

# PRENDRE EN MAIN SA SANTÉ :

## UNE INITIATIVE PARTAGÉE 1999 – 2002



SUPPORTING  
SELF-CARE :  
A SHARED  
INITIATIVE  
PRENDRE EN  
MAIN SA SANTÉ :  
UNE INITIATIVE  
PARTAGÉE

Les soignants et les consommateurs travaillent  
en collaboration en vue d'une approche efficace  
aux soins de santé

Canadian Association  
of University Schools of Nursing



L'Association canadienne  
des écoles universitaires de nursing



ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA  
CANADIAN NURSES ASSOCIATION

The College of  
Family Physicians  
of Canada



Le Collège des  
médicins de famille  
du Canada



Santé  
Canada

Health  
Canada

# PRENDRE EN MAIN SA SANTÉ :

## UNE INITIATIVE PARTAGÉE

Canadian Association  
of University Schools of Nursing  L'Association canadienne  
des écoles universitaires de nursing



 **ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA**  
CANADIAN NURSES ASSOCIATION

The College of  
Family Physicians  
of Canada  Le Collège des  
médecins de famille  
du Canada

 Santé  
Canada Health  
Canada

*Prendre en main sa santé : une initiative partagée* est le fruit de la collaboration de quatre organismes ainsi que de Santé Canada : l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association canadienne des écoles universitaires de nursing et l'Association des facultés de médecine du Canada. Cependant, les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement la politique officielle de ces groupes.

*Prendre en main sa santé : une initiative partagée* a été parrainé par la Division des Stratégies en matière ressources humaines en santé, Santé Canada, par le biais d'une subvention accordée par le Fonds pour la santé de la population, Santé Canada.

Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement la politique officielle de Santé Canada.

Sujet principal sous le titre :

Prendre en main sa santé : une initiative partagée – 1999-2002

©2002. Tous droits réservés

Tous droits réservés. On ne peut reproduire, stocker dans un système d'extraction de données ni transcrire, par un moyen (support électronique ou mécanique, photocopie, enregistrement, etc.) ou sous une forme quelconque, une partie de ce document sans le consentement écrit de l'éditeur.

Publié par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada

Ottawa, Canada

[www.aiic-infirmieres.ca](http://www.aiic-infirmieres.ca)

Mars 2002

ISBN 1-55119-999-8

Also available in English.

Conception graphique, composition et production technique :

Association des infirmières et infirmiers du Canada

Emblème :

Storm Visual Communications Inc.

## ***Remerciements***

---

De nombreuses personnes ont contribué au projet Prendre en main sa santé : une initiative partagée, phase quatre du projet Prendre en main sa santé.

Nous désirons remercier tout particulièrement les membres du comité directeur du projet qui ont appuyé les différentes phases de l'Initiative avec un dévouement remarquable, pendant plus de deux ans. Ils ont aidé à atteindre les objectifs et à garder le cap sur les buts fixés.

Nous voudrions également remercier les organismes qui ont participé à l'initiative et ont fait un travail utile, non seulement en envoyant des représentants mais aussi en nous réservant un espace lors de leurs congrès, dans leurs sites Web et bulletins de nouvelles pour partager avec les professionnels de la santé des informations concernant le soutien aux soins.

Enfin, l'Initiative a bénéficié de la collaboration de professionnels des soins de santé qui ont participé aux neuf projets subventionnés et de ceux qui ont participé au symposium de juin 2001 à Ottawa. Leur participation a été grandement appréciée.

Nous voudrions également reconnaître le soutien fourni par le personnel de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada dans différents domaines et ce, tout au long de ce projet.

## ***Comité directeur***

Alain Pavilanis, MD, CM, CCFP, FCFP  
Coprésident, représentant du  
Collège des médecins de famille du  
Canada (CMFC)  
Université McGill  
Montréal (Québec)

Lynnette Leeseberg Stamler, IA, PhD  
Coprésidente, représentante de  
l'Association des infirmières et  
infirmiers du Canada (AIIC)  
Université Nipissing  
North Bay (Ontario)

Hector Balthazar  
Représentant des consommateurs  
Gloucester (Ontario)

Ian Bowmer, MD  
Représentant de l'Association des  
facultés de médecine du Canada  
(AFMC)  
Université Memorial  
St. John's (Terre-Neuve et Labrador)

Joni Boyd, IA, BA, BNSC, MEd  
Association des infirmières et infirmiers  
du Canada  
Conseillère en politiques de soins  
infirmiers  
Ottawa (Ontario)

Louise Hagan, IA, PhD  
Représentante de l'Association  
canadienne des écoles universitaires  
de nursing (ACEUN)  
Université Laval  
Québec (Québec)

Laurie Potovsky-Beachell  
Représentante des consommateurs  
Rosser (Manitoba)

Moira Tobin, MA, LLB  
Analyste en politiques sur la santé  
Collège des médecins de famille du  
Canada  
Mississauga (Ontario)

Jean-Marie Romeder, PhD  
Expert-conseil, Division des  
Stratégies en matière de ressources  
humaines en santé  
Santé Canada  
Ottawa (Ontario)

Robert Shearer  
Directeur intérimaire, Division des  
ressources en matière de santé –  
Stratégies  
Santé Canada  
Ottawa (Ontario)

---

## ***Équipe de soutien***

Antoinette Lambert, IA, M. Ed  
Gestionnaire de projet, Association  
des infirmières et infirmiers du  
Canada  
Ottawa (Ontario)

Pierre Lambert  
Adjoint de projet

Barbara LaPerrière, IA, M.Sc.  
Conseillère (rapport final)

Alan Sobel  
Conseiller (facilitation du  
Symposium)

Derek Ellis  
Conseiller (rapport sur le  
Symposium)

---

## ***Comité d'élaboration du réseau Prendre en main sa santé***

Hector Balthazar  
Gloucester (Ontario)

Alain Vanasse, MD  
Université de Sherbrooke  
Sherbrooke (Québec)

Juliette E. Cooper, PhD, OT (C)  
Université du Manitoba  
Winnipeg (Manitoba)

Wayne Weston, MD  
Université Western Ontario  
London (Ontario)

France L. Marquis, M.Sc.Inf.  
Université de Moncton, Campus  
d'Edmundston  
Edmundston (N.-B.)

Lynne Young, IA, PhD  
Université de Victoria  
Victoria (C.-B.)

Laurie Potovsky-Beachell  
Rosser (Manitoba)

Alain Pavilanis, MD, CM, CCFP, FCFP  
Coprésident, représentant du  
Collège des médecins de famille du  
Canada (CMFC)  
Université McGill  
Montréal (Québec)

Lynnette Leeseberg Stamler, IA, PhD  
Représentante du comité directeur  
Université Nipissing  
North Bay (Ontario)

Isabelle Caron  
Assistante de projet, Santé Canada  
Ottawa, Ont.

Peggy Edwards  
Consultante  
Ottawa, Ont.

Julie A. Gravel  
Agente de projet, Santé Canada  
Ottawa, Ont.

## Sommaire

---

Un groupe dévoué et croissant de professionnels des soins de santé et de consommateurs du Canada a travaillé à décrire et mettre en vigueur une approche plus efficace aux soins de santé, une approche axée sur la collaboration entre les professionnels des soins de santé et les consommateurs. Santé Canada a subventionné et soutenu la plus grande partie de ce travail par le biais du projet Prendre en main sa santé, un projet multiphases lancé en 1994.

Le projet a commencé par une étude explorant la manière dont les médecins et les infirmières stimulent et soutiennent les autosoins. Un cadre a été élaboré fournissant une synthèse des différentes approches utilisées par les médecins et les infirmières pour appuyer les autosoins. Dans les phases 2 et 3, des ateliers de travail ont été organisés pour les médecins et les infirmières, particulièrement les médecins et les infirmières enseignants, pour déterminer les moyens d'améliorer les connaissances théoriques et pratiques nécessaires à la promotion des pratiques d'autosoins, par le biais de la formation et du soutien. Un réseau a été proposé pour les médecins et les infirmières intéressés à promouvoir les autosoins et trois projets-pilotes interdisciplinaires ont été subventionnés.

Dans le cadre de la phase 4, la plus récente, l'accent a été mis sur le réseautage et les partenariats. Reflétant la nature interdisciplinaire du soutien aux autosoins, un programme a été mis en œuvre. Il s'agit du projet Prendre en main sa santé : une initiative partagée. Subventionné par Santé Canada, ce programme a représenté une collaboration entre le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association des facultés de médecine du Canada, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association canadienne des écoles universitaires de nursing et Santé Canada. Le comité directeur de l'Initiative comportait des consommateurs et des représentants de tous les organismes participants. Le comité directeur a choisi et supervisé neuf projets, à l'échelle du Canada, soutenant les professionnels des soins de santé dans leur travail pour s'efforcer de provoquer, parmi leurs collègues, des changements sur le plan des attitudes et des comportements, par le biais de l'enseignement, du soutien mutuel et de la démonstration de nouveaux modèles de pratique et de développement professionnel. Les activités de l'initiative ont culminé par un symposium sur invitation organisé en juin 2001. On trouvera le rapport sur le Symposium à l'annexe B.

La phase 4 a également comporté l'élaboration d'un réseau interdisciplinaire de professionnels de la santé et de consommateurs intéressés à intégrer le soutien aux autosoins dans l'enseignement et la pratique des professionnels des soins de santé. Les composantes du réseau ont inclus un annuaire électronique, une liste d'envois pour les discussions, un bulletin de nouvelles trimestriel ainsi qu'un site Web.

***Un groupe dévoué et croissant de professionnels des soins de santé et de consommateurs du Canada a travaillé à décrire et mettre en vigueur une approche plus efficace aux soins de santé, une approche axée sur la collaboration entre les professionnels des soins de santé et les consommateurs.***

L'intérêt envers le soutien aux autosoins au Canada a progressé parallèlement à l'évolution des perspectives en matière de soins de santé, incluant le rôle de la prévention et de la promotion de la santé pour « assurer la santé de tous » et mettre l'accent sur la gamme variée de déterminants de la santé, dans le cadre d'une approche axée sur la santé de la population. Plus récemment, l'attention s'est déplacée vers le rôle que jouent les soins de santé primaires dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé ainsi que leur qualité. Grâce à l'étude actuelle du soutien aux autosoins, il est devenu évident qu'il existe un lien important entre les stratégies de soutien aux autosoins et les soins de santé primaires. En soutenant les efforts de leurs patients et de leurs clients en matière d'autosoins, les médecins et les infirmières encouragent les individus à participer au processus de prise de décisions concernant leur propre santé ainsi que la santé de leur communauté. La participation du public est l'un des principes clés des soins de santé primaires.

D'autres études et questions ont émergé de l'approche graduelle et à long terme adoptée par Santé Canada à l'étude du soutien aux autosoins. Il est devenu apparent que divers principes reliés au soutien aux autosoins se sont appliqués quel que soit le domaine d'intérêt : enseignement, pratique, recherche ou politiques. Par exemple, le patient/client/consommateur est toujours considéré comme un partenaire sur le plan des soins, et l'approche au soutien aux autosoins est systématique et facilitée par une collaboration interdisciplinaire.

Il y a de nombreux défis associés à l'enseignement fourni aux professionnels de la santé en matière de soutien aux autosoins et à l'intégration du soutien aux autosoins à la pratique professionnelle. Ces défis ont été dégagés et décrits dans les rapports résultant des différentes phases du projet Prendre en main sa santé. Dans la phase 4, les projets ont démontré des stratégies visant à commencer de relever certains de ces défis. Les équipes du projet ont élaboré des outils, comme des questionnaires sur les autosoins pour les professionnels des soins de santé, ainsi que des manuels d'autosoins pour aider les personnes âgées à prendre en main leur santé.

De nombreux autres professionnels des soins de santé et consommateurs ont également joint leur voix à celles qui expriment l'importance d'avoir l'occasion de travailler ensemble en vue d'une approche efficace aux soins de santé. Les prochaines étapes de ce travail sont à l'étude. Il est anticipé que les mécanismes et stratégies permettant d'améliorer la mise en vigueur du soutien aux autosoins, dans la pratique, seront mis en place par le biais d'un programme d'activités multicentres basé dans plusieurs universités canadiennes. Situer ces initiatives dans le milieu d'apprentissage universitaire aidera à faire le lien entre la théorie et l'expérience sur le plan de l'enseignement et de la pratique, et, par le biais de la capacité de recherche des universités, fournira des résultats fondés sur la preuve en matière de soutien aux autosoins de la part des professionnels des soins de santé. Les consommateurs vont continuer de jouer un rôle important dans le cadre de ces activités. Un objectif majeur sera d'intégrer le soutien aux autosoins à la réforme des soins de santé primaires.

# Introduction

---





## *Introduction*

---

Un groupe dévoué et croissant de professionnels des soins de santé et de consommateurs du Canada a travaillé à décrire et mettre en vigueur une approche plus efficace aux soins de santé, une approche axée sur la collaboration entre les professionnels des soins de santé et les consommateurs. Santé Canada a subventionné et soutenu la plus grande partie de ce travail par le biais du projet Prendre en main sa santé, un projet multiphases lancé en 1994.

Le projet Prendre en main sa santé a commencé par une petite étude exploratoire et a continué de se dérouler en plusieurs phases. Lors de la phase la plus récente, Santé Canada et quatre associations professionnelles de médecins et d'infirmières ont choisi et supervisé neuf projets à l'échelle du Canada sur le soutien aux autosoins. Ces projets ont été subventionnés par Santé Canada. Un réseau interdisciplinaire de professionnels des soins de santé et de consommateurs intéressés par l'intégration du soutien aux autosoins, à l'enseignement et à la pratique des professionnels des soins de santé a également été créé.

Lors de chaque phase de ce projet, on a appris beaucoup de choses concernant la philosophie des autosoins, le soutien aux autosoins, les facteurs de facilitation et les défis dans le cadre de cette approche, ainsi que les changements qui doivent se produire pour que l'intérêt envers les autosoins dépasse le petit groupe de professionnels des soins de santé et de consommateurs qui s'intéressent actuellement à cette question. Ce document résume les diverses phases de ce projet et les ressources qui ont été créées lors de chaque phase. Se basant sur les discussions qui ont eu lieu lors des phases les plus récentes du projet Prendre en main sa santé : une initiative partagée, ce document place le soutien aux autosoins dans le contexte des soins de santé primaires. Il explore et souligne également les implications principales du projet sur le plan de l'enseignement et de la pratique des professionnels des soins de santé, spécialement des médecins et des infirmières.

On espère que ce rapport représentera une ressource utile pour les professionnels des soins de santé et les consommateurs, qu'ils soient familiers ou non avec ce concept de soutien aux autosoins. Ce document commence par une brève description de chaque phase du projet (voir annexe A).

# L'évolution du projet

## Prendre en main sa santé



## ***L'évolution du projet Prendre en main sa santé***

---

Par le biais d'une stratégie graduelle à long terme, Santé Canada a travaillé, en collaboration avec plusieurs associations professionnelles clés, à aider les professionnels à améliorer le soutien qu'ils fournissent aux autosoins, en reliant la pratique, l'enseignement et la recherche.

### ***Phase 1 (1995-1997) : La Fondation – Un cadre de soutien aux autosoins***

Le projet a commencé par une étude visant à explorer la manière dont les médecins et les infirmières stimulent et soutiennent les autosoins. Les résultats de cette étude sont basés sur trois sources principales d'information : les articles publiés, les expériences cliniques signalées par les médecins et les infirmières, et les informations fournies par les gens qui ont élaboré ou utilisé des programmes et des outils d'autosoins (Santé Canada, 1997).

En se guidant sur les articles publiés et les expériences cliniques des médecins et des infirmières, on a élaboré un cadre de travail fournissant une synthèse des différentes approches utilisées par les médecins et les infirmières pour soutenir les autosoins. Cinq composantes clés ont émergé : soutien à la personne, partage des connaissances, facilitation de l'apprentissage et développement personnel, aide à la personne pour construire des réseaux de soutien et fourniture d'un environnement positif. Les cinq composantes clés et les principaux éléments se trouvent dans le document *Prendre en main sa santé : l'apport des infirmières et des médecins (étude exploratoire)* (Santé Canada, 1997).

Les résultats de l'étude exploratoire ont également suggéré qu'une variété de programmes et d'outils<sup>1</sup> pourraient compléter les pratiques professionnelles soutenant les autosoins. Pour aider les médecins et les infirmières à s'y retrouver dans le grand nombre de programmes et d'outils disponibles, on a proposé un système de classement en catégories des programmes et des outils. Les catégories de programmes et d'outils d'autosoins incluent les suivants : programmes intégrés d'enseignement et de soutien, groupes d'entraide, groupes de soutien, publications et outils audiovisuels, lignes téléphoniques d'assistance, outils informatisés et outils d'autosurveillance. Seize programmes et outils sont décrits dans le rapport. On y souligne le potentiel de ces différents programmes et outils pour permettre aux gens d'être plus actifs sur le plan de leurs propres soins. Les programmes et outils portent sur une variété de sujets comme l'arthrite, la maladie cardiovasculaire et la réduction du tabagisme.

Le rapport conclut par une discussion des implications de cette étude pour la pratique professionnelle, l'enseignement, la recherche et les politiques.

---

<sup>1</sup> Un programme d'autosoins est une activité ou une initiative conçue pour améliorer ou soutenir les pratiques d'autosoins pour un public spécifique. Il implique un leadership fourni par des professionnels ou des non-professionnels ou encore une grande équipe de soins de santé. Un programme d'autosoins comporte souvent un élément d'interaction de groupe. Un outil d'autosoins permet de stimuler ou d'améliorer les autosoins. Il peut s'agir d'un programme d'ordinateur, d'un livre, d'un vidéo ou d'un questionnaire. Les outils peuvent être utilisés seuls ou comme composantes d'un programme d'autosoins plus vaste.

### ***Phase 2 (1997-1998) : Ateliers de travail pour les médecins et les infirmières enseignants***

En réponse à l'une des recommandations formulées dans la première phase, Santé Canada a parrainé des ateliers de travail sur invitation à Toronto et à Montréal pour les médecins et infirmières enseignants. L'objectif des ateliers de travail était d'identifier les manières d'augmenter les connaissances théoriques et pratiques pour la promotion de la pratique des soins de santé, par le biais de la formation et du soutien, et de faciliter le développement d'un réseau de médecins et infirmières s'intéressant à la promotion des autosoins.

Le document bilingue *Prendre en main sa santé : perspectives d'infirmières et de médecins enseignants* (Santé Canada, 1998) a résulté de ces ateliers de travail. Il présente les délibérations et les recommandations proposées par le groupe d'experts : 66 médecins, infirmières et représentants des consommateurs qui ont participé à ces deux ateliers de travail. On y cerne quatre obstacles principaux au soutien aux autosoins auxquels font face les médecins et les infirmières, ainsi que quatre autres possibilités prometteuses d'action pour les aider à mieux soutenir les autosoins. Ce document a été utile aux médecins et aux infirmières, spécialement ceux qui sont responsables de l'enseignement des praticiens présents et futurs. Il a également été utilisé comme outil de réseautage et ressource pour en apprendre davantage sur le soutien aux autosoins.

### ***Phase 3 (1998-1999) : Ateliers de travail et projets-pilotes***

Dans la phase 3, Santé Canada a soutenu deux nouvelles activités portant sur les recommandations des participants à l'atelier de travail de la phase 2. Tout d'abord, des ateliers de travail d'une journée ont été organisés à Vancouver, Toronto et Québec, regroupant environ 100 médecins, infirmières et représentants des consommateurs. Chaque atelier de travail était centré sur un thème particulier, comme la santé cardiaque, la gestion du stress pour les femmes et une initiative multidisciplinaire en matière d'enseignement des autosoins. Deuxièmement, trois projets-pilotes interdisciplinaires ont été subventionnés dans le domaine des soins cliniques, de l'enseignement et de la recherche.

### ***Phase 4 (1999-2001) : Développement de réseaux et de partenariats***

La phase la plus récente du projet d'autosoins a comporté deux composantes principales : *Prendre en main sa santé* : une initiative partagée et le réseau *Prendre en main sa santé*.

En juin 1999, le ministre fédéral de la Santé, Allan Rock, a annoncé des subventions étalées sur deux ans à un programme intitulé *Prendre en main sa santé : une initiative partagée*. L'objectif de cette initiative était d'aider les médecins et les infirmières à soutenir les autosoins dans leur pratique et à promouvoir l'entraide entre les professionnels. L'initiative sollicitait et choisissait des projets dans tout le pays visant à promouvoir les autosoins en changeant les attitudes et les comportements parmi les collègues : médecins, infirmières et autres professionnels des soins de santé. Neuf projets ont été subventionnés et surveillés par le biais de l'Initiative. Les projets ont été effectués par le biais des universités, des collèges ou des classes de formation continue, par le biais d'un soutien mutuel entre les professionnels ou de démonstrations de nouveaux modèles de pratique.

Reflétant la nature interdisciplinaire du soutien aux autosoins, l'Initiative a comporté une collaboration interdisciplinaire entre le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association des facultés de médecine du Canada, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association canadienne des écoles universitaires de nursing et Santé Canada. Le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada ont coprésidé le comité coordinateur de l'Initiative dont les membres incluaient également deux représentants des consommateurs.

Les activités du projet Prendre en main sa santé : une initiative partagée ont culminé lors d'un symposium sur invitation organisé à Ottawa du 2 au 4 juin 2001. Ont été invités à y participer des professionnels des soins de santé et des consommateurs participant aux différents projets subventionnés, des partenaires en matière d'enseignement sur la santé, des représentants de décideurs et de personnes travaillant dans le domaine des soins communautaire ainsi que des représentants d'autres organismes intéressés. Le rapport sur le symposium fournit un bref survol des présentations et souligne les discussions plénières incluant les messages clés, les résultats communs, des suggestions et des recommandations (annexe B). Il inclut également des résumés des neuf projets subventionnés et les adresses électroniques où l'on peut se procurer le rapport complet des différents projets.

Le réseau Prendre en main sa santé, l'autre composante principale de la phase 4, est un réseau interdisciplinaire de professionnels des soins de santé et de consommateurs intéressés à intégrer le soutien aux autosoins, à l'enseignement et à la pratique des professionnels des soins de santé, spécialement des médecins et des infirmières. Le réseau comporte plusieurs composantes dont un annuaire électronique, une liste d'envois pour les discussions, un bulletin de nouvelles trimestriel et un site Web. Le réseau est décrit brièvement à la troisième partie du rapport sur le Symposium. On peut se procurer des informations sur la manière d'accéder au réseau en se rendant au site [www.supportingselfcare.ca](http://www.supportingselfcare.ca).

# La définition des autosoins et du soutien aux soins

---



## ***La définition des autosoins et du soutien aux autosoins***

---

Les définitions des autosoins varient selon le contexte dans lequel le terme est utilisé. Par conséquent, différentes définitions ont été utilisées au fil du projet. Au cours de l'étude exploratoire initiale, les autosoins ont été considérés comme « les décisions et les actions des personnes qui présentent un problème de santé afin d'y faire face et d'améliorer leur santé » (Santé Canada, 1997, p. 1). Cette définition correspond bien au cadre de l'étude qui comportait des exemples d'autosoins par des individus après consultation auprès d'une infirmière ou d'un médecin. Lors des autres phases du projet et spécifiquement dans le cadre de certains des projets subventionnés, la définition a été élargie pour inclure les décisions et les actions visant à promouvoir la santé et à prévenir la maladie. Ces définitions correspondent mieux à la définition complète des autosoins proposée par Dean (1986) dans les premiers articles publiés sur les autosoins :

***Les autosoins incluent les décisions de ne rien faire, les actions autodéterminées visant à promouvoir la santé ou à traiter la maladie et les décisions d'obtenir des conseils, auprès de personnes non professionnelles, de professionnels et de réseaux de soins de médecine douce, ainsi que l'évaluation des mesures basées sur ces conseils et les décisions y ayant trait .***

Les autosoins portent sur la gamme des activités effectuées par les individus pour améliorer leur santé, prévenir la maladie, évaluer les symptômes et restaurer la santé. Ces activités sont entreprises par des personnes non professionnelles pour elles-mêmes, soit séparément, soit avec la participation de professionnels. Les autosoins incluent les décisions de ne rien faire, les actions autodéterminées visant à promouvoir la santé ou à traiter la maladie et les décisions d'obtenir des conseils, auprès de personnes non professionnelles, de professionnels et de réseaux de soins de médecine douce, ainsi que l'évaluation des mesures basées sur ces conseils et les décisions y ayant trait (p. 62).

