

Juillet 2002

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

Établissement de la relation thérapeutique



Registered Nurses
Association
of Ontario

L'Association des infirmières
et infirmiers autorisés de
l'Ontario



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 ces lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. La pratique professionnelle basée sur des données probantes est un facteur favorisant la qualité des services que les infirmières offrent dans leur travail quotidien.

Nous remercions infiniment le grand nombre d'institutions et de personnes qui ont permis à la RNAO de concrétiser sa vision des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers (LDPESI). Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, qui a reconnu la capacité de la RNAO à diriger ce projet, contribuera au financement pendant plusieurs années. Tazim Virani, directrice du projet des LDPESI, grâce à sa détermination sans borne et ses compétences, fait progresser le projet encore plus rapidement et plus intensément qu'on ne l'avait imaginé. La communauté infirmière, 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 d'offres et ouvrent leurs établissements pour mettre à l'essai les LDPESI.

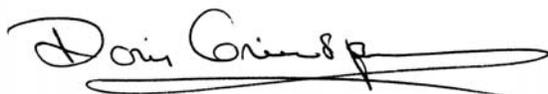
C'est maintenant que se présente le véritable test de cet extraordinaire cheminement : les infirmières utiliseront-elles les lignes directrices dans leur travail quotidien?

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

Nous vous demandons de partager cette LDPESI, ainsi que d'autres lignes directrices, avec d'autres membres de l'équipe pluridisciplinaire. Nous avons beaucoup à apprendre les uns des autres. Ensemble, nous pouvons faire en sorte que les Ontariennes et les Ontariens 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!

La RNAO continuera de travailler assidûment à l'élaboration et à l'évaluation des futures lignes directrices. Nous vous souhaitons une mise en place des plus réussies!

Doris Grinspun, inf. aut., M.Sc.Inf., Ph.D. (doctorante)



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

Comment utiliser ce document

Cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers est un document détaillé qui contient les ressources nécessaires au soutien de la pratique des soins infirmiers fondée sur des données probantes dans le domaine de la mise en place de la relation thérapeutique. Ce document doit être modifié et appliqué en fonction des besoins spécifiques de l'établissement ou du lieu où les soins sont prodigués, ainsi que selon les besoins et les désirs du patient. Les lignes directrices ne doivent pas être appliquées comme un « livre de recettes » mais utilisées comme un cadre de travail pour aider à la prise de décisions sur les soins individualisés dispensés au bénéficiaire et pour s'assurer que des structures et un soutien adéquats sont en place pour prodiguer les meilleurs soins possibles.

Les infirmières, les autres professionnels des soins de santé, ainsi que les administrateurs qui font la promotion du changement sur le plan de la pratique et qui contribuent eux-mêmes à sa réalisation, trouveront ce document précieux pour l'élaboration de règlements, de procédures, de protocoles, de programmes d'éducation, d'outils de documentation et d'évaluation, etc. Il est recommandé d'utiliser cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers comme un outil de référence. Les infirmières qui dispensent des soins directs aux bénéficiaires 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 ces lignes directrices soit ajustée de façon à convenir aux établissements ou aux endroits où les soins sont prodigués, et ce dans des formats qui seront faciles à utiliser pour le travail quotidien.

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

- Évaluer les pratiques actuelles en matière de soins de santé et de soins infirmiers grâce aux recommandations présentées dans cette Ligne directrice.
- Définir les recommandations qui permettront de combler des besoins reconnus en ce qui a trait aux méthodes de pratique ou de combler des écarts dans le service.
- Élaborer systématiquement un plan visant à mettre en place les recommandations grâce aux outils et aux ressources connexes.

Des ressources de mise en place seront disponibles 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. La RNAO désire connaître la façon dont vous avez mis en place cette ligne directrice. Veuillez communiquer avec nous pour nous faire partager votre expérience.

Partout dans le présent document, on présente des citations d'infirmières et d'autres membres d'établissements où cette Ligne directrice a été mise en place. Ces citations ont été obtenues dans le cadre du rapport d'évaluation de la mise à l'essai de cette ligne directrice (Edwards et al., 2001).



Membres du Groupe d'élaboration de la Ligne directrice

Ruth Gallop, inf. aut., Ph.D.

Chef d'équipe

Professeure et doyenne adjointe à la recherche
*Faculté des soins infirmiers, Université
de Toronto*

Chercheuse principale,
*Women's Mental Health Research Program,
Centre for Addiction and Mental Health
Toronto (Ontario)*

Jacqueline Choiniere, inf. aut., M.A.

Directrice des règlements et de la recherche
*Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)*

Cheryl Forchuk, inf. aut., Ph.D.

Professeure, *University of Western Ontario*
Chercheuse, *Lawson Health Research Institute/
London Health Sciences Centre
London (Ontario)*

Gabriella Golea, inf. aut., M.Sc.Inf.

Chef adjointe de la pratique des soins infirmiers
*Centre for Addiction and Mental Health
Toronto (Ontario)*

Nancy Johnston, inf. aut., Ph.D. (doctorante)

Professeure adjointe
*Atkinson Faculty of Liberal
and Professional Studies
École de soins infirmiers, Université York
Toronto (Ontario)*

Anne Marie Levac, inf. aut., M.Sc.Inf.

Infirmière de pratique avancée
*Child Psychiatry Program, Centre for
Addiction and Mental Health, Clarke Site
Toronto (Ontario)*

Mary-Lou Martin, inf. aut., Ph.D. (doctorante)

Infirmière clinicienne spécialisée
*St. Joseph's Health Care, Hamilton Centre for
Mountain Health Service
Professeure clinique adjointe
Université McMaster
Hamilton (Ontario)*

Trish Robinson, inf. aut., B.Sc.Inf.

Coordnatrice en santé mentale, programme
de sensibilisation
*St. Michael's Hospital
Toronto (Ontario)*

Selinah Sogbein, inf. aut., M.G.S.S., M.Ed.

Infirmière chef adjointe/Coordnatrice des
services cliniques
*North Bay Psychiatric Hospital
North Bay (Ontario)*

Heather Sutcliffe, inf. aut., B.Sc.Inf.

Infirmière en santé publique
*Wellington Dufferin Guelph Health Unit
Guelph (Ontario)*

Francine Wynn, inf. aut., Ph.D.

Maître de conférence,
Faculté des sciences infirmières
*Université de Toronto
Toronto (Ontario)*



établissement de la relation thérapeutique

Équipe du projet

Tazim Virani, inf. aut., B.Sc.Inf.
Directrice du projet

Anne Tait, inf. aut., B.Sc.Inf.
Coordonnatrice du projet

Heather McConnell, inf. aut., B.Sc.Inf., M.A. (Ed.)
Coordonnatrice du projet

Carrie Scott
Adjointe administrative

Elaine Gergolas, B.A.
Adjointe administrative

3

Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario
Projet des Lignes directrices sur les pratiques
exemplaires en soins infirmiers
111, rue Richmond Ouest, bureau 1100
Toronto (Ontario)
M5H 2G4
Site Web : www.rnao.org



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

Remerciements

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario tient à remercier les personnes et les groupes suivants pour leur contribution à la révision de cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers, ainsi que pour leurs précieux commentaires :

Barbara Cadotte

Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
Toronto (Ontario)

David Simpson

Intervenante en défense des droits des malades mentaux
Regional Mental Health Centre
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
St. Thomas (Ontario)

Deborah Sherman

Directrice exécutive
Mental Health Rights Coalition of Hamilton/Wentworth
Hamilton (Ontario)

Elizabeth Peter

Professeure adjointe
Faculté des sciences infirmières
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Jay Hammond

Intervenant en défense des droits des malades mentaux
Centre for Addiction and Mental Health
Toronto (Ontario)

Karen Sherry

Coordonnatrice du Centre des ressources en soins infirmiers et coordonnatrice de la mesure de la charge de travail avec l'outil GRASP
North Bay Psychiatric Hospital
North Bay (Ontario)

Kelly Kay

Directrice exécutive adjointe
Association des infirmières auxiliaires autorisées de l'Ontario
Mississauga (Ontario)

Laurie Albertini

Intervenante en défense des droits des malades mentaux
People Advocating for Change through Empowerment
Thunder Bay (Ontario)

Linda Carey

Intervenante en défense des droits des malades mentaux
Hôpital psychiatrique de Hamilton
Hamilton (Ontario)



La RNAO souhaite remercier les établissements suivants de Toronto, en Ontario, pour leur rôle dans la mise à l'essai de cette Ligne directrice :

Saint Elizabeth Health Care
Hôpital général de North York
St. Joseph's Health Centre

La RNAO tient à souligner le leadership et le dévouement des chercheuses qui ont dirigé l'étape d'évaluation du Projet des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. L'équipe d'évaluation comprend les membres suivants :

Chercheuses principales :

Nancy Edwards, inf. aut., Ph.D.
Barbara Davies, inf. aut., Ph.D.

Université d'Ottawa

Co-chercheuses de l'équipe d'évaluation :

Maureen Dobbins, inf. aut., Ph.D.
Jenny Ploeg, inf. aut., Ph.D.
Jennifer Skelly, inf. aut., Ph.D.

Université McMaster

Patricia Griffin, inf. aut., Ph.D.

Université d'Ottawa

Assistantes à la recherche :

Marilynn Kuhn, M.G.S.S.
Cindy Hunt, inf. aut., Ph.D.
Mandy Fisher, B.Sc.Inf., M.Sc.
(candidate à la maîtrise)

Pour communiquer avec nous

Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario

Projet des Lignes directrices sur les pra-
tiques exemplaires en soins infirmiers
111, rue Richmond Ouest, bureau 1100
Toronto (Ontario)
M5H 2G4

Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario

Siège social
438, avenue University, bureau 1600
Toronto (Ontario)
M5G 2K8



Établissement de la relation thérapeutique

6

Déclin de responsabilité

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires ne s'appliquent qu'à la pratique des soins infirmiers et ne prennent pas en compte les implications financières. Les infirmières ne sont pas tenues d'appliquer les lignes directrices et leur utilisation doit être souple afin de s'adapter aux désirs du patient et de sa famille, ainsi qu'aux situations particulières. Elles ne constituent 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 la RNAO ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans les lignes directrices, 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, sous toute forme, y compris le format électronique, à des fins éducatives ou non commerciales sans nécessiter le consentement ou la permission de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, à condition qu'une citation ou qu'une référence apparaisse dans le travail copié, tel qu'indiqué ci-dessous :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2002). *Établissement de la relation thérapeutique*. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

table des matières

| | |
|---|----|
| Sommaire des recommandations | 8 |
| Responsabilité de l'élaboration des lignes directrices | 11 |
| Intention et champ d'activité | 11 |
| Processus d'élaboration de la Ligne directrice | 12 |
| Définition des termes | 12 |
| Contexte | 14 |
| Interprétation des données probantes | 16 |
| Recommandations relatives à la pratique | 17 |
| Recommandations relatives à la formation | 26 |
| Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements | 28 |
| Évaluation et surveillance | 36 |
| Processus de mise à jour et de révision de la Ligne directrice | 38 |
| Références bibliographiques | 39 |
| Bibliographie | 42 |
| Annexe A : Feuille de travail sur le niveau de préparation de votre établissement | 45 |
| Annexe B : Trousse sur la marche à suivre : Mise en place de lignes directrices pour la pratique clinique | 52 |
| Annexe C : Exemples de situations d'évaluation des connaissances des infirmières sur la relation thérapeutique | 53 |

sommaire des recommandations

Le Groupe d'élaboration des recommandations du projet de la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers intitulée *Établissement de la relation thérapeutique* incite fortement les établissements ou les milieux de travail à porter une attention particulière aux recommandations de la section intitulée *Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements* (voir les Recommandations 5 à 14). La mise en place de stratégies visant à soutenir la mise en place des relations thérapeutiques entre les clients et les infirmières nécessite un grand soutien au niveau de l'établissement. Sans ce soutien, le cheminement vers la réalisation des objectifs liés à la mise en place des relations thérapeutiques sera difficile. Le Groupe d'élaboration recommande que les établissements et les milieux de pratique effectuent une évaluation de leur niveau de préparation, qu'ils planifient et qu'ils commencent la réalisation d'initiatives qui instaurent le soutien nécessaire. Un outil d'évaluation du niveau de préparation de l'établissement a été élaboré sur la base des recommandations contenues dans cette Ligne directrice. Consultez l'Annexe A pour utiliser cet outil d'évaluation.

8

Recommandation 1

L'infirmière doit acquérir les connaissances nécessaires afin de participer d'une manière efficace aux relations thérapeutiques.

Recommandation 2

La mise en place d'une relation thérapeutique nécessite une pratique réflexive. Ce concept implique les aptitudes suivantes : la conscience de soi, la connaissance de soi, l'empathie, ainsi que l'intuition des frontières et des limites du rôle professionnel.

Recommandation 3

L'infirmière doit comprendre le processus d'une relation thérapeutique et être apte à évaluer à quel stade elle en est dans sa relation avec le client.

Recommandation 4

Tous les programmes de soins infirmiers au niveau de l'admission à la profession doivent comprendre un enseignement approfondi sur le processus thérapeutique.

Recommandation 5

Les établissements considéreront la relation thérapeutique comme la base de la pratique des soins infirmiers et inaugureront graduellement diverses possibilités de développement professionnel afin de soutenir les infirmières dans le développement efficace de ces relations. Ceci doit inclure des possibilités de consultation en soins infirmiers, de supervision clinique et d'encadrement.



Recommandation 6

Les instances de soins de santé mettront en application un modèle de soins qui favorise la stabilité de l'affectation client-infirmière, comme le modèle des soins infirmiers intégraux.

Recommandation 7

Les instances de soins de santé s'assureront qu'au moins 70 pour cent de leurs employés occupent des postes à temps plein.

