois questions principales :

#### 1. Demander au client ses préférences/souhaits relativement au changement de comportement.

*« Y a-t-il quelque chose que vous souhaitez faire pour votre santé pendant les jours (ou les semaines) avant votre prochain rendez-vous? »*

- Quoi?
- Où?
- Quand?
- Comment souvent?
- Demander une déclaration d'engagement (p. ex., « Je vais marcher pendant 20 minutes dans mon quartier tous les lundis, mercredis et vendredis avant le souper »).

#### 2. Vérifier le niveau de confiance.

*« Ça semble être un excellent plan. Mais, pour la plupart d'entre nous, le fait de changer son comportement et de respecter un plan est très difficile. Si vous pensez à une échelle de confiance de 1 à 10, où 10 signifie que vous êtes très confiant de pouvoir mettre le plan en œuvre et 1 que vous n'êtes pas confiant du tout, quel est votre niveau de confiance? »*

#### Si le niveau de confiance est inférieur à 7, trouvez des solutions.

*« C'est excellent que vous ayez un niveau de confiance de 5. C'est beaucoup plus que 1. Je me demande si nous pourrions modifier le plan afin de vous permettre d'atteindre un niveau de confiance de 7 ou plus. Vous pourriez peut-être choisir un objectif moins ambitieux, demander l'aide d'un ami ou d'un membre de votre famille, ou penser à d'autre chose qui vous aiderait à vous sentir plus confiant de pouvoir mettre le plan en œuvre? »*

#### 2. Organisez le suivi.

*« Excellent, prenons tout de suite notre prochain rendez-vous afin que nous puissions voir comment vous vous débrouillez avec votre plan. »*

## Annexe H : Programmes de soutien de l'autogestion

### Ressources disponibles sur des sites Web :

Sites Web canadiens sur l'autogestion et le soutien de l'autogestion :

- <http://ahrq.hhs.gov/qual/ptmgmt/ptmgmt.pdf>
- [http://www.bcahc.ca/index.php?option=com\\_content&view=article&id=89#PSM/LL](http://www.bcahc.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=89#PSM/LL)
- <http://www.centraleastlin.on.ca/Page.aspx?id=9890>
- <http://www.chcf.org/documents/chronicdisease/HelpingClientsManageTheirChronicConditions.pdf>
- <http://www.chcf.org/documents/chronicdisease/ClientsSelfManagementToolsOverview.pdf>
- <http://www.chcf.org/documents/chronicdisease/SelfMgmtLessonsLearned.pdf>
- <http://www.chcf.org/documents/chronicdisease/UsingTelephoneSupportToManageChronicDisease.pdf>
- <http://clienteducation.stanford.edu/programs/cdsmp.html>
- <http://www.champlainlin.on.ca/Page.aspx?id=1200>
- [http://www.coag.uvic.ca/cdsmp/documents/What\\_is\\_Self-Management.pdf](http://www.coag.uvic.ca/cdsmp/documents/What_is_Self-Management.pdf) <http://decisionaid.ohri.ca/decguide.html>
- <http://www.gov.mb.ca/health/phc/carelink.html>
- <http://www.healthylifeworkshop.ca>
- <http://www.ihl.org>
- [http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=ACIC\\_Survey&s=35](http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=ACIC_Survey&s=35)
- [http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Steps\\_for\\_Improvement&s=37](http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Steps_for_Improvement&s=37)
- <http://www.improvingchroniccare.org/#MacColl%20Institute> • <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309093031>
- <http://www.newhealthpartnerships.org/>
- <http://www.ontpsm.net>
- <http://www.safetoask.ca>
- <http://www.selfmanagementtoolkit.ca/>
- [http://www.someothersolutions.ca/index.php?option=com\\_content&task=view&id=341&Itemid=70](http://www.someothersolutions.ca/index.php?option=com_content&task=view&id=341&Itemid=70)
- <http://www.takingcharge.csh.umn.edu/>
- [http://www.toronto.ca/health/resources/tcpc/pdf/conference\\_lee.pdf](http://www.toronto.ca/health/resources/tcpc/pdf/conference_lee.pdf)
- [http://www.euro.who.int/document/hsm/3\\_hsc08\\_epb\\_6.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/3_hsc08_epb_6.pdf)