Le terme de « soutien » aux autosoins n'a pas été défini de manière explicite dans la plus grande partie du travail associé à ce projet. Cependant, on considère généralement qu'il se réfère aux efforts des professionnels des soins de santé pour aider les consommateurs à prendre des décisions et des mesures concernant leur santé. Certaines personnes pourraient ne pas vouloir participer aux activités d'autosoins et les professionnels de la santé doivent être conscients de cette préférence.

Récemment, le Comité de développement du réseau Prendre en main sa santé a formulé les définitions de travail suivantes des autosoins et du soutien aux autosoins. Les autosoins se réfèrent aux décisions et actions prises par les gens pour maintenir et améliorer leur santé (Santé Canada, 1997). Soutenir les autosoins inclut « soutenir la personne (lui exprimer son acceptation, l'écouter, etc.), partager des connaissances, faciliter l'apprentissage et le développement personnel, aider la personne à construire des réseaux de soutien et fournir un milieu favorable. Ces pratiques et attitudes se situent dans le contexte des relations entre le patient/client et les professionnels de la santé, et sont ancrées dans une base de connaissances pertinentes ».

# Les perspectives changeantes en matière de soins de santé

---





## ***L'intégration des autosoins et du soutien aux autosoins aux perspectives changeantes en matière de soins de santé***

---

Au Canada, un intérêt face au soutien aux autosoins s'est développé parallèlement aux perspectives changeantes en matière de soins de santé dans notre pays. En 1974, le rapport Lalonde intitulé *Une nouvelle perspective sur la santé des Canadiens* (Santé et Bien-être Canada, 1974) a suggéré qu'en plus du système de prestation des soins de santé, trois autres facteurs influent sur la santé des gens : la biologie humaine, l'environnement et le mode de vie. Ce travail a permis de développer plus avant le domaine de la promotion de la santé. En 1986, Santé Canada a suggéré que les autosoins représentaient l'un des trois mécanismes clés de la promotion de la santé visant à assurer la santé de tous les Canadiens (Santé et Bien-être Canada, 1986).

Dans les années 90, il fut reconnu qu'un éventail plus large de déterminants de la santé doit être pris en considération dans les stratégies visant à influencer sur l'état de santé des Canadiens. Le projet *Prendre en main sa santé* a été axé sur trois de ces déterminants : la capacité personnelle de faire face à la situation et les techniques, les modes de vie personnels et les services de soins de santé (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1994).

Plus récemment, on a porté davantage d'attention au rôle des soins de santé primaires pour améliorer la qualité des soins de santé au Canada (Rock, 2000). Les soins de santé primaires représentent tant une philosophie des soins de santé qu'une approche à la prestation des services (AIIC, 2000). Il semble logique et approprié qu'une philosophie des soins centrés sur le patient ou le client, ce qui représente la fondation du soutien aux autosoins, soit un concept clé de l'approche des soins de santé primaires. Le lien entre le soutien aux autosoins et les soins de santé primaires sera discuté par la suite en plus grand détail.

# Résultats clés

---



## ***Résultats clés***

---

En 1997, à la fin de l'étude exploratoire, un certain nombre d'implications ont émergé touchant à la pratique, à l'enseignement, à la recherche et aux politiques. La plupart d'entre elles étaient de nature générale. Il fut noté qu'un plus grand nombre de médecins et d'infirmières intéressés au soutien professionnel aux autosoins devaient examiner les résultats de l'étude avant que l'on ne puisse présenter des recommandations plus spécifiques. Depuis, bien plus de médecins et d'infirmières, ainsi qu'un certain nombre de consommateurs, ont participé à des études et à des discussions en matière de soutien aux autosoins. Une partie de ce travail, en particulier les projets subventionnés par l'Initiative, ont produit des recommandations spécifiques qui sont disponibles dans les rapports sur le projet. Il est maintenant possible de dégager des tendances et des questions générales qui ont émergé de l'étude sur le soutien aux autosoins.

### ***Universalité des principes de soutien aux autosoins***

Au fil du projet Prendre en main sa santé, il est devenu apparent que les différents principes reliés au soutien aux autosoins s'appliquent, quel que soit le domaine d'intérêt : enseignement, pratique, recherche ou politiques.

L'approche de soutien aux autosoins inclut les principes suivants :

- Le patient/client/consommateur est toujours considéré comme un partenaire en ce qui concerne les soins.
- L'approche est sensible au sexe et à la culture.
- Le climat des relations entre le professionnel des soins de santé et le consommateur est basé sur la confiance.
- L'approche au soutien aux autosoins est basée sur une tentative systématique de bénéficier de la motivation de la part du patient/client à améliorer sa santé.
- L'approche est facilitée par une collaboration interdisciplinaire.
- Les professionnels des soins de santé ont besoin d'un enseignement, d'une pratique et d'un soutien pour améliorer leur soutien aux autosoins.
- Les résultats fondés sur la preuve sont nécessaires pour soutenir l'efficacité de cette approche.

Les principes présentés ici constituent une série de principes initiaux. Des principes supplémentaires émergeront probablement au fil des études et de la mise en vigueur d'approches de soutien aux autosoins.

## ***Le lien entre le soutien aux autosoins et les soins de santé primaires***

En 1978, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a reconnu l'importance des soins de santé primaires comme moyen d'assurer la santé de tous. L'OMS (1978) a défini les soins de santé primaires comme étant en partie « des soins de santé essentiels basés sur des méthodes pratiques, scientifiquement saines et socialement acceptables, et des technologies rendues universellement accessibles aux individus et aux familles dans une communauté, par le biais de leur participation entière, et à un coût que la communauté et le pays ont les moyens de s'offrir à chaque étape de leur développement, dans un esprit d'autonomie et d'autodétermination » (p. 3).

Les soins de santé primaires incluent et intègrent la promotion de la santé ainsi que les soins préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de soutien. L'un des principes clés des soins de santé primaires, c'est la participation des consommateurs. En soutenant les efforts de leurs patients et de leurs clients en matière d'autosoins, les médecins et les infirmières encouragent les individus à assumer la responsabilité de leurs décisions concernant leur santé et d'y participer.

Relier le soutien aux autosoins à la réforme des soins de santé primaires et aux autres réformes des systèmes de soins de santé pourrait offrir des occasions d'intégrer le soutien aux autosoins au système de soins de santé. Les associations professionnelles représentant les médecins et les infirmières ont affirmé l'importance de l'approche du soutien aux autosoins en cette époque de réforme de la santé. L'AIIC (1996) a recommandé des occasions et des soutiens adéquats aux partenariats avec des fournisseurs, pour permettre au public de jouer un plus grand rôle en matière de décisions de santé. On a noté que l'environnement de soins de santé le plus efficace est celui où le patient a accès à toute l'assistance nécessaire pour résoudre ses problèmes essentiels de santé (Bowmer, 2001). Le projet «Futures», une initiative récente de l'Association médicale du Canada (2000), résume les mesures que les médecins individuels ainsi que la profession tout entière peuvent prendre pour contribuer à créer un avenir correspondant aux valeurs et à la vision de la profession. Se référant directement au soutien aux autosoins, on demande aux médecins d'encourager et de soutenir les autosoins et l'entraide. On leur demande également d'améliorer les connaissances techniques en matière d'autosoins et la capacité de la communauté dans ce domaine.

## ***Sensibilisation et éducation des professionnels des soins de santé***

Au fil des différentes phases suivantes du projet de soutien aux autosoins, on a renforcé les hypothèses découlant de l'étude exploratoire initiale en ce qui concerne l'enseignement des infirmières et des médecins. On est généralement d'accord pour dire que les programmes éducatifs aux niveaux de premier, deuxième et troisième cycle, ainsi que de formation continue, devraient intégrer à leurs programmes d'études des connaissances concernant les attitudes, les connaissances théoriques et pratiques nécessaires pour le soutien aux autosoins. Par le biais du projet de soutien aux autosoins, les éducateurs ont appris qu'il est plus facile d'en-

seigner aux médecins et aux infirmières les concepts et les stratégies de soutien aux autosoins en prenant en considération les situations cliniques particulières des patients et des clients. Plutôt que d'étudier le soutien aux autosoins de manière isolée, hors du contexte des soins, les professionnels des soins de santé devraient mettre davantage l'accent sur l'apprentissage de la manière dont ils pourront soutenir les efforts d'autosoins chez les gens pouvant présenter des problèmes de santé, comme l'hypertension, ou qui désirent apporter des changements à leur mode de vie, comme augmenter leur niveau d'exercice.

***Ces ateliers de travail ont stimulé le partage et la sensibilisation des professionnels des soins de santé concernant les nombreux aspects du soutien aux autosoins.***

Il y a aussi un consensus sur le fait qu'une approche interdisciplinaire à la prestation de ces services d'enseignement est nécessaire et qu'il est essentiel de renforcer le rôle des consommateurs dans le cadre de l'enseignement des professionnels de la santé. Une culture mettant l'accent sur les autosoins facilite l'enseignement des professionnels de la santé. Le concept des autosoins doit donc être introduit plus tôt dans le système général d'enseignement.

Entre 1998 et 2001, une variété d'ateliers de travail interdisciplinaires ont été organisés pour les professionnels et les consommateurs. Ces ateliers de travail ont stimulé le partage et la sensibilisation des professionnels des soins de santé concernant les nombreux aspects du soutien aux autosoins. Plusieurs de ces ateliers de travail expérimentaux ont obtenu une évaluation extrêmement positive de la part des participants et ils constituent donc de bons modèles pour les efforts qui seront faits par la suite en matière de développement professionnel, dans le domaine du soutien aux autosoins par les professionnels de soins de santé primaires.

Les défis cernés pendant les premières étapes dans le domaine de l'enseignement auprès des professionnels des soins de santé en matière de soutien aux autosoins continuent d'exister. Ceux-ci incluent les difficultés inhérentes à tout changement de programme d'étude ainsi qu'au manque de communication entre les établissements d'enseignement, de financement pour les nouveaux programmes, d'intérêt de la part de certains éducateurs et étudiants, d'occasions éducatives interdisciplinaires, de participation adéquate des consommateurs aux programmes d'étude et de résultats fondés sur la preuve soutenant de manière efficace l'approche des autosoins.

Les projets subventionnés par le biais de l'Initiative ont démontré des stratégies permettant de surmonter certains de ces défis. Pour illustrer ces développements, vous trouverez ci-joint les points saillants de certains des projets. Les descriptions des neuf projets sont incluses au rapport sur le Symposium (annexe B). Les équipes du projet ont fait des recommandations spécifiques en matière de pratique et d'étude pour l'avenir. Elles ont aussi élaboré des outils pour contribuer à l'enseignement auprès des professionnels des soins de santé. On trouvera des exemples de ces outils aux annexes.

L'**Université de Calgary** a planifié une activité éducative visant à incorporer la théorie des autosoins au programme clinique dans le cadre d'un modèle d'apprentissage interdisciplinaire. Trois ateliers de travail éducatifs pour les étudiantes en sciences infirmières et les résidents en pratique familiale ont porté sur le diabète, la gestion des soins palliatifs et l'éthique professionnelle. L'équipe du projet a élaboré un outil permettant d'effectuer, auprès des participants, un sondage concernant les aspects d'autosoins de ces domaines de la santé (annexe C). Deux leçons durables du projet ont été la reconnaissance de l'importance du rôle du patient en tant qu'« enseignant » et le besoin d'identifier et de gérer les tensions interdisciplinaires dans la gestion des soins.

Un projet à l'**Université Laval** a révélé que les médecins et les infirmières n'accordent pas toujours une valeur égale au soutien aux autosoins et que mettre en vigueur une culture fondée sur l'interdisciplinarité et la promotion des autosoins parmi les professionnels des soins de santé nécessite un effort concerté. Le projet-pilote visait à établir un partenariat interdisciplinaire et un partenariat avec les femmes traversant la ménopause, ce qui assurait la promotion des autosoins dans les unités de pratique familiale. Cinq activités de formation ont été élaborées en vue de leur prestation à l'aide de différents outils, comme des présentations informelles, des discussions de groupe, des activités de jeux de rôles, des lectures dirigées, des ateliers de travail pratiques et un journal de bord. Les auteurs ont conclu qu'il était nécessaire de remettre davantage en question les cultures universitaires existantes et les pratiques traditionnelles.

L'objectif du projet de l'**Université McGill** était d'élaborer un programme éducatif visant à promouvoir une approche de collaboration aux autosoins dans la pratique des infirmières et des médecins travaillant dans une unité de médecine familiale pour patients externes. Ce programme était axé sur le développement de partenariats d'apprentissage entre les clients/familles et les infirmières et les médecins. Un autre objectif, c'était de promouvoir la collaboration entre les infirmières et les médecins à tous les niveaux, par le biais de la création de nouvelles occasions d'enseignement, d'apprentissage et de recherche interdisciplinaire dans le domaine des autosoins. Le programme de huit semaines comportait trois activités principales d'apprentissage : une discussion interdisciplinaire en petits groupes, la réalisation d'un vidéo sur un exercice clinique et la réalisation d'un module d'apprentissage interdisciplinaire sur les autosoins. L'évaluation des activités d'apprentissage a fourni une compréhension des points forts et faibles de chaque méthode. Parmi les outils élaborés pour le projet, on a compté un questionnaire d'autosoins basé sur une variété de scénarios cliniques patient/famille (annexe D). Le projet a abouti à un réseautage interdisciplinaire positif et à de nouveaux liens entre l'École de sciences infirmières et la Faculté de médecine.

Deux autres obstacles importants à l'éducation des professionnels des soins de santé en matière de soutien aux autosoins sont l'écart entre les efforts des éducateurs en vue d'enseigner une approche de soutien aux autosoins et leur incapacité de modeler leurs autosoins à cause d'un manque de pratiques personnelles d'autosoins. Cette dichotomie est également évidente dans la pratique, quand les praticiens des soins de santé sont incapables de modeler des pratiques d'autosoins pour leurs patients et leurs clients. Un projet subventionné à

l'**Université de Toronto** a exploré comment promouvoir les autosoins dans l'élaboration des programmes d'étude. L'une des conclusions importantes de ce travail, c'est que la culture traditionnelle dans les établissements d'enseignement et de santé ne soutient pas de manière adéquate et n'encourage pas la promotion consistante des autosoins de la part des professionnels des soins de santé. Pour que les initiatives en matière d'autosoins soient soutenues au niveau individuel, elles doivent être soutenues au niveau institutionnel. Pour promouvoir les concepts positifs d'autosoins parmi les étudiants, les professionnels universitaires des soins de santé pourraient adopter des stratégies comme : encourager la réflexion et la sensibilisation parmi les membres du corps enseignant et les étudiants, ainsi qu'une meilleure communication entre les enseignants et les étudiants.

### ***L'intégration des autosoins à la pratique professionnelle***

Grâce aux projets de l'Initiative, les médecins et les infirmières se sont également renseignés sur les stratégies et les outils plus spécifiques visant à inclure à leur pratique le soutien aux autosoins. La **Nuu-chah-nulth Community and Human Services** de l'île de Vancouver a réalisé un projet-pilote visant à améliorer la capacité des fournisseurs de soins de santé de promouvoir les comportements d'autosoins chez les clients de leur communauté. Dans le cadre d'un processus de collaboration, des infirmières, des médecins et des représentants de la communauté ont préparé des plans d'action visant à promouvoir les comportements d'autosoins. Ce projet a démontré l'efficacité d'encourager le personnel à élaborer des plans d'action, ainsi qu'à cerner les facteurs représentant des obstacles aux comportements d'autosoins et les facteurs qui les facilitent.

Le projet de l'**Université du Manitoba** a abouti à un manuel d'autosoins élaboré pour aider les personnes âgées à pratiquer les autosoins (annexe E). Ce manuel est conçu pour mettre l'accent sur les thèmes positifs des autosoins fournis par les participants lors d'ateliers de travail auxquels ont participé des fournisseurs de soins de santé et des personnes âgées. Le manuel fournit également des solutions possibles à certains des obstacles aux autosoins (comme le manque de motivation chez le client et le manque de temps chez le professionnel de la santé).

Une autre contribution importante aux projets-pilotes fut la création d'un calendrier de santé pour encourager les patients de chirurgie d'un jour à assumer la responsabilité de leur propre santé. Cet outil, élaboré et validé à l'**Université de Moncton, campus d'Edmundston** par des patients de chirurgie d'un jour, en collaboration avec des professionnels des soins de santé, fournit aux utilisateurs de services une meilleure préparation pour affronter l'expérience des soins de santé et aider les professionnels des soins de santé à soutenir les efforts des usagers en matière d'autosoins (annexe F).

Pour suppléer à ce qui a été appris grâce aux projets individuels, le Comité coordinateur de l'Initiative partagée a chargé Stratégies en évaluation Inc. d'effectuer un sondage auprès des chefs de file et des membres des différents projets afin d'identifier les facteurs reliés aux succès ou aux difficultés dans le développement des projets d'autosoins

et la promotion des autosoins en général. Bien que les réponses aux différents facteurs aient varié, plusieurs facteurs ont émergé comme ayant été très importants pour le succès de la promotion des autosoins. Les facteurs principaux ou les stratégies réussies ont été comme suit :

- adapter un programme ou une intervention à la capacité du client, à son degré de motivation, à sa capacité et à ses circonstances;
- faire participer le cas échéant les membres de la famille et le système de soutien;
- inclure la population cible à l'élaboration du programme ou de l'intervention;
- veiller à ce que des ressources soient disponibles dans la communauté pour garantir la continuation des comportements d'autosoins;
- faire participer des disciplines multiples à l'élaboration du programme d'intervention ou à la promotion des approches d'autosoins;
- veiller à ce que les praticiens soient soutenus dans leurs efforts de soutien aux autosoins.

Il est clair, d'après les résultats des différentes phases du projet, que le soutien aux autosoins par les professionnels des soins de santé se produit sur une base individuelle. Cependant, tant les professionnels des soins de santé que les consommateurs ont indiqué que le soutien aux autosoins n'est pas encore une pratique bien intégrée au sein du système de soins de santé. De nombreux obstacles continuent de découler de certains facteurs du milieu de travail, comme le manque de temps, le manque de personnel et la rémunération inadéquate. Les autres obstacles sont reliés à la difficulté de changer les attitudes et la manière de soigner, pour passer d'un modèle centré sur la maladie à un modèle centré sur le patient ou le client. Peu de recherches ont été faites concernant l'impact des stratégies de soutien aux autosoins sur les résultats enregistrés pour les patients.

D'autres stratégies proposées pour la réforme de la prestation des soins de santé primaires ont également le potentiel de réduire certains des défis auxquels font face les professionnels des soins de santé quand il s'agit d'intégrer à leur pratique le soutien aux autosoins. Par exemple, une solution prévoit de réduire le nombre de patients évalués dans les salles d'urgence des hôpitaux communautaires en créant des services de triage téléphonique. En aidant les gens qui appellent à régler leurs problèmes de santé, les infirmières auront la possibilité de soutenir les efforts des clients en matière d'autosoins.





## ***Les prochaines étapes***

---

Dans l'étude exploratoire, les médecins et les infirmières ont révélé que soutenir les auto-soins est une activité satisfaisante sur le plan professionnel. Certains parlent de la satisfaction qui découle de voir les patients prendre en charge leur propre santé ou de se percevoir comme des partenaires, à égalité avec leurs médecins dans la recherche de la santé. D'autres parlent de la gratification que représente l'apprentissage auprès des patients et le sentiment de soulagement en constatant que la responsabilité de la santé du patient n'incombe pas seulement au professionnel de la santé.

Au fil du développement du projet, de nombreux autres professionnels des soins de santé et consommateurs ont ajouté leur voix à celle de ceux qui apprécient l'occasion de travailler en collaboration pour adopter une approche efficace en matière de soins de santé. Ils sont convaincus que les avantages de soutenir l'approche des auto-soins sont plus importants que les obstacles. L'Initiative Prendre en main sa santé et le réseau Prendre en main sa santé ont encouragé une masse critique de gens à participer à cette entreprise pour faire avancer ce dossier.

Il est anticipé que des mécanismes et des stratégies visant à développer le soutien aux auto-soins dans la pratique seront introduits par le biais d'un programme d'activités multicentres. Un objectif majeur sera d'intégrer le soutien aux auto-soins à la réforme des soins de santé primaires. L'objectif ultime est de disposer au Canada d'une culture créant un environnement où les individus se sentiront motivés et aidés à prendre en main leur santé ainsi que la santé de ceux qui les entourent. Il est reconnu que la mise en vigueur de ce projet devra relier la théorie à l'expérience, à l'enseignement et à la pratique. Par le biais de la capacité de recherche des universités, les résultats fondés sur la preuve en matière de soutien aux auto-soins par les professionnels des soins de santé peuvent être générés par le biais d'approches expérimentales. Les consommateurs vont continuer de jouer un rôle important dans le cadre de toutes ces activités.

# Bibliographie



## Bibliographie

---

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (1996) *Impératif : faire les changements appropriés pour améliorer la santé des Canadiens*. Ottawa : Auteur.

Association médicale canadienne. (2000). *Coup d'œil sur l'avenir de la santé, des soins de santé et de la médecine*. Ottawa: Auteur. Extrait le 10 octobre 2001 de [www.cma.ca/cma/common/displayPage.do?pageld=/StaticContent/HTML/NO/12/working-on/futures/documents.htm](http://www.cma.ca/cma/common/displayPage.do?pageld=/StaticContent/HTML/NO/12/working-on/futures/documents.htm)

Bowmer, I. (2001). *Primary health care enhancement*. Présentation au Provincial (Newfoundland and Labrador) Primary Health Care Committee, 25 février 2001.

Comité fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. (1994). *Strategies for population health: Investing in the health of Canadians*. Ottawa : Ministère des Approvisionnement et Services Canada.

Dean, K. (1986). Self-care behavior: Implications for aging. Tiré de K. Dean, T. Hickey, B.E. Holstein (Eds.), *Self-care and health in old age: Health behavior implications for policy and practice* (p. 58-93). Londres : Croom Holm.

Forum national sur la santé (1997). *Canada health action: Building the legacy*. (Vol. 1). Ottawa : Auteur.

Disponible à <http://www.nfh.hc-sc.gc.ca/publicat/finvol1/1trans.htm>

Organisation mondiale de la santé. (1978). *Primary Health Care*. Rapport du Congrès international sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS, 6-12 septembre 1978. Genève : Auteur.

Rock, A. (2000). Canada's health care system. Notes pour le discours prononcé à la Faculté de médecine de l'Université de Calgary, Calgary (Alberta) le 10 mars 2000. Extrait le 10 octobre 2001 de <http://www.hc-c.gc.ca/english/media/speeches/10mar2000mine.htm>

Romanow, R. (2001). *134<sup>e</sup> Congrès annuel de l'Association médicale canadienne*. (2001) Extrait le 23 août 2001 de [www.healthcarecommission.ca/speech\\_14aug2001.htm](http://www.healthcarecommission.ca/speech_14aug2001.htm)

Santé et Bien-être Canada. (1974). *Nouvelle perspective sur la santé des Canadiens*. Ottawa : Ministère des Approvisionnement et Services Canada.

Disponible à [www.hc-sc.gc.ca/english/care/achieving\\_health.html](http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/achieving_health.html)

Santé et Bien-être Canada. (1986). *Achieving health for all: A framework for health promotion*. Ottawa : Ministère des Approvisionnements et Services Canada.

Santé Canada. (1997). *Prendre en main sa santé : l'apport des infirmières et des médecins : Étude exploratoire*. Ottawa : Ministère de l'Approvisionnement et Services gouvernementaux Canada.