Recommandation 8

Les établissements s'assureront que la charge de travail des infirmières est maintenue à un niveau qui favorise le développement des relations thérapeutiques.

Recommandation 9

Les décisions relatives à l'affectation du personnel doivent prendre en considération la gravité de l'état des clients, la complexité des cas, la complexité du milieu de travail et la disponibilité de ressources spécialisées.

Recommandation 10

Les établissements considéreront la satisfaction de l'infirmière comme un élément

essentiel du développement des relations thérapeutiques entre le client et l'infirmière et ils offriront un soutien approprié à l'infirmière.

Recommandation 11

Les établissements contribueront à l'avancement des connaissances sur les relations thérapeutiques en assurant la diffusion de la recherche en soins infirmiers, en offrant un soutien aux infirmières pour leur permettre d'utiliser ces connaissances et en soutenant leur participation au processus de recherche.

Recommandation 12

Les établissements auront une position de chef de file permettant d'établir et de maintenir des mécanismes favorisant un dialogue ouvert entre les infirmières et tous les niveaux de l'administration, y compris la haute direction.

Recommandation 13

Des ressources doivent être consacrées afin de soutenir les processus de supervision clinique et d'encadrement pour assurer qu'une supervision et un encadrement sont régulièrement offerts à toutes les infirmières.

Recommandation 14

Les établissements sont invités à inclure l'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers dans leur examen annuel des indicateurs de rendement et de l'amélioration de la qualité; les autorités d'accréditation sont également invitées à intégrer à leurs normes certaines lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers.





On ne peut mettre en place avec succès des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers qu'en présence d'une planification et de ressources adéquates, ainsi que d'une aide adéquate à la mise en place et d'un soutien approprié au niveau de l'établissement et de l'administration. Les établissements peuvent décider d'élaborer un plan de mise en place qui comprend les éléments suivants :

- Une évaluation du niveau de préparation de l'établissement et des obstacles à la mise en place.
- Une implication de tous les membres (que ce soit dans le cadre d'un soutien direct ou indirect) qui contribueront au processus de mise en place.
- L'affectation d'une personne qualifiée afin que celle-ci fournisse un soutien nécessaire au processus de formation et de mise en place.
- La présence soutenue de possibilités de dialogue et de formation afin de renforcer l'importance des pratiques exemplaires.
- Des occasions de réfléchir sur l'expérience individuelle et celle de l'établissement dans le cadre de la mise en place des lignes directrices.

À ce niveau, la RNAO a élaboré (par le biais d'un groupe d'infirmières, de chercheurs, ainsi que de gestionnaires) la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique* sur la base des données probantes disponibles, de conceptions théoriques et d'un consensus (voir l'Annexe B).

« Je constate que j'écoute peut-être maintenant mes clients plus attentivement. Je constate que je pose davantage de questions ouvertes. Je constate que j'arrive beaucoup plus facilement et rapidement à gagner leur confiance et à établir de bons rapports grâce à cette compréhension qu'ils ont de ma personne et de mon rôle... Le résultat a donc certainement été très positif et très gratifiant pour moi. » (Site de mise à l'essai.)

Responsabilité de l'élaboration des lignes directrices

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO), grâce au financement accordé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD), a entrepris un projet s'échelonnant sur plusieurs années visant à élaborer, évaluer et diffuser des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. *Établissement de la relation thérapeutique* est l'une des sept lignes directrices élaborées au cours du deuxième cycle de ce projet. Cette Ligne directrice a été élaborée par un groupe réuni par la RNAO et impliquant des représentants des milieux de la pratique, de la recherche, de l'administration et des universités.

11



Intention et champ d'activité

Cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers est consacrée à la relation thérapeutique et à son importance en tant que point central dans la pratique des soins infirmiers. Une pratique efficace des soins infirmiers dépend d'une relation thérapeutique efficace entre le client et l'infirmière. Cette Ligne directrice porte sur les qualités d'une relation thérapeutique efficace, sur les possibilités qu'elle offre, sur l'état des connaissances et sur les connaissances requises afin de pouvoir travailler efficacement dans une relation thérapeutique. Afin qu'une relation thérapeutique puisse être instaurée avec succès, les valeurs du milieu de travail et les caractéristiques essentielles de l'établissement doivent être en place et doivent être compatibles avec cet objectif (voir les Recommandations 5 à 14). Les recommandations contenues dans cette Ligne directrice seront donc axées sur la pratique, la formation, l'établissement et les règlements.

La relation thérapeutique est une pièce maîtresse de toute pratique des soins infirmiers. Par exemple, en santé mentale et en soins infirmiers communautaires, la relation thérapeutique peut être la principale intervention déployée pour accroître la sensibilisation et la croissance ou pour régler les difficultés. Dans d'autres domaines de la pratique des soins infirmiers, par exemple en unité de soins intensifs, la relation thérapeutique peut se situer davantage en arrière-plan, servant d'outil d'intervention permettant d'assurer un confort, d'offrir un soutien et de dispenser les soins. Indépendamment du milieu de travail et de la situation clinique, la relation thérapeutique doit toujours être établie.

Processus d'élaboration de la Ligne directrice

Réuni par la RNAO pour son expertise dans les secteurs de la pratique, de la recherche et des universités, le Groupe d'élaboration de la Ligne directrice :

- a défini l'objet et la portée de la Ligne directrice comme étant la mise en place des relations thérapeutiques,
- a défini sa terminologie,
- a effectué une recherche complète dans la littérature spécialisée,
- a fourni un contexte de fond,
- a élaboré des recommandations et
- a recueilli les réactions de diverses parties prenantes.

Une version préliminaire de la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers a été mise à l'essai pendant une période de huit mois au sein de plusieurs établissements en Ontario, lesquels ont été identifiés par le biais d'un processus d'appel d'offres effectué par la RNAO. Le document de la Ligne directrice a ensuite été retravaillé afin de tenir compte des réactions et des résultats de l'évaluation en milieux de mise à l'essai et des publications spécialisées actuelles.



Définition des termes

Données probantes : « Une observation, un fait ou une somme articulée de renseignements offerts pour appuyer ou justifier des inférences ou des opinions dans la démonstration d'une certaine proposition ou question en jeu » (Madjar et Walton, 2001, p. 28).

Lignes directrices pour la pratique clinique ou Ligne directrices sur les pratiques exemplaires : « Énoncés élaborés méthodiquement pour aider les praticiens et les patients à prendre des décisions concernant les soins de santé appropriés dans des situations cliniques particulières » (Field et Lohr, 1990, p. 8). Les Lignes directrices pour la pratique clinique, ou Lignes directrices sur les pratiques exemplaires, sont élaborées à l'aide des meilleures données probantes disponibles.

Parties prenantes : Une partie prenante est une personne, un groupe ou un organisme qui porte un intérêt direct aux décisions et aux actes des organismes et qui pourrait tenter d'influencer les décisions et les actes (Baker et al, 1999). Les parties prenantes peuvent être des personnes ou des groupes qui seront touchés, directement ou indirectement, par un changement ou une solution à un problème. Les parties prenantes peuvent être de types variés; il peut s'agir d'adversaires, de partisans et de personnes neutres (Association pour la santé publique de l'Ontario, 1996).

Pratique réflexive / conscience de soi : Capacité de réfléchir sur sa propre pratique, sur ses pensées, sur ses besoins, sur ses peurs, sur ses forces et sur ses faiblesses, ainsi que de comprendre la façon dont ces éléments peuvent avoir une influence sur ses actions et sur la relation entre le client et l'infirmière.

Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements : Énoncés des conditions nécessaires, pour un milieu de pratique, pour permettre une mise en place réussie de lignes directrices sur les pratiques exemplaires. Les conditions de succès dépendent en grande partie de l'établissement, bien que ces conditions puissent avoir une incidence sur les règlements à un niveau plus large au sein du gouvernement ou de la société.

Recommandations relatives à la formation : Énoncés des exigences en formation et des approches ou stratégies de formation visant à amener la mise en place ou le maintien durable d'une ligne directrice.

Recommandations relatives à la pratique : Énoncés des meilleures pratiques s'adressant aux professionnels de la santé; idéalement, ces énoncés sont fondés sur des données probantes.

Relation thérapeutique : La relation thérapeutique est fondée sur un processus interpersonnel qui a lieu entre le client et l'infirmière. La relation thérapeutique est une relation délibérée, orientée vers un but, et qui vise le meilleur intérêt du patient et la meilleure évolution possible de son état de santé.

Supervision clinique : « Processus de réflexion qui permet à des personnes supervisées d'explorer et d'examiner le rôle qu'elles jouent dans la somme complexe des événements de la relation thérapeutique, de même que la qualité de leur pratique » (Kelly, Long et McKenna, 2001, p. 12). C'est une occasion de croissance sur le plan personnel et professionnel qui n'implique pas de sanctions ni de jugement.

Contexte

Au cours de la préparation de cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires, un important volume de littérature spécialisée a été examiné (voir les sections *Références bibliographiques* et *Bibliographie*), dont quelques points saillants sont présentés ici. Il existe un nombre important de travaux sur la relation thérapeutique et la relation entre le client et l'infirmière. Dans le domaine des soins infirmiers, la relation thérapeutique est un phénomène qui porte plusieurs noms : *relation d'aide*, *relation délibérée* ou *relation entre le client et l'infirmière*. Tout ceci se résume dans la conception selon laquelle l'efficacité des soins infirmiers dépend de la connaissance que l'infirmière acquiert sur le client et de la relation que l'infirmière établit avec lui.

14

Soulignée à l'origine dans la littérature des soins infirmiers psychiatriques, la relation thérapeutique a été reconnue comme un élément fondamental de tous les domaines des soins infirmiers (Orlando, 1961; Peplau, 1952; Sundeen, Stuart, Rankin et Cohen, 1989). Les associations professionnelles de soins infirmiers ont également identifié la relation thérapeutique, ou relation d'aide, comme l'un des éléments centraux des soins infirmiers et ont intégré les qualités de la relation entre le client et l'infirmière dans de nombreuses prises de position sur la pratique des soins infirmiers (Canadian Nurses Association, 1980; College of Nurses of Ontario, 1999).

Les qualités essentielles de la relation thérapeutique comprennent le respect, l'empathie et la validation. De nombreux articles ont été consacrés à l'importance centrale de l'empathie en soins infirmiers (Gagin, 1983; Olsen, 1991) et les chercheurs se sont efforcés de préciser les qualités particulières de l'empathie dans la pratique des soins infirmiers (Gallop, Lancee et Garfinkel, 1990; Reynolds, 2000).

Des auteurs tels que Forchuk et ses collègues ont exploré plus spécifiquement les phases et les qualités de la relation thérapeutique telle que la définit Peplau, en prenant en considération tant la perspective du client que celle de l'infirmière dans l'expérience de cette relation (Forchuk et al., 1998abcd; Forchuk, Westwell, Martin, Azzopardi, Kosterewa-Tolman et Hux, 2000).

La relation thérapeutique a été identifiée comme une composante essentielle des soins infirmiers depuis les travaux déterminants de Peplau (1952), Tudor (1952) et Orlando (1961). Une bonne part de la littérature spécialisée a été consacrée aux éléments du processus de la relation : les qualités de la relation, l'ordre dans lequel le processus se déroule, les obstacles au processus, ainsi que les résultats du processus. En raison de l'attention particulière portée à la complexité de ce processus, il n'existe, à ce jour, que peu d'essais cliniques ou randomisés (Olsen, 1991).

Les qualités de la relation. Les qualités de la relation thérapeutique comprennent les éléments suivants : l'écoute active, la confiance, le respect, l'authenticité, l'empathie et une réponse aux inquiétudes du client. La plus grande partie de la recherche a été consacrée à la qualité de l'empathie (Gallop, Taerk, Lancee, Coates, Fanning et Keatings, 1991; Olsen, 1995; Watt-Watson, Garfinkel, Gallop et Stevens, 2002). Les études sur l'empathie en soins infirmiers indiquent que l'empathie jouit d'une forte estime parmi les clients et les infirmières (Gallop et al., 1990; Reynolds, 2000).

Ordre du déroulement du processus. Des travaux récents en soins infirmiers ont examiné le processus de la relation thérapeutique. Forchuk (2002) et d'autres auteurs ont entériné les phases de Peplau (1952/1988) pour la relation thérapeutique (phase d'orientation, phase de travail, phase de résolution) et ont découvert que certaines relations passent par une série de phases qui ne sont pas thérapeutiques (orientation, affrontement et lutte, retrait mutuel). Gallop, Lancee et Garfinkel (1990) ont également montré que les caractéristiques interpersonnelles du client peuvent avoir une incidence sur la qualité de la relation.

Résultats du processus. Les recherches évaluant une approche de la relation thérapeutique ont conclu à des coûts réduits et à une qualité de vie améliorée chez des patients ayant reçu leur congé d'un hôpital psychiatrique (Forchuk et al., 1998abc). Les résultats préliminaires d'un important essai randomisé (Forchuk, Hartford, Blomquist, Martin, Chan et Donner, en cours) suggèrent que les réadmissions peuvent être réduites presque de moitié, au cours du premier mois suivant le congé, si des efforts sont consacrés au développement et au maintien d'un réseau de relations thérapeutiques. Il est reconnu que ces découvertes sur l'importance des relations thérapeutiques, dans la littérature spécialisée du domaine de la santé mentale, peuvent être généralisées au champ des soins infirmiers en général.

