

Fondamentaux des soins: un cadre et un processus pratique pour répondre aux besoins physiques, psychosociaux et relationnels des personnes soignées
Fundamentals of care: A framework and a practice process for addressing the physical, psychosocial and relational needs of persons under care.

Sylvie REY, PhDC, chargée de cours, université Laval, Québec, Canada

Camille SAVOIE, PhDC, Assistante d'enseignement, université Laval, faculté des sciences infirmières et International Learning Collaborative, Québec, Canada

Philippe VOYER, professeur, université Laval, faculté des sciences infirmières, Québec, Canada

Eusèbe Coovi AHOSSI, professeur, Institut national médico-sanitaire de l'université d'Abomey Calavi, Bénin

Suzanne BOUCHARD, professeure, université Laval, faculté des sciences infirmières, Québec, Canada

Clémence DALLAIRE, professeure, université Laval, faculté des sciences infirmières et International Learning Collaborative, Québec, Canada

Marie-Soleil HARDY, professeure, université Laval, faculté des sciences infirmières et International Learning Collaborative, Québec, Canada

Daniel DUCRAUX, responsable des formations et chef de projets, réseau fribourgeois de santé mentale, Fribourg, Suisse

Claudia ORTOLEVA BUCHER, professeure, Institut et Haute École de la Santé, La Source, Lausanne, Suisse, HES-SO Haute école spécialisée de Suisse occidentale, Delémont, Suisse

Christine COHEN, professeure, Institut et Haute École de la Santé, La Source, Lausanne, Suisse, HES-SO Haute école spécialisée de Suisse occidentale, Delémont, Suisse

Adresse de correspondance : sylvie.rey@fsi.ulaval.ca

Remerciements:

Soutien à la traduction : Susa Bernard, M. Sc, directrice de Susa English, et Services linguistiques Essentiel Plus. Révision linguistique du texte : Marcelle Rey. Graphisme des figures : Philippe Charbonnier, graphiste. Soutien à la compréhension du cadre des fondamentaux des soins et de son processus pratique : Dr. Rebecca Feo, Dr. Tiffany Conroy et Dr. Alison Kitson, Flinders University et membres leaders de l'International Learning Collaborative. Bureau du droit d'auteur de l'Université Laval : Dr. Sonya Morales.

Résumé

Depuis 2008, un regroupement international soutient la promotion d'une meilleure réponse aux besoins fondamentaux des personnes soignées. Ce regroupement propose un cadre sur les fondamentaux des soins. Ce cadre est centré sur la relation entre l'infirmière, la personne soignée et ses proches ainsi que sur la réponse aux besoins physiques, psychosociaux et relationnels. Un processus pratique soutient l'application concrète de ce cadre. Le but de cet article discursif est de présenter la traduction française du cadre des fondamentaux des soins et de son processus pratique. Pour commencer, le processus de traduction sera brièvement expliqué. Ensuite, le cadre sur les fondamentaux des soins et les étapes de son processus pratique seront présentés. Afin de permettre une meilleure appropriation du contenu par le lecteur, une illustration clinique présente la situation de M. Perron, atteint d'une maladie d'Alzheimer, et de sa conjointe, qui est sa proche aidante. Enfin, la discussion aborde l'utilité du cadre des fondamentaux des soins et de son processus pratique au niveau des quatre grands axes de la discipline infirmière, soit la pratique, la gestion, la formation et la recherche. Cet article ouvre la voie au développement de connaissances sur les fondamentaux des soins au niveau de la francophonie.

Mots-clés : fondamentaux des soins, démarche infirmière, soins infirmiers auprès des familles, besoins, théorie infirmière.

Abstract

Since 2008, an international group has been supporting the promotion of a better response to the fundamental needs of people receiving care. This group provides a framework on the fundamentals of care. This framework focuses on the relationship between the nurse, the person being cared for and his or her relatives, as well as on the response to physical, psychosocial and relational needs. A practice process supports the concrete application of this framework. The purpose of this discursive article is to present the French translation of the Fundamentals of Care Framework and its Practice Process. To begin with, the translation process will be briefly explained. Next, the Fundamentals of Care Framework and the stages in its Practice Process will be presented. In order to allow the reader to better understand the proposal, a clinical illustration is used to present the situation of Mr. Perron, who is living with Alzheimer's disease, and his spouse, who is his family caregiver. Finally, the discussion addresses the usefulness of the Fundamentals of Care Framework and its Practical Process in terms of the four main areas of the nursing discipline: practice, management, training, and research. This article paves the way for the development of knowledge on the fundamentals of care in the French-speaking world.

Keywords: fundamentals of care, nursing process, family-centered nursing, needs, nursing theory.