Disponible à [www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/supporting.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/supporting.htm) ou par la poste en s'adressant à Santé Canada, Unité des publications, Brooke Claxton, Tunney's Pasture, Locateur d'adresse 0913A, Ottawa (Ontario) K1A 1K9, Télécopieur : (613) 941-5366.

Santé Canada. (1998). *Prendre en main sa santé : l'apport des infirmières et des médecins enseignants*. Ottawa : Ministère de l'Approvisionnement et Services gouvernementaux Canada.

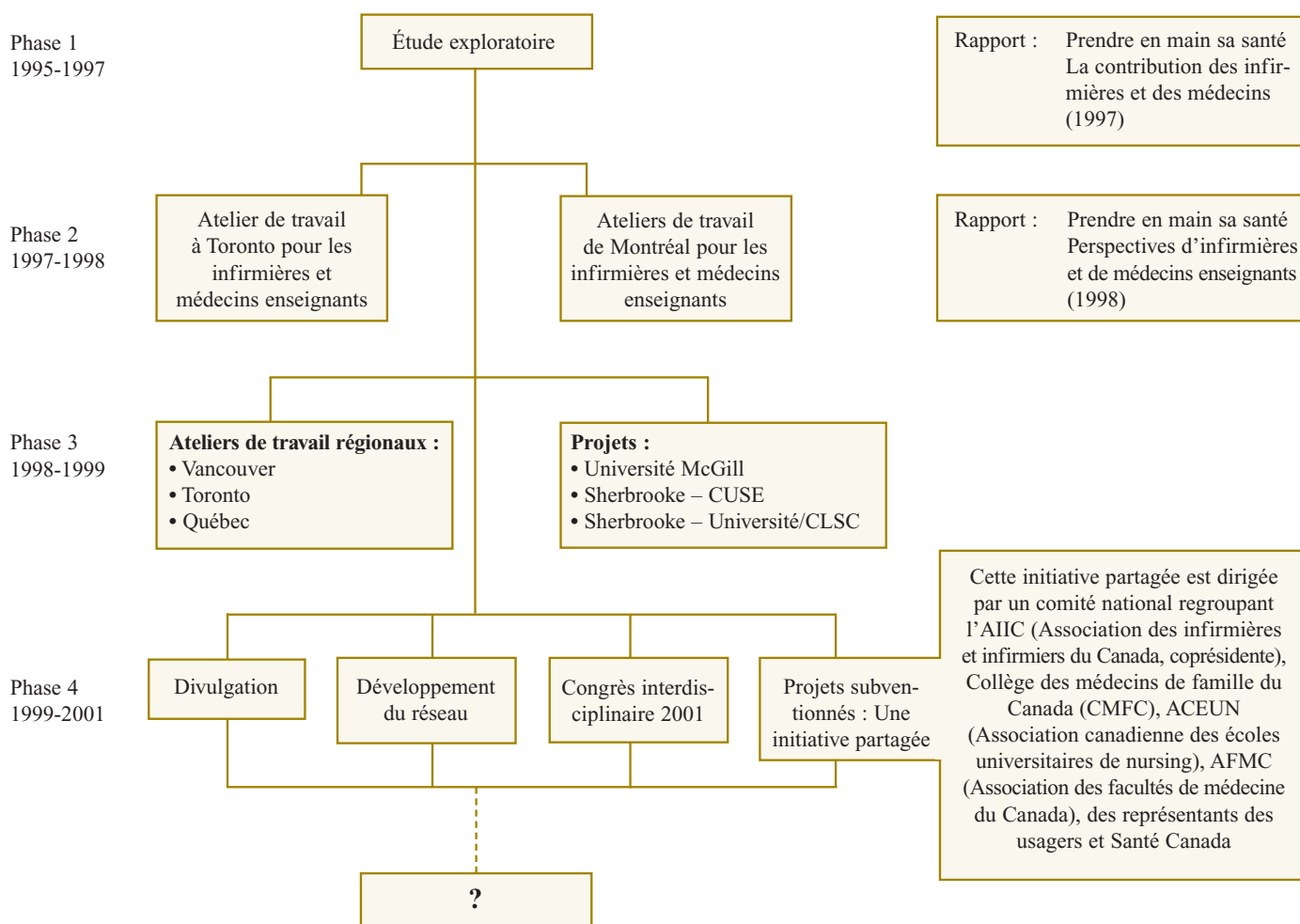
Disponible à [www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/supporting.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/supporting.htm) ou par la poste en s'adressant à Santé Canada, Unité des publications, Brooke Claxton, Tunney's Pasture, Locateur d'adresse 0913A, Ottawa (Ontario) K1A 1K9, Télécopieur : (613) 941-5366.

Santé Canada. (2001). *Information : Soins de santé primaires au Canada*. Extrait le 8 octobre 2001 de [http://www.hc-sc.gc.ca/english/media/releases/2001/2001\\_123ebk1.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/english/media/releases/2001/2001_123ebk1.htm)

## Annexe A :

### Prendre en main sa santé : Survol du projet

**Objectif : Obtenir une masse critique de professionnels des soins de santé travaillant à soutenir les auto-soins**



Santé Canada, Division des systèmes de santé,  
octobre 1999

**Annexe B :**

**Rapport sur le symposium**



PRENDRE EN  
MAIN SA SANTÉ:  
UNE INITIATIVE  
PARTAGÉE  
SUPPORTING  
SELF-CARE:  
A SHARED  
INITIATIVE

# RAPPORT SUR LE SYMPOSIUM

OTTAWA (ONTARIO)  
2-4 juin 2001



Prendre en main sa santé : une initiative partagée est le fruit de la collaboration de quatre organismes ainsi que de Santé Canada : l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association canadienne des écoles universitaires de nursing et l'Association des facultés de médecine du Canada. Cependant, les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement la politique officielle de ces groupes.

Prendre en main sa santé : une initiative partagée a été parrainé par la Division des Stratégies en matière de ressources humaines en santé, Santé Canada, par le biais d'une subvention accordée par le Fonds pour la santé de la population, Santé Canada.

Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement la politique officielle de Santé Canada.

Sujet principal sous le titre :  
Prendre en main sa santé : une initiative partagée — 1999-2002

© 2002. Tous droits réservés

Publié par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada  
Ottawa, Canada

ISBN 1-55119-995-5

Also available in English.

Conception graphique, composition et production technique :  
Association des infirmières et infirmiers du Canada

Emblème :  
Storm Visual Communications Inc.



# TABLER DES MATIÈRES

Remerciements	1
Généralités et introduction	3
Format et processus du Symposium	3
Déclaration préliminaire – Abby Hoffman, Santé Canada	4
Conférencier principal – Robert McMurtry, Santé Canada	5
Les attentes	6
Première partie : Profil des projets et des leçons apprises	7
La pratique professionnelle	7
L'enseignement	9
La pratique communautaire	13
Deuxième partie : Ce qui donne les meilleurs résultats	15
Troisième partie : Le réseau de soutien aux autosoins	17
Quatrième partie : Ce que nous souhaitons	18
Cinquième partie : Perspectives d'avenir	22
Récapitulation - Messages et thèmes clés	26
Sixième partie : Nos engagements	28
Remarques en guise de conclusion	31



# REMERCIEMENTS

De nombreuses personnes ont contribué au projet Prendre en main sa santé : une initiative partagée, phase quatre du projet Prendre en main sa santé.

Nous désirons remercier tout particulièrement les membres du comité directeur du projet qui ont appuyé les différentes phases de l'Initiative avec un dévouement remarquable, pendant plus de deux ans. Ils ont aidé à atteindre les objectifs et à garder le cap sur les buts fixés.

Nous voudrions également remercier les organismes qui ont participé à l'initiative et ont fait un travail utile, non seulement en envoyant des représentants, mais aussi en nous réservant un espace lors de leurs congrès, dans leurs sites Web et bulletins de nouvelles pour partager avec les professionnels de la santé des informations concernant le soutien aux auto-soins.

Enfin, l'initiative a bénéficié de la collaboration de professionnels des soins de santé qui ont participé aux neuf projets subventionnés et de ceux qui ont participé au symposium de juin 2001 à Ottawa. Leur participation a été grandement appréciée.

Nous voudrions également reconnaître le soutien fourni par le personnel de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada dans différents domaines et ce, tout au long de ce projet.

## Comité directeur

Alain Pavilanis, MD, CM, CCFP, FCFP  
Coprésident, représentant du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC)  
Université McGill  
Montréal (Québec)

Lynette Leeseberg Stamler, IA, PhD  
Coprésidente, représentante de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC)  
Université Nipissing  
North Bay (Ontario)

Hector Balthazar  
Représentant des consommateurs  
Gloucester (Ontario)

Ian Bowmer, MD  
Représentant de l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC)  
Université Memorial  
St. John's (Terre-Neuve et Labrador)

Joni Boyd, IA, BA, BNSc, MEd  
Association des infirmières et infirmiers du Canada  
Conseillère en politiques de soins infirmiers  
Ottawa (Ontario)

Louise Hagan, IA, PhD  
Représentante de l'Association canadienne des écoles universitaires de nursing (ACEUN)  
Université Laval, Québec (Québec)

Laurie Potovsky-Beachell  
Représentante des consommateurs  
Rosser (Manitoba)

Moira Tobin, MA, LLB  
Analyste en politiques sur la santé  
Collège des médecins de famille du Canada  
Mississauga (Ontario)

Jean-Marie Romeder, PhD  
Conseiller principal, Division des Stratégies en matière de ressources humaines en santé  
Santé Canada  
Ottawa (Ontario)

Robert Shearer  
Directeur intérimaire, Division des ressources en matière de santé —  
Stratégies  
Santé Canada  
Ottawa (Ontario)

## Équipe de soutien

Antoinette Lambert, IA, M. Ed  
Gestionnaire de projet, Association des infirmières et infirmiers du  
Canada  
Ottawa (Ontario)

Pierre Lambert  
Adjoint de projet

Barbara LaPerrière, IA, M.Sc  
Conseillère (rapport final)

Alan Sobel  
Conseiller (facilitation du Symposium)

Derek Ellis  
Conseiller (rapport sur le Symposium)

## Comité d'élaboration du réseau Prendre en main sa santé

Hector Balthazar  
Gloucester (Ontario)

Alain Vanasse, MD  
Université de Sherbrooke  
Sherbrooke (Québec)

Juliette E. Cooper, PhD, OT (C)  
Université du Manitoba  
Winnipeg (Manitoba)

Wayne Weston, MD  
Université Western Ontario  
London (Ontario)

France L. Marquis, M.Sc.Inf.  
Université de Moncton, Campus d'Edmundston  
Edmundston (N.-B.)

Lynne Young, IA, PhD  
Université de Victoria  
Victoria (C.-B.)

Laurie Potovsky-Beachell  
Rosser (Manitoba)

Alain Pavilanis, MD, CM, CCFP, FCFP  
Coprésident, représentant du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC)  
Université McGill  
Montréal (Québec)

Lynnette Leeseberg Stamler, IA, PhD  
Représentante du comité directeur  
Université Nipissing  
North Bay (Ontario)

Isabelle Caron  
Adjointe de projet, Santé Canada  
Ottawa (Ontario)

Peggy Edwards  
Conseillère  
Ottawa (Ontario)

Julie A. Gravel  
Adjointe de projet, Santé Canada  
Ottawa (Ontario)

# GÉNÉRALITÉS ET INTRODUCTION

Le projet *Prendre en main sa santé : Une initiative partagée* a été lancé par Allan Rock, ministre de la Santé, le 18 juin 1999. Il s'agit de la quatrième phase du projet *Prendre en main sa santé*, introduit par Santé Canada en 1995. L'objectif de *Prendre en main sa santé : Une initiative partagée*, c'est d'aider les professionnels de la santé, en particulier les infirmières et les médecins, à soutenir les autosoins dans leur pratique. Dans le cadre de ce projet, on a sollicité, choisi, subventionné et suivi des projets interdisciplinaires entrepris dans des milieux de pratique clinique ou d'enseignement. De plus, un réseau *Prendre en main sa santé* est en voie d'élaboration pour viser à faciliter le partage des informations, le soutien et les connexions entre les professionnels de la santé et les utilisateurs intéressés, pour que les professionnels de la santé soient en mesure de soutenir les autosoins chez les patients et les clients.

Les organismes participant à cette initiative sont les suivants : l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIC), le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), l'Association canadienne des écoles universitaires de nursing (ACEUN), l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) et Santé Canada. Cette initiative est parrainée par l'AIC, dirigée par un comité directeur et gérée par une responsable de projet. Le comité directeur comporte des représentants de tous les organismes participants et de consommateurs.

Le Symposium, qui a eu lieu à Ottawa du 2 au 4 juin 2001, a représenté la culmination de cette quatrième phase du projet *Prendre en main sa santé*. Les professionnels de la santé et les consommateurs participant aux différents projets subventionnés, les partenaires au sein de l'enseignement de la santé, des représentants des décideurs et des personnes oeuvrant dans le domaine des soins communautaires venant d'autres organismes intéressés, ont été invités à participer à un échange d'idées, d'expériences, d'approches et de recommandations. Les objectifs principaux du Symposium étaient les suivants :

- Produire des recommandations concrètes sur le plan de l'enseignement, de la pratique professionnelle et de la politique pour améliorer le concept de l'encouragement aux autosoins parmi les professionnels et pour concrétiser ce concept dans le cadre d'une approche axée sur les soins de primaires.
- Disséminer les expériences actuelles dans les différents domaines de l'initiative *Prendre en main sa santé*.
- Renforcer le *Réseau Prendre en main sa santé*.

## FORMAT ET PROCESSUS DU SYMPOSIUM

Le Symposium a été axé sur les discussions de table ronde, les rapports en séance plénière, les discussions de forum ouvertes et les séances de remue-méninges. De brèves présentations concernant les rapports sur les projets subventionnés ont été fournies aux participants, regroupées sur les trois grands thèmes reliés au sujet du projet : la pratique professionnelle, l'enseignement et la pratique communautaire.

Ce rapport sur le symposium offre un bref survol des présentations (des rapports complets sont disponibles aux sites Web mentionnés) et les points saillants des discussions plénières, y compris les messages clés, les résultats communs, les suggestions et les recommandations.

# DÉCLARATION PRÉLIMINAIRE

**Abby Hoffman, directrice générale**  
**Direction générale de la politique de la santé et des communications**  
**Direction des politiques et des stratégies en matière de santé, Santé Canada**



Ce Symposium représente une étape critique et une phase importante de la stratégie Prendre en main sa santé. L'échange d'idées et d'expériences parmi les différents professionnels des soins de santé, les éducateurs en matière de santé et les consommateurs de soins de santé qui s'est déroulé depuis le début du programme a été une caractéristique clé des progrès réalisés jusqu'à présent, et cette collaboration est de nouveau évidente dans le cadre de ce Symposium.

Par le biais de l'initiative *Prendre en main sa santé : Une initiative partagée*, neuf projets-pilotes ont été sélectionnés et subventionnés. Ils ont produit un certain nombre d'idées, d'approches et de recommandations innovatrices que nous aurons l'occasion de passer en revue et dont nous discuterons dans le cadre du Symposium.

Santé Canada croit que l'objectif à long terme de l'initiative Prendre en main sa santé — renforcer le soutien aux autosoins dans la pratique des professionnels des soins de santé — est un aspect crucial du renouvellement du système de soins de santé canadien, particulièrement dans le contexte des soins de santé primaires.

Notre objectif, au cours des deux prochains jours, sera de dégager des stratégies innovatrices mais pratiques, d'influer sur la pratique et la formation des professionnels de la santé, afin de les aider à améliorer et développer leurs réponses aux besoins de leurs clients et patients. Nous recherchons des recommandations et des suggestions concrètes, raisonnables et réalisables. Votre expérience, vos connaissances et votre collaboration constructive sont importantes et appréciées, alors que nous travaillons ensemble à faire avancer le dossier des autosoins.

**D<sup>r</sup> Robert McMurtry**  
**Sous-ministre adjoint**  
**Direction générale de la population et de la santé publique**  
**Santé Canada**



Merci pour votre invitation à me rejoindre à vous ici aujourd'hui. C'est un grand plaisir que de participer à ce symposium et d'avoir l'occasion de partager des informations concernant le rôle futur des autosoins dans le cadre des soins de santé au Canada, et d'en discuter.

Ce symposium vise trois objectifs clés : intégrer la philosophie des autosoins aux soins primaires, améliorer la collaboration entre les médecins, les infirmières et les autres professionnels de la santé, et intégrer la compétence professionnelle en matière de santé ainsi que les besoins des patients, c'est-à-dire réaliser des soins centrés sur le patient, axés sur le dévouement, la communication et le terrain commun. Des progrès ont été faits pour chacun de ces objectifs.

Au nom de Santé Canada, je suis très fier des projets qui ont été subventionnés par le biais de Prendre en main sa santé : une initiative partagée. Aujourd'hui, je voudrais mettre brièvement l'accent sur des exemples de projets offrant de nombreuses solutions possibles et contribuant à développer la capacité communautaire :

L'accent mis par le projet de l'Université de Calgary sur trois aspects de la santé : le diabète, la gestion des soins palliatifs et la déontologie, a été très approprié et applicable à de nombreux niveaux. Le projet McGill est impressionnant pour l'intégration des cultures des différentes professions, pour le partage des informations et des ressources et pour l'adaptation du matériel existant. Le projet Laval a pris en considération le besoin d'efforts concertés pour collaborer dans le cadre d'une synergie. Le projet du Manitoba, mettant l'accent sur les personnes âgées, a très bien réussi à transmettre son message aux professionnels de la santé et aux usagers participants. Le projet de Réseau de la santé de l'université s'est efforcé de créer une communauté d'apprenants en matière de santé, d'enseignants et de professionnels : développer la capacité communautaire pourrait bien être la chose la plus importante que nous puissions réaliser. Le projet du Nouveau-Brunswick a dû surmonter des grèves pendant le déroulement du projet et a réussi à respecter les échéances. Comme mentionné dans la conclusion de ce projet « à l'aube du nouveau millénaire, les méthodes de prestation des soins de santé sont en évolution constante et nécessitent de nouvelles pratiques et des changements conçus pour répondre aux besoins biophysiques, psychocognitifs et socioéconomiques du public ». Intégrer ces besoins est d'une importance cruciale et fait partie intégrante du projet. « La promotion des autosoins par les professionnels des soins de santé et l'acceptation de la responsabilité des individus face aux autosoins sont hautement recommandées et souhaitables. »

Ce travail important doit avoir l'occasion de faire une différence. C'est pourquoi nous devons non seulement développer ces succès et tirer les leçons de ce symposium, mais nous devons aussi rédiger des rapports, proposer des réformes et réseauter. Nous devons élaborer des recommandations pratiques et concrètes, abordant l'enseignement, la pratique professionnelle et les politiques. Nous devons veiller à ce que ces informations soient disséminées et à ce que ces idées soient partagées, surtout dans le contexte des soins de santé primaires. Le réseau Prendre en main sa santé, c'est l'un des moyens clés d'atteindre ce but; nous devons tous le soutenir et veiller à ce qu'il connaisse le succès.

Le groupe réuni ici aujourd'hui peut diriger ces efforts. Le degré auquel vous pensez pouvoir diriger ces efforts sera en relation directe avec votre succès dans ce domaine. Par le biais de vos organisations, vous représentez presque 300 000 Canadiens et Canadiennes. Les questions reliées à la santé et aux soins de santé sont des priorités pour tous les Canadiens. Les preuves que vous êtes en mesure de réunir sont de plus en plus nombreuses et renforcent le concept que les autosoins sont importants.

Mais qui définira l'avenir? S'il y a unité d'action parmi les gens que vous représentez, vous pourrez définir l'avenir. Je vous remercie pour les efforts que vous avez faits jusqu'à présent pour faire une différence, ce qui nous aidera à atteindre nos buts.



## LES ATTENTES

Les participants, à leurs tables, ont discuté de leurs attentes face au Symposium. Voici quelques-unes des attentes les plus courantes présentées en séance plénière.

De nombreux participants veulent voir le développement de stratégies pratiques et concrètes pour faire avancer le dossier des autosoins. Ceci inclurait des recommandations et des suggestions concernant les relations entre les professionnels de la santé et les clients, des discussions concernant les systèmes et structures soutenant les autosoins, la définition des domaines des soins de santé où le concept d'autosoins est le plus nécessaire et approprié, des stratégies visant à éduquer et promouvoir le concept des autosoins auprès des étudiants et du corps enseignant, des professionnels de la santé et des consommateurs, des manières d'appliquer les autosoins pour combler les différents besoins culturels. Pour accomplir ceci, il est nécessaire de faire preuve de souplesse et d'esprit de collaboration, ainsi que de reconnaître la complexité des questions et du processus. Il sera important d'élaborer une compréhension claire et une définition du terme « autosoins » ainsi que de préciser les partenaires visés.

Il sera nécessaire « d'ancrer les valeurs des autosoins » dans le continuum des fournisseurs de soins et des consommateurs de soins de santé, ainsi que dans les établissements et les programmes d'enseignement. C'est une notion qui doit être fermement ancrée dans la structure et le système social (culture, système d'enseignement, milieu de travail, communauté, famille, etc.). Un modèle compréhensible « axé sur le consommateur » d'autosoins sera nécessaire pour que les consommateurs l'acceptent. De la perspective des professionnels de la santé, il est nécessaire de fournir des exemples pratiques et de répondre à la question : comment pouvons-nous aider nos patients à prendre véritablement en main leur santé?

Partager les informations et les expériences, apprendre les uns des autres et réseauter étaient les autres attentes clés exprimées par les participants face au Symposium.



## THÈME 1

# LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

**► Présentation : Projet d'expérimentation de l'auto-soin à travers les traditions de différentes cultures**

**Françoise Moquin et Anne Véronneau, Maison d'Hérelle**  
**francoise@moquin.com**

Ce projet-pilote d'autosoins a eu recours à des traditions ancestrales de guérison ancrées dans différentes cultures dans le cadre d'un changement majeur à notre approche aux soins pour le sida. Ce projet visait à encourager de nouvelles attitudes et de nouvelles techniques professionnelles de la part des soignants dans le domaine des autosoins, par le biais d'initiatives d'exploration et d'enseignement. Six ateliers de travail (médecine africaine traditionnelle et médecine par les herbes, médecine ayurvédique indienne, médecine indienne américaine de la région des Mohawks, druidisme, médecine indienne américaine de la région de Vancouver, médecine indienne américaine de la nation algonquine) ont été organisés avec des équipes multidisciplinaires (médecin, infirmières, travailleurs sociaux) et utilisateurs de services. Dans le cadre de chaque atelier de travail, les participants pouvaient tirer parti de l'expérience de personnes-ressources ayant une compétence en matière d'approches aux autosoins holistiques basées sur les traditions ancestrales de guérison de cultures spécifiques. De nombreux utilisateurs de services, bénévoles, amis, membres de la famille et professionnels des soins de santé ont participé aux ateliers de travail, ce groupe représentant une variété de niveaux d'enseignement et des compétences diverses.

Un vidéo a été élaboré à partir de ces ateliers de travail. Grâce à cet outil, un public plus large sera en mesure de bénéficier de discussions innovatrices et d'apprendre de différents concepts d'autosoins dans le contexte du sida.

**► Présentation : Vous pouvez relaxer! C'est une formation pour combattre le stress!**  
**D<sup>r</sup> Donald Sproule, St. Mary's Hospital, Centre de médecine familiale**  
**donald.sproule@mcgill.ca**

Un cours de huit semaines sur la réduction du stress et l'entraînement à la relaxation a été offert grâce à des subventions versées par Prendre en main sa santé : une initiative partagée. L'objectif principal du projet était de fournir aux professionnels des soins de santé et aux patients des outils d'autosoins conçus spécifiquement pour réduire le stress et améliorer la santé et le bien-être. Un aspect innovateur du programme a été le mélange de professionnels et d'utilisateurs dans le même groupe, pour ces classes de deux heures. Les thèmes couverts dans le cours incluaient les symptômes ou les manifestations du stress, les techniques de communication pour faire face aux facteurs de stress social, et la relation entre la nutrition et les maladies chroniques, ainsi qu'un enseignement pratique sur les techniques spécifiques de réduction du stress, comme exercices de respiration, yoga, méditation et une technique appelée « visualisation du corps », qui consiste à visualiser les différentes parties du corps et les relaxer à chaque respiration. On a également fourni aux participants des cassettes audio pour les aider à s'entraîner à la maison.