Les opérations de restructuration récentes au sein des établissements de soins de santé ont eu pour résultat le retrait d'éléments importants au niveau du cadre contextuel et de l'établissement; ces éléments favorisaient la manifestation des relations thérapeutiques. La restructuration a eu plusieurs effets, notamment un nombre d'infirmières moins élevé pour un même nombre de patients, le remplacement de prestataires de soins professionnels par un personnel non professionnel, un nombre croissant de postes occasionnels ou à temps partiel parmi l'effectif infirmier, ainsi qu'une réduction des mécanismes de soutien, comme le personnel infirmier enseignant et gestionnaire. Ceci a eu pour résultat un niveau de satisfaction moins élevé chez les patients et les infirmières; un épuisement professionnel; une durée de séjour accrue (Aiken et al., 2001); de même qu'une réduction de la qualité des soins, comme on a pu le constater par le biais d'indicateurs comme l'autonomie fonctionnelle, la douleur, le fonctionnement social et la satisfaction du patient (McGillis Hall et al., 2001).



Interprétation des données probantes :

Parmi les connaissances que rapporte la littérature spécialisée et après son évaluation critique, le groupe d'élaboration a conclu qu'il n'y avait pas d'examen méthodiques avec essais randomisés ou autres types de recherches, dans le domaine de la relation thérapeutique, et ce principalement en raison de l'attention limitée accordée aux études évaluant les processus ou les résultats des relations thérapeutiques. Cependant, il existe un volume croissant de travaux sur l'incidence du processus thérapeutique sur l'état de santé du patient (Forchuk et al., 1998abc; Frank et Gunderson, 1990; Watt-Watson et al., 2002). Il est à espérer que cette vague de recherche permettra un examen spécifique de la contribution de la relation thérapeutique, entre le client et l'infirmière, aux performances du système et aux résultats pratiques et cliniques. Entre-temps, la valeur des données probantes s'appuie sur des concepts théoriques, sur quelques études qualitatives, sur des études de cas, sur les principaux rapports, sur l'expertise clinique et sur les réactions des clients (voir la section « Contexte » pour une analyse des données probantes).

16

« Aussi [de se rendre compte que] nous ne serons pas toujours capables de trouver une solution temporaire aux problèmes à mesure qu'ils surviennent. Je crois que c'était une chose très importante à apprendre, pour nous, en tant qu'infirmières, d'autant plus que nous voulons toujours trouver une solution simple, une solution rapide. C'est à dire qu'on se sent coupable si on n'arrive pas à régler un problème immédiatement. »

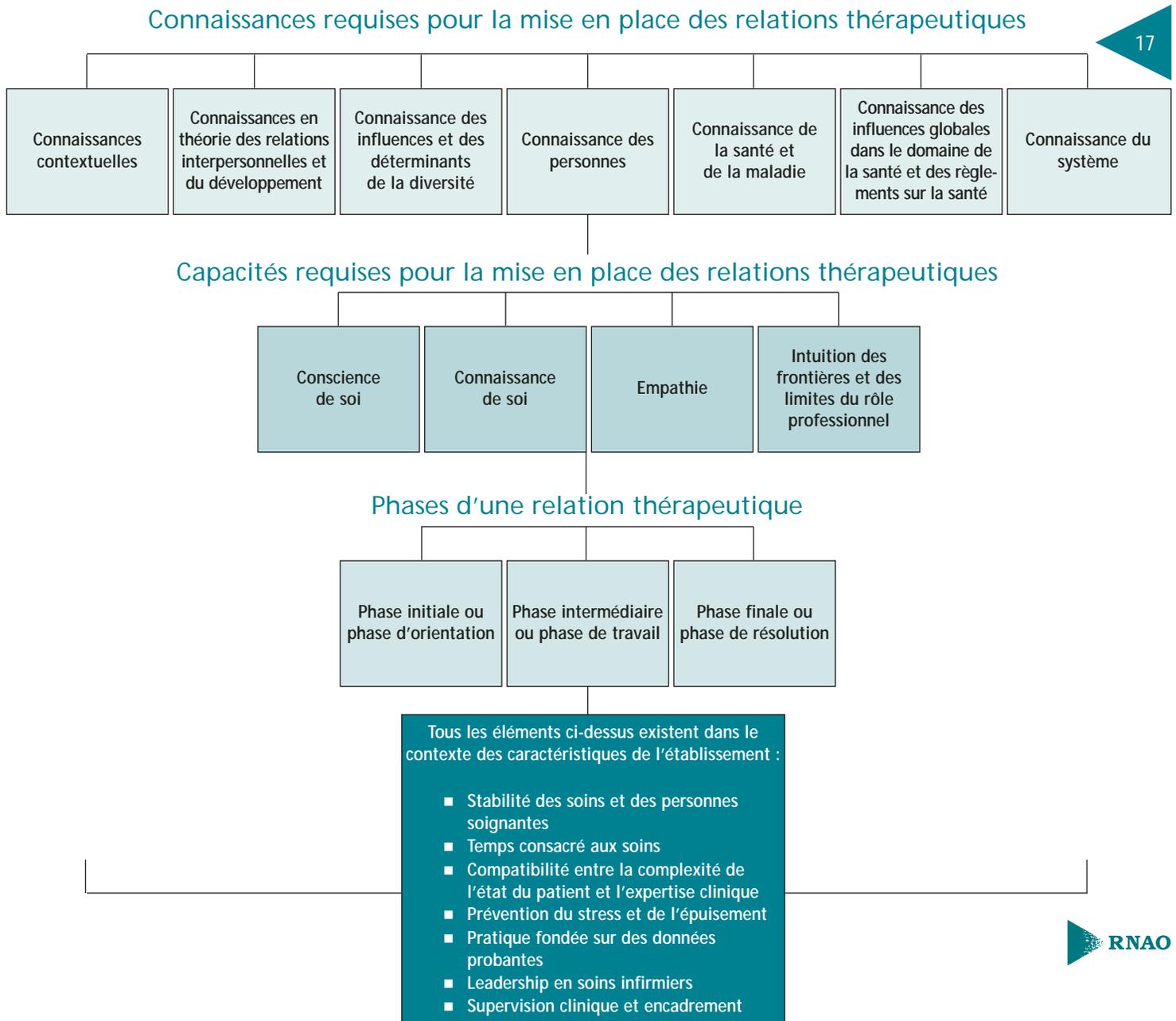
(Site de mise à l'essai.)



Recommandations relatives à la pratique

Lors de la préparation des recommandations, le groupe d'élaboration a créé un *Cadre de travail pour les relations thérapeutiques* (voir la Figure 1). Ce cadre de travail permet d'articuler et de guider l'analyse des recommandations dans les sections subséquentes du présent document, tout en offrant aux établissements de soins de santé et aux infirmières un modèle pour comprendre la relation thérapeutique

Figure 1 : Cadre de travail pour les relations thérapeutiques



Connaissances nécessaires Recommandation • 1

L'infirmière doit acquérir les connaissances nécessaires afin de participer d'une manière efficace aux relations thérapeutiques.

Divers types ou domaines de connaissances sont nécessaires afin que l'infirmière puisse être efficace dans une relation thérapeutique. Certaines connaissances forment le contexte de toute pratique relationnelle; d'autres connaissances sont nécessaires en raison des particularités du client.

18

1. Connaissances contextuelles.

Il s'agit de connaissances que l'infirmière possède déjà avant de rencontrer le client. Ceci comprend la formation, les lectures auxquelles l'infirmière se consacre et son expérience dans la vie.

2. Connaissances en théorie des relations interpersonnelles et du développement.

Ceci comprend les théories qui offrent une conception du développement du sens du soi (la personne que l'on est) et de la manière dont le soi influence notre façon d'exister dans le monde avec les autres. Diverses approches théoriques existent, notamment :

- Interpersonnelle (Orlando, 1961; Peplau, 1952)
- Théorie de la relation d'objet (Lego, 1980; Winnicott, 1965)
- Développement (Erickson, 1963; Freud, 1912; Stern, 1985)
- Par rapport au sexe et au développement (Gilligan, 1987; Miller, 1985; Stiver, 1985)

3. Connaissance des influences et des déterminants de la diversité.

Il est essentiel d'avoir des connaissances sur les liens entre la justice sociale et la diversité sociale, culturelle et raciale. L'infirmière doit avoir conscience des effets de ces « différences » et de la manière dont celles-ci influencent la relation thérapeutique.



4. Connaissance des personnes.

La connaissance des personnes est un élément central et souvent négligé en raison des pressions du milieu de travail. L'infirmière doit être soutenue afin de pouvoir prendre le temps d'acquérir une connaissance et une compréhension du client dans la relation thérapeutique. Cette connaissance se rapporte à l'histoire spécifique du client, ce qui comprend les éléments suivants :

- Compréhension du monde spécifique du client;
- Identification et confirmation de ce qui est important et préoccupant pour ce client;
- Écoute de l'histoire personnelle du client.

5. Connaissance de la santé et de la maladie.

L'infirmière doit avoir une connaissance spécifique des problèmes que présente le client afin de pouvoir s'impliquer d'une manière efficace dans la relation thérapeutique. Par exemple, si un jeune homme a un diagnostic de schizophrénie, l'infirmière doit connaître les éléments suivants :

- Les modèles explicatifs, y compris les déterminants multiples de la santé et de la maladie, soit les déterminants biologiques, les déterminants psychologiques et les déterminants du contexte social,
- Les symptômes,
- Les normes d'intervention et les problématiques de réadaptation,
- La pharmacologie, en vue de dispenser au patient l'administration de médicaments, une surveillance et une orientation et
- Des connaissances sur les pratiques exemplaires.

6. Connaissance des influences globales dans le domaine de la santé et des politiques de santé.

L'infirmière doit avoir des connaissances sur les forces en présence qui peuvent influencer les soins dispensés au client :

- Les forces sociales et politiques,
- Les attentes du client vis-à-vis du système de la santé,
- La manière dont le professionnel de la santé travaille et
- Les changements au niveau du système de la santé, par exemple : l'accessibilité, les ressources disponibles, etc.

7. Connaissance du système.

L'infirmière doit avoir une connaissance du système et de la façon dont celui-ci fonctionne afin de pouvoir offrir une aide pratique au client. Par le biais de la relation thérapeutique, l'infirmière peut aider le client à évoluer au sein du système et à obtenir un accès aux services.



Pratique réflexive/conscience de soi

Recommandation • 2

La mise en place d'une relation thérapeutique nécessite une pratique réflexive. Ce concept implique les aptitudes suivantes : la conscience de soi, la connaissance de soi, l'empathie, ainsi que l'intuition des frontières et des limites du rôle professionnel.

Postulats

- L'infirmière a la possibilité de se connaître soi-même, bien qu'imparfaitement, par le biais du processus d'autoréflexion.
- La connaissance de soi donne à l'infirmière la possibilité d'agir d'une manière délibérée plutôt qu'automatique. Ainsi, une infirmière qui possède une bonne connaissance de soi est à même d'envisager diverses attitudes envers le client.
- La conscience qu'a l'infirmière des diverses réponses qu'elle peut choisir lui donne la possibilité d'exprimer délibérément des pensées et des sentiments qui sont en accord avec les besoins, les objectifs et les valeurs du client.
- La possibilité qu'a l'infirmière de s'impliquer d'une manière authentique et professionnelle dans une relation avec un client aide à réunir les conditions nécessaires pour que les besoins du client soient compris, que des mesures appropriées soient prises, qu'une compréhension s'établisse et que la guérison ait lieu.
- Le client est partenaire dans l'élaboration de la relation thérapeutique.

Qualités nécessaires :

1. Conscience de soi. L'aptitude à réfléchir sur ses propres pensées subjectives, sur ses sentiments et sur ses actes. Ainsi, l'infirmière peut réaliser que son attitude pourrait nuire au processus thérapeutique; l'infirmière s'efforcera de contrer tout effet négatif potentiel pour le client.

Illustration : Une infirmière attend avec impatience un appel de son conjoint avec lequel elle s'est disputée. Elle remarque qu'elle est préoccupée, irritable et nerveuse. Elle remarque également que sa capacité de concentration sur ce que disent les autres personnes est très réduite. Elle décide de faire de son mieux pour se concentrer sur la conversation avec le client et de ne penser à ses propres problèmes que lorsque la conversation est terminée.

2. Connaissance de soi. En élaborant sa connaissance de soi, l'infirmière est à même de reconnaître que sa propre expérience est influencée par sa nationalité, sa race, sa culture, sa santé, sa situation socio-économique, son sexe, son éducation, l'expérience de sa première enfance et son développement, de même que par ses relations actuelles, ses réalisations, ses convictions, ses

inquiétudes et les problèmes par lesquels il ou elle se sent concerné(e). En acquérant une connaissance de soi, l'infirmière est à même d'apprécier la différence entre, d'une part, sa propre expérience et ses propres valeurs et, d'autre part, celles du client. De cette manière, l'infirmière est à même d'apprécier la perspective du client, d'éviter de l'accabler avec ses problèmes et de se garder d'imposer au client ses propres convictions et les solutions qu'elle préfère.

Illustration : Une infirmière pense à la tension évidente qu'elle voit dans sa relation avec une cliente. La cliente est une jeune femme qui teint ses cheveux en vert, qui a plusieurs perçages sur le corps, qui est la plus jeune d'une famille de trois enfants, qui provient d'un milieu aisé et qui s'exprime parfois grossièrement. L'infirmière sait qu'en tant que l'aînée d'une famille de sept enfants, élevée dans une famille religieuse dévote dont la situation matérielle était très modeste, elle a développé une attitude personnelle lui dictant de « prendre ses responsabilités » et d'offrir « un bon exemple moral ». De plus, l'infirmière soupçonne qu'elle envie peut-être, à un niveau plus intime, l'anti-conformisme émancipé de la cliente et qu'elle supporte mal le fait que cette cliente soit libre d'obligations financières et de responsabilités familiales.