## Annexe I : Ressources en matière d'autogestion

<http://www.motivationalinterview.org/>

Site Web destinés aux cliniciens, aux chercheurs et aux formateurs qui contient des vidéos de formation et une bibliothèque de résumés, des liens vers des sites Web supplémentaires et des ressources.

[www.selfmanagementtoolkit.ca](http://www.selfmanagementtoolkit.ca)

Une ressource destinée aux prestataires de soins de santé, fondée sur le manuel de Gina Tomaszewski et de Christina Callaghan intitulé *Self- Management in Theory and Practice: A Guide for Healthcare Providers*.

<http://solutionshealthcollaborative.ca/media/galleries/hc2010workshops/default.aspx>

Contient le matériel des ateliers et les présentations PowerPoint d'une conférence d'une journée présentée par Solution: East Toronto Health Collaborative et le Réseau canadien de recherche pour les soins dans la communauté, en partenariat avec le Toronto Central Local Health Integration Network (TCLHIN), l'Université Ryerson, la West End Urban Health Alliance (WEUHA), le South East Toronto Organization (SETO) et Planning for North East Toronto Seniors' Services (PLANTSS).

## Annexe J : Description de la trousse d'outils

La mise en place réussie des lignes directrices pour la pratique clinique exemplaire repose sur une planification, des ressources, ainsi qu'un soutien organisationnel et administratif adéquats, en plus d'une facilitation appropriée. À cet égard, la RNAO a préparé (par l'entremise d'un groupe d'infirmières, de chercheurs et d'administrateurs) la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique*. Elle est fondée sur des données probantes disponibles, des notions théoriques et un consensus. Il est conseillé d'utiliser la Trousse comme guide de mise en place de toute ligne directrice pour la pratique clinique exemplaire dans un établissement de santé.

La Trousse offre des directives étape par étape pour les personnes et les groupes qui participent à la planification, à la coordination et la facilitation de la mise en place de lignes directrices. Plus spécifiquement, la Trousse aborde les étapes essentielles suivantes de l'élaboration d'une ligne directrice :

**Chapitre 1 :** Sélection de votre Ligne directrice pour la pratique clinique

**Chapitre 2 :** Identifier, analyser et engager les parties prenantes

**Chapitre 3 :** Évaluer le niveau de préparation de votre lieu de travail

**Chapitre 4 :** Choix de vos stratégies de mise en place

**Chapitre 5 :** Évaluation de votre succès

**Chapitre 6 :** Qu'en est-il des ressources?

Une mise en place de lignes directrices qui amène des changements fructueux dans la pratique professionnelle et des répercussions cliniques positives constitue une entreprise complexe. La Trousse est une ressource essentielle à la gestion de ce processus.

La Trousse peut être téléchargée à l'adresse [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices).



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

Lignes directrices sur les  
pratiques cliniques exemplaires

SEPTEMBRE 2010

# Stratégies permettant de soutenir l'autogestion des états chroniques : la collaboration avec les clients

*Rendues possibles grâce au financement fourni  
par le ministère de la Santé et des Soins de  
longue durée de l'Ontario*

*Élaborées en partenariat avec Santé Canada,  
Bureau de la politique des soins infirmiers*

ISBN-13: 978-0-920166-99-4  
ISBN-10: 0-920166-99-7



9 780920 166994



AFFAIRES INTERNATIONALES ET LIGNES DIRECTRICES SUR LES PRATIQUES  
TRANSFORMER LES SOINS INFIRMIERS GRÂCE AUX CONNAISSANCES