Le cours a été bien accueilli, tant par les professionnels de la santé que par les patients. Un programme permanent de réduction du stress et de relaxation a été créé au Centre de médecine familiale St. Mary's. On prévoit étendre les classes à 2 ½ heures, offrir une retraite d'une journée à la fin du cours, élaborer un cahier de travail pour les participants et fournir un cours de recyclage aux « diplômés ».

# DISCUSSION PLÉNIÈRE **LES MESSAGES CLÉS**

## ET **LES LEÇONS APPRISES**

- Les autosoins sont consistants avec l'approche centrée sur le patient.
- Des résultats positifs sont obtenus quand le patient est considéré comme un partenaire égal.
- Le processus partagé d'apprentissage démontré par les projets aboutit à un processus de communication positif.
- Il est nécessaire de croire en l'idée des autosoins avant de pouvoir l'introduire de manière efficace dans la pratique.
- Les autosoins sont un système de valeur, une philosophie qui doit être intégrée par le professionnel des soins de santé pour être efficace et soutenir les autosoins chez nos clients.
- Si vous croyez en une intervention, vous aurez davantage tendance à l'appliquer et à la recommander. L'attitude de la personne fournissant des soins et celle du client sont importantes.
- L'engagement aux autosoins doit venir tant du gouvernement que des organismes et des individus. Les autosoins nécessitent un investissement : il faut des subventions, du temps et un travail d'enseignement et de promotion pour que ce concept soit accepté par les clients.
- Il est important de reconnaître la diversité culturelle et d'en tenir compte; par exemple, il faut définir la famille dans un sens large. Un seul modèle d'autosoins pourrait ne pas correspondre à toutes les circonstances.
- Il est important d'obtenir « l'histoire » complète du patient et son contexte.
- Faut-il faire l'expérience des autosoins pour les pratiquer?
- Il doit y avoir une réflexion large (besoin de rendre compte des décisions) quand on adopte les autosoins : réflexion personnelle, réflexion par les autres professionnels de la santé et réflexion de la part du soignant de première ligne.
- Les termes « soignant » et « consommateurs de soins » doivent être utilisés avec précaution ) s'agit-il de termes appropriés?
- Les professionnels des soins de santé peuvent apprendre beaucoup de choses des non-professionnels.
- Il est encore difficile de promouvoir des stratégies d'autosoins.
- Les autosoins, c'est quelque chose « qu'il faut savoir » et non quelque chose « qu'il serait bon de savoir ».

## THÈME 2

# L'ENSEIGNEMENT

► **Présentation : La promotion de l'autogestion de la santé dans l'élaboration des programmes d'études : Atelier pour les professionnels de la santé et les étudiants**  
**Vaska Micevski, MScN, PhD(c), Toronto Western Hospital, Réseau de santé de l'université**  
**vaska.micevski@uhn.on.ca**

Ce projet a examiné l'importance des autosoins dans les programmes d'enseignement en matière de santé, ainsi que les obstacles et les facteurs facilitant l'introduction et l'intégration du concept à l'élaboration des programmes d'étude. Dans le cadre de ce projet, on a invité les professionnels des soins de santé et les étudiants de cette discipline à participer à des groupes d'intérêt et à remplir un questionnaire. Un rapport sur l'étude a été présenté lors d'un atelier de travail auquel ont participé des membres du comité d'élaboration du programme d'étude de l'Université de Toronto, afin de formuler des recommandations en vue de recherches futures.

Les points clés sur lesquels ont porté les discussions lors de l'atelier de travail ont inclus le rôle des universitaires pour faciliter/promouvoir les attitudes face aux autosoins, la prévention des crises chez les professionnels des soins de santé le plus tôt possible, l'acquisition de pouvoir par le biais de la formation chez les professionnels des soins de santé et l'augmentation de la crédibilité des professionnels des soins de santé par le biais de pratiques positives d'autosoins. L'une des conclusions clés résultant de l'étude et de l'atelier de travail, c'est que les initiatives d'autosoins doivent être soutenues aux niveaux institutionnel et éducationnel, pour qu'elles puissent être incorporées au niveau individuel. Cependant, la culture de travail des différents domaines des soins de santé ne soutient pas de manière adéquate et n'encourage pas les autosoins de manière consistante. Une autre conclusion clé, c'est que l'élément le plus important pour promouvoir les autosoins, c'est la conscience de soi et la réflexion, ce qui signifie éventuellement de meilleurs professionnels des soins de santé. Dans l'ensemble, on pourrait apporter des changements positifs au niveau universitaire dans les établissements, ce qui améliorerait alors les concepts d'autosoins chez les professionnels des soins de santé. Il y a un rôle que les professionnels universitaires des soins de santé pourront jouer pour aider à faciliter les concepts positifs d'autosoins chez les étudiants.

► **Présentation : Projet de démonstration pour Prendre en main sa santé, Université de Calgary**  
**Rodney Crutcher, MD, FCFPC, professeur agrégé, Département de médecine familiale,**  
**Université de Calgary, UCMC Sunridge**  
**crutcher@ucalgary.ca**

Ce projet était centré sur la théorie suivante : le contenu et le contexte des autosoins doivent être rendus explicites aux professionnels des soins de santé. L'activité principale fut une intervention d'enseignement visant à incorporer la théorie des autosoins au programme d'étude clinique comme modèle d'apprentissage interdisciplinaire. Ce projet s'est efforcé d'envisager les principes, les pratiques et l'éthique des autosoins et a mis l'accent sur trois domaines de la santé : le diabète, la gestion des soins palliatifs et la déontologie.

Ce projet comportait des occasions d'activités interdépartementales ainsi qu'interdisciplinaires reliées à l'intervention éducationnelle, l'accent étant mis sur les autosoins. La structure des projets a permis une participation communautaire importante à la prestation du projet, allant du dialogue avec les patients à l'examen rétrospectif de la maladie avec les membres de la famille et le dialogue avec le personnel des agences de ressources communautaires. Les deux leçons clés apprises dans le cadre de ce projet ont été l'importance du patient comme « enseignant » au niveau de la planification des soins, et le besoin d'identifier et de gérer les tensions interdisciplinaires dans la gestion des soins.

► **Présentation : Formation à l'établissement d'un partenariat entre médecins, pharmaciens, infirmières et les femmes pour la promotion de l'auto-soin dans la période de ménopause**

**Louise Hagan, PhD Sciences infirmières, professeure, École des sciences infirmières, Université Laval**

**[louise.hagan@fsi.ulaval.ca](mailto:louise.hagan@fsi.ulaval.ca)**

L'objectif du projet était d'établir un partenariat plus formel entre les médecins, les pharmaciens, les infirmières et les citoyens, dans un effort pour encourager les citoyens à prendre en main leur santé. Cinq activités de formation ont été élaborées, axées sur des outils comme les présentations informelles, les discussions de groupe, les activités de jeux de rôles, les lectures dirigées, les ateliers de travaux pratiques et un registre. Parmi les participants, on comptait des étudiants en médecine (étudiants diplômés faisant leur résidence en médecine familiale et en sciences infirmières), des étudiants diplômés en pharmacie et en soins de santé communautaire, des médecins de famille, des infirmières travaillant dans des unités de pratique familiale, des femmes traversant la ménopause et un conjoint.

Le projet a conclu que soutenir les autosoins était un concept qui n'était pas nécessairement autant respecté en médecine qu'en sciences infirmières. Mettre en vigueur une culture de promotion des autosoins interdisciplinaires parmi les professionnels des soins de santé nécessite des efforts concertés. Le dialogue doit s'étendre au-delà des enseignants et des cliniciens aux politiciens, aux administrateurs et aux chercheurs. Mettre en vigueur un soutien aux autosoins nécessite des subventions pour les activités et les projets de recherche, ainsi que la participation d'une gamme étendue de citoyens « ordinaires ». Il est important de ne pas sous-estimer les différences « culturelles » entre les groupes professionnels mais aussi entre le monde professionnel et les citoyens. Il est nécessaire de remettre davantage en question les cultures universitaires existantes, de questionner les pratiques traditionnelles, de déstabiliser et de remettre en question le statu quo.

► **Présentation : Phase II : Élaboration et mise en oeuvre de stratégies visant à promouvoir l'application d'une stratégie d'autosoins fondée sur la collaboration dans la pratique des infirmières et des médecins**

**Catherine Gros, N, Msc(A), Université McGill, École des sciences infirmières**  
**[mpurden@wilson.lan.mcgill.ca](mailto:mpurden@wilson.lan.mcgill.ca)**

L'objectif de ce projet était de mettre en vigueur et d'évaluer un programme d'enseignement visant à soutenir une approche aux autosoins basée sur la collaboration, dans la pratique des infirmières et des médecins travaillant dans une unité de médecine de famille pour patients externes. L'accent était mis principalement sur l'élaboration de partenariats d'apprentissage entre les clients et les familles d'un côté et les infirmières et les médecins de l'autre. Un autre objectif clé était de promouvoir la collaboration entre l'infirmière et le médecin à tous les niveaux, grâce à la création de nouvelles occasions d'enseignement interdisciplinaire, d'apprentissage et de recherche dans le domaine des autosoins. Le programme de huit semaines en résultant a compris les trois activités d'apprentissage principales : une discussion interdisciplinaire en petits groupes, un exercice clinique visant à réaliser un vidéo et un module interdisciplinaire d'apprentissage des autosoins. Une mesure prétest et post-test a été élaborée afin d'évaluer les changements dans le domaine de la pratique clinique. De plus, ce programme a été évalué grâce à un questionnaire personnel et à un groupe d'intérêt. Alors que la moitié des cliniciens ont signalé des changements au niveau de leur pratique clinique résultant du programme, aucun type clair de changement n'a pu être identifié par le biais de la mesure pré et post-test.

Sans exception, les participants ont coté l'exercice de réalisation d'un vidéo comme étant le plus utile des trois exercices d'apprentissage. Cependant, il fut difficile de coordonner la réalisation du vidéo, ce qui a nécessité un investissement substantiel en ressources humaines et matérielles. Par conséquent, cet exercice ne serait pas réalisable pour des groupes plus importants d'apprenants et l'élaboration de stratégies nécessitant moins de temps et moins de travail est essentielle pour promouvoir avec succès la pratique, les concepts et les techniques d'autosoins auprès des infirmières et des médecins, qui sont des personnes très occupées. L'utilisation des scénarios cliniques, inclus dans le module d'apprentissage et passés en revue lors des séances de discussion en groupe, semble fournir une alternative pratique pour les concepts d'enseignement, comme savoir si la personne est prête à l'intervention, et pour apprendre à mettre en vigueur des réponses conçues de manière appropriée et fournies à temps pour chaque situation unique. Les résultats indiquent que cette stratégie, développée au départ dans la première phase du projet, est facilement adaptable dans les milieux de soins actifs et primaires, et applicable par les cliniciens individuels qui pourront l'utiliser tout autant que les groupes interdisciplinaires. L'élaboration continue de ces scénarios et des recherches plus poussées concernant leur impact sur l'apprentissage sont nécessaires. Ce projet a aussi abouti à un réseautage interdisciplinaire positif et a permis de forger de nouveaux liens importants entre l'école de sciences infirmières et l'école de médecine. De plus, le contact avec des étudiants d'une autre discipline a fourni une importante expérience d'apprentissage aux enseignants, leur permettant de développer leurs compétences actuelles.

## **DISCUSSION PLÉNIÈRE** **LES MESSAGES CLÉS** **ET LES LEÇONS APPRISES**

### **L'ENSEIGNEMENT**

- Il est à la fois surprenant et déconcertant qu'une collaboration multidisciplinaire soit considérée comme une idée nouvelle.
- Il est important d'avoir des modèles de rôles pour communiquer aux étudiants le concept d'autosoins.
- Les cliniciens mettent l'accent sur les soins actifs et les autosoins sont devenus quelque chose qu'il est « bon de faire » plutôt que quelque chose qu'il « faut faire ».
- La promotion des autosoins devrait être effectuée dans un contexte culturel et social.
- La formation interdisciplinaire est positive.
- Le concept du « patient comme enseignant » est important. Il faut écouter les patients parler.
- Nous ne pratiquons pas toujours ce que nous prêchons — il y a un besoin d'un meilleur modèle de rôles.
- L'utilisation d'une terminologie appropriée est importante. Par exemple, doit-on parler de « patients » ou « clients »? Aucun de ces termes ne suggère réellement que la personne est un partenaire au niveau des soins. De même, il y a des problèmes associés aux attitudes de propriété exclusive concernant les connaissances.
- Un anthropologiste pourrait être une bonne source de connaissances quand on traite des attitudes culturelles associées aux autosoins.
- Il faut prendre de grandes précautions quand on fait des déclarations généralisées basées sur un échantillon de petite taille.
- Le modèle de partenariat opposé au modèle interdisciplinaire : qu'est-ce que le partenariat? Est-il créé par les disciplines? À qui est-il destiné?

- L'enseignement des autosoins (« comment le faire ») ne devrait pas être confondu avec l'idée de faire progresser les concepts et les valeurs des autosoins.
- Le domaine dans lequel excellent les professionnels de la santé, c'est de communiquer les connaissances aux autres — il est également important de communiquer à d'autres niveaux, comme par exemple le niveau émotionnel. Les techniques devraient être améliorées dans ce domaine pour promouvoir les autosoins.
- L'enseignement en matière d'autosoins devrait commencer bien avant l'université — il devrait être ancré dans notre culture.
- Les stratégies multiples sont les plus efficaces : contact individuel, séances de groupe, vidéos, etc.
- Le changement qui doit se produire pour faciliter la collaboration multidisciplinaire nécessaire aux autosoins sera applicable et bénéfique à de nombreux autres domaines du système de soins de santé.
- Les autosoins vont à l'encontre de la culture des professionnels des soins de santé (c.-à-d. qu'ils ne sont pas appréciés dans la culture des professionnels des soins de santé, qu'ils ne sont pas promus, comme en font preuve les longues heures de travail et le sacrifice de soi).
- L'intégration des patients est un moteur important du processus d'apprentissage mais le choix des représentants des patients est d'une importance clé.

## QUESTIONS À CLARIFIER

- Y a-t-il des stratégies existantes pour les campus où il n'y a que des infirmières en cours d'études de premier cycle? Y a-t-il une stratégie pour réunir les infirmières de premier, deuxième et troisième cycle?
- Y a-t-il des stratégies visant à faire face aux différences sur le plan des attitudes, spécialement sur le plan du contrôle et du partage de pouvoir entre les professionnels des soins de santé et entre les professionnels des soins de santé et leurs patients?
- Quels sont les obstacles aux autosoins à part les tensions historiques entre les médecins et les infirmières?
- À quel point des soins au patient est-il important de faciliter les autosoins?
- Comment peut-on promouvoir les autosoins quand les autosoins vont à l'encontre de la culture des professionnels des soins de santé? Comment peut-on changer les attitudes concernant les autosoins parmi les professionnels des soins de santé et comment peut-on maintenir ces changements?

## THÈME 3

# LA PRATIQUE COMMUNAUTAIRE



**Présentation : Prendre en main sa santé dans les collectivités de Nuuchahnulth**  
**Jeannette Watts, infirmière superviseure, services communautaires et de santé Nuuchahnulth**

**[jnetwatt@island.net](mailto:jnetwatt@island.net)**

L'objectif majeur de ce projet était d'améliorer la capacité des professionnels des soins de santé de promouvoir les autosoins chez les clients de la communauté. Le projet a favorisé la collaboration intersectorielle entre les services communautaires et de santé Nuuchahnulth comme employeur d'infirmières, de médecins communautaires locaux et les représentants de la santé communautaire des communautés des Premières nations. Parmi les activités du projet, on a enregistré : des ateliers de travail visant à développer des plans d'action, la mise en vigueur de plans d'action au travail, l'évaluation de l'efficacité des plans d'action et la communication des résultats. Les plans d'action qui ont été élaborés par les participants ont été utilisés de différentes manières, y compris comme aide-mémoire, pour fournir une structure et une direction, pour guider et organiser et avec les clients.

Ce projet a démontré l'efficacité d'encourager le personnel à élaborer des plans d'action visant à promouvoir les autosoins chez les clients. Ceci a été facilement accompli parce que les autosoins sont une caractéristique majeure de la philosophie et du cadre de travail infirmiers Nuuchahnulth. Le consensus lors de la fin du projet était que la pratique des autosoins doit être continuée et mise en vigueur dans toutes les activités de formation et d'orientation.



**Présentation : Appuyer les autosoins chez les adultes âgés : Bâtir sur un cadre d'autosoins**  
**Malcolm Doupe, Msc, BPE, adjoint de recherche, Département de médecine familiale, Centre de recherche Saint-Boniface**

**[mdoupe@srbc.mb.ca](mailto:mdoupe@srbc.mb.ca)**

L'objectif de ce projet était d'organiser une série de groupes d'intérêt et d'ateliers de travail éducatifs visant à étudier les différentes stratégies efficaces permettant aux professionnels des soins de santé de promouvoir les autosoins chez les personnes âgées et de les aider à pratiquer cette forme de soins. Le projet visait également à aider les personnes âgées à se familiariser avec la pratique quotidienne des autosoins. Les participants au projet ont inclus des personnes âgées, des médecins de famille, des infirmières, des travailleurs sociaux, des pharmaciens, des ergothérapeutes et des dentistes. Les activités du projet incluaient des questionnaires, des groupes d'intérêt et des ateliers de travail organisés par les participants.

Selon les participants, les paramètres les plus importants de la pratique des autosoins incluent la santé physique, la santé sociale, la santé cognitive, la sécurité et l'adaptation autant que l'enseignement. Les thèmes les plus importants à envisager par les professionnels des soins de santé quand ils soutiennent les autosoins incluent donner du pouvoir aux patients et leur fournir un enseignement, développer les relations, les évaluations complètes et la collaboration avec d'autres professionnels des soins de santé. Les obstacles aux autosoins notés par les participants incluent le manque de motivation, la non-observance, la dépendance face au système de soins de santé, le manque de temps chez les professionnels des soins de santé pour comprendre entièrement les importants aspects de la vie communautaire des personnes âgées, le manque de services et ressources communautaires (ou le manque de connaissances concernant les ressources existantes). Un manuel d'autosoins est en cours d'élaboration par l'équipe du projet afin d'aider les personnes âgées à pratiquer les autosoins.

## Présentation : Le calendrier santé

France Marquis, BS Sciences infirmières, MSc Sciences infirmières, professeure,  
Université de Moncton

fmarquis@cuslm.ca

Les objectifs du projet visaient à déterminer l'impact d'un programme périopératoire encourageant les patients de chirurgie d'un jour à prendre en main leur propre santé et celui d'un programme périopératoire pour les professionnels des soins de santé sur la manière de favoriser les autosoins. Des personnes ayant subi une chirurgie d'un jour et des professionnels des soins de santé ont participé à l'élaboration et à la validation du calendrier de santé. Cet outil comporte les activités et les informations reliées aux trois étapes du processus de chirurgie d'un jour : les étapes préopératoire, périopératoire et postopératoire. Ce calendrier fournit aux utilisateurs de services une meilleure préparation à cette expérience de soins de santé et aide les professionnels des soins de santé à soutenir les efforts des utilisateurs en matière d'autosoins. Cela aide également les professionnels des soins de santé à standardiser leurs actions visant à soutenir les autosoins.

Les outils élaborés pour ce projet, spécialement le calendrier de la santé, pourraient être utilisés par des utilisateurs de services d'autres contextes de soins de santé, avec des liens possibles avec la promotion de la santé, la prévention, le rétablissement et la réadaptation. La promotion des autosoins par les professionnels des soins de santé et l'acceptation de la responsabilité des autosoins par les individus sont hautement recommandées et souhaitables.

## DISCUSSION PLÉNIÈRE **LES MESSAGES CLÉS** **ET LES LEÇONS APPRISSES** **LA PRATIQUE COMMUNAUTAIRE**

- Il est important d'intégrer les besoins et les attentes de la communauté et des individus (patients) quand on conçoit des outils et des ressources. Inclure la communauté aidera à faciliter l'acceptation communautaire. Inclure les individus aidera à favoriser un sens de la sécurité chez les patients et contribuera à leur acceptation.
- Il est nécessaire de reconnaître le contexte culturel dans lequel les outils seront appliqués ou utilisés. Le contexte culturel inclut souvent un élément de spiritualité.
- Les ressources et les services en dehors des milieux de soins de santé (comme groupes communautaires, clubs, églises, etc.) pourraient fournir une compréhension et une aide. Ces ressources pourraient aussi aider à changer les attitudes et les comportements.
- Il est important de se préoccuper du facteur de motivation : comment peut-on motiver les gens aux autosoins? Il y a souvent une grande dépendance envers le système de santé. Il est nécessaire de communiquer les avantages des autosoins car il s'agira là de facteurs importants de motivation.
- Il faut examiner le système de soutien dans son entier au-delà du système de santé. Par exemple, les systèmes de rémunération des travailleurs restreignent-ils parfois les pratiques d'autosoins ou les empêchent-ils? Une collaboration est nécessaire entre les différents secteurs.
- Comment les professionnels des soins de santé peuvent-ils apprendre à travailler dans le cadre d'autres cultures? Il est important d'inclure les membres d'une culture ou d'une communauté dans un partenariat.
- Il existe de nombreuses approches et de nombreux outils qui sont efficaces.
- La sagesse, la sensibilité, l'empathie et le soutien sont des mots clés dont il faut se souvenir.



## DEUXIÈME PARTIE :

# CE QUI DONNE LES MEILLEURS RÉSULTATS

Les participants ont été invités à choisir l'un des thèmes (pratique professionnelle, enseignement ou pratique communautaire) pour une discussion approfondie en petits groupes.

Ces discussions ont commencé par une période de réflexion personnelle, au cours de laquelle chaque participant a pensé à un événement, un projet ou une situation qui a été efficace ou qui lui a fourni une satisfaction et qui lui a donné un sens de bien-être et de réussite. Les participants ont réfléchi à tous les aspects qui étaient importants à leurs yeux, ce qu'ils ont apprécié chez eux-mêmes à ce moment-là et comment cette expérience leur a permis d'établir un équilibre. Les participants ont alors partagé leurs expériences et leurs pensées lors d'une séance de communication d'une histoire avec un partenaire. Chaque participant a ensuite décrit les aspects *très positifs* de l'histoire de son partenaire pour le groupe de sa table. Les participants ont été priés d'envisager les valeurs et les comportements qui étaient au centre de chaque histoire.

En séance plénière, chaque groupe a présenté ses résultats clés en réponse à la question suivante :

**Quels sont les facteurs centraux qui animent et soutiennent l'activité de votre thème?**

## ► Enseignement

Le groupe a présenté une devise, « Un pour tous et tous pour un ». Les expériences éducationnelles des participants qui ont été les plus positives sont celles qui ont eu trait à cette devise. Pour être efficace, l'apprentissage ou l'enseignement doit avoir un sens pour l'apprenant et doit donc inclure le client. L'apprentissage n'est pas nécessairement facile — plus l'expérience représente un défi, plus elle a de sens dans de nombreux cas. L'information ou l'apprentissage (le « quoi ») doit aussi être pertinent, opportun et significatif. L'activité éducationnelle (le « comment ») et le milieu éducationnel sont aussi importants. Un environnement où chacun, y compris le patient/client, est soutenu, égal, respecté et apprécié fournit le contexte d'une expérience significative.

Les expériences éducationnelles positives sont aussi possibles par le biais de l'acquisition de nouvelles connaissances et par le partage des connaissances avec d'autres personnes. L'environnement externe est aussi important et influence sur la manière dont nous apprenons et dont nous travaillons. Le soutien des collègues, de la famille et des amis, ainsi que le soutien des clients/patients, tout cela contribue à créer un environnement d'apprentissage positif. Dans un contexte d'autosoins, il faut parvenir à un équilibre, prendre le temps de réfléchir et posséder un certain niveau d'autodiscipline.