3. Empathie. Chez l'infirmière, l'empathie est la capacité d'accéder au monde relationnel du client, de voir et de sentir le monde comme le client et d'en explorer le sens tel que le client le ressent. L'empathie implique que l'infirmière est capable de comprendre l'expérience subjective du client et de vérifier si cette compréhension est le reflet exact de l'expérience du client.

L'infirmière développe son empathie en observant ou en imaginant en soi-même certains sentiments qui semblent s'accorder avec l'expérience du client. *Remarque : L'infirmière ne doit pas nécessairement posséder une expérience identique à celle du client pour percevoir ses sentiments et ses pensées, ni être en accord avec son comportement pour comprendre les sentiments et les désirs qui se cachent derrière ce comportement.* La qualité et la nature de l'empathie sont ensuite exprimées au client dans le but d'élaborer et de manifester une compréhension de son expérience qui soit profonde et sans jugement. De cette manière, l'infirmière utilise ce sentiment pour accéder au monde intérieur du client et pour mettre en lumière l'expérience de celui-ci. En outre, l'empathie renforce le lien humain entre le client et l'infirmière, puisque le client bénéficie du réconfort d'être compris.

Illustration : Depuis un certain temps, une infirmière dispense des soins à domicile à un cadre commercial dynamique et prospère suite à un grave infarctus du myocarde. Toutes les tentatives qu'elle a faites pour l'impliquer dans un dialogue sur l'exercice, le régime et le mode de vie se sont soldées par un échec. Son épouse est bouleversée et confie à l'infirmière que son mari a dit craindre de ne plus jamais pouvoir travailler. Elle imagine la détresse qu'elle ressentirait si sa propre carrière

et les activités auxquelles elle consacre sa vie lui étaient soudainement inaccessibles. Elle réfléchit à l'importance que revêt pour son client l'idée qu'il a de lui-même du fait d'être un homme d'affaire prospère. Elle réalise que, lorsqu'elle est avec lui, elle ressent un sentiment de désespoir et de vide. L'infirmière lui dit : « Je vous parle de votre mode de vie et ça ne semble pas vous intéresser beaucoup en ce moment, n'est-ce pas? » Il acquiesce par un signe de la tête. « Je me demande si vous êtes inquiet de ne plus jamais pouvoir retourner travailler? » L'homme fait à nouveau un signe de la tête et commence à pleurer.

4. Intuition des frontières et des limites du rôle professionnel. Les frontières définissent les limites du rôle professionnel. Une infirmière a l'obligation d'accorder une priorité aux besoins du client vis-à-vis de ses propres besoins. Par le biais de la conscience de soi, l'infirmière réfléchit pour déterminer si ses actions sont dans le meilleur intérêt du client. Il arrive que nos désirs conscients ou inconscients nuisent aux efforts que nous faisons pour déterminer si nous enfreignons les limites. Voici certains des signes indiquant que des limites peuvent avoir été enfreintes : le fait d'avoir des clients spéciaux, le fait de consacrer du temps supplémentaire à des clients, le fait de partager des secrets avec des clients et le fait de pratiquer, avec des clients, certaines activités dont vous ne parlez pas avec vos collègues. Les infirmières doivent s'efforcer de comprendre leurs propres forces et leurs propres limites dans leurs efforts face à la dynamique entretenue avec les clients. Ceci implique également de demander une aide professionnelle lorsque la chose est nécessaire et appropriée.

Illustration : *Un infirmier travaillant au sein d'un service orthopédique s'occupe d'une jeune femme qui a subi plusieurs blessures dans un accident d'automobile. L'infirmier remarque qu'il aime dispenser des soins à cette jeune femme et qu'il est particulièrement satisfait lorsqu'elle lui dit qu'il parvient à la rendre plus confortable que les autres infirmières et infirmiers. Il remarque aussi qu'il a commencé à « faire pression » afin qu'on lui confie cette jeune femme et qu'il se sent déçu lorsqu'elle est attribuée à d'autres infirmières ou infirmiers. De plus, il s'est mis à penser à elle, imaginant une situation où elle délaissera son conjoint en sa faveur. Lorsqu'il dispense des soins infirmiers à la cliente, l'infirmier remarque que le conjoint de la cliente est souvent « dans ses pieds » et qu'il en est arrivé à l'envoyer dans la salle d'attente, une intervention qu'il n'a pas cru nécessaire avec d'autres patients gravement blessés.*

Lorsqu'il réfléchit à ses sentiments et à son comportement envers la jeune femme et son conjoint, l'infirmier réalise que la cliente l'amène à se sentir fort, compétent et attentionné et qu'il nourrit un sentiment de concurrence envers le conjoint. Avec courage et intégrité, l'infirmier fait face au fait qu'il risque d'abuser de la vulnérabilité de la cliente et d'accorder une priorité à ses propres désirs et besoins au détriment des normes professionnelles et des intérêts de la cliente. Conséquemment, il demande à être affecté à un autre client et offre de montrer à une autre infirmière ou un autre infirmier la façon de dispenser les soins qui soulagent la cliente.

Processus d'élaboration d'une relation thérapeutique

Recommandation • 3

L'infirmière doit comprendre le processus d'une relation thérapeutique et être apte à évaluer à quel stade elle en est dans sa relation avec le client.

Phases de la relation thérapeutique

Sans être linéaire, chaque relation a néanmoins un début, un milieu et une fin. Toutes les phases d'une relation peuvent survenir au cours d'une seule rencontre entre le client et l'infirmière; ou, au contraire, ces phases peuvent s'échelonner sur plusieurs rencontres. La théoricienne en soins infirmiers Peplau (1973abcd) désigne ces phases par les termes d'orientation, de travail et de résolution.

Orientation : Au début de la relation thérapeutique, le client et l'infirmière sont des étrangers l'un pour l'autre mais chaque personne possède certaines opinions préconçues sur ce qui se produira, selon leurs relations antérieures, l'expérience, les attitudes et les croyances que chaque personne peut avoir (Peplau, 1952). Les paramètres de la relation sont fixés (par ex. : lieu de rencontre, durée, fréquence, rôle ou service offert, confidentialité, durée de la relation). Le client et l'infirmière commencent à apprendre à se faire mutuellement confiance et à se connaître en tant que partenaires dans cette relation. La confiance, le respect, l'honnêteté et la communication efficace sont des principes clés dans la mise en place d'une relation.

L'acceptation du client est un élément important dans l'évolution de la relation entre le client et l'infirmière (McKlindon et Barnsteiner, 1999; Thomas, 1970). Les attentes que le client et l'infirmière entretiennent, l'un vis-à-vis de l'autre et de leur relation, font l'objet d'une discussion et d'une clarification (Peplau, 1952). L'infirmière rassemble des renseignements et s'assure que les questions prioritaires sont traitées d'une manière appropriée.

Les clients considèrent la constance et l'écoute comme des éléments centraux au début de la relation (Forchuk et al., 1998abcd; Sundeen et al., 1989). L'infirmière contribue à favoriser le confort du client, ce qui peut impliquer une réduction de l'anxiété ou de la nervosité.

Illustration : Une jeune fille de 13 ans se présente au bureau de l'infirmière d'une école publique. L'infirmière n'a jamais rencontré l'étudiante auparavant. L'étudiante est calme et réservée et semble être sur le point de pleurer. Elle dit à l'infirmière qu'elle veut avoir des renseignements sur les manières d'éviter d'être enceinte. L'infirmière réagit comme suit

- Adopter une attitude ouverte et non critique;
- Se présenter en indiquant son nom et son rôle;
- Expliquer son rôle et les services qu'elle peut offrir;

- Soulever la question de la confidentialité;
- Encourager la cliente à parler et à poser des questions;
- Écouter attentivement afin de pouvoir offrir un réconfort et un soutien et diminuer l'anxiété et la nervosité de la cliente;
- Aider la cliente à formuler ses inquiétudes et ses besoins;
- Avoir conscience de ses propres sentiments, de ses valeurs vis-à-vis de la sexualité et des premières expériences sexuelles, ainsi que de l'incidence que ceci peut avoir sur la relation.

Phase de travail : La phase de travail, ou phase intermédiaire de la relation, est celle où les interventions de soins infirmiers sont fréquentes. Des problèmes et des questions sont identifiés; des plans sont réalisés pour y répondre. Les changements positifs peuvent alterner avec des épisodes de résistance ou de stagnation (Sundeen et al., 1989).

Il importe que l'infirmière prouve la justesse de ses pensées, de ses sentiments et de son comportement (Orlando, 1961). L'infirmière aide le client à élaborer des pensées (par ex. : opinions sur soi-même, sur les autres, sur le milieu de travail et sur la résolution des problèmes), des sentiments (par ex. : chagrin, colère, méfiance, tristesse) et des comportements (par ex. : promiscuité, agression, repli sur soi-même, hyperactivité). Les thèmes de cette exploration sont choisis par le client (Parse, 1981; Peplau, 1989), bien que l'infirmière facilite ce processus. L'infirmière poursuit son évaluation pendant toutes les phases de la relation. De nouveaux problèmes et de nouveaux besoins peuvent survenir tandis que la relation entre le client et l'infirmière s'élabore et que les questions identifiées antérieurement sont résolues. L'infirmière représente le client afin de s'assurer que les perspectives et les priorités du client sont prises en compte dans le plan des soins.

Illustration : Depuis deux ans, une gestionnaire des soins infirmiers psychiatriques a pour client un homme de 32 ans. Le client a été diagnostiqué comme étant atteint de schizophrénie et ses symptômes ont régressé au cours de la dernière année. L'infirmière et le client visent une plus grande autonomie. La priorité du client est de passer du foyer collectif à un appartement. L'infirmière réagit comme suit :

- Soutenir la résolution des problèmes du client en examinant avec le client les alternatives et les critères qui sont liés au nouveau type d'hébergement;
- Discuter des compétences nécessaires à la vie autonome et de la façon dont ces compétences peuvent être accrues ou élaborées;
- Inciter le client à faire sa propre enquête en recherchant des renseignements et en discutant ensuite de ceux-ci avec l'infirmière;
- Avoir conscience de son propre désir d'être « une aide » et du conflit potentiel avec les besoins du client, qui est de s'aider lui-même.

Phase de résolution : La phase de résolution, ou phase finale, est le stade final de la relation entre le client et l'infirmière. Une fois les problèmes ou les questions du client résolus, la relation doit être achevée avant de pouvoir être terminée. La fin d'une relation entre le client et l'infirmière est fondée sur une compréhension mutuelle et la fierté procurée par le fait que les objectifs ont été remplis (Hall, 1993; Hall, 1997). Tant le client que l'infirmière sortent grandis de cette relation (Peplau, 1989; Sundeen et al., 1989). La fin de la relation peut être un épisode d'ambivalence. L'infirmière et le client doivent reconnaître que la fin d'une relation peut être accompagnée d'une perte (Sundeen et al., 1989). L'un et l'autre doivent communiquer leurs sentiments liés à la fin de la relation thérapeutique. La perspective de projets futurs peut être une stratégie utile pour aider à terminer cette relation thérapeutique (Hall, 1997; Sundeen et al., 1989). Au cours de cette phase, on observe une autonomie accrue tant chez le client que chez l'infirmière (Sundeen et al., 1989).

Illustration : *Un homme de 72 ans reçoit son congé à la fin d'un programme de réadaptation en clinique externe suite à un accident vasculaire cérébral. L'infirmière travaille avec le client et sa famille depuis quelques mois. L'une des préoccupations qui nécessite une attention prioritaire est la planification du soutien à domicile et la question des ressources communautaires auxquelles on a maintenant fait appel. La dernière rencontre entre le client et l'infirmière a lieu afin d'examiner les progrès accomplis et les projets d'avenir. Tous deux profitent de cette occasion pour se dire adieu. Ils sont tous deux conscients d'un sentiment ambivalent, une joie vis-à-vis des progrès accomplis et du retour à la maison, mais aussi une certaine tristesse en raison de la perte d'une relation agréable et familière.*

Réagir aux difficultés dans la relation

Le client et l'infirmière doivent être à même de faire face à des problèmes à toutes les phases de la relation. Les frontières sont observées dans l'optique selon laquelle l'objet de la relation est de remplir les besoins thérapeutiques du client. Si la relation ne s'élabore pas d'une manière thérapeutique, l'infirmière doit obtenir des renseignements sur le client et consulter d'autres personnes. Un changement peut être nécessaire au niveau du personnel affecté à cette relation.

Interactions

L'infirmière doit avoir conscience des types d'interactions et de relations qui favorisent le bien-être et la santé du client et faire usage de ces connaissances. Les techniques de communication entre le client et l'infirmière peuvent comprendre les éléments suivants : l'écoute, le silence, l'utilisation de questions ouvertes et d'énoncés participatifs, la reformulation, la réflexion, la recherche de clarification et de confirmation, l'accent sur ce qui est important, la récapitulation, la conscience de la communication verbale et non verbale, ainsi que la conscience des différences culturelles liées à la communication.

Recommandations relatives à la formation

Formation de base en soins infirmiers

Recommandation • 4

Tous les programmes de soins infirmiers au niveau de l'admission à la profession doivent comprendre un enseignement approfondi sur le processus thérapeutique.

La formation des infirmières fournit les connaissances de base nécessaires à la mise en place des relations thérapeutiques à un niveau élémentaire. Le développement de la formation dans le domaine des relations thérapeutiques est nécessaires pour les infirmières dans tous les domaines de spécialisation et dans tous les milieux de pratique afin de leur fournir les bases supplémentaires, l'expertise en vue de l'acquisition d'une connaissance du client, ainsi que la connaissance de soi-même. L'étudiante ou l'étudiant en soins infirmiers a besoin d'observer des praticiennes et des praticiens experts travaillant avec les clients, de même que d'être observé(e) par des praticiennes et des praticiens experts, qui l'aideront à acquérir ses compétences interpersonnelles.