INTRODUCTION

Afin de répondre aux besoins des personnes¹, les infirmiers² exercent cinq fonctions spécifiques (1). Ces fonctions sont celles de soigner, d'éduquer, de coordonner, de collaborer et de superviser.

¹ Le terme « personne » désigne ici la personne recevant des soins infirmiers qui est souvent désignée comme un patient, un bénéficiaire ou un résident.

² Afin d'alléger le texte, le terme « infirmier » représente toutes les personnes exerçant les soins infirmiers.

La fonction de soigner se décrit en deux catégories distinctes et complémentaires qui sont 1) les activités de soins infirmiers généraux et 2) les soins techniques généraux ou spécialisés (1).

Les activités de soins infirmiers généraux sont relatives à la vie et sont donc rattachées aux besoins fondamentaux des personnes. Les besoins fondamentaux sont, eux, reliés à plusieurs activités de la vie quotidienne comme, par exemple, manger, boire, respirer, se laver, éviter les dangers, etc. Ces besoins fondamentaux, décrits notamment par Virginia Henderson comme étant les nécessités de la vie, sont souvent assimilés aux besoins dits « de base » (2). Ils sont par ailleurs associés à des soins à visée de maintien et d'entretien de la vie, qui sont reconnus comme étant nécessaires, importants et vitaux puisqu'ils sont en lien avec la vie, la survie, la sécurité et le bien-être des patients (2-5). Ces soins fondamentaux correspondent aux soins qui sont requis par toutes les personnes rencontrant un problème de santé, quels que soient leur condition clinique, leur âge, l'endroit où elles reçoivent des soins ou le pays où elles se trouvent. Ainsi, les infirmiers aident les personnes fragilisées ou malades qui ne peuvent plus réaliser par elles-mêmes les activités leur permettant de répondre à leurs besoins fondamentaux. En résumé, il est donc possible de dire que les soins infirmiers généraux sont des soins fondamentaux. Feo *et al.* relèvent que, pour les soins fondamentaux, il existe trois définitions principales basées sur 1) une liste d'interventions infirmières centrées sur les activités de la vie quotidienne, 2) des besoins universels requis par tous, indépendamment de leur condition de santé ou du contexte de soin et 3) les trois dimensions interreliées de la relation infirmière-patient, de l'intégration des soins et du contexte de soin (6). Cette dernière proposition de définition est celle des fondamentaux des soins (voir encadré 1).

Encadré 1. Soins fondamentaux ou fondamentaux des soins ?

Au niveau de la traduction française, une différence entre les « soins fondamentaux » et les « fondamentaux des soins » a été conservée. En effet, les textes en anglais parlent de *Fundamental Care* (soins fondamentaux) pour désigner les soins essentiels qui devraient être donnés à toute personne soignée et qui sont souvent appelés « soins de base ». Les soins fondamentaux « (...) impliquent des actions de la part de l'infirmière qui respectent et se concentrent sur les besoins essentiels d'une personne pour assurer son bien-être physique et psychosocial. Ces besoins sont satisfaits en développant une relation positive et de confiance avec la personne soignée ainsi qu'avec sa famille et les personnes qui s'occupent d'elle. » (7). La notion des « fondamentaux des soins » (*Fundamentals of Care*) a été bâtie à partir de cette définition et est utilisée uniquement en relation avec le cadre et le processus pratique des fondamentaux des soins proposés par l'International Learning Collaborative qui servent à encadrer et guider cette pratique.

En plus de ces soins infirmiers généraux, les infirmières réalisent des soins techniques généraux et spécialisés (1). Ces soins sont reliés aux activités d'évaluation clinique, de surveillance et de suivi clinique ou encore d'administration de traitements divers. Au Québec, l'éventail des soins techniques des infirmières se décrit à partir de 17 activités dites réservées (8). L'une des conditions essentielles aux soins infirmiers est le jugement clinique, qui combine le savoir théorique de l'infirmière à la connaissance d'une personne soignée (1).

Parmi ces soins infirmiers généraux ou techniques, certains sont délégués aux autres membres de l'équipe soignante (1). Les principes entourant la délégation des soins peuvent évidemment varier selon les milieux cliniques puisqu'ils sont dépendants des besoins de la clientèle et de la

composition des équipes soignantes. Le principe de base de l'organisation des soins devrait viser à ce que la personne reçoive tous les soins qui sont requis pour répondre à ses besoins fondamentaux, ainsi que pour répondre aux besoins spécifiques rattachés à sa condition de santé. De plus, nul besoin de préciser que, même si elle délègue certains soins à des collègues, l'infirmière reste la responsable de leur conception, de leur réalisation et de leur évaluation en termes de résultats cliniques.