## La pratique communautaire

Les relations personnelles et les liens avec les gens de votre équipe aident à créer des expériences positives. Il faut qu'il y ait un peu de « chimie » entre tous les partenaires pour aboutir à une relation productive, efficace et basée sur la confiance. Les équipes peuvent être petites ou grandes, de toute façon, elles fournissent un environnement axé sur le soutien, un cadre permettant la communication positive et les relations humaines. Les objectifs et les messages communs de l'équipe sont importants. Il doit y avoir une attitude sans jugement et une acceptation des gens et des situations. La souplesse est un autre aspect clé, surtout en ce qui concerne les options de soins et les rôles des intervenants (malgré les idées préconçues des autres).

Comme l'équipe, le partenariat est essentiel pour que le réseau soit efficace. Cela inclut les partenariats personnels, les partenariats entre les équipes et les partenariats avec d'autres professionnels. Dans un partenariat, chaque partenaire a une influence sur l'autre en ce qui concerne ce que nous pratiquons, de quelle manière et notre contexte de réflexion. C'est un processus d'échanges d'idées, d'attitudes et de méthodes.



Nous devons être conscients des influences externes (budgets, valeurs ancrées dans le système, bureaucratie) et parfois, nous devons travailler à les surmonter. Nous devons comprendre ce que nous pouvons changer et ce que nous ne pouvons pas changer, et trouver un équilibre entre ces deux pôles. Un équilibre est également nécessaire sur le plan de la capacité locale et du contrôle centralisé. Le temps est un autre facteur important : le changement nécessite du temps, de l'énergie, une vision partagée et un engagement.

## La pratique professionnelle

Quand on a une équipe de professionnels chevronnés, compétents, qui sont motivés, ont de l'énergie et du dynamisme, une vision partagée, qui évoluent tous dans la même direction, on a une équipe positive et efficace qui atteindra sa destination.

L'autonomie et l'indépendance, ainsi que le respect des autres, sont des valeurs clés qui nous soutiennent dans notre travail. Il est important de se sentir à l'aise en remplissant ses fonctions et de travailler dans un contexte reflétant ses valeurs. Il faut placer les besoins du client ou du patient avant les siens. Il est important de maintenir un équilibre et de respecter le rythme, les fonctions et les capacités des autres. L'un des aspects clés de l'équilibre, c'est de veiller à nous accorder le temps et la liberté de penser ainsi que les moyens de fonctionner, en d'autres mots, la possibilité et le droit de rêver.

## TROISIÈME PARTIE :

# LE RÉSEAU DE SOUTIEN AUX AUTOSOINS

Les membres du réseau Prendre en main sa santé ont été présentés aux participants par Alain Vanasse :

- Hector Balthazar, représentant des personnes âgées, Ottawa
- Laurie Potovsky-Beachell, représentante des consommateurs, Manitoba
- Juliette « Archie » Cooper, École de réadaptation médicale, Manitoba
- France Marquis, professeure, Université de Moncton, Nouveau-Brunswick
- Wayne Weston, Centre de médecine familiale Byron, Ontario
- Lynne Young, infirmière autorisée, Vancouver

France Marquis a fourni aux participants un bref survol des objectifs et du fonctionnement du réseau.

Le réseau Prendre en main sa santé est le résultat d'un certain nombre de recommandations découlant d'ateliers de travail et de réunions qui ont eu lieu depuis le lancement du projet Prendre en main sa santé et représente une partie clé de la quatrième phase.

Le mandat du réseau est de « faciliter le partage, le soutien et les connexions entre les professionnels de la santé et les utilisateurs intéressés et de permettre aux professionnels de la santé de soutenir les autosoins par les patients ».

### **Le réseau s'est donné cinq objectifs clés :**

1. Relier entre eux les professionnels de la santé intéressés et engagés à soutenir les autosoins aux professionnels et aux utilisateurs ayant adopté la même philosophie.
2. Faciliter le partage des informations, des connaissances et des expériences entre les professionnels de la santé et les utilisateurs.
3. Fournir des sources d'information fiables sur la manière de soutenir les autosoins.
4. Favoriser et améliorer la compétence des professionnels de la santé en ce qui concerne les connaissances théoriques et pratiques, les attitudes et les valeurs en matière de soutien aux autosoins.
5. Militer en vue de changements aux systèmes d'enseignement des services sociaux et de la santé qui aideront à surmonter les obstacles systémiques au soutien aux autosoins.

Le réseau respecte un certain nombre de valeurs : crédibilité, professionnalisme, engagement et respect, habilitation, collaboration interdisciplinaire, renforcement de l'autonomie et diversité.

Le réseau comporte un annuaire électronique, une liste d'envoi pour les discussions, un bulletin de nouvelles trimestriel et une page Web interactive.

Pourquoi devriez-vous vous joindre au réseau? Nous vous mettrons en rapport avec des gens qui partagent vos valeurs, des gens qui pourraient vous fournir un soutien moral au besoin. Vous serez en mesure d'échanger des idées avec d'autres personnes pour répondre aux attentes de vos clients et patients. En vous joignant au réseau, vous aurez accès à des informations fiables, pratiques et utiles, y compris des informations sur les meilleures pratiques qui vous aideront à améliorer votre pratique ou votre enseignement.

Pour vous joindre au réseau ou pour obtenir davantage d'informations, visitez notre site Web à [www.supportingselfcare.ca](http://www.supportingselfcare.ca).

# CE QUE NOUS SOUHAITONS

Les participants ont travaillé à leur table, dans le cadre de groupes qui ont identifié les trois souhaits principaux adressés aux partenaires pour qu'ils comprennent les meilleurs aspects des autosoins et qu'ils soutiennent cette philosophie dans le cadre de la pratique professionnelle, de l'enseignement et de la pratique communautaire. Les participants ont été priés d'être audacieux et imaginatifs en formulant leurs souhaits.



## Enseignement

Le premier groupe axé sur l'enseignement a présenté quatre grandes idées :

1. **Le travail scientifique** : pour obtenir de bons résultats en matière d'autosoins, il faut faire un travail scientifique pour veiller à ce que tout le monde comprenne de la même façon les théories et les définitions en matière d'autosoins. Le travail scientifique nécessite des projets de recherche compréhensibles et bien faits, des preuves et des « cas » adaptés au niveau scientifique.
2. **Comment nous apprenons** : Ceci accompagne le travail scientifique, mais nous n'avons pas besoin d'attendre d'avoir les résultats des projets de recherche pour nous mettre au travail. Les programmes d'étude, l'apprentissage en soi, les blocs qui constituent l'apprentissage et l'excitation d'apprendre, tout cela fait partie de notre apprentissage. Il est important d'oublier nos différentes disciplines et de mettre l'accent sur ce qui est bénéfique pour le client ou le patient. Afin de réaliser ceci, nous devons avoir confiance en qui nous sommes et nous sentir à l'aise en abandonnant certains des rôles qui, nous le pensions, nous appartenaient. Plus tôt on commence l'enseignement et l'apprentissage en matière d'autosoins, mieux cela vaut. La question de la collaboration avec les autres disciplines de soins de santé et avec les consommateurs de soins de santé, quand on rédige un programme d'étude, doit être dès maintenant au centre de nos préoccupations.
3. **Relations entre les professionnels et les partenaires** : En plus de la notion de collaboration interdisciplinaire en matière d'apprentissage, le concept de partenariats — les communautés peuvent être des partenaires et les disciplines peuvent l'être également — est important. Par-dessus tout, nous devons reconnaître le fait que le client ou le patient est un partenaire à part entière au fil de l'expérience d'apprentissage. La collaboration entre les professionnels de la santé doit également s'inscrire dans un cadre plus large — nous devons comprendre que les pratiques fédérales, provinciales et locales, les politiciens et les consommateurs de la santé sont véritablement nos partenaires et nous devons leur faire partager l'excitation du concept d'autosoins. Nous devons aussi redéfinir ce que nous faisons, depuis les tâches inhérentes à notre discipline jusqu'à nos responsabilités en matière de discipline et de partenariat.
4. **Comment nous pratiquons** : Il est important de mettre en pratique ces concepts. Nous devons traduire notre théorie et notre apprentissage en actes concrets. Il faut créer des modèles qui seront probablement très différents des modèles de pratique traditionnels (par exemple, des étudiants en médecine et en sciences infirmières soignant les mêmes familles). Nous devons inclure la reconnaissance des autosoins dans tout ce que nous faisons ) non seulement en prenant soin de nous en tant que professionnels, mais en soignant nos patients de manières différentes. Il y a aussi un facteur géographique ) les autosoins ne sont pas simplement limités aux milieux ruraux ou semi-ruraux. Il y a aussi des questions de « tête et coeur » à envisager. En pratique, comment savez-vous si vous faites un bon travail? Il doit y avoir des moyens de mesurer les résultats et de dégager les preuves significatives. Il faudrait créer un « établissement d'enseignement » solide sur le plan théorique, pratique, basé sur le partenariat qui soit axé sur les autosoins.

### **L'autre groupe travaillant sur l'enseignement a noté trois rêves ou défis clés :**

1. Résoudre les tensions entre les infirmières et les médecins et encourager le soutien mutuel entre ces deux groupes.
2. Changer la culture de la santé au Canada. Actuellement, on place sa santé entre les mains d'autres gens. Les individus doivent prendre en main leur propre santé.
3. Un institut national de recherche pour la promotion des autosoins. Ceci créerait un milieu consacré à la recherche, à l'enseignement et à la pratique clinique, et permettrait aussi d'analyser les résultats. Un autre rêve serait de disposer de centres de recherche communautaire financés adéquatement.

Pour aider à dissiper les tensions entre les infirmières et les médecins, la structure de la santé doit soutenir les autosoins. Les infirmières devraient être au même niveau que les médecins et, pour ce faire, doivent avoir suivi un bon programme d'enseignement (enseignement au niveau du baccalauréat). L'idée des équipes composées de médecins et infirmières devrait commencer d'être introduite tôt au cours du processus d'enseignement médical, avec des projets communs, des valeurs et des objectifs communs et devraient également inclure une formation continue. Le regroupement des disciplines de soins de santé visant à faciliter les autosoins doit être une condition nécessaire aux subventions.

Pour aider à changer la culture de la santé, une campagne de sensibilisation dirigée vers les adultes et les enfants devrait être lancée afin de promouvoir les autosoins.



## **La pratique communautaire**

Le premier groupe a jugé que nous devrions développer, dans nos rêves, une vision large de la culture des autosoins. Le concept d'autosoins devrait être intégré au contexte communautaire plus large, non comme un concept séparé, mais plutôt dans le cadre d'une vision globale de la santé.

Les participants voient un partenariat triangulaire axé sur une collaboration égale entre l'équipe et le patient. Il y a un partenariat entre l'équipe et le client ou le patient et entre les membres de l'équipe de soins de santé elle-même — sans qu'une personne ou une discipline en contrôle les activités.

L'enseignement devrait viser la communauté. Il est important que les gens soient bien informés des questions de santé et ils ont besoin d'avoir accès à des informations exactes. Les gens ont la responsabilité de s'informer et de prendre en main leur santé — mais ils ont besoin d'outils d'information et d'un accès à des informations compréhensibles pour pouvoir le faire. Les professionnels de soins de santé ont un rôle à jouer pour aider les gens à recevoir les informations nécessaires et l'enseignement dont ils ont besoin, mais en fin de compte l'utilisateur devrait se sentir et être responsable d'obtenir les informations et les soins nécessaires.

La bonne volonté ne suffit pas pour réaliser ces rêves — il doit y avoir en place des partenariats et des structures soutenant ces partenariats. On a également besoin de ressources administratives et financières pour concrétiser ces rêves.

Le deuxième groupe a exprimé le besoin d'un changement global au niveau des systèmes. Les participants souhaiteraient que le système de soins de santé tout entier et que les autres systèmes soutenant le bien-être (comme le logement, l'eau, etc.) soient envisagés dans le cadre d'une approche holistique — esprit, corps et âme. La politique gouvernementale dans tous ces secteurs est passée au « prisme de la santé » pour veiller à ce qu'elle reflète les objectifs en matière de

santé. Une sensibilité culturelle est ancrée dans le système entier. Les systèmes ne sont pas parallèles mais les gens travaillent de manière interdisciplinaire à soutenir les soins de santé. Dans le cadre du changement global au niveau des systèmes, il est nécessaire de repenser en profondeur les objectifs et le financement du système de santé. Le changement affectant le système soutiendra un modèle de soins partagés. Les gens devraient également être au centre du changement : les personnes plutôt que la bureaucratie doivent être davantage propriétaires du système de soins de santé. Il faut donner davantage de pouvoir au public en général.

Le développement de nouveaux programmes communautaires locaux s'inscrira dans le cadre du changement global au niveau du système. Ceci aboutira à une plus grande confiance entre le public et les professionnels de la santé. Il faut également tenir compte des changements démographiques qui prennent place actuellement et fournir davantage de programmes et services aux personnes âgées de plus de 65 ans. En même temps, il est important d'introduire le concept d'autosoins au niveau de l'école primaire en sensibilisant les élèves, les enseignants et autres. Les programmes communautaires peuvent distribuer des informations sur la santé, comme des renseignements sur les autosoins, tant aux utilisateurs qu'aux professionnels de la santé.

Il y a un certain nombre de valeurs qui devraient être ancrées dans le système : celui-ci devrait être transférable, universel, responsable et plus inclusif. Il devrait y avoir assez de professionnels de soins de santé pour répondre aux besoins de la population et suffisamment de ressources pour assurer la formation des professionnels des soins de santé. Les autosoins sont précieux. Les gens ont accès à des informations sur leur propre santé. Les professionnels des soins de santé disposent d'heures de travail souples. Dans l'ensemble, le système doit respecter les principes de l'universalité des soins de santé.

Nous devons réapprendre à soigner, nous devons savoir comment les gens se sentent face à leur santé, nous devons faire participer les familles aux soins de santé, nous devons mettre l'accent sur « les soins » et non sur « l'argent ».

**Les autres rêves formulés par le groupe sont les suivants :**

- Les soins de santé devraient être fournis et les professionnels des soins de santé devraient travailler dans un milieu physique agréable.
- Les médias devraient avoir une attitude positive face aux services de santé.
- L'approche aux soins de santé devrait être axée sur les valeurs pour nous rapprocher des processus humains, y compris la mort.
- Il devrait y avoir une plus grande ouverture et acceptation des thérapies de médecine douce et complémentaire, tant de la part des individus que de la part du système de soins de santé.
- Il devrait y avoir, à tous les niveaux, une emphase plus grande sur les preuves fournies par l'expérience.





## La pratique professionnelle

Le premier groupe a jugé qu'il était nécessaire de développer des modèles de systèmes pour soutenir les pratiques d'autosoins. Ceci serait utilisé pour élaborer et évaluer des programmes, évaluer les pratiques, etc.

Il est nécessaire d'aborder « le nouvel esprit des autosoins » en dépassant l'étape des connaissances et de la manière de procéder. Nous devons avoir une approche philosophique nous permettant d'avoir de meilleures relations avec nos patients.

Les incitations et les outils permettant de soutenir le changement doivent être en place, comme récompenses et infrastructure nécessaires pour mettre en place des pratiques d'autosoins.

### Les rêves du deuxième groupe ont abordé cinq perspectives :

1. Créativité : un tirage au sort hebdomadaire, par exemple, où le gagnant serait directeur général pendant une journée. Un rêve délirant mais le but de l'exercice c'est que nous devrions tous comprendre le travail de nos collègues.
2. Enseignement.
3. Valeurs.
4. Organisation : les autosoins devraient être entièrement intégrés au système. Nous prenons mieux soin de nous pour mieux soigner les autres. Il devrait y avoir des réunions et des échanges entre les membres de l'équipe soignante. Il devrait y avoir des moments de repas et de repos obligatoires pour les professionnels des soins de santé (faisant partie de nos autosoins).
5. Politiques : nous devrions utiliser notre propre capacité d'effectuer des changements pour influencer sur l'organisme et favoriser les autosoins. Nous avons le pouvoir de le faire.

*« Nous avons la liberté de rêver et le pouvoir d'agir pour effectuer des changements. »*

## Les idées communes qui se dégagent des thèmes

- **Un enseignement précoce est important pour développer dans notre culture le concept d'autosoins.**
- **Des partenariats entre les différents intervenants, les professionnels de la santé, les patients et les infirmières sont d'une importance vitale.**
- **Les ministères gouvernementaux doivent communiquer entre eux et mettre l'accent sur le prisme des soins de santé.**



## CINQUIÈME PARTIE :

# PERSPECTIVES D'AVENIR

À partir de ces rêves et de ces souhaits, on a demandé aux participants de souligner ceux qui, selon eux, sont les plus importants, de discuter des éléments nécessaires pour en faire une réalité et de les développer.

Les participants ont dégagé trois thèmes clés en vue de discussions futures :

1. Changements systémiques globaux ou changements au niveau de la société incluant tant des changements au niveau de l'organisation que de la culture.
2. Questions d'enseignement au sens large, l'accent étant mis sur la recherche et le travail scientifique.
3. Programmes locaux et communautaires.

Les participants ont choisi l'un de ces thèmes pour l'explorer en profondeur afin de développer une description de l'avenir, les étapes nécessaires pour concrétiser cet avenir et des recommandations aux établissements ou aux individus (y compris des recommandations à soi-même) afin d'aller de l'avant.

Le groupe a ensuite présenté ses résultats clés en séance plénière.

## Enseignement

### Groupe I :

#### ***À quoi ressemblerons-nous en 2036?***

En tant que société, en tant que professionnels des soins de santé, en tant que chefs de file universitaires, nous attachons une grande importance aux modèles pour la pratique. Nous soutenons la pratique des autosoins dans le cadre de l'enseignement et des milieux de pratique. Le corps enseignant attache une grande importance aux occasions d'autodéveloppement et fournit des occasions à d'autres personnes de se développer. Les politiciens sont très au courant de la valeur des autosoins.

Des valeurs attachées aux autosoins sont présentes dans tout le continuum de l'enseignement, depuis l'âge préscolaire. Les autosoins en soi ne sont pas introduits seulement dans un secteur du système de la santé — ils sont évidents et pratiqués tout au long du continuum. Des cours transdisciplinaires sont disponibles ainsi qu'un travail multidisciplinaire sur le terrain donnant à des équipes l'occasion de travailler dans la communauté. Les patients et la communauté participent à l'élaboration et à l'évaluation du programme d'étude. Des projets de démonstration fournissent des lignes directrices pour l'élaboration du programme d'étude. Des normes d'éducation sont formulées au sein des normes d'agrément, ainsi que des normes d'évaluation des programmes d'étude.

Des subventions sont disponibles pour le travail de collaboration transdisciplinaire relié aux projets d'autosoins. Des subventions sont également disponibles pour l'aspect des services et des pratiques de santé reliés à l'« art » autant qu'au secteur scientifique.

#### ***Comment allons-nous réaliser cette vision?***

Tout le monde au sein du système de soins de santé doit participer à réaliser cette vision. Mais, ce qui est le plus important, les clients, les patients et le public doivent y participer. Le développement de compétences centrales et l'intégration des valeurs d'autosoins dans les programmes d'étude et cours multidisciplinaires nécessitent des définitions et un langage communs. Ceci nécessite une collaboration et un dialogue.



Nous devons disposer de subventions consacrées uniquement à l'élaboration de programmes d'étude. Chaque discipline est associée à un organisme d'agrément ou une association (tant au niveau national que provincial) qui doit participer à ce travail. Il doit y avoir des relations spécifiques entre le milieu universitaire et la pratique, et ceci dans les deux sens.

Dans le domaine de la recherche, nous devons élaborer des critères d'évaluation — qu'est-ce que nous désirons mesurer? — et des projets de recherche spécifiques au domaine des soins multidisciplinaires, au concept et à la pratique des soins.

Nous désirons examiner et évaluer notre enseignement et veiller à ce qu'il soit efficace. L'accent doit être mis tant sur l'« art » que la « science » et des efforts doivent être faits pour mieux intégrer ces deux aspects. Les sources clés de subventions sont les suivantes : CRSH, FCRSS, IRSC (spécifiquement le domaine des services de santé).

Les aspects clés globaux sont la définition, le langage et la compréhension d'en être tous à la même page. « Mobiliser, collaborer et inclure. »

## Groupe 2 :

### Forger l'avenir

Programmes d'enseignement : Il devrait y avoir des programmes formels et informels interdisciplinaires d'autosoins pour les professionnels des soins de santé et les étudiants pendant leur formation et leur travail sur le terrain. Il devrait y avoir en place un système d'évaluation multiple soutenu par les IRSC, afin de suivre les résultats sur le plan de la santé. Il devrait y avoir égalité dans tout le système d'enseignement de la santé.

Programmes d'étude : Les soins devraient faire partie des compétences clés, être ancrés dans le processus d'apprentissage. Il est nécessaire d'élaborer des manières d'aider les professionnels des soins de santé à noter les « antécédents spirituels » de leurs clients ou patients. Il serait nécessaire d'inclure d'autres cultures à l'élaboration du programme d'étude. Il y a un rôle à jouer pour les mentors.

Élaboration de politiques : La bureaucratie devrait être diminuée. Les politiques devraient être axées sur les soins et l'acte de soigner plutôt que sur la guérison. Les médias devraient participer à promouvoir ces concepts..

*« Remettre la passion dans la compassion. »*

## Les programmes locaux et communautaires

### Philosophie du modèle

Le modèle doit être interdisciplinaire, comprendre tous les groupes d'âge, tous les niveaux de santé, depuis le bien-être jusqu'au vieillissement et à la mort. Au sein du modèle, il doit exister une confiance envers ceux qui fournissent les soins et ceux qui les pratiquent. Il doit y avoir propriété et renforcement de l'autonomie, ainsi qu'une acceptation des soins de la part de l'individu. Le modèle doit être inclusif, multiculturel et soutenir la diversité. Il doit y avoir une continuité des soins. Il doit y avoir des liens avec la communauté et au sein du système de soins de santé. Le modèle doit répondre aux besoins de la communauté — ce qui donne de bons résultats dans un centre urbain pourrait ne pas convenir à une communauté rurale. Il doit y avoir en place un système de surveillance.

Le groupe a noté qu'avant d'élaborer des programmes communautaires, il faut évaluer les besoins. Il est important d'éduquer tous les membres de la communauté concernant les autosoins, en commençant au niveau de l'école primaire. Il doit y avoir une continuité des services, y compris les services à domicile, la promotion de la santé, l'approche curative, la protection, le transport, la réadaptation et les programmes d'approche reliés aux professionnels de la santé.

Les participants se sont demandé à quoi pourrait ressembler un centre communautaire multidisciplinaire — serait-ce un édifice? Un réseau virtuel? Les ressources doivent être accessibles et compréhensibles pour être applicables. Les gens doivent aussi être au courant des ressources et il y a donc un besoin de promotion. Un soutien administratif doit aussi être en place. Des ressources — humaines, matérielles, compétence, temps, argent — sont nécessaires.

Dans l'ensemble, le modèle doit être inclusif, multidisciplinaire et interdisciplinaire. Il doit susciter l'acceptation des gens en veillant à ce qu'ils obtiennent les services dont ils ont besoin pour répondre à leurs besoins spécifiques.

## Changement systémique

### Groupe I :

Ce groupe a noté quatre centres d'intérêt clés :

#### 1. Les changements centrés sur la personne

- Il est nécessaire que tout changement systémique commence au niveau de l'utilisateur et qu'il y ait une participation des utilisateurs à la formulation des critères. Ce groupe a recommandé que tous les organismes subventionnés par une source gouvernementale disposent de critères facilitant la participation par les utilisateurs et veillant à ce que ceux-ci participent.
- Un enseignement précoce en matière d'autosoins est important et il faudra donc collaborer avec les ministères de l'enseignement.
- Il faut mettre en place des mécanismes visant à mesurer les résultats.
- Promouvoir un système d'agrément pour les autosoins est une autre manière de faire avancer le dossier.