« ... Il y avait une réelle sensibilité : être capable de regarder les choses du point de vue des autres, être capable de s'examiner soi-même et d'observer ses propres gestes d'une manière honnête, d'observer des gestes et de reconnaître que, malgré le fait que ... l'on avait eu certaines intentions, ... les intentions ne sont pas nécessairement comprises et que les bonnes intentions, en elles-mêmes, ne signifient pas que l'on ne fait pas de tort... simplement, une réelle ouverture afin de pouvoir observer une situation sous tous ses angles. »

(Site de mise à l'essai.)

Développement professionnel

Recommandation • 5

Les établissements considéreront la relation thérapeutique comme la base de la pratique des soins infirmiers et inaugureront graduellement diverses possibilités de développement professionnel afin de soutenir les infirmières dans le développement efficace de ces relations. Ceci doit inclure des possibilités de consultation en soins infirmiers, de supervision clinique et d'encadrement.

L'infirmière a la responsabilité de profiter des possibilités professionnelles qui lui sont offertes. Plus spécifiquement, les établissements doivent offrir aux infirmières des possibilités de développement professionnel qui sont adaptées aux styles d'apprentissage individuels et en groupes. Les stratégies didactiques clés pour la formation interpersonnelle comprennent les éléments suivants : la supervision clinique, l'encadrement, les exercices en groupes, les entrevues démonstratives, les modèles de comportement et la consultation de cas. Les autres stratégies de soutien au développement professionnel comprennent notamment : les présentations didactiques, la tenue d'un journal, les conférences, ateliers et séminaires, les programmes fondés sur l'outil informatique et l'élaboration de plans d'apprentissage individuel. Les domaines de formation doivent comprendre les éléments suivants :

- L'autoréflexion;
- Le survol des théories et des modèles liés à la communication thérapeutique et à la relation entre le client et l'infirmière;
- Les principes de l'implication dans des relations, du maintien des relations et de leur fin;
- Les concepts fondamentaux des relations thérapeutiques, comme la réciprocité, la conscience de soi, les limites, la confiance, l'empathie et la confidentialité;
- Les domaines énumérés dans le *Cadre de travail pour la compréhension de la relation thérapeutique*, tel qu'indiqué à la Figure 1.

Stratégies didactiques clés :

- Supervision clinique
- Encadrement
- Exercices en groupes
- Entrevues démonstratives
- Modèles de comportement
- Consultations de cas



Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements

Les caractéristiques des établissements et des instances qui dispensent des soins de santé influenceront l'élaboration de la relation thérapeutique entre le client et l'infirmière. Les clients ont un droit à la relation thérapeutique et les établissements ont la responsabilité de permettre au client et à l'infirmière d'élaborer et de maintenir une relation. Il est juste de qualifier ces caractéristiques de l'établissement comme des « conditions nécessaires mais non suffisantes » pour l'élaboration des relations thérapeutiques. Sans ces caractéristiques, il est peu probable qu'une relation thérapeutique ait lieu. Toutefois, ces caractéristiques en elles-mêmes ne peuvent garantir la mise en place d'une relation thérapeutique.

Dans la section suivantes, certaines caractéristiques importantes sont décrites et des lignes directrices sont formulées pour permettre à l'établissement d'offrir un soutien à l'élaboration des relations thérapeutiques.



« Il y a eu un changement, en ce sens que j'écoute davantage et que, vis-à-vis des différentes cultures, j'essaie d'être sensible à leurs besoins. Ceci n'est pas toujours facile parce que... vous passez toujours d'une salle à l'autre comme un papillon. »

(Site de mise à l'essai.)

L'établissement et ses caractéristiques

Stabilité des soins et des personnes soignantes

Recommandation • 6

Les instances de soins de santé mettront en application un modèle de soins qui favorise la stabilité de l'affectation client-infirmière, comme le modèle des soins infirmiers intégraux.

Le client et l'infirmière doivent avoir la possibilité d'élaborer une connaissance et d'être familiers l'un à l'autre. Les modèles de soins qui facilitent une plus grande stabilité des soins et des personnes soignantes offrent la possibilité de créer une relation de confiance.

Dans le secteur des hôpitaux, le modèle des soins complets et celui des soins infirmiers intégraux ont été identifiés comme des modèles favorisant l'autonomie professionnelle, la flexibilité et la cohésion au sein du personnel (Massaro et al., 1996). Le modèle des soins infirmiers intégraux, en particulier, a été désigné comme modèle de choix pour améliorer la qualité des soins au client, pour accroître sa satisfaction, pour accroître la satisfaction que les médecins et les infirmières tirent de leur travail, ainsi que pour diminuer le taux d'absentéisme (Blenkham, D'Aico et Virtue, 1988; Buchan, 1999; Mason, 2000; Sovie, 1983).

Recommandation • 7

Les instances de soins de santé s'assureront qu'au moins 70 pour cent de leurs employés occupent des postes à plein temps.

L'emploi du personnel infirmier occasionnel est un facteur clé de l'insatisfaction des infirmières. Au cours des dernières années, de nombreux établissements ont évolué vers une « flexibilité accrue » par le biais de la généralisation des postes occasionnels en soins infirmiers. Les postes permanents à temps plein ont été réduits et le nombre de postes occasionnels ou à temps partiel a augmenté (Baumann et al., 2001; RNAO, 2000; RNAO, 2001). Conséquemment, les soins prodigués aux clients se sont fragmentés et la satisfaction de l'infirmière dans sa capacité d'aider les clients dans l'intégralité du processus de convalescence a été perdue, ce qui laisse les clients insatisfaits et occasionne un sentiment de frustration chez les infirmières. L'élaboration et le maintien d'une relation thérapeutique est restreinte lorsque l'infirmière occupe un poste occasionnel. Le groupe d'élaboration recommande aux établissements d'avoir comme cible l'affectation de 70 pour cent du personnel infirmier à des postes à temps plein afin de rétablir la situation qui précédait la période de restructuration qu'a connue l'Ontario. Cette recommandation a été entérinée par le Groupe de travail sur les soins infirmiers et le *Comité mixte provincial des soins infirmiers* (deux groupes importants en Ontario) (J. Choiniere, communication personnelle, 16 avril 2002).

Temps accordé aux soins

Recommandation • 8

Les établissements s'assureront que la charge de travail des infirmières est maintenue à un niveau qui favorise le développement des relations thérapeutiques.

Avec l'augmentation de la gravité de l'état des clients, que connaissent tous les secteurs, la charge de travail a connu une augmentation importante. Une charge de travail élevée et permanente n'est pas une mesure durable pour l'infirmière; une telle situation est très insatisfaisante pour le client et n'est pas compatible avec les relations thérapeutiques. Un soutien doit être fourni par l'administration et la direction afin de garantir que l'infirmière dispose d'un temps adéquat pour s'impliquer dans le processus thérapeutique. Plusieurs études ont démontré qu'un rapport inadéquat entre le nombre de patients et le nombre d'infirmières est associé à des résultats négatifs, comme les complications et l'utilisation accrue des ressources (Dimick, Swoboda, Pronovost et Lipsett, 2001; Pronovost et al., 2001), ainsi qu'une diminution de la satisfaction du patient. De plus, une vaste étude rétrospective par Tourangeau, Giovannetti, Tu et Wood (2002) a permis de constater que l'éventail des compétences en matière de soins infirmiers (nombre d'infirmières autorisées par rapport au personnel de soins infirmiers moins qualifié) et le nombre d'années d'expérience des infirmières étaient associés à une augmentation de la mortalité sur 30 jours chez les patients hospitalisés. C'est à dire que de meilleurs résultats sur le taux de mortalité étaient associés aux groupes où l'on comptait davantage d'infirmières autorisées, de même qu'aux groupes dans lesquels les infirmières autorisées étaient plus expérimentées.



« L'un des problèmes dont j'ai entendu le plus parler par les personnes aidant à la mise en place est celui des infirmières pratiquant davantage l'autoréflexion et ayant une plus grande conscience de soi dans les soins qu'elles dispensent, comme si la personne était réellement impliquée.

(Site de mise à l'essai.)

Assortir la complexité de l'état du patient et l'expertise clinique

Recommandation • 9

Les décisions relatives à l'affectation du personnel doivent prendre en considération la gravité de l'état des clients, la complexité des cas, la complexité du milieu de travail et la disponibilité de ressources spécialisées.

Nous assistons depuis quelques années à une déqualification généralisée des soins prodigués aux clients, les infirmières autorisées étant remplacés par des prestataires non réglementés de soins. Ceci a lieu parallèlement à une augmentation, dans tous les secteurs, de la gravité de l'état des patients. Les besoins en soins dans le secteur communautaire ont augmenté d'une manière spectaculaire (Price Waterhouse Coopers, 2000). En particulier, certains centres d'accès aux soins communautaires ont signalé une augmentation de la gravité à raison de 20 à 30 pour cent (RNAO, 2000). Dans les hôpitaux de soins de courte durée, les réductions au niveau du nombre de lits et de la durée du séjour du client impliquent que les personnes qui demeurent à l'hôpital sont plus malades et nécessitent des soins plus complexes (Association des hôpitaux de l'Ontario, 1999; RNAO, 2000).

Les clients des établissements de soins de longue durée sont plus âgés et plus fragiles. Ils ont des besoins de soins de santé plus complexes que jamais auparavant (Price Waterhouse Coopers, 2001). Il importe que le niveau des connaissances et des compétences des personnes qui prodiguent les soins soit adéquat et approprié pour la complexité des besoins des clients. Cependant, à l'heure actuelle, le niveau des connaissances et des compétences des personnes qui dispensent ces soins est inférieur. Une étude de 1995 sur le secteur des soins de longue durée, réalisée pour le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, a montré que 75 pour cent du personnel signalait ne pas avoir suffisamment de temps pour s'occuper des besoins des clients en matière de soins de santé (O'Brien-Pallas et al., 1995). Cette situation a rendu plus difficile, voir impossible, la tâche de fournir des soins de qualité d'une manière holistique.

Il est essentiel que les connaissances et l'expertise de l'infirmière correspondent à la gravité de l'état du client. Sans cette correspondance, le prestataire de soins n'est pas à même d'offrir le niveau de soins nécessaire et le client est incapable d'optimiser son état de santé. Le manque de correspondance entre les besoins en soins et les connaissances et l'expertise infirmières peut créer un obstacle à la mise en place des relations thérapeutiques.

Prévention du stress et de l'épuisement

Recommandation • 10

Les établissements considéreront la satisfaction de l'infirmière comme un élément essentiel du développement des relations thérapeutiques entre le client et l'infirmière et ils offriront un soutien approprié à l'infirmière.

Pour l'infirmière, le maintien d'une relation efficace entre le client et l'infirmière, dans un milieu où la gravité des cas, leur complexité, voir parfois la violence, sont croissantes, est une tâche exigeante sur le plan émotif et parfois aussi sur le plan physique. Il est fondamental de favoriser et de surveiller la stabilité émotive des infirmières afin d'établir et de maintenir des relations thérapeutiques optimales.

La littérature spécialisée sur les hôpitaux qui attirent et retiennent le personnel infirmier aux États-Unis souligne que le fait de porter une attention aux infirmières mène à un taux d'épuisement significativement inférieur (Scott, Sochalski et Aiken, 1999). Ces hôpitaux favorisent la satisfaction des infirmières et ont donc des taux plus élevés de maintien des effectifs infirmiers, une plus forte satisfaction des patients et une meilleure évolution de leur état de santé. Les établissements qui favorisent le bien-être des infirmières doivent adopter diverses stratégies pour faire face au stress lié à l'emploi.



« Ce sont des infirmières très qualifiées et elles ont tendance à l'oublier parce qu'elles souffrent tant du sentiment de ne pas être estimées à leur juste valeur. Ça fait donc une énorme différence de ce point de vue-là. Ça leur a donné un véritable élan. » (Site de mise à l'essai.)

Pratique fondée sur les données probantes

Recommandation • 11

Les établissements contribueront à l'avancement des connaissances sur les relations thérapeutiques en assurant la diffusion de la recherche en soins infirmiers, en offrant un soutien aux infirmières pour leur permettre d'utiliser ces connaissances et en soutenant leur participation au processus de recherche.

Afin d'élaborer et de maintenir des relations thérapeutiques d'une manière efficace, l'infirmière a besoin de connaître les connaissances actuelles de ce domaine. La recherche en relations thérapeutiques doit être continuellement enrichie et diffusée. La recherche doit inclure des processus et des mesures de résultats, ainsi que les perspectives du client et de l'infirmière; cette recherche peut être d'une nature quantitative ou qualitative. Il est nécessaire de favoriser les pratiques fondées sur des données probantes et de les diffuser promptement d'un établissement à l'autre.

33

Leadership en soins infirmiers

Recommandation • 12

Les établissements auront une position de leadership infirmier à la haute direction permettant d'établir et de maintenir des mécanismes favorisant un dialogue ouvert entre les infirmières et tous les niveaux de l'administration, y compris la haute direction.

Un leadership en soins infirmiers qui est stable, visible et très accessible, et qui encourage une communication abondante et ouverte entre la haute direction et l'infirmière, donne lieu à un milieu qui favorise la créativité, l'innovation, la prise de risques et la confiance qui sont nécessaires à l'élaboration et au maintien des relations thérapeutiques.



Supervision clinique et encadrement

Recommandation • 13

Des ressources doivent être consacrées afin de soutenir les processus de supervision clinique et d'encadrement pour assurer qu'une supervision et un encadrement soient régulièrement offerts à toutes les infirmières.

34

Les compétences interpersonnelles ne peuvent être entièrement acquises ou élaborées que par des processus interpersonnels comme la supervision clinique, l'encadrement, les modèles de comportement et la supervision entre collègues. Afin de réaliser ceci, les leaders en soins infirmiers doivent consacrer des ressources financières dans le cadre du budget pour couvrir les coûts de supervision clinique et d'encadrement. Une composition du personnel impliquant une supervision et un encadrement cliniques continus, dispensés par une clinicienne supérieure, permettrait aux infirmières d'identifier leurs propres forces et leurs propres faiblesses sur le plan professionnel. De telles cliniciennes supérieures doivent posséder l'expérience, la formation et les capacités appropriées pour faciliter l'autoévaluation objective. Ce processus se trouverait enrichi si la supervision clinique était fournie par une clinicienne sans autorité administrative sur les infirmières.

« À notre époque, au cours de la crise que traversent actuellement les soins infirmiers, etc., nous avons réellement besoin de rassembler nos efforts et de s'efforcer de soutenir le moral... Nous n'avons pas uniquement besoin de faire le travail : nous avons besoin de nous soutenir mutuellement, de nous écouter mutuellement et de nous féliciter mutuellement, et je crois que c'est une merveilleuse occasion pour le faire. » (Site de mise à l'essai.)

Accréditation

Recommandation • 14

Les établissements sont invités à inclure l'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers dans leur examen annuel des indicateurs de rendement et de l'amélioration de la qualité; les autorités d'accréditation sont également invitées à intégrer à leurs normes certaines lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers.

Avec le temps, on anticipe que toutes les instances du domaine de la santé, les établissements professionnels et les établissements d'accréditation œuvreront en vue d'intégrer à leurs normes d'accréditation la relation thérapeutique et toutes les autres lignes directrices sur les pratiques exemplaires.

35

On ne peut mettre en place avec succès des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers qu'en présence d'une planification et de ressources adéquates, ainsi que d'un monitorat adéquat et d'un soutien approprié au niveau de l'établissement et de l'administration. Les établissements peuvent décider d'élaborer un plan de mise en place qui comprend les éléments suivants :

- Une évaluation du niveau de préparation de l'établissement et des obstacles à la formation.
- Une implication de tous les membres (que ce soit dans le cadre d'un soutien direct ou indirect) qui contribueront au processus de mise en place.
- L'affectation d'une personne qualifiée afin que celle-ci fournisse un soutien nécessaire au processus de formation et de mise en place.
- La présence de possibilités continues de dialogue et de formation afin de renforcer l'importance des pratiques exemplaires.
- Des occasions de réfléchir sur l'expérience individuelle et celle de l'établissement dans le cadre de la mise en place des lignes directrices.

À ce niveau, la RNAO a élaboré (par le biais d'un groupe d'infirmières, de chercheurs, ainsi que de gestionnaires) *la Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique* en se basant sur les données probantes disponibles, des conceptions théoriques et un consensus (voir l'Annexe B).

Évaluation et surveillance

Les établissements qui mettent en place les recommandations de cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers sont incités à prendre en considération la façon dont la mise en place et son incidence seront surveillées et évaluées. Le tableau suivant, établi selon le cadre de travail résumé dans la publication de la RNAO intitulée *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique* (2002), illustre certains indicateurs de surveillance et d'évaluation :

| | Structure | Processus | Résultat |
|---------------------|---|--|--|
| Objectifs | <ul style="list-style-type: none"> Évaluer le soutien disponible au sein de l'établissement pour permettre aux infirmières d'avoir des relations thérapeutiques avec leurs clients. | <ul style="list-style-type: none"> Évaluer les changements, au niveau de la pratique, qui mènent à une croissance des relations thérapeutiques entre les clients et les infirmières. | <ul style="list-style-type: none"> Évaluer l'incidence de la mise en place des recommandations. |
| Établissement/unité | <ul style="list-style-type: none"> Le modèle de prestation des soins facilite-t-il la stabilité des soins et des personnes soignantes? Accès à des experts cliniques. Accès à des experts en supervision et en encadrement cliniques. | <ul style="list-style-type: none"> Rapport autonome des infirmières sur la valeur de la supervision et de l'encadrement cliniques. Modification des règlements et des procédures conformément à la ligne directrice. | |
| Prestataire | <ul style="list-style-type: none"> Nombre de professionnels par rapport au personnel infirmier non réglementé. Pourcentage du personnel constitué de professionnels en soins infirmiers travaillant à plein temps. Rapport clients-personnel infirmier. Accès à la formation. Pourcentage du personnel infirmier participant à des activités de formation. | <ul style="list-style-type: none"> Évaluation des séances de formation par les infirmières. Rapport des infirmières sur les changements que connaissent la pratique et la qualité des soins. Coûts de la formation et des autres interventions. | <ul style="list-style-type: none"> Mesures de l'acquisition des connaissances liées à la théorie de la relation thérapeutique et au processus de la relation thérapeutique : <ul style="list-style-type: none"> Évaluation des connaissances actuelles au début du processus, Niveau des connaissances après la séance de formation, Préservation des connaissances. Rapport autonome des infirmières sur leur degré d'aise vis-à-vis de la mise en place des relations thérapeutiques. Satisfaction des infirmières. |
| Client | <ul style="list-style-type: none"> Degré de gravité de l'état de santé des clients. | | <ul style="list-style-type: none"> Mesures de la satisfaction des clients. Nombre de plaintes ou de compliments. Durée des séjours. Taux de réadmission. |
| Coûts financiers | <ul style="list-style-type: none"> Coûts de la rotation du personnel infirmier. | | <ul style="list-style-type: none"> Utilisation globale des ressources. |

Méthodologie d'évaluation de la mise à l'essai :

Au cours de la mise à l'essai de la ligne directrice sur la mise en place de la relation thérapeutique, une méthodologie unique et prometteuse a été utilisée pour évaluer le processus de changement au niveau de la pratique (Edwards, Davies et Hunt, 2002; Gallop, Lancee et Garfunkel, 1989). Voici une description de la méthodologie que les lectrices et lecteurs pourraient envisager comme exemple d'évaluation des changements dans la relation thérapeutique entre le client et l'infirmière.

Les mesures comprennent une évaluation préliminaire et une évaluation finale de l'écoute active, de l'enclenchement et de l'affirmation de soi. La méthodologie implique la présentation aux infirmières de situations s'inscrivant dans des contextes, préalablement validées par un groupe d'experts. On a observé l'importance de présenter des situations qui ressemblaient le plus possible aux types de situations qui collent à la réalité de la pratique des infirmières. Lors de l'entrevue, on a présenté aux infirmières des scénarios et on leur a demandé de répondre à plusieurs questions (voir l'exemple de situations à l'Annexe C). Les réponses ont été converties à l'aide d'un outil d'évaluation élaboré par Gerrard, Boniface et Love (1980) pour déterminer un score pour les trois variables retenues (l'écoute active, l'enclenchement et l'affirmation de soi). Cette méthodologie a montré qu'il est possible d'évaluer des changements dans le comportement des infirmières du point de vue des caractéristiques d'une relation thérapeutique.

« ...[les séances de formation] ont permis à l'infirmière de s'examiner elle-même aussi... pour voir quels étaient ses préjugés et la façon dont elle pourrait vraiment les changer pour favoriser une meilleure relation thérapeutique afin d'arriver à dispenser des soins adéquats et compétents. Étant donné que vous avez diverses cultures dans la société... à moins d'en savoir au moins un peu sur leur culture, vous ne serez pas vraiment capable d'entrer en relation avec quelqu'un pour lui dispenser des soins. » (Site de mise à l'essai.)

Processus de mise à jour et de révision de la Ligne directrice

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario propose de mettre à jour les Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers comme suit :

1. Après la diffusion, chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers sera révisée par une équipe de spécialistes du domaine (équipe de révision) à tous les trois ans suivant la dernière série de révisions.
2. Pendant la période de trois ans entre l'élaboration et la révision, le personnel affecté au projet des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires de la RNAO effectuera une surveillance régulière des nouvelles études méthodiques et des nouveaux essais randomisés dans le domaine.
3. Selon les résultats de la surveillance, le personnel affecté au projet peut recommander d'avancer la date de la période de révision. Une consultation adéquate auprès d'une équipe formée de membres du groupe original et d'autres spécialistes du domaine aideront à prendre la décision d'examiner et de réviser la ligne directrice avant l'échéance de trois ans.
4. Trois mois avant l'échéance de révision de trois ans, le personnel affecté au projet des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires commencera la planification du processus de révision en procédant comme suit :
 - a. Invitation de spécialistes du domaine concerné à se joindre à l'équipe de révision. L'équipe de révision sera formée de membres du groupe original, ainsi que d'autres spécialistes recommandés.
 - b. Compilation des commentaires reçus, des questions rencontrées pendant l'étape de diffusion, ainsi que d'autres commentaires et expériences provenant des sites de mise en place.
 - c. Compilation des nouvelles lignes directrices sur la pratique clinique dans le domaine concerné, des nouveaux examens méthodiques, des nouvelles méta-analyses, des nouveaux examens techniques et des nouveaux essais randomisés, ainsi que d'autres éléments pertinents de la littérature spécialisée.
 - d. Établissement d'un plan de travail détaillé comportant des échéances et des résultats attendus.

La version revue de la ligne directrice sera diffusée selon les structures et les processus établis.

Références bibliographiques

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J.A., Busse, R., Clarke, H., et al. (2001). Nurses' report on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20(3), 43-53.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (Juin 1980). *A definition of nursing practice and standards of nursing practice*, Ottawa : Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, Registered Practical Nurses Association of Ontario. (2000). *Ensuring the care will be there : Report on nursing recruitment and retention in Ontario*. Document préparé pour le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (En ligne). Disponible : www.rnao.org

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2001). *Earning their return : When and why Ontario RNs left Canada and what will bring them back*. (En ligne). Disponible : www.rnao.org.

Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C.K., Beattie, L.C., Nickleson, L. (1999). Hospital consolidation : Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11-20.

Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong- Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S. et al. (2001). *Commitment and care : The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system. A policy synthesis prepared for the Canadian Health Services Research Foundation and the Change Foundation*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et Change Foundation.

Blenkham, H., D'Aico, M. et Virtue, E. (1988). Primary nursing and job satisfaction. *Nursing Management*, 19, 41-42.

Buchan J. (1999). Still attractive after all these years? Magnet hospitals in a changing health care environment. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 100-108.

Dimick, J.B., Swoboda, S.M., Pronovost, P.J. et Lipsett, P.A. (2001). Effect of nurse-to-patient ratio in the intensive care unit on pulmonary complications and resource use after hepatectomy. *American Journal of Critical Care*, 10(6), 376-82.

Edwards, N., Davies, B., Dobbins, M., Griffin, P., Ploeg, J., Skelly, J. et Kuhn, M. (2001). *Evaluation of pilot sites implementation. Evaluation summary : Therapeutic relationships*. Ottawa, Canada : Université d'Ottawa.

Edwards, N., Hunt, C. et Davies, B. (2002). *Evaluating nursing skills with therapeutic relationships*. Manuscrit non publié.

Erickson, E. (1963). *Childhood and society* (2^e édition). New York : Norton.

Field, M.J. et Lohr, K.N. (éditeurs). (1990). *Guidelines for clinical practice : Directions for a new program*. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, DC.

Forchuk, C., Chan, L., Schofield, R., Martin, M.L., Sircelj, M., Woodcox, V. et al. (1998a). Bridging the discharge process. *The Canadian Nurse*, 94(3), 22-26.

Forchuk, C., Hartford, K., Blomqvist, A., Martin, M.L., Chan, Y.L. et Donner, A. (2002). *Therapeutic relationships from hospital to community*. (En cours.)

Forchuk, C., Jewell, J., Schofield, R., Sircelj, M. et Valledor, T. (1998b). From hospital to community : Bridging therapeutic relationships. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5(3), 197-202.

Forchuk, C., Schofield, R., Martin, M., Sircelj, M., Woodcox, V., Jewell, J. et al. (1998c). Bridging the discharge process : Staff and consumer experiences over time. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 4(4), 128-133.

Forchuk, C., Westwell, J., Martin, M., Azzopardi, W.B, Kosterewa-Tolman, D. et Hux, M. (1998d).