#### 2. Le gouvernement devrait soutenir les autosoins

- Incitations et récompenses : comme changer les taux salariaux provinciaux afin d'inclure le soutien aux autosoins; les gouvernements devraient inclure le soutien aux autosoins comme l'un des critères pour accorder des subventions aux hôpitaux ou aux initiatives de recherche.
- Les politiques publiques devraient mettre l'accent sur les autosoins : toutes les politiques publiques, à tous les niveaux du gouvernement, devraient être évaluées pour déterminer leurs implications sur la santé.
- Évaluation : il devrait y avoir des incitations gouvernementales aux professionnels des soins de santé pour qu'ils évaluent les programmes existants soutenant les autosoins.
- Soutien aux partenariats : les gouvernements devraient augmenter le soutien aux partenariats avec d'autres secteurs en matière d'autosoins et entre les autres ministères et autres paliers gouvernementaux. Les initiatives du secteur privé devraient également être encouragées par le biais d'incitations fiscales. Les ministères gouvernementaux, à tous les niveaux, devraient veiller à une bonne communication mutuelle.

### 3. Le monde des affaires devrait impartir un élan aux auto-soins

- Promouvoir la sensibilisation et les manoeuvres de couloir : la création par le gouvernement et le secteur d'activité de prix aux sociétés qui ont adopté au travail des pratiques de santé saines et en assurent la promotion.
- Partenariats : partenariats entre la communauté, le monde des affaires et le gouvernement pour promouvoir une sensibilisation aux auto-soins.
- Incitations et normes : crédits d'impôt, pénalités fiscales pour les sociétés dont les pratiques assurent ou non la promotion des auto-soins et les pratiques saines au travail, soutien pour les cas démontrant des manières de promouvoir et d'obtenir des choix sains.

### 4. Le leadership doit être partagé, continu et aboutir à des résultats concrets

Les gouvernements, les citoyens et les professionnels doivent collaborer. Il s'agit d'une tâche trop importante, trop complexe et trop risquée sur le plan politique pour une seule personne. Le leadership partagé doit être continu et prendre la forme d'un partenariat, avec une surveillance, une évaluation et une appréciation de la qualité continues. Par-dessus tout, le leadership doit être concret et s'accompagner d'initiatives, de priorités, de normes, de politiques, de campagnes publiques et de subventions qui répondent à nos besoins.

#### Groupe 2 :

Le groupe a proposé un certain nombre de stratégies :

- Une stratégie de communication qui soit transparente et à niveaux multiples, s'adressant aux gouvernements, aux associations professionnelles, aux associations de consommateurs, aux syndicats et aux individus. Cette stratégie doit être effectuée par les associations professionnelles. Santé Canada pourrait embaucher un spécialiste de la publicité pour communiquer cette idée d'auto-soins au public, par exemple en soulignant la qualité des soins et les économies réalisées, et en luttant contre les sentiments négatifs concernant les auto-soins. Initiative concrète : les associations professionnelles partenaires devraient intégrer la promotion du concept d'auto-soins à leurs plans d'action et à leurs outils de communication.
- Une stratégie de subvention des projets pouvant venir du public ou du secteur privé, et que le concept de soutenir les auto-soins soit intégré aux critères de subventions.
- Des stratégies de recherche dans le domaine des auto-soins, spécialement pour la collecte des données et des preuves.
- Une stratégie de réforme de la pratique visant à encourager l'élaboration d'un modèle soutenant les auto-soins et de projets de démonstration dans différents domaines, l'accent étant mis sur le patient tout au long du continuum du système de soins de santé, une approche interdisciplinaire étant soulignée. Le modèle doit aussi comporter plusieurs cultures et ne pas exclure les pratiques de médecine douce.
- Une stratégie politique visant à concrétiser les changements nécessaires en s'assurant que le système comporte des ressources adéquates et en donnant davantage de pouvoir au public. Il est important de veiller à renforcer l'autonomie de la famille et lui donner l'occasion de participer à l'équipe soignante.

Les participants ont jugé qu'un comité de mise en oeuvre devrait être créé à la suite du Symposium pour maintenir l'élan du soutien au dossier des auto-soins. Les participants ont offert un slogan pour la promotion auprès du public du concept des auto-soins : Je suis l'acteur principal de mes soins.

## L'enseignement

1. Faire participer le public.
2. Élaborer des compétences clés.
3. Élaborer des cours multidisciplinaires.
4. Disposer de subventions spécifiques soutenant tant le côté « art » que le côté « science ».
5. Promouvoir les soins dans le milieu universitaire et la pratique.
6. Élaborer des critères d'évaluation. Faire des évaluations et des recherches.
7. Inclure d'autres cultures.
8. Mettre l'accent sur les soins et l'action de soigner (et non sur la guérison).

## Les initiatives locales et communautaires

9. Faire une évaluation des besoins.
10. Mettre l'accent sur l'enseignement.
11. Centre ou réseau?
12. Service d'approche.
13. Continuité des soins.



# RÉCAPITULATION MESSAGES ET THÈMES CLÉS

## Les changements systémiques

### Les changements systémiques

#### Centrés sur la personne

14. Les gouvernements devraient faire participer les utilisateurs aux décisions concernant les subventions.
15. Enseignement précoce dans les écoles.
16. Évaluation et sélection en matière d'agrément.

#### Les soutiens gouvernementaux

17. Incitations et récompenses.
18. La politique publique devrait mettre l'accent sur la santé, dans toutes les disciplines.
19. Évaluation.
20. Soutien aux partenariats.

#### Milieu des affaires

21. Promotion, sensibilisation.
22. Partenaires.
23. Incitations et normes.

### Leadership partagé

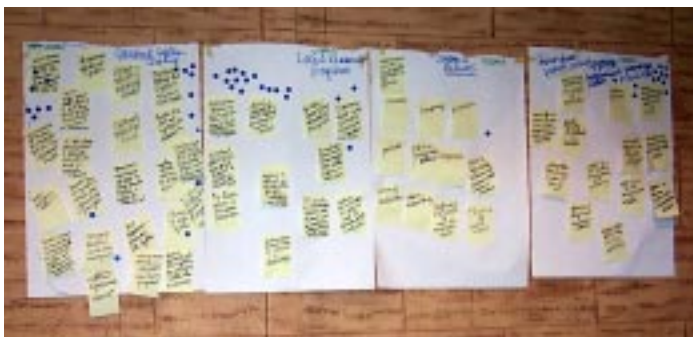
24. Gouvernement, citoyens, professionnels.
25. Continu.
26. Partenariats.
27. Idées concrètes, subventionnées.

### Recherches claires, spécifiques

28. Multiculturelles.
29. Avant et après.

### Communications

30. Positives
31. Plans de travail organisationnels



## SIXIÈME PARTIE :

# NOS ENGAGEMENTS

On a demandé aux participants d'envisager le chemin à parcourir pour atteindre nos objectifs. Y a-t-il des engagements personnels ou institutionnels qui permettront de mettre en oeuvre dès aujourd'hui les idées dégagées et, si oui, à qui devrez-vous demander de l'aide?

### **Betty Gourlay**

Le conseil d'administration de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada se réunit la semaine prochaine et discutera des soins primaires. J'invite toutes les infirmières et infirmiers présents aujourd'hui à être vigilants et prêts à se mobiliser pour se joindre à nos délégués afin de faire avancer le dossier des soins de santé primaires, en particulier la composante des autosoins. Les groupes de spécialité de l'AICC se rencontreront également et nous partagerons les informations concernant ce Symposium avec nos collègues de tout le pays.

### **Édith Côté**

Je me sens motivée par les discussions d'aujourd'hui et je m'engage donc à faire en sorte que l'ACEUN place les autosoins à son ordre du jour, à ce que cela fasse partie du processus d'agrément de notre programme et à élaborer une prise de position sur les autosoins. Ian Bowmer, de l'AFMC, s'est engagé à en faire de même dans son organisme.

En tant que professeure à l'Université Laval, je signale que nous étudions un projet-pilote avec le groupe de médecine familiale pour mettre en oeuvre des autosoins.

### **Le groupe du Manitoba**

Nous nous sommes engagés sur quatre points :

- Promouvoir et contribuer au réseau Prendre en main sa santé. Nous allons veiller à ce que chacun et chacune dans notre domaine professionnel soit au courant du réseau, s'y inscrive et y contribue.
- Nous nous sommes engagés à parler aux universités qui forment les professionnels des soins de santé de la nécessité de faire avancer le dossier de l'enseignement de santé interdisciplinaire comportant un volet autosoins.
- Nous nous sommes engagés à travailler au *Manuel d'autosoins* qui a été élaboré au Manitoba pour commencer à collecter des preuves sur les autosoins.
- Nous nous sommes engagés à essayer de convaincre les chercheurs de faire une évaluation des besoins communautaires axée sur les consommateurs.

### **Alain Pavilanis**

Je représente la communauté tout entière quand je déclare que nous nous sommes engagés à faire progresser ce processus, tout d'abord par le biais d'un rapport sur cette réunion. À un niveau plus personnel, je désire intervenir : je me suis engagé à utiliser cette occasion de réseautage que nous élaborons et à veiller à ce qu'un projet concret découle de ce que nous avons fait. Le lien concret qui a émergé lors de cette réunion entre les associations de médecins et les associations d'infirmières est quelque chose que je m'engage à développer plus avant.

**Jean-Marie Romeder**

Les deux engagements pris par Santé Canada que je voudrais vous communiquer sont les suivants :

- Nous allons continuer le travail de soutien au réseau Prendre en main sa santé pendant les neuf prochains mois afin de faciliter sa viabilité et pour aider à développer ses différentes composantes. Nous voulons travailler à trouver des subventions à long terme pour le réseau et nous sommes optimistes en pensant que nous allons y réussir.
- Dès que nous connaîtrons les critères d'octroi de subventions aux projets de soins de santé primaires, nous partagerons cette information avec tous les organismes représentés au sein du réseau.

**Ellen MacFarlane**

Je siège au Comité consultatif de l'enseignement de la Registered Nurses Association of Nova Scotia (le comité responsable d'élaborer des normes infirmières pour l'enseignement). Je m'engage à utiliser mes compétences pour influencer sur ce groupe, afin de veiller à ce que les compétences et les normes associées aux autosoins soient incluses aux exigences d'agrément et d'autorisation. J'appartiens également à un corps professoral infirmier universitaire incluant des professeurs, des professeurs agrégés, des conférenciers et des associés cliniques, et je m'engage à encourager au moins 95 % de ces personnes à s'inscrire au réseau. Je vais également travailler avec l'ACEUN pour veiller à ce que la mission que vous tentez de réaliser ici soit effectuée à notre niveau.

**Joni Boyd**

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada a également apprécié la collaboration avec le Collège des médecins de famille, l'Association des facultés de médecine du Canada et l'ACEUN au fil de ce projet et s'est engagée à continuer ce type de travail. Cela a été très intéressant, très informatif et très positif.

**Hélène Patenaude**

Personnellement, je vais inviter la communauté dans ma salle de classe, non seulement les experts cliniques et professionnels habituels. Je vais inclure une réflexion sur les autosoins et les activités d'autosoins dans la vie de l'étudiant, incluant les spécialités et les approches alternatives, ouvrir un espace à la diversité et à la spiritualité et créer un milieu d'autosoins parmi les membres du corps professoral. Je partagerai mes expériences avec le réseau et j'espère recevoir du réseau des commentaires et des conseils. Je pense que même les petites étapes sont importantes.

**France Marquis**

Le Nouveau-Brunswick s'engage à continuer le partenariat et à étendre nos centres de santé. Je m'engage à m'inscrire comme membre du réseau Prendre en main sa santé et j'inviterai tous mes collègues de la province à en faire de même.

**Patrick McGowan**

Au cours des 15 dernières années, j'ai fait des recherches concernant les programmes d'autosoins, je les ai mis en vigueur et je les ai évalués. Il s'agit d'une stratégie visant à réunir les personnes qui travaillent dans le domaine du comportement relié aux autosoins. Dans le cadre de mes recherches jusqu'à présent, j'ai étudié l'état de santé des personnes qui y participent ainsi que l'impact des autosoins sur leur vie — je n'ai pas vraiment mis l'accent sur les comportements d'autosoins. Je m'engage à rechercher délibérément les mécanismes et les ressources nécessaires pour déterminer si, à la fin des stratégies d'autosoins, les gens ont réellement adopté des comportements d'autosoins.

### **Catherine Gros**

Il ne s'agit pas d'un nouvel engagement, car il a été présenté dans le rapport final concernant notre projet, mais une collaboration formelle et l'expérience d'élaboration du programme d'étude avec l'École de sciences infirmières de McGill et l'École de médecine ont été une expérience extrêmement positive et enrichissante pour nous. Nous avons l'intention ferme non seulement de continuer cette relation, ce dialogue et ce réseautage, mais aussi de l'étendre.

### **Wayne Weston**

Il y a un certain nombre de manières dont j'espère promouvoir ce que j'ai appris lors de ce Symposium. Je signalerai ce que j'ai fait ici à mon doyen à l'Université Western Ontario et lui demanderai comment nous pourrions promouvoir ceci à Western. Je siège à différents comités concernant l'enseignement de premier cycle et j'en parlerai à d'autres membres des comités. Je rencontrerai un membre de la Faculté des sciences infirmières pour lui communiquer également ce que nous avons appris ici. Je suis président du conseil des directeurs de l'enseignement de premier cycle pour les 16 écoles de médecine, en ce qui concerne la médecine de famille, et je partagerai mes informations avec ce groupe. J'ai formé des liens avec des gens des facultés de sciences infirmières de Windsor et Thunder Bay, lors de cette rencontre, et j'espère que nous allons travailler en collaboration alors que la médecine progresse dans ces domaines. De plus, le livre dont j'ai été le coauteur, *Patient Centred Medicine*, est en voie de révision et comportera des idées concernant les autosoins.

### **Harold Dion**

En tant que président du Collège des médecins de famille du Québec, j'inclurai les informations concernant ce Symposium dans notre prochain bulletin de nouvelles, pour que nos membres soient au courant de cette réunion. Je siège au conseil consultatif scientifique de nombreuses revues médicales et je recommanderai d'intégrer le concept d'autosoins à la rédaction d'articles et à l'élaboration d'ateliers de travail.

### **Rodney Crutcher**

À Calgary, nous allons développer plus avant la collaboration lancée entre la Faculté de médecine et la Faculté de sciences infirmières. Nous nous proposons d'explorer la possibilité de travailler avec Montréal et Sherbrooke et d'autres pour faire des autosoins une réalité en matière d'enseignement.

### **Françoise Moquin**

Je ne peux pas engager mon organisme, mais personnellement, je vais promouvoir le nouveau réseau auprès de mes amis et collègues travaillant dans le domaine du VIH/sida et auprès des résidents au foyer. Je serais heureuse d'offrir mes services pour tout remue-ménages bilingue.





## REMARQUES EN GUISE DE CONCLUSION

### **Alain Pavilanis**

Merci à vous tous et toutes d'être venus à cet événement et d'y avoir participé de manière si compétente et enthousiaste. Merci pour votre intérêt, votre intelligence et votre participation. Merci également à tous les membres du comité organisateur et aux quatre organismes qui ont pris part à cette initiative avec Santé Canada : le Collège des médecins de famille, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association des facultés de médecine du Canada, l'Association canadienne des écoles universitaires de nursing. Je voudrais remercier Alan Sobel et son équipe ainsi qu'Antoinette et Pierre qui ont fait un travail formidable d'organisation de la réunion ainsi que Jean-Marie Romeder et Bob Shearer, et que toute l'équipe de Santé Canada, Isabelle Caron. Merci à tous.

Nous ne devons pas sous-estimer l'importance du travail effectué ici et le pouvoir de nos idées. Nous ne devons pas oublier que l'on nous écoute, ce dont en témoigne clairement la présence du D<sup>r</sup> McMurtry. Oui, on nous écoute. Nous avons adopté un point de vue convaincant et nous devons continuer notre travail.

Le Comité directeur va effectuer un suivi à ce Symposium. Tout d'abord, nous nous rencontrerons le 17 août et nous vous distribuerons le procès-verbal de cette réunion. Deuxièmement, nous publierons un rapport sur le Symposium et ceci vous sera envoyé également.

J'espère que nous continuerons tous et toutes à travailler dans cette voie dans laquelle nous nous sommes clairement engagés, grâce aux engagements qui viennent de nous être faits. Ceci nous indique très évidemment le chemin à suivre.

### **Lynnette Leeseberg Stamler**

L'une des choses que j'ai entendues si souvent au cours des deux derniers jours, quelque chose qui a revêtu une importance personnelle pour moi, ce fut l'occasion de rencontrer tant de gens, de les écouter et d'apprendre auprès d'eux. J'avais parlé avec certaines personnes au téléphone ou certaines d'entre elles avaient écrit des rapports que j'avais lus. Certaines d'entre elles, je les connaissais déjà. Je sais que ceci fut un point fort lors de cette réunion. Alors je lance le défi à tous de continuer à entretenir ces relations et à les renforcer.

Un merci du fond du coeur à Santé Canada pour avoir étendu la quatrième phase pour que nous puissions organiser ce Symposium à la fin de cette phase. Et pour reprendre les mots de Bob McMurtry : « Faites des rapports, réformez et réseautez! »

À bientôt au réseau!

## **Annexe C :**

### **Projet de démonstration de soutien aux autosoins, Université de Calgary**

#### **Questions sur les autosoins pour les sondages**

##### *Atelier de travail séance 1 : Le diabète sucré*

*Présenté sous le même format que le reste du questionnaire*

Les individus sont capables de déterminer ce qui est important dans leur vie et les professionnels de la santé, comme les infirmières et les médecins, sont en mesure de les aider à réaliser leurs objectifs personnels.	1--2--3--4--5
Les aspects des systèmes de santé comme le temps et le volume de travail ne sont pas favorables au soutien aux autosoins.	Vrai      Faux
Les plans standards de soins soutiennent les autosoins.	1--2--3--4--5
Il y a une différence entre les autosoins à l'hôpital et dans la communauté.	1--2--3--4--5
Procéder à une entrevue de motivation peut être une manière d'écouter et de communiquer qui soutient les autosoins.	1--2--3--4--5
Le savoir des consommateurs et les compétences partagées sont des ressources pour les infirmières et les médecins.	1--2--3--4--5
Un accès plus facile aux consultations multidisciplinaires serait une étape importante vers un traitement médical représentant une collaboration réelle.	1--2--3--4--5
La maladie aiguë et la maladie chronique sont différentes et ceci pourrait avoir un impact pour déterminer si vous êtes un expert ou non.	1--2--3--4--5
Les autosoins signifient gérer des vies complexes et non pas seulement des maladies.	1--2--3--4--5
Les autosoins et l'observance thérapeutique sont parfois mutuellement exclusifs.	Vrai      Faux

*Atelier de travail séance 3 : L'évaluation et la gestion de la douleur dans les soins palliatifs*  
*Présenté sous le même format que le reste du questionnaire*

- 1) Dans la promotion des autosoins, il est essentiel de signaler exactement la douleur. Le clinicien prend en considération tout ce qui suit **sauf** :
  - a) L'utilisation d'une échelle de la douleur.
  - b) La déclaration par le patient.
  - c) L'opinion et les croyances personnelles des cliniciens concernant la véracité de la douleur.
  - d) La préférence du patient concernant le type d'échelle de la douleur utilisée.
  
- 2) Enseigner au patient et à la famille à utiliser une échelle de la douleur inclut tout ce qui suit, **sauf** :
  - a) Expliquer l'échelle en détail en décrivant les différentes parties de l'échelle (10 = pire douleur, etc.).
  - b) Expliquer que le mot « douleur » est un concept vaste incluant des aspects variés.
  - c) Enseigner à la famille à utiliser l'échelle seulement si le patient n'est pas en mesure de la comprendre.
  - d) Permettre au patient de déterminer ce que serait une cote de douleur acceptable.
  
- 3) Pour veiller à ce que le patient et sa famille respectent un régime prescrit d'analgésique, le clinicien peut enseigner au patient et à la famille tout ce qui suit, **sauf** :
  - a) Que ne pas soulager la douleur peut avoir des effets néfastes.
  - b) Que la dose 24 heures sur 24 donnée deux fois par jour est le plus efficace à 10 h 00 et 22 h 00.
  - c) Que prendre différents analgésiques (aux mêmes intervalles) en même temps n'est pas dangereux
  - d) Que des doses de médicament de « rattrapage » devraient être prises avant que la douleur ne devienne forte.

## ***Annexe D :***

### ***École des sciences infirmières et faculté de médecine de l'Université McGill***

#### ***Questionnaire sur les autosoins***

(scénarios cliniques pour les cliniciens pratiquant en médecine familiale)

Vous trouverez décrites ci-dessous toute une variété de situations de patients/familles. Chacune est suivie d'une série de réponses possibles. Veuillez indiquer si vous êtes d'accord ou non avec chacune des réponses proposées en indiquant votre réponse sur une échelle de cinq points. Vous devrez déterminer le degré auquel vous êtes d'accord ou non avec une option en considérant si la réponse est ou non celle que vous mettriez en vigueur réellement dans votre pratique clinique. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Pour chaque situation, vous devez être d'accord avec toutes les options, avec certaines ou avec aucune. Expliquez la raison de vos choix. Vous pouvez aussi inclure d'autres réponses face à cette situation qui, selon vous, seraient appropriées à mettre en vigueur. Soyez préparé à partager vos idées avec vos collègues lors des séances de discussion en groupe.

## SITUATION 1

M. B., un écrivain réputé, est vu à la clinique pour la première fois à la suite de son congé de l'hôpital où il a été traité pour son deuxième infarctus du myocarde (IM). M. B. a 66 ans. Il mesure 5 pi 10 po et pèse 75 livres de trop.

Quand il entre dans la salle d'examen, vous observez que M. B. sourit et semble content. Vous vous présentez et vous lui demandez comment il se sent. Fait surprenant, M. B. ne mentionne pas sa maladie. Il dit qu'il se sent « bien », ajoutant qu'il vient de terminer son deuxième roman qui, il le proclame, a de bonnes chances de figurer sur la liste des best-sellers ». Quand vous lui demandez de vous parler de ce qui l'amène à la clinique, M. B. explique « J'ai eu de nouveau un peu de problèmes avec mon cœur... Être assis toute la journée devant l'ordinateur ne m'a pas aidé à perdre du poids ». En vous basant uniquement sur ces informations, votre approche au travail de soins de santé avec M. B. inclurait alors :

	<b>Tout à fait d'accord</b>	<b>D'accord</b>	<b>Ni pour, ni contre</b>	<b>Pas d'accord</b>	<b>Pas du tout d'accord</b>
1. Demander à M. B. de vous parler un peu plus de son niveau d'activité physique quotidienne.					
2. Demander à M. B. de suivre un programme d'exercice régulier et modéré.					
3. Aider M. B. à perdre du poids en lui faisant suivre un régime à calories réduites, à faible teneur en matières grasses.					
4. Demander à M. B. quelles sont ses priorités actuelles.					
5. Aider M. B. à comprendre que la situation est grave en lui fournissant des informations pertinentes sur la maladie cardiaque.					
6. Exprimer son intérêt envers le travail de M. B. et l'écouter quand il vous parle de son dernier roman.					

## SITUATION 2

M<sup>me</sup> J., 72 ans, a le cancer du sein métastasé aux os et au cerveau. M. et M<sup>me</sup> J. ont été informés du mauvais pronostic lors d'une hospitalisation récente, quand le couple a décidé que M<sup>me</sup> J. recevrait des soins palliatifs à la maison.