- Factors influencing movement of chronic psychiatric patients from the orientation to the working phase of the nurse-client relationship on an inpatient unit. *Perspectives in Psychiatric Care*, 34(1), 36-44.
- Forchuk, C., Westwell, J., Martin, M., Azzopardi, W.B., Kosterewa-Tolman, D. et Hux, M. (2000). The developing nurse-client relationship : Nurses' perspectives. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, 6(1), 3-10.
- Frank, A. F. et Gunderson, J. G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia : Relationship to course and outcome. *Archives of General Psychiatry*, 47, 228-236.
- Freud, S. (1912). *Remembering, repeating and working through*. Standard Edition, volume 12.
- Gagan, J. (1983). Methodological notes on empathy. *Advances in Nursing Science*, 5(2), 65-72.
- Gallop, R., Lancee, W. et Garfinkel, P. (1989). How nurses respond to the label borderline personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 815-819.
- Gallop, R., Lancee, W. et Garfinkel, P. (1990). The empathic process and its mediators : A heuristic model. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(10), 649-654.
- Gallop, R., Taerk, G., Lancee, W., Coates, R., Fanning, M. et Keatings, M. (1991). Nurses attitudes towards persons with AIDS. *Canadian Nurse*, 87(1), 29-31.
- Gerrard, B.A., Boniface, W.J. et Love, B.H. (1980). *Interpersonal skills for health professionals*. Reston, Virginia : Reston Publishing Company.
- Gilligan, C. (1987). Adolescent development reconsidered. In C. E. Irwin (éditeur), *Adolescent social behavior and health* (pp. 63-92). San Francisco : Jossey-Brass.
- Hall, E. (1993). The hidden dimension. In R. P. Rawlins, K.C. Williams (éditeurs), *Mental health nursing – psychiatric nursing : A holistic approach* (3^e édition). St. Louis : Mosby.
- Hall, J. (1997). Packing for the journey : Safe closure of therapeutic relationships with abuse survivors. *Journal of Psychosocial Nursing*, 35(11), 7-13.
- Kelly, B., Long, A. et McKenna, H. (2001). Clinical supervision : Personal and professional development or nursing novelty of the 1990s? In J. Cutcliffe, T. Butterworth et B. Proctor (éditeurs), *Clinical Supervision*. London : Routledge Publishing. 9-24.
- Lego, S. (1980). The one-to-one nurse-patient relationship. *Perspectives in Psychiatric Care*, 18(2), 67-89.
- Madjar, I. et Walton, J.A. (2001). What is problematic about evidence? In J.M. Morse, J.M. Swanson et A.J. Kuzel. *The nature of qualitative evidence*. (pp. 28-45). Thousand Oaks : Sage.
- Mason, D.J. (2000). Nursing's best kept secret. Magnet hospitals can save health care. *American Journal of Nursing*, 100(3), 7.
- Massaro, T. D., Muro, L., Shisler, R., White, A., Stone, A., Gambill, N. et al. (1996). A professional practice model. *Nursing Management*, 27(9) 43-47.
- McGillis Hall, L., Irvine, D., Baker, G.R., Pink, G., Sidani, S., O'Brien Pallas, L. et al. (2001). *A study of the impact of nursing staff mix models and organizational change strategies on patient, system and nurse outcomes*. Toronto (Ontario) : Faculté des sciences infirmières, Université de Toronto et Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé / Ontario Council of Teaching Hospitals.
- McKlindon, D. et Barnsteiner, J. (1999). Therapeutic relationships : Evolution of the Children's Hospital of Philadelphia model. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 24(5), 237-243.
- Miller, J. B. (1985). The development of women's sense of self. In A.G. Kaplan, J.B. Miller, I. P. Stiver et J. L. Surrey (éditeurs), *Women's growth in connection : Writings from the Stone Center* (pp. 11-26). New York : The Guilford Press.
- O'Brien-Pallas, L., Charles, C., Blake, J., Luba, M., McGilton, K., Peereboom, E. et al. (1995). *The Nursing and Personal Care Provider Study*. Rapport préparé pour le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, division des soins de longue durée. (En ligne). Disponible : www.fhs.mcmaster.ca/nru/publications/workingpapers/95-9.htm

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

Olsen, D. (1991) Empathy as an ethical and philosophical basis for nursing. *Advances in Nursing Science*, 14(1), 62-75.

Olsen, J. (1995) Relationships between nurse-expressed empathy, patient-perceived empathy, and patient distress. *Image : Journal of Nursing Scholarship*, 27(4), 317-322.

Association des hôpitaux de l'Ontario (1999). *Key Facts and Figures*. Association pour la santé publique de l'Ontario (OPHA) (1996). *Making a difference! A workshop on the basics of policy change*. Toronto (Ontario) : gouvernement de l'Ontario.

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (1999). *Standard for the therapeutic nurse-client relationship and registered nurses and registered practical nurses in Ontario*. Ontario : Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.

Orlando, I. J. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship : Function, process and principles*. New York : Putnam.

Parse, R. R. (1981). *Man-living-health : Theory of nursing*. New York : John Wiley and Sons.

Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. New York : G. P. Putnam and Sons.

Peplau, H. E. (Speaker). (1973a). *The concept of psychotherapy*. San Antonio, Texas : P. S. F. Productions.

Peplau, H. E. (Speaker). (1973b). *The orientation phase*. San Antonio, Texas : P. S. F. Productions.

Peplau, H. E. (Speaker). (1973c). *The working phase*. San Antonio, Texas : P. S. F. Productions.

Peplau, H. E. (Speaker). (1973d). *The resolution phase*. San Antonio, Texas : P. S. F. Productions.

Peplau, H. E. (Speaker). (1988). *Interpersonal relations in nursing*. London : MacMillan.

Peplau, H. E. (1989). Therapeutic nurse-patient interaction. In A. W. O'Toole et S. R. Welt (éditeurs), *Interpersonal theory in nursing practice : Selected works of Hildegard E. Peplau*. (pp. 192-204). New York : Springer Publishing Co.

Price Waterhouse Coopers. (2000). *A review of community care access centres in Ontario*. Rapport préparé pour le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

Price Waterhouse Coopers. (2001). *Report of a study to review levels of service and responses to need in a sample of Ontario long-term care facilities and selected comparators*. Préparé pour l'Ontario Long-Term Care Association et l'Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors.

Pronovost, P.J., Dang, D., Dorman, T., Lipsett, P.A., Garrett, E., Jenckes, M. et al. (2001). Intensive care unit nurse staffing and the risk for complications after abdominal aortic surgery. *Effective Clinical Practice*, 4, 199-206.

Reynolds, W. (2000). *The measurement and development of empathy in nursing*. Aldershot, Royaume-Uni : Ashgate Publishing.

Scott, J.G., Sochalski, J. et Aiken, L. (1999). Review of Magnet Hospital research findings and implications for professional nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 29(1) 9-19.

Sovie, M.D. (1983). The primary nursing system. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 4(1). 43-48.

Stern, D. (1985). *The sense of a subjective self : Affective attunement*. In *The interpersonal world of the infant*. New York : NY Basic Books p. 138-161.

Stiver, I.P. (1985). The meaning of care : Reframing treatment models. In J. Jordan, A. G. Kaplan, I. P. Stiver et J. L. Surrey (éditeurs), *Women's growth in connection : Writings from the Stone Center* (pp. 250-267). New York : The Guilford Press.

Sundeen, S.J., Stuart, G.W., Rankin, E.A. et Cohen, S.A. (1989). *Nurse-client interaction* (4th ed). Toronto (Ontario) : C. V. Mosby.

Thomas, M. (1970). Trust in the nurse-patient relationship. In C. Carlson (éditeur), *Behavioural concepts and nursing intervention*. Philadelphie : J. B. Lippincott.

Tourangeau, A.E., Giovannetti, P., Tu, J.V. et Wood, M. (2002). Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(4), 71-88.

Tudor, G. E. (1952). A sociopsychiatric nursing approach to intervention in a problem of mutual withdrawal on a mental hospital ward. *Perspectives in Psychiatric Care*, 8(1), 11-35.

Watt-Watson, J., Garfinkel, P., Gallop, R. et Stevens, B. (2002) The impact of nurses' empathic responses on patients' pain management in acute care. *Nursing Research*. (À paraître.)

Winnicott, D. (1965). The capacity to be alone. In *The maturational processes and the facilitating environment*. London : Hogarth Press.

Basch, M.F. (1983). Empathic understanding : A review of the concept and some theoretical considerations. *Journal of the American Psychoanalytical Association* 31(1), 101-126.

Beeber, L.S. (1995). In Anderson, C. A. The one-to-one relationship in psychiatric nursing : The next generation. *Psychiatric Nursing 1964 to 1994 : A Report on the State of the Art*. St. Louis. Mo., Mosby Year Book Inc.

Benjamin, J. (1990). An outline of inter-subjectivity : The development of recognition. *Psychoanalytical Psychology*, 7(Suppl.), 33-46.

Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J. et al (1999). Consensus development methods : Review of best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research and Policy*, 4(4), 236-248.

Blatt, S.J. (2001). Commentary : The therapeutic process and professional boundary guidelines. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 29(3), 290-293.

Campbell, J. (1980). The relationship of nursing and self-awareness. *Advances in Nursing Science*, 2(4), 15-25.

Chan, P. (1998a). Paternalistic intervention in mental health care. *Nursing Times*, 94(36), 52-53.

Chinn, L.P. (1995). Responding to threats to integrity of self. *Advances in Nursing Science*, 19(4), 21-36.

Chinn, L.P. (1997). Response to « The comforting interaction : Developing a model of nurse-patient relationship. » *Scholarly Inquiry for Nursing Practice : An International Journal*, 11(4), 345-347.

Chinn, L.P. et Jabobs. M.J. (1987). *Theory and nursing : A systematic approach* (2^e édition). St. Louis : C. V. Mosby.

Colliton, M.A. (1971). Symposium on the use of self in clinical practice. *Nursing Clinics of North America*, 6(4), 691-694.

Committee on Psychiatric Nursing, Group for Advancement of Psychiatry. (1982). Therapeutic use of the self : A concept for teaching patient care. In S. A. Smoyak and S. Rosuelin (éditeurs), *A collection of classics in psychiatric nursing literature*. Thorofare, NJ. Charles B. Slack, Inc., pp. 68-81. (Réimpression du rapport n° 33 du Committee on Psychiatric Nursing of the Group for Advancement of Psychiatry, 1955.)

Bibliographie

Aiken, L.H. (2001a). Evidence-based management : Key to hospital workforce stability. *The Journal of Health Administration Education*, (Numéro spécial), 116-124.

Aiken, L.H. (2001b). More nurses, better patient outcomes : Why isn't it obvious? *Effective Clinical Practice*, 4(5), 223-225.

Aiken, L.H., Clarke, S.P. et Sloane, D.M. (2000). Hospital restructuring : Does it adversely affect care and outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 30(10), 457-465.

Aiken, L.H., Havens, D.A. et Sloane, D.M. (2000a). Magnet nursing services recognition programme. *Nursing Standard*, 14(25), 41-46.

Aiken, L.H., Havens, D.A. et Sloane, D.M. (2000b). The magnet nursing services recognition program. *American Journal of Nursing*, 100(3), 26-35.

Aiken, L.H. et Patrician, P.A. (2000). Measuring organizational traits of hospitals : The revised nursing work index. *Nursing Research*, 49(3), 146-153.

Alexander, J. (2001). How much do we know about the giving and receiving of information? *International Journal of Nursing Studies*, 38(5), 495-496.

Baldini, M., Williams, L., Bawlf, B., Kellet, A., Olsen-Mercer, I., Toews, B. et al. (1998). *Consumer involvement and initiatives*. Colombie-Britannique : Ministry of Health et Ministry Responsible for Seniors.

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

- Cooper, R.A. et Aiken, L.H. (2001). Human inputs : The health care workforce and medical markets. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 26(5), 925-938.
- Crowe, M. (2000). The nurse-patient relationship : A consideration of its discursive context. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 962-967.
- Davies, B. et Oberle, K. (1990). Dimensions of the supportive role of the nurse in palliative care. *Oncology Nursing Forum*, 17(1), 87-93.
- Di Blasi, Z., Harkness, E., Edzard, E., Georgiou, A. et Kleijnen, J. (2001). Influence of context effects on health outcomes : A systematic review. *The Lancet*, 357(9258), 757-762.
- Elwyn, G., Edwards, A., Kinnersley, P. et Grol, R. (2000). Shared decision making and the concept of equipoise : The competences of involving patients in healthcare choices. *British Journal of General Practice*, 50(460), 892-897.
- Fairhurst, K. et May, C. (2001). Knowing patients and knowledge about patients : evidence of modes of reasoning in the consultation? *Family Practice*, 18(5), 501-505.
- Forchuk, C. (1994). Preconceptions in the nurse-client relationship. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 1(3), 145-149.
- Forchuk, C. (1994). The orientation phase of the nurse-client relationship : Testing Paplau's theory. *Journal of Advanced Nursing*, 20(3), 532-537.
- Forchuk, C. (1995). Uniqueness within the nurse-client relationship. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(1), 34-39.
- Forchuk, C. et Brown, B. (1989). Establishing a nurse-client relationship. *Journal of Psychosocial Nursing*, 27(2), 30-34.
- Gallop, R. (1997). Caring about the client : The role of gender, empathy and power in the therapeutic process. In C.J Titus (éditeur), *The mental health nurse : Views of practice and education* (pp. 28-42). Oxford : Blackwell Science.
- Geach, B. et White, J. (1974). Empathic resonance : A counter-transference phenomenon. *American Journal of Nursing*, 74(7), 1282-1285.
- Gendlin, E. (1996). *Experiencing and the creation of meaning : A philosophical and psychological approach to the subjective*. Evanston, IL : Northwestern University Press.
- Gurman, A. (1977). The patient's perception of the therapeutic relationship. In A. Gurman et A. Razin (éditeurs), *Effective psychotherapy : A handbook of research* (pp. 503-543). Oxford : Pergamon Press.
- Jenny, J. et Logan, J. (1992). Knowing the patient : One aspect of clinical knowledge. *Image : Journal of Nursing Scholarship*, 24(4), 254-258.
- King, I.M. (1971). *Toward a theory for nursing : General concepts of human behaviour*. New York : John Wiley and Sons.
- King, I.M. (1981). *A theory for nursing : System, concepts, process*. New York : John Wiley and Sons.
- Lancee, W., Gallop, R., McCay, E. et Toner, B. (1995). The relationship between nurses limit setting styles and anger in psychiatric inpatients. *Psychiatric Services*, 46(6), 609-613.
- Liaschenko, J. (1994). Making a bridge : the moral work with patients we do not like. *Journal of Palliative Care*, 10(3), 83-89.
- Levinson, W. et Cassel, C. (2000). Improving communication with patients. *Hospital Practice*, 35(4), 113-114, 117-120.
- Maltzman, S. (2001). The specific ingredients are in the match : Comments on Ahn and Wampold (2001). *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 259-261.
- Martin, D.J., Garske, J.P. et Davis, M.K. (2000). Relation of therapeutic alliance with outcome and other variables : A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- Mead, N. et Bower, P. (2000). Patient-centeredness : A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*, 51(7), 1087-1110.

Montgomery, A.A., James, H. et Fahey, T. (2001). Shared decision making in hypertension : The impact of patient preferences in treatment choice. *Family Practice, 18*(3), 309-313.

Morse, J. (1997). Responding to threats of integrity and self. *Advances in Nursing Science, 19*(4), 21-36.

Patterson, G. (1984). *Empathy, warmth and genuineness in psychotherapy : A review of reviews. Psychotherapy, 21*(5), 431-438.

Patterson, J., Jernell, J., Leonard, B. et Titus, C.J. (1994). Caring for medically fragile children at home : The parent-professional relationship. *Journal of Pediatric Nursing, 9*(2), 98-106.

Pearson, A., Borbasi, S. et Walsh, K. (1997). Practicing nursing therapeutically through acting as a skilled companion on the illness journey. *Advanced Practice Nursing Quarterly, 3*(1), 46-52.

Peplau, H. E. (1987). Interpersonal constructs for nursing practice. *Nurse Education Today, 7*(5), 201-208.

Platt-Koch, L.M. (1986). Clinical supervision for psychiatric nurses : Are misconceptions keeping you from a great learning opportunity? *Journal of Psychosocial Nursing, 26*(1), 7-15.

Rafferty, A.M., Ball, J. et Aiken, L.H. (2001). Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Quality in Health Care, 10*(Suppl. 2), ii32-37.

Schwartz, S.M. et Shockley, E. (1956). *The nurse and the mental patient : A study in interpersonal relations*. New York : Russell Sage Foundation.

Snowball, J. (1996). Asking nurses about advocating for patients : Reactive and proactive accounts. *Journal of Advanced Nursing, 24*(1), 67-75.

Thorne, S. et Paterson, B. (1998). Shifting images of chronic illness. *Image : Journal of Nursing Scholarship, 30*(2), 173-178.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia : FA Davis Company.

Truax, C. et Carkhuff, R. (1967). *Toward effective counselling and psychotherapy*. Chicago : Aldine.

Watson, J. (1985). *Nursing : human science and human care*. Norwalk, CT : Appleton-Century-Crofts.

Webster, C.D., Vaughn, K., Webb, M. et Playter, A. (1995). Modeling the client's world through brief solution-focused therapy. *Issues in Mental Health Nursing, 16*(6), 505-518.

Williams, L.C. et Tappen, M.R. (1999). Can we create a therapeutic relationship with nursing home residents in the later stages of Alzheimer's disease? *Journal of Psychosocial Nursing, 37*(3), 28-35.

Annexe A

Feuille de travail sur le niveau de préparation de votre établissement

Objectif :

Il vous est recommandé d'évaluer le niveau de préparation du milieu de travail afin de soutenir la mise en place de la ligne directrice consacrée à la mise en place de la relation thérapeutique. En l'absence d'un solide milieu de travail, vos efforts de mise en place de la ligne directrice feront face à des obstacles importants. Cette feuille de travail a été élaborée afin de vous aider à évaluer les forces du milieu de travail, de même qu'à planifier les stratégies avant de consacrer temps et ressources à la mise en place de la ligne directrice. Vous trouverez sans doute très utile le travail initial d'identification et de prise en considération des obstacles, avant la mise en place de la ligne directrice elle-même. Certaines stratégies peuvent être mises en application parallèlement au processus de mise en place.

45

Directives :

- Répondez aux questions liées à chacun des éléments de recommandation figurant au tableau de la page 48. L'évaluation du milieu de travail avec l'aide d'un groupe de personnes vous fournira des perspectives multiples.
- Identifiez les actions et stratégies permettant de prendre en considération les éléments qui n'ont pas été couverts ou qui n'ont été que partiellement couverts.
- Identifiez les parties prenantes qui doivent être impliquées pour pouvoir remplir les exigences de chacun des éléments.
- Établissez des échéanciers pour chacun des objectifs afin de remplir les exigences.



Feuille de travail sur le niveau préparation de votre établissement

| Élément de recommandation | Rempli (Réponse affirmative) |
|--|---------------------------------|
| <p>La mission, les valeurs et la philosophie de votre établissement favorisent-elles le concept de soins axés sur les besoins du client?</p> <p>(Consultez la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers de la RNAO consacrée aux soins axés sur les besoins du client.)</p> | |
| <p>Votre milieu de travail possède-t-il un modèle de prestation de soins qui favorise la stabilité de l'association entre le client et l'infirmière pendant toute la durée de l'implication du patient avec l'établissement? Par ex. : le modèle des soins infirmiers intégraux, le modèle des soins complets, le suivi systématique de la clientèle, etc.</p> | |
| <p>Dans votre milieu, y a-t-il une proportion de 70 % du personnel infirmier professionnel affecté à des postes à temps plein?</p> | |
| <p>La charge de travail des infirmières est-elle maintenue à des niveaux qui favorisent la relation thérapeutique?</p> <p>(Évaluez les niveaux par le biais de discussions régulières avec le personnel; l'observation; les résultats sur la satisfaction des clients; des systèmes fiables et valides mesurant la charge de travail; le temps disponible pour que les membres du personnel consultent leurs collègues; le temps de communiquer au moment des changements de quarts de travail; le temps requis pour la documentation; le temps disponible pour que les infirmières puissent réfléchir à la relation entre le client et l'infirmière; d'autres indicateurs qui sont pertinents pour votre milieu de travail et qui indiquent si le niveau de charge de travail est approprié.)</p> | |

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

| Non rempli (Réponses négatives ou partiellement positives) | Mesures (Par qui et comment) | Échéancier (D'ici à quand) |
|--|--|--------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Feuille de travail sur le niveau préparation de votre établissement

| Élément de recommandation | Rempli (Réponse affirmative) |
|--|---------------------------------|
| <p>Les décisions relatives à l'affectation du personnel sont-elles fondées sur le degré de gravité de l'état de santé des clients, leur complexité, la complexité du milieu de travail et la disponibilité de ressources spécialisées?</p> <p>(Avez-vous un outil d'évaluation de la gravité? Un outil de mesure de la charge de travail? Utilisez-vous la bonne catégorie de prestataires de soins de santé? Consultez la publication <i>Guide to Determining the Appropriate Category of Care Provider</i> de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.)</p> | |
| <p>L'établissement envisage-t-il des programmes et des initiatives afin de répondre aux facteurs de stress et aux problèmes d'épuisement de son personnel, en particulier pour les infirmières?</p> <p>(Quelles mesures de soutien sont disponibles? Par ex. : séances de compte-rendu pour la gestion du stress suite à des incidents graves, conseil et psychothérapie, soutien et formation sur la dépression d'épuisement, etc.)</p> | |
| <p>Votre lieu de travail offre-t-il un soutien à la pratique fondée sur les données probantes?</p> <p>(Y a-t-il des mesures de soutien disponibles pour favoriser l'utilisation de la recherche, les activités de recherche et l'implication des infirmières en recherche? Le personnel a-t-il accès à des périodiques, des experts cliniques, des infirmières-chercheuses?)</p> | |

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

| Non rempli (Réponses négatives ou partiellement positives) | Mesures (Par qui et comment) | Échéancier (D'ici à quand) |
|--|--|--------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Feuille de travail sur le niveau préparation de votre établissement

| Élément de recommandation | Rempli (Réponse affirmative) |
|--|---------------------------------|
| <p>Votre établissement entretient-il un leadership infirmier à la haute direction dans le domaine des soins infirmiers?</p> <p>(La haute direction comprend-elle des infirmières? La direction a-t-elle une politique de libre accès? Existe-t-il des forums de discussion avec la haute direction? Y a-t-il un implication des infirmières dans des équipes clés?)</p> | |
| <p>Votre établissement offre-t-il une supervision et un encadrement clinique réguliers pour les infirmières?</p> <p>(Accès à des cliniciennes supérieures et cliniciens supérieurs possédant de l'expérience, une formation et des capacités appropriées pour faciliter l'autoévaluation objective? Supervision clinique et encadrement individuels?</p> <p>Présentations et conférences sur des cas? Modèles de comportement? Séances de compte-rendu sur des cas? En particulier en ce qui a trait à la relation entre le client et l'infirmière.)</p> | |
| <p>Votre établissement possède-t-il des indicateurs de haute qualité sur le rendement, y compris des indicateurs sur l'utilisation de pratiques exemplaires en soins infirmiers?</p> <p>(L'établissement a-t-il déjà mis en place des lignes directrices cliniques par le passé? Quelle expérience l'établissement possède-t-il en recherche sur l'utilisation des ressources? Etc.)</p> | |

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

| Non rempli (Réponses négatives ou partiellement positives) | Mesures (Par qui et comment) | Échéancier (D'ici à quand) |
|--|--|--------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Annexe B

Trousse sur la marche à suivre : Mise en place de lignes directrices pour la pratique clinique

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires ne peuvent être mises en place avec succès que si les conditions suivantes sont réunies : une planification, des ressources, un soutien adéquat au niveau de l'établissement et des règlements, ainsi qu'une aide appropriée à la mise en place. À cet égard, la RNAO, par l'entremise d'un groupe d'infirmières, de chercheurs et d'administrateurs, a élaboré la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place de lignes directrices pour la pratique clinique* fondée sur des données probantes disponibles, des perspectives théoriques et un consensus. La Trousse est recommandée pour orienter la mise en place de toute ligne directrice pour la pratique clinique dans un établissement de soins de santé.

52

La Trousse offre des directives étape par étape aux personnes et aux groupes participant à la planification, à la coordination et à la facilitation de la mise en place des lignes directrices. Plus particulièrement, la Trousse aborde les étapes essentielles suivantes :

1. Définition de lignes directrices pour la pratique clinique bien élaborées et axées sur les données probantes.
2. Identification, évaluation et engagement de parties prenantes.
3. Évaluation de la préparation du milieu de travail à la mise en place des lignes directrices.
4. Définition et planification de stratégies de mise en place fondées sur des données probantes.
5. Évaluation de la planification et de la mise en place.
6. Déterminer et assurer les ressources nécessaires à la mise en place.

La mise en place de lignes directrices qui donne lieu à des modifications de la pratique et à une incidence clinique positive est une entreprise complexe. La Trousse constitue une ressource essentielle dans la gestion de ce processus.

La *Trousse* est offerte par l'entremise de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Le document est offert sous la forme d'une publication reliée, moyennant certains frais, et il est également offert gratuitement sur le site Web de la RNAO. Pour de plus amples renseignements, pour obtenir un formulaire de commande ou pour télécharger la *Trousse*, veuillez visiter le site Web de la RNAO à www.rnao.org.

Annexe C

Exemples de scénarios d'évaluation des connaissances des infirmières sur la relation thérapeutique (Edwards et al., 2002)

Une méthode prometteuse a été utilisée pour évaluer le processus de changement de la pratique, cette méthode impliquant un « lecteur » qui présentait des scénarios à l'infirmière. Les scénarios renvoyaient à des circonstances aussi similaires que possible à celles auxquelles font face les infirmières dans leur pratique quotidienne.

Directives relatives au lecteur des scénarios et aux déclarations du client

Lisez les directives lentement à l'infirmière qui participe à l'étude. Chaque scénario commence par la description de circonstances hypothétiques et est suivi de plusieurs déclarations. Votre travail est de lire le scénario et chacune des déclarations et d'allouer du temps pour la réponse de l'infirmière qui se soumet à l'essai. Après chacune des déclarations du scénario, vous devez faire une pause pour permettre à l'infirmière de répondre d'une manière naturelle dans le magnétophone. Une fois que l'infirmière a terminé sa réponse, passez à la déclaration suivante. Indiquez à l'infirmière que vous commencez un nouveau scénario : « Il y a en tout X scénarios dans cet exercice. »

Directives aux participants

Imaginez que vous travaillez dans un service d'obstétrique de votre collectivité. Voici diverses circonstances hypothétiques sur des clientes. Toutes les patientes sont des mères post-partum. Une fois décrit chaque scénario hypothétique, je lirai plusieurs déclarations faites par la cliente à diverses occasions. Il s'agit de déclarations typiques que vous pourriez entendre d'une cliente. Les déclarations de chacune des clientes ne sont liées en aucune façon. Après chaque déclaration, je vous demanderai de répondre à la déclaration de la cliente. Répondez aussi naturellement et aussi rapidement que vous pouvez. Vous aurez à parler dans un magnétophone. Parlez fort, comme si vous répondiez à la patiente. Il n'y a pas de mauvaises ou de bonnes réponses.

Un exemple de scénario

Tracy est une primipare de 16 ans. Elle a eu une césarienne et a donné naissance à des jumeaux quatre jours plus tôt. Son conjoint n'est pas venu la visiter à l'hôpital.

Alors qu'elle est sous vos soins, la patiente dit :

- « Je ne sais pas comment je vais me débrouiller toute seule avec ces bébés. »
- « Je suis sûre que mon copain viendra me visiter demain. Il a été top occupé pour venir, c'est tout. »
- « Mes amies pensent que c'est fantastique d'avoir des jumeaux. Moi, ça ne me dit rien du tout. »
- « Je ne peut pas m'occuper des bébés aujourd'hui. J'ai trop mal à cause de l'opération. »
- « Je n'ai pas besoin qu'une infirmière me visite à la maison. »

Juillet 2002

***Ligne directrice sur les pratiques
exemplaires en soins infirmiers
Établissement de la relation thérapeutique***



***Ce projet est financé par le ministère de la Santé et
des Soins de longue durée de l'Ontario***

***La traduction française de ce document a été
réalisée grâce au soutien de Santé Canada***



ISBN 0-920166-33-4



9 780920 166338



RNAO

Registered Nurses
Association
of Ontario

L'Association des infirmières
et infirmiers autorisés de
l'Ontario