Pendant votre visite au foyer des J., vous notez que M<sup>me</sup> J. semble calme et confortable et elle vous dit que les médicaments soulagent efficacement ses symptômes et sa douleur. Vous observez que M. J. est assis au chevet de sa femme, lui tenant la main. D'une voix douce et chaleureuse, M. J. dit à sa femme de ne pas se faire de souci et que tout va bien aller, ajoutant qu'il va la ramener à leur maison de Floride dès qu'elle se sentira mieux. Selon l'information ci-dessus, votre approche au travail de soins de santé avec M. et M<sup>me</sup> J. inclurait alors :

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni pour, ni contre	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
1. Rappeler à M. J. que sa femme a entamé la phase terminale de sa maladie et l'aider à comprendre que sa santé ne va pas s'améliorer.					
2. Être honnête avec M. J. en le prenant à part et en lui disant que l'objectif de ramener sa femme en Floride n'est pas réaliste.					
3. Demander à M. et M <sup>me</sup> J. ce que, selon eux, vous pouvez faire pour les aider.					
4. Réfléter à M. J. le dévouement, les soins et l'inquiétude dont il fait preuve envers sa femme.					
5. Demander à M. et M <sup>me</sup> J. de vous parler davantage de leur maison en Floride.					

### SITUATION 3

M. F., 85 ans, a été admis à l'hôpital il y a trois semaines à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC). Bien que M. F. ait reçu une physiothérapie régulièrement et qu'il fasse de bons progrès, il refuse depuis quelques jours de participer à sa physiothérapie. Aucun autre changement n'est apparent sur le plan de sa santé mentale ou de son état physique. En vous basant seulement sur ces informations, votre approche au travail de soins de santé avec M. F. inclurait alors :

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni pour, ni contre	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
1. Demander à M. F. de vous parler davantage de la manière dont il se sent.					
2. Demander à M. F. de participer à cet aspect de ses soins en soulignant les avantages de la physiothérapie pour la santé.					
3. Rappeler à M. F. qu'il recevra bientôt son congé et l'informer qu'il ne sera pas en mesure de rentrer à la maison s'il ne revient pas à son niveau précédent de fonctionnement.					
4. Montrer de l'empathie envers les sentiments de M. F. tout en clarifiant le fait que la physiothérapie n'est pas une partie négociable de son plan de soins.					
5. Intervenir pour prévenir un déclin plus poussé en demandant une consultation avec un psychiatre.					

#### SITUATION 4

M<sup>me</sup> L. est une mère monoparentale de 23 ans au chômage. Elle a trois enfants : Luc, 4 ans, Martine, 3 ans et Éric, 6 semaines. La famille L. a été identifiée comme étant « à risque élevé » par l'hôpital au moment de la naissance d'Éric et le cas vous a été confié pour des soins de suivi. Depuis, M<sup>me</sup> L. ne s'est pas présentée à la clinique pour ses rendez-vous réguliers postnatals. La secrétaire a contacté M<sup>me</sup> L. et une visite à domicile a été organisée. Vous n'avez encore jamais rencontré cette famille. En entrant dans l'appartement, vous observez un certain nombre d'inquiétudes en matière de sécurité dans l'environnement, y compris des produits d'entretien domestique à portée des enfants. M<sup>me</sup> L. est en train de préparer un biberon de lait maternisé tout en essayant de calmer le bébé qui pleure dans ses bras. Pendant ce temps, vous notez que Luc et Martine ont été laissés seuls sans surveillance dans la baignoire. En vous saluant, M<sup>me</sup> L. vous dit qu'elle se sent « vraiment fatiguée » et « stressée »... « Je suis arrivée au bout du rouleau avec ces enfants », ajoutez-elle sur un ton de voix frustré, en colère. En vous basant uniquement sur les données ci-dessus, votre réponse à M<sup>me</sup> L. inclurait ce qui suit :

	<b>Tout à fait d'accord</b>	<b>D'accord</b>	<b>Ni pour, ni contre</b>	<b>Pas d'accord</b>	<b>Pas du tout d'accord</b>
1. Fournir une assistance directe en offrant de l'aider à donner le bain aux enfants.					
2. Demander à M <sup>me</sup> L. de vous dire qui est disponible pour l'aider.					
3. Signaler à M <sup>me</sup> L. qu'elle devrait garder sous clé, en sécurité, tous les poisons et produits d'entretien.					
4. Explorer la connaissance par M <sup>me</sup> L. des mesures que l'on peut prendre pour éviter les accidents de noyade en baignoire chez les enfants de moins de 5 ans.					



### **SITUATION 5**

M. A., 72 ans, se présente comme un homme très privé et réservé. Il vient d'être diagnostiqué comme ayant le cancer et a montré peu d'émotion en réagissant à la nouvelle. En travaillant avec M. A., laquelle des stratégies suivantes devriez-vous mettre en vigueur?

	<b>Tout à fait d'accord</b>	<b>D'accord</b>	<b>Ni pour, ni contre</b>	<b>Pas d'accord</b>	<b>Pas du tout d'accord</b>
1. Maintenir le contact visuel et rester silencieux.					
2. Faire en sorte que M. A. s'ouvre à vous et vous parle de ses sentiments.					
3. Fournir à M. A. des informations sur la manière de faire face de manière plus saine à son nouveau diagnostic.					
4. Veiller à ce que M. A. ait le sens du contrôle et de la prise en charge de la situation.					

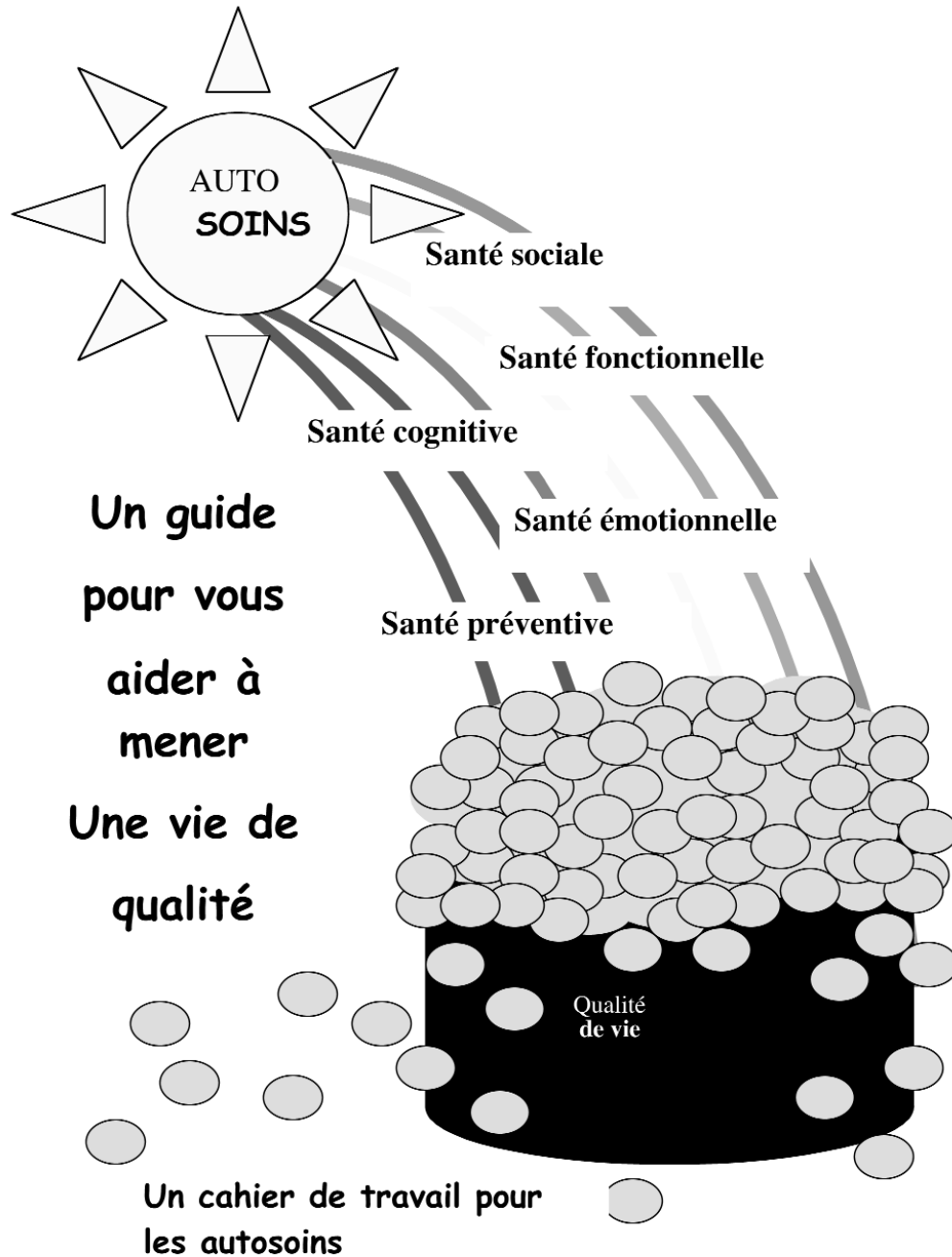
**SITUATION 6** (se référant à M. A. ci-dessus)

Alors que vous commencez de terminer votre visite auprès de M. A., il signale qu'il ne veut pas que sa femme soit au courant de son diagnostic. Vous répondez en :

	<b>Tout à fait d'accord</b>	<b>D'accord</b>	<b>Ni pour, ni contre</b>	<b>Pas d'accord</b>	<b>Pas du tout d'accord</b>
1. Aidant M. A. à comprendre son propre comportement, en expliquant que son hésitation à informer sa femme est probablement reliée à son incapacité actuelle de faire face à ses propres sentiments concernant le diagnostic.					
2. Promettre de <u>ne pas</u> révéler le diagnostic à sa femme même si elle demande directement cette information.					
3. Poser des questions ouvertes afin de mieux comprendre le désir de M. A. de ne pas informer sa femme.					
4. Refléter à M. A. le fait qu'il devrait apprendre à communiquer de manière plus ouverte avec sa femme et prendre un autre rendez-vous pour commencer à travailler avec lui vers ce but.					

**Annexe E :**

**Extrait de :  
A Guide to Help You With Quality Living  
de l'Université du Manitoba**



Les **autosoins**, c'est enseigner aux gens à améliorer leur santé sous autant d'aspects qu'ils le désirent pour pouvoir jouir pleinement de la vie. **L'objectif de ce manuel** est de permettre aux **personnes âgées** d'apprendre des activités d'autosoins et les guider dans le processus des autosoins.

La section intitulée **l'exploration des autosoins** expliquera tous les différents domaines des autosoins.

La section intitulée **pensez à vos autosoins** vous aidera à prendre des décisions en matière de vos autosoins.

Le **guide de ressources** vous aidera à trouver des gens à qui parler.

La section intitulée **assistance en matière d'autosoins** vous aidera à faciliter vos pratiques d'autosoins.

**Votre calendrier des autosoins** vous aidera à noter vos autosoins.

## **L'EXPLORATION DES AUTOSOINS**

**L'objectif de cette section** c'est que les personnes âgées se familiarisent avec les autosoins pour les nombreux différents aspects de leur vie.

### **A. Autosoins :**

*« Vous, l'individu, pouvez en faire plus pour votre santé et votre bien-être que n'importe quel médecin, hôpital, médicament et appareil médical exotique. »*

*Joseph Califano*

Les autosoins, c'est ce que vous faites pour améliorer votre santé de la manière que vous choisissez. Ce qui est le plus important en matière d'autosoins, c'est que VOUS PRENEZ LA DÉCISION d'améliorer votre santé. Cela ne veut pas dire que vous devez pratiquer les autosoins seul. L'aide de la famille, des amis et de la communauté est un aspect très important des autosoins.

### **B. Les autosoins et votre vie.**

Nous avons divisé la santé globale en catégories principales suivantes :

- Santé sociale
- Santé fonctionnelle
- Santé cognitive
- Santé émotionnelle
- Santé préventive

Nous allons maintenant définir ces domaines de la santé et fournir des exemples de la manière dont vous pouvez rester en bonne santé ou être en meilleure santé dans chaque domaine.

***Annexe F :***

***Université de Moncton, Campus d'Edmunston :  
Mon calendrier santé***

# Mon Calendrier Santé / My Health Calendar



Nom / Name : \_\_\_\_\_



SUPPORTING SELF-CARE:  
A SHARED INITIATIVE

PRENDRE EN MAIN SA SANTÉ :  
UNE INITIATIVE PARTAGÉE



UNIVERSITÉ  
DE MONCTON  
Campus d'Edmundston

# Table des matières

<b>Introduction</b> .....	3
<b>Objectifs</b> .....	3
<b>Chirurgie d'un jour</b> .....	4
<b>1. La démarche avant la chirurgie</b>	
1.1 Ma visite chez le chirurgien .....	5
1.2 Le calendrier opératoire .....	5
1.3 Ma visite à la clinique de préanesthésie.....	6
1.4 La période d'attente avant la chirurgie .....	7
<b>2. La veille et le jour de la chirurgie</b>	
2.1 La veille de la chirurgie .....	9
2.2 Le jour de la chirurgie .....	10
2.3 La chirurgie d'un jour .....	10
2.4 La salle d'opération.....	11
2.5 La salle de réveil .....	11
2.6 Le retour à l'unité de chirurgie d'un jour .....	13
<b>3. Le retour à domicile</b>	
3.1 Les consignes à suivre.....	15
3.2 Des conseils sur les malaises possibles.....	15
3.3 En cas de complications.....	17
<b>4. Des conseils pratiques</b> .....	18
<b>5. Des renseignements utiles</b> .....	20
<b>6. Bibliographie</b> .....	21

Dans ce document, l'usage  
du masculin inclut  
le féminin.



# Mon cheminement vers l'autogestion de ma santé

## Introduction

Des personnes ayant vécu l'expérience de la chirurgie d'un jour et des professionnels de la santé ont participé au développement du *Calendrier Santé*. Cet outil permet à la personne d'être mieux préparée face aux étapes entourant la chirurgie d'un jour. De plus, les interventions de soutien à l'autosoin des professionnels de la santé sont uniformisées.

L'*autosoin* inclut toutes les activités qu'une personne entreprend dans le but de prévenir la maladie, d'évaluer ses malaises, ainsi que de retrouver, d'améliorer et de préserver sa santé. L'*autosoin* signifie que la personne est en mesure de prendre des décisions en regard de sa santé; elle peut décider de se soigner, de consulter des professionnels de la santé et des groupes de soutien, ou décider de ne rien faire.

Dans le cadre du *soutien à l'autosoin*, les professionnels de la santé deviennent des partenaires de la personne en reconnaissant ses besoins et capacités à se soigner. Par leurs interventions, les professionnels de la santé l'appuient dans son cheminement vers l'autonomie.

## Objectifs

Lors du processus de la chirurgie d'un jour, l'utilisation de mon *Calendrier Santé* me permet :

- ◆ d'être mieux informé des différentes étapes entourant cette expérience;
- ◆ d'être mieux préparé à gérer mes soins;
- ◆ de connaître les ressources disponibles;
- ◆ d'utiliser les ressources appropriées;
- ◆ de mettre en application les conseils reçus.





# Chirurgie d'un jour

Le **programme de chirurgie d'un jour** signifie que je suis admis, opéré et congédié le jour même de la chirurgie.

Les activités entourant la chirurgie d'un jour sont divisées en trois étapes :

1. La démarche avant la chirurgie (visite chez le chirurgien, communications par le service du calendrier opératoire et visite à la clinique de préanesthésie);
2. La veille et le jour de la chirurgie (chirurgie d'un jour, salle d'opération et salle de réveil);
3. Le retour à domicile (la convalescence).



## Ce que je dois faire :

Ma collaboration est un atout important à mon mieux-être et au succès de la chirurgie. Ainsi :

- je lis attentivement les informations dans ce document;
- je fais un crochet (✓) dans les
- j'écris mes questions dans les espaces « Notes »;
- je partage l'information reçue avec mes proches afin qu'ils puissent m'aider et me donner du soutien.



# 1. La démarche avant la chirurgie

## 1.1 Ma visite chez le chirurgien

Le chirurgien :

- m'explique mon problème de santé et les raisons de la chirurgie;
- m'explique la chirurgie;
- m'informe des complications possibles;
- me précise la durée de l'arrêt de travail, si nécessaire;
- obtient mon consentement pour la chirurgie;
- me remet mon *Calendrier Santé*, sinon, il me sera expédié par la poste par la secrétaire du calendrier opératoire.

## 1.2 Le calendrier opératoire

La secrétaire :

- m'envoie l'information par la poste ou me téléphone afin de confirmer la date et l'heure de mes rendez-vous :
  - des tests et examens;
  - à la clinique de préanesthésie;
  - le jour de la chirurgie.

Notes

---

---

---

---

---

---



Ce que je dois faire :

- j'écris les dates et heures de mes rendez-vous dans mon *Calendrier Santé*;
- je lis les informations sur les préparatifs à faire pour les examens;
- je **confirme ou annule** mes rendez-vous en appelant le plus tôt possible au numéro :



**Edmundston** (506) 739-2725  
**Grand-Sault** (506) 473-7551  
**St-Quentin** (506) 235-7300\*  
\*(pour tests et examens seulement)



### 1.3 Ma visite à la clinique de préanesthésie

La clinique de préanesthésie a pour but de mieux me préparer à la chirurgie. Cette visite est nécessaire puisqu'elle me permet de demeurer chez-moi jusqu'au jour de la chirurgie. La visite dure environ 60 à 90 minutes.



#### Ce que je dois faire :

Je me prépare la veille de ma visite à la clinique de préanesthésie.  
**Si nécessaire**, je :

- demeure à jeun (ni boire, ni manger), selon les directives reçues du calendrier opératoire;
- demande à une personne de m'accompagner et lui indique l'heure et la durée prévues de la visite.

Le matin, j'apporte :

- mes médicaments dans les contenants originaux;**
- la liste de mes allergies;**
- ma carte d'assurance-maladie ou autres cartes d'assurance;**
- ma carte d'hôpital;**
- mon *Calendrier Santé*; et**
- tous les documents reçus concernant la chirurgie.**

Lors de mon arrivée à l'hôpital, je me rends :

- au service d'admission pour m'inscrire et une secrétaire m'indique où me rendre;
- au service de cueillette des spécimens où on me fait les examens nécessaires (prises de sang et autres tests);
- voir l'infirmière à la clinique de préanesthésie.

#### Notes

---

---

---

---

#### Important

*Je comprends que si je ne me présente pas à cette visite, la chirurgie sera annulée (cancellée).*

#### L'infirmière de la clinique de préanesthésie :

- complète avec moi le questionnaire santé;
- me remet de l'information sur les types d'anesthésie ainsi que sur la chirurgie prévue;
- prend mes signes vitaux (température, pression, pouls, respiration), mon poids et me fait l'enseignement approprié;
- achemine la (les) demande(s) de consultation(s) avec les autres professionnels (anesthésiste, interniste), si nécessaire;
- m'explique les étapes à suivre pour ma préparation;
- me remet le savon pour la douche ou le bain avant la chirurgie;
- m'informe quels médicaments je dois prendre ou cesser le matin de la chirurgie;
- révise le *Calendrier Santé* avec moi et répond à mes questions et mes inquiétudes;
- s'assure qu'une personne demeure avec moi les premiers 24 heures après la chirurgie.



## 1.4 La période d'attente avant la chirurgie



### Ce que je dois faire :

- j'avise :
  - ◆ ma gardienne, si nécessaire;
  - ◆ mon employeur de la durée de l'arrêt de travail, si nécessaire;
  - ◆ la personne qui va m'accompagner de la date et de l'heure de la chirurgie.
- je demande l'aide d'un proche pour mes activités prévues après la chirurgie;
- je prépare mes repas à l'avance pour les premiers jours suivants la chirurgie;
- je m'informe des services offerts par la Société canadienne de la Croix-Rouge et des coûts, si nécessaire :
  - ◆ auxiliaire familiale (service de gardienne, entretien ménager);
  - ◆ service de repas;
  - ◆ location d'équipement et de matériel.

Au numéro :



Edmundston	(506) 736-0050	Mme Ginette Collin
Grand-Sault	(506) 473-5897	
St-Quentin*	(506) 759-8521	Mme Evelyne Beaulieu
	*(mêmes services à l'exception des repas)	

### Notes

---

---

---

---

---

---

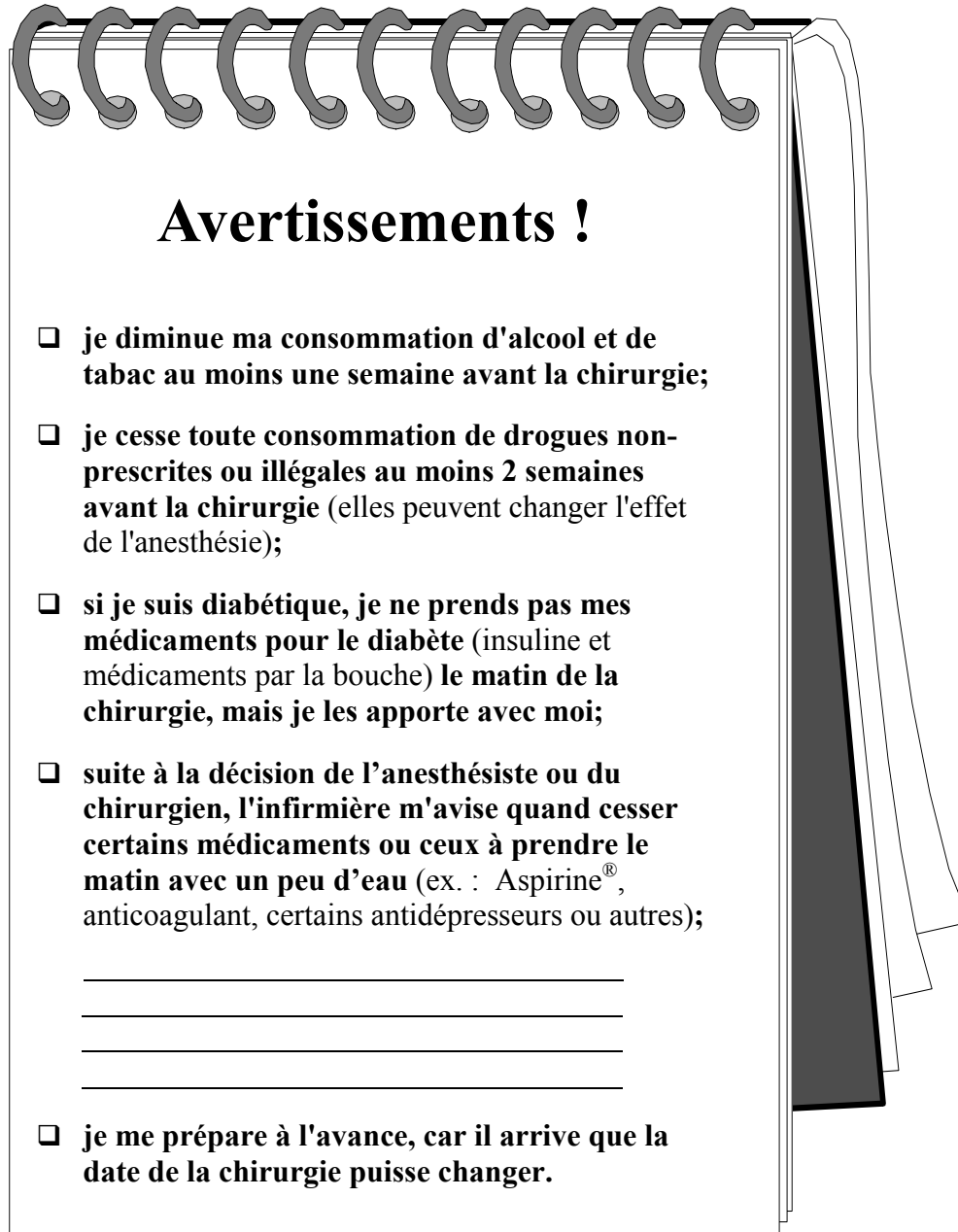
---

---

- je me procure le matériel orthopédique (béquilles, canne, etc.) prescrit par les professionnels de la santé, à la pharmacie ou à la Société canadienne de la Croix-Rouge, afin de préparer mon retour à la maison. Il est recommandé que je me pratique à l'avance;
- je me procure des aides techniques pour mes soins d'hygiène (chaise pour mettre dans le bain, brosse à long manche), si nécessaire;
- j'adapte mon environnement à la maison pour faciliter mes déplacements, si nécessaire;
- je pratique les exercices suggérés à la page 12;
- je m'assure d'avoir un thermomètre et des pansements;
- je me procure des médicaments contre la douleur, acétaminophène (Tylenol<sup>®</sup>), et contre les maux de coeur, dimenhydrinate (Gravol<sup>®</sup>), en comprimés et en suppositoires.



## 1.4 La période d'attente avant la chirurgie (suite)



### Avertissements !

- je diminue ma consommation d'alcool et de tabac au moins une semaine avant la chirurgie;
- je cesse toute consommation de drogues non-prescrites ou illégales au moins 2 semaines avant la chirurgie (elles peuvent changer l'effet de l'anesthésie);
- si je suis diabétique, je ne prends pas mes médicaments pour le diabète (insuline et médicaments par la bouche) le matin de la chirurgie, mais je les apporte avec moi;
- suite à la décision de l'anesthésiste ou du chirurgien, l'infirmière m'avise quand cesser certains médicaments ou ceux à prendre le matin avec un peu d'eau (ex. : Aspirine<sup>®</sup>, anticoagulant, certains antidépresseurs ou autres);

---

---

---

---

- je me prépare à l'avance, car il arrive que la date de la chirurgie puisse changer.

*Notes*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## 2. La veille et le jour de la chirurgie

### 2.1 La veille de la chirurgie



Ce que je dois faire :

- j'arrête de fumer à partir de 18 h (6:00 p.m.);
- je reste à jeun à partir de minuit (ni boire, ni manger) selon les directives reçues à la clinique de préanesthésie;
- je prends une douche ou un bain avec la moitié du savon reçu à la clinique de préanesthésie;
- je n'applique aucune crème hydratante, aucun parfum;
- j'enlève le vernis à ongles et les bijoux;
- je prépare mes effets personnels (pantoufles, papiers mouchoirs, serviettes sanitaires, brosse et pâte à dents, étui à lunettes ou verres de contact et contenant à dentiers);
- je confirme, avec la personne qui m'accompagne, l'heure à laquelle je dois me présenter à l'hôpital;
- je me détends et me repose.

*Notes*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Si j'ai de la fièvre (température), attrape une grippe ou souffre de tout autre malaise, j'avise l'hôpital au numéro :**



**Edmundston** (506) 739-2725  
**Grand-Sault** (506) 473-7551



## 2.2 Le jour de la chirurgie



Ce que je dois faire :

- je prends une douche ou un bain avec le reste du savon reçu à la clinique;
- je **ne porte pas** de maquillage, de parfum, de crème hydratante, de bijoux, ni de vernis à ongles;
- j'apporte :
  - ◆ mes effets personnels;
  - ◆ ma carte d'assurance-maladie ou autres cartes d'assurance;
  - ◆ ma carte d'hôpital;
  - ◆ **mes médicaments dans les contenants originaux (pompes, insuline, etc.);**
  - ◆ **mon Calendrier Santé;**
  - ◆ une débarbouillette humide dans un sac de plastique en cas de nausées (maux de coeur) lors de mon retour à la maison.
- je demande à une personne de me conduire à l'heure prévue;
- je m'inscris au comptoir de l'urgence avant 7 h, et je m'inscris au service de l'admission après 7 h.

## 2.3 La chirurgie d'un jour

L'infirmière :

- ◆ vérifie mes renseignements personnels, mes allergies et mes médicaments;
- ◆ prend mes signes vitaux (température, pression, pouls, respiration);

**Notes**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

L'infirmière (suite) :

- ◆ me fait un rasage du site opératoire, si nécessaire;
- ◆ me fait une désinfection du site opératoire;
- ◆ m'installe un soluté (sérum);
- ◆ m'applique une crème pour geler l'endroit où elle installe le soluté (sérum), si nécessaire.



## 2.3 La chirurgie d'un jour (suite)



Ce que je dois faire :

- ♦ j'enfile une jaquette d'hôpital pour faciliter mes préparatifs;
- ♦ je signe un consentement opératoire;
- ♦ j'enlève mes dentiers, lunettes (verres de contact) et autres prothèses;
- ♦ je demande un calmant si je me sens nerveux;
- ♦ je vais uriner juste avant mon départ pour la chirurgie;
- ♦ je me détends en attendant mon départ pour la salle d'opération.

## 2.4 La salle d'opération

L'équipe présente lors de la chirurgie se compose de l'anesthésiste, du chirurgien et de deux infirmières. Ils :



- ♦ me préparent pour la chirurgie (électrodes ♥, appareil à pression, pince au doigt pour mesurer le pourcentage d'oxygène);
- ♦ procèdent à l'anesthésie et à la chirurgie.

## 2.5 La salle de réveil

Dès la fin de la chirurgie, on me transporte en civière à la salle de réveil.

Le séjour à la salle de réveil est d'une durée d'environ une (1) heure.

*Notes*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**L'infirmière :**

- ♦ vérifie :
  - \* mes signes vitaux (température, pression, pouls, respiration);
  - \* le site de la chirurgie (mon pansement);
  - \* le soluté (sérum);
  - \* mon degré d'éveil en me posant des questions.
- ♦ m'administre des médicaments contre la douleur ou les nausées, si nécessaire;
- ♦ m'assiste pour faire des exercices respiratoires et circulatoires.





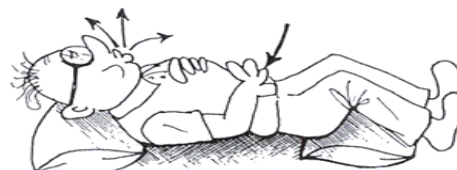
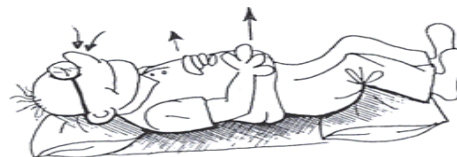
## 2.5 La salle de réveil (suite)



Ce que je dois faire :

### Au niveau respiratoire :

- ◆ Respirations profondes : J'inspire aussi profondément que possible. Je tiens 5-10 secondes. J'expire tout l'air. Je répète 5 fois.
- ◆ Pour tousser : Je plie les genoux; j'inspire profondément. Je supporte mon incision (abdominale) à l'aide de mes mains ou d'un coussin. Au moment d'expirer, je contracte les muscles du ventre et je tousse.



### Au niveau circulatoire :

- ◆ Changement de position : Je fléchis ma jambe pour m'appuyer; je me tiens contre le côté du lit pour soulever mes fesses et changer de côté.
- ◆ Jambes : Je plie la hanche et le genou en faisant glisser mon pied sur le lit. Je tiens 5 secondes et je relâche. Je répète 5 fois avec chaque jambe.
- ◆ Pieds : Couché sur le dos, sans bouger la hanche ou la cuisse, je fais des mouvements de va-et-vient avec la cheville en tirant le pied et les orteils vers moi, puis vers le bas.



Tous ces exercices **doivent être pratiqués avant la chirurgie** afin d'être exécutés avec plus de facilité par la suite. Je comprends que je suis responsable de pratiquer ces exercices. L'infirmière demeure disponible pour m'assister ou corriger mes mouvements.



## 2.6 Le retour à l'unité de chirurgie d'un jour

La durée du séjour est en moyenne de 1 à 4 heures, ou le temps que je récupère complètement.

### L'infirmière :

- ◆ vérifie mes signes vitaux (température, pression, pouls, respiration);
- ◆ me pose des questions afin de vérifier mon degré de conscience;
- ◆ me donne des médicaments contre la douleur ou les nausées, si nécessaire;
- ◆ vérifie le site de la chirurgie (mon pansement);
- ◆ enlève le soluté (sérum);
- ◆ me donne les renseignements pour mon retour à la maison (prescriptions et directives à suivre);
- ◆ me remet une feuille de départ qui m'indique mes prochains rendez-vous (chez le chirurgien, médecin de famille, cliniques ou autres);
- ◆ me remet mon certificat médical (période d'arrêt de travail), si nécessaire;
- ◆ évalue si je suis prêt pour mon congé.

### Notes

---

---

---

---

---

---



### Ce que je dois faire :

- ◆ je n'hésite pas à dire le degré de ma douleur afin de recevoir des médicaments prescrits par le médecin;
- ◆ je bois des liquides afin de m'assurer que je n'ai pas de nausées (maux de cœur);
- ◆ j'avise l'infirmière si j'ai des nausées (maux de cœur) et vomissements;
- ◆ je demande à l'infirmière de m'assister lors de mon premier lever après la chirurgie :

- ◆ Je me tourne sur le côté, m'appuie sur mon avant-bras de ce côté, plie mes jambes et les laisse descendre sur le côté du lit en même temps que je me soulève avec mon autre main;



- ◆ Je prends le temps de respirer profondément et je demeure assis sur le bord du lit quelques instants en bougeant mes jambes;



- ◆ Je me lève lentement en regardant devant moi, pour éviter les étourdissements;



- ◆ J'avise l'infirmière si je ressens un malaise et je me recouche.



## 2.6 Le retour à l'unité de chirurgie d'un jour (suite)

**À cette étape, 3 scénarios sont possibles :**

**A. Habituellement :**

- ♦ je demande à une personne de m'accompagner pour ma sortie de l'hôpital et pour les premiers 24 heures;

**et**

- ♦ l'infirmière de la chirurgie d'un jour me téléphone au cours des premiers 24 heures.

**B. Parfois :**

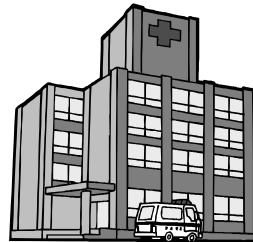
- ♦ je demande à une personne de m'accompagner pour ma sortie de l'hôpital et pour les premiers 24 heures;

**et**

- ♦ je reçois une visite des professionnels du Programme extra-mural (PEM) selon la demande de mon chirurgien.

**C. Rarement :**

- ♦ je demeure à l'hôpital plus longtemps, si ma condition l'exige.



*Notes*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



# 3. Le retour à domicile

## 3.1 Les consignes à suivre



Ce que je dois faire :

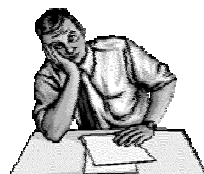
Pour les **premiers 24 heures**, un adulte responsable demeure avec moi à la maison.

Pour les **premiers 48 heures**, pour ma sécurité :

- ◆ je ne conduis pas de véhicule motorisé et je n'utilise pas d'outils à moteur (plus longtemps si le chirurgien me l'indique);



- ◆ je remets les décisions importantes à plus tard;



- ◆ je ne consomme pas de boisson (alcool) ou de drogues.



Je me repose et je consulte mon *Calendrier Santé* afin de répondre à mes questions.

Notes

---

---

---

---

---

---

## 3.2 Des conseils sur les malaises possibles

Après une chirurgie, il est **normal** que je ressente de la douleur (brûlures, tiraillements) près de la plaie opératoire. Aussi, il se peut que j'aie mal à la gorge, de la difficulté à avaler et des douleurs musculaires. Il est possible que je ressente des frissons et une sensation de froid, d'avoir des maux de tête, de la difficulté à dormir, et des nausées (maux de coeur) dû à la fièvre. Ma température (par la bouche) peut rester élevée (38 °C ou 100,5 °F) pour les premiers 48 heures, alors que **mon corps se rétablit**.



### 3.2 Des conseils sur les malaises possibles (suite)



Ce que je dois faire :



- je prends un analgésique (calmant) **de façon régulière**, surtout pendant les premiers 24 heures y compris la nuit, si nécessaire. Il n'y a pas de risque de devenir dépendant;
- je n'attends pas d'avoir une douleur trop forte pour prendre un analgésique (calmant) car une douleur moins forte est plus facile à soulager;
- je prends 1 à 2 comprimés d'acétaminophène (Tylenol<sup>®</sup>) aux 4 heures, au besoin, si je présente les symptômes suivants :
  - ◆ maux de tête; ou
  - ◆ frissons, sensation de froid et ma température est plus haute que 38 °C ou 100.5 °F.
- si je ne suis pas soulagé par mes calmants, je rejoins le bureau de mon chirurgien et s'il n'est pas disponible, j'appelle la chirurgie de jour;
- je peux prendre des pastilles ou des morceaux de glace pour soulager le mal de gorge;
- lorsque je suis soulagé de ma douleur, je fais les exercices recommandés;
- si j'ai des nausées (maux de coeur), je prends du dimenhydrinate (Gravol<sup>®</sup>), en comprimés ou en suppositoires, aux 4 heures;
- si je me sens étourdi, je m'allonge et me repose;
- j'assure mon confort en :
  - ◆ ayant des liquides (eau, jus) à ma portée;
  - ◆ plaçant une débarbouillette froide sur mon front.



- je commence à diminuer graduellement ma prise d'analgésique (calmant). Si je prends un analgésique (calmant) selon la prescription, je peux remplacer une dose sur deux par de l'acétaminophène (Tylenol<sup>®</sup>) selon l'âge. C'est à dire, je prends l'analgésique (calmant), puis 4 heures plus tard, je prends de l'acétaminophène (Tylenol<sup>®</sup>). Je peux répéter ceci pendant 24 heures;
- habituellement, la douleur diminue peu à peu, 48 heures après la chirurgie.

#### Notes

---

---

---

---

---

---



### 3.3 En cas de complications



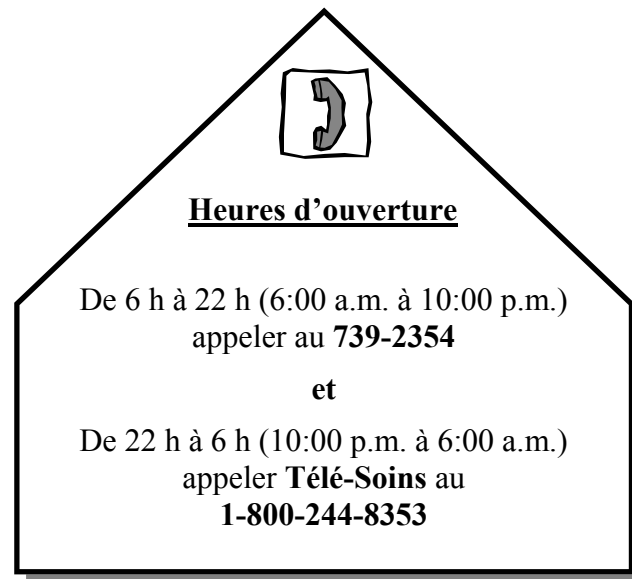
Ce que je dois faire :

J'appelle la chirurgie d'un jour si :

- ➔ une tache de sang s'agrandit sur mon pansement, (j'ajoute un autre pansement sans enlever le premier);
- ➔ après 48 heures, la température par la bouche ne baisse pas, (demeure à 38 °C ou 100,5 °F);
- ➔ j'ai des vomissements non soulagés par le dimenhydrinate (Gravol®).

Je me rends immédiatement à l'urgence, de l'hôpital le plus près, lorsque :

- ➔ j'ai de la difficulté à respirer, je ressens une pression au thorax;
- ➔ mon pansement devient rapidement rempli de sang;
- ➔ j'ai une douleur au mollet, accompagnée de rougeur, chaleur, sensibilité et enflure;
- ➔ je suis incapable d'uriner 8 heures après mon retour à la maison, mon ventre est dur et gonflé, j'urine fréquemment, en petites quantités, sans obtenir une sensation de soulagement;
- ➔ ma condition m'inquiète, et que je ne peux rejoindre la chirurgie d'un jour ou mon chirurgien.



### Important

Je peux appeler le **911** si j'ai besoin d'être transporté par ambulance.



## 4. Des conseils pratiques



### Ce que je dois faire :

#### ◆ La conduite automobile et la prise de décision

L'utilisation des médicaments lors de l'anesthésie et ceux pour le soulagement de la douleur peuvent diminuer mes réflexes. Je ne conduis pas mon automobile durant les premiers 48 heures suivant la chirurgie ou selon les recommandations de mon chirurgien. Je peux boucler ma ceinture de sécurité. Pour les mêmes raisons, je remets les décisions importantes à plus tard et ne signe aucun papier important. Si j'ai eu une anesthésie générale, je peux avoir de la difficulté à me concentrer jusqu'à 2 semaines après la chirurgie.



#### ◆ Mes médicaments

À moins d'avis contraire du médecin, je recommence à prendre mes médicaments habituels dès mon retour à la maison. Il est préférable que j'évite de prendre des médicaments contenant de l'acide acétylsalicylique (Aspirine<sup>®</sup>, Advil<sup>®</sup>). Si je prends déjà un comprimé d'aspirine pour le coeur ou les carotides, je peux continuer. Durant les premiers 24 à 48 heures suivant la chirurgie, afin d'éviter les risques de saignement, j'utilise plutôt des médicaments contenant de l'acétaminophène (Tylenol<sup>®</sup>).



#### Notes

---

---

---

---

#### ◆ Le soin de ma plaie

- avec des points fondants (invisibles), je garde mon pansement (petits collants) de 7 à 10 jours;
- avec des agrafes, je garde mon pansement 2 jours.



Lorsque mon pansement est enlevé, la plaie doit être laissée à l'air. Si j'ai des agrafes (peut être accrochant), je peux placer un petit pansement sec.

Les agrafes sont habituellement enlevées après 7 jours, ou selon le rendez-vous reçu à mon départ de l'hôpital.

Si ma plaie a un léger écoulement :

- je la nettoie avec une solution saline\* (disponible en pharmacie) et je place un petit pansement sec. **Ne pas utiliser de peroxyde, ni d'alcool.**

#### \*Recette de solution saline

Mélanger 1 c. à thé comble de sel dans  
4 tasses d'eau (1 litre);

**Bouillir 15 minutes et réfrigérer.**

Placer à la température de la pièce avant  
l'utilisation.



◆ **Mon hygiène**

À moins d'avis contraire de l'infirmière, je peux prendre un bain ou une douche 24 heures après la chirurgie. Je ne frotte pas la plaie, je l'éponge doucement. Je n'utilise pas de savon ou de produits parfumés directement sur la plaie. Si j'ai un pansement, je le recouvre d'un plastique collé aux extrémités afin de garder le pansement au sec.

◆ **L'alimentation et la prise de liquides**

Je mange légèrement la première journée et je reprends graduellement mon alimentation afin d'éviter les nausées (maux de coeur). Voici quelques aliments suggérés lorsque je recommence à manger : bouillon, soupe, jello, etc. Je reprends ma diète habituelle à moins d'avis contraire du médecin.



◆ **L'élimination**

Une bonne hydratation (boire des liquides) favorise une bonne élimination urinaire (urine) et intestinale (selles). Certains médicaments contre la douleur peuvent causer de la constipation; c'est pour cette raison qu'il est important de boire beaucoup de liquides (eau, liquides chauds, jus de citron, jus de canneberges, jus de prunes). Si j'ai de la difficulté à uriner, je m'assois sur la toilette et je fais couler l'eau dans l'évier ou je verse un peu d'eau tiède sur le périnée (organes génitaux).

◆ **Le repos**

Je me repose car il est normal de ressentir de la fatigue les jours suivant la chirurgie. J'utilise des techniques de relaxation (musique).



**Notes**

---

---

---

---

---

---

---

---

◆ **Les exercices**

De façon graduelle, après la chirurgie, il est important de reprendre des activités physiques, telle la marche. La marche à l'extérieur permet d'activer la circulation du sang dans mes jambes, surtout si j'ai eu une anesthésie générale.



◆ **Les activités sexuelles**

De façon générale, sauf pour quelques chirurgies gynécologiques et périanales, il n'y a pas de contre-indications aux relations sexuelles. Si j'ai des questions, j'en parle avec l'infirmière.





## 5. Des renseignements utiles



### Après la chirurgie,

#### A. Je vais recevoir un suivi téléphonique :

L'infirmière de la chirurgie d'un jour me téléphone au cours des premiers 24 heures suivant ma chirurgie si j'ai reçu une anesthésie générale ou régionale (épidurale, rachidienne ou bloc intraveineux).

#### B. Je peux consulter :



Ressources	Téléphone
Bureau du chirurgien ou médecin de famille	
Télé-Soins (où une infirmière est disponible 24 heures par jour)	1-800-244-8353
Pharmacien où j'ai reçu ma prescription	
Site Internet ♦ L'infirmière virtuelle	www.infirmiere.net

### Notes

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

***Je retrouve et préserve ma santé !***



# Bibliographie / Bibliography



- Brockway, P. M. (1997). The Ambulatory Surgical Nurse : Evolution, Competency, and Vision. *Nursing Clinics of North America*, 32 (2), 387-394.
- Brumfield, V. C., Kee, C. C., & Johnson, J. Y. (1996). Preoperative Patient Teaching in Ambulatory Surgery Settings. *AORN Journal*, 64 (6), 941-952.
- Caldwell, L. M. (1991). The Influence of Preference for Information on Preoperative Stress and Coping in Surgical Outpatients. *Applied Nursing Research*, 4 (4), 177-183.
- Camire Fallo, P. (1991). Ambulatory Approach : Developing a Program to Monitor Patient Satisfaction and Outcome in the Ambulatory Surgery Setting. *Journal of Post Anesthesia Nursing*, 6 (3), 176-180.
- DeFazio-Quinn, D. M. (1997). Ambulatory Surgery : An Evolution. *Nursing Clinics of North America*, 32 (2), 377-386.
- Dougherty, J. (1996). Same-day Surgery : The Nurse's Role. *Orthopaedic Nursing*, 15 (4), 15-18.
- Hanucharunkui, S., & Vinya-nguag, P. (1991). Effects of Promoting Patients' Participation in Self-Care on Postoperative Recovery and Satisfaction with Care. *Nursing Science Quarterly*, 4 (1), 14-20.
- Kemper, D. W., Lorig, K., & Mettler, M. (1993). The Effectiveness of Medical Self-Care Interventions : A Focus on Self-Initiated Responses to Symptoms. *Patient Education and Counseling*, 21, 29-39.
- Lamarche, D. (1993). Enseignement préopératoire structuré. *L'infirmière canadienne*, 89 (4), 38-41.
- Lefebvre, H., Bouchard, L., & Pelchat, D. (1999). Le suivi systématique de la personne/famille. *L'infirmière du Québec*, 6 (5), 22-28.
- Mason, L. (1998). Day Surgery : Improving Care through Follow Up Contact. *British Journal of Theatre Nursing*, 8 (6), 11-13.
- O'Brien King, M., Pettigrew, A. C., & Reed, F. C. (1999). Complementary, Alternative, Integrative : Have Nurses Kept Pace with their Clients? *MEDSURG Nursing*, 8 (4), 249-255.
- Oberle, K., Allen, M., & Lynkwoski, P. (1994). Follow-Up of Same Day Surgery Patients. *AORN Journal*, 59 (5), 1016-1025.
- OIIQ. (1998-2000). *L'infirmière virtuelle*. Montréal : Auteur. <http://www.infirmiere.net>
- Parnass, S. M. (1993). Ambulatory Surgical Patient Priorities. *Nursing Clinics of North America*, 28 (3), 531-545.
- Pender, N. J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. (2<sup>e</sup> ed.). Norwalk, Connecticut : Appleton & Lange.
- Provençal-Belleau, F. (1999). Une clinique préopératoire au coeur du virage ambulatoire. *L'infirmière du Québec*, 6 (3), 36-39.
- Riley, J. (1989). Telephone Call-Backs : Final Patient Care Evaluation. *Nursing Management*, 20 (9), 64-66.
- Robinson, S., & Hill, Y. (1995). Miracles Take a Little Longer : Project 2000 and the Health Promoting nurse. *International Journal of Nursing Studies*, 32 (6), 568-579.
- Santé Canada. (1997). *Prendre en main sa santé : L'apport des infirmières et des médecins*. Ottawa : Publications Santé Canada.
- University of Iowa. (1992-2000). *Virtual Hospital*. Iowa Hospital and clinics. <http://www.vh.org/patients>.
- Williams, G. D. (1997). Preoperative Assessment and Health History Interview. *Nursing Clinics of North America*, 32 (2), 395-415.