Or, dans la littérature, il est fait mention de soins infirmiers qui sont négligés, carrément non réalisés ou que les infirmiers choisissent de ne pas prioriser ou de rationner (9-14). Ainsi, il appert que les soins fondamentaux font le plus souvent partie de ces soins infirmiers dédaignés. Par exemple, une étude menée en milieu d'hébergement au Canada démontrait que, lorsque les infirmiers doivent réduire les soins donnés, elles choisissent de prioriser les activités prescrites comme donner la médication et appliquer les méthodes diagnostiques ainsi que les activités d'alimentation et d'élimination (15). Par contre, les infirmiers disent réduire les activités relatives à la mobilisation, aux soins personnels et les activités de communication avec la personne, les proches et les autres professionnels (15). Ces soins non réalisés ont un impact direct sur le maintien de la vie et de la survie. Ils sont en relation avec la négligence et l'omission de soins, et conduisent à des conséquences négatives pour les personnes en termes de confort, de sécurité et de problèmes de santé surajoutés (16, 17).

En 2008, alertés par des rapports démontrant que les besoins fondamentaux des patients n'étaient pas comblés, des infirmiers provenant de différents pays se sont regroupés pour fonder l'International Learning Collaborative (ILC) (18). L'ILC est une organisation centrée sur les soins fondamentaux et leur promotion³. Au cours de la dernière décennie, les membres de l'ILC ont écrit plusieurs articles sur le thème des soins fondamentaux dont deux numéros spéciaux dans les revues *Canadian Journal of Nursing Leadership* (2016) et *Journal of Clinical Nursing* (2018 et 2019). Plusieurs recherches ont également été réalisées. Aussi, l'ILC organise chaque année un colloque sur le thème des soins fondamentaux. Après une première définition des soins fondamentaux en 2010 (5) et révisée en 2018 (7), un cadre présentant les fondamentaux des soins a été élaboré (18, 19) et modifié dernièrement (7, 19, 20). De plus, un processus pratique guide l'application du cadre des fondamentaux des soins dans la pratique quotidienne des soins (21, 22).

Le but de cet article discursif est de présenter la version française du cadre et du processus pratique des fondamentaux des soins. De plus, une vignette clinique permettra d'illustrer un exemple concret de l'application du processus pratique. Enfin, la discussion permettra de présenter des stratégies utiles au déploiement des soins fondamentaux dans la pratique et la gestion des soins infirmiers, ainsi que dans la formation et la recherche en sciences infirmières.

Méthode

Pour cet article discursif, la méthode consiste à présenter les bases permettant de connaître le cadre des fondamentaux des soins et son processus pratique. Ainsi, en premier lieu, le processus de traduction en français est présenté. Par la suite, le cadre des fondamentaux des soins est introduit. Enfin, le processus pratique des fondamentaux des soins est dévoilé à son tour.

³ <https://intlearningcollab.org>

PROCESSUS DE TRADUCTION EN FRANÇAIS

Il faut mentionner que le cadre des fondamentaux des soins a déjà été traduit par des membres de l'ILC en néerlandais, en suédois et en danois. Des équipes travaillent actuellement sur la traduction en italien et en japonais. L'équipe francophone a discuté des meilleures stratégies de traduction avec les équipes danoise, italienne et japonaise. De plus, des contacts ont eu lieu à plusieurs reprises avec trois des principaux leaders de l'ILC (Kitson, Conroy et Feo). La traduction française du cadre et du processus pratique des fondamentaux des soins a été réalisée par des infirmiers franco-canadiens, suisses et béninois. Le processus de traduction en français s'est accompli sur une année (2019-2020). Deux équipes ont été formées, l'une au Québec et l'autre en Suisse. Ces équipes ont procédé à une première traduction française des concepts principaux à partir de deux textes fondateurs concernant le cadre des fondamentaux des soins (20, 23) ainsi que deux autres sur le processus pratique (21, 22). Ensuite, la traduction des concepts et de certaines définitions a été travaillée avec une professeure en sciences infirmières ainsi qu'avec une enseignante d'anglais et un service de traduction. Les droits de traduire et d'utiliser les figures du cadre et du processus pratique des fondamentaux des soins ont été obtenus auprès d'Elsevier par la première auteure.

Ainsi, après avoir expliqué brièvement le processus de traduction en français, le cadre des fondamentaux des soins est présenté.

CADRE DES FONDAMENTAUX DES SOINS

Le cadre des fondamentaux des soins (ci-après : cadre FdS) (figure 1) a été développé selon une approche inductive par des membres de l'ILC, en 2013 (18). Le cadre FdS propose aux infirmières et autres professionnels une approche pratique fondée sur des données probantes pour aborder les soins fondamentaux des personnes soignées.

Le cadre FdS se focalise sur les besoins physiques, psychosociaux et relationnels des personnes. Il est axé sur les activités de soins visant à les aider à satisfaire leurs besoins fondamentaux et contribuer à leur bien-être, leur santé, leur rétablissement et leur sécurité.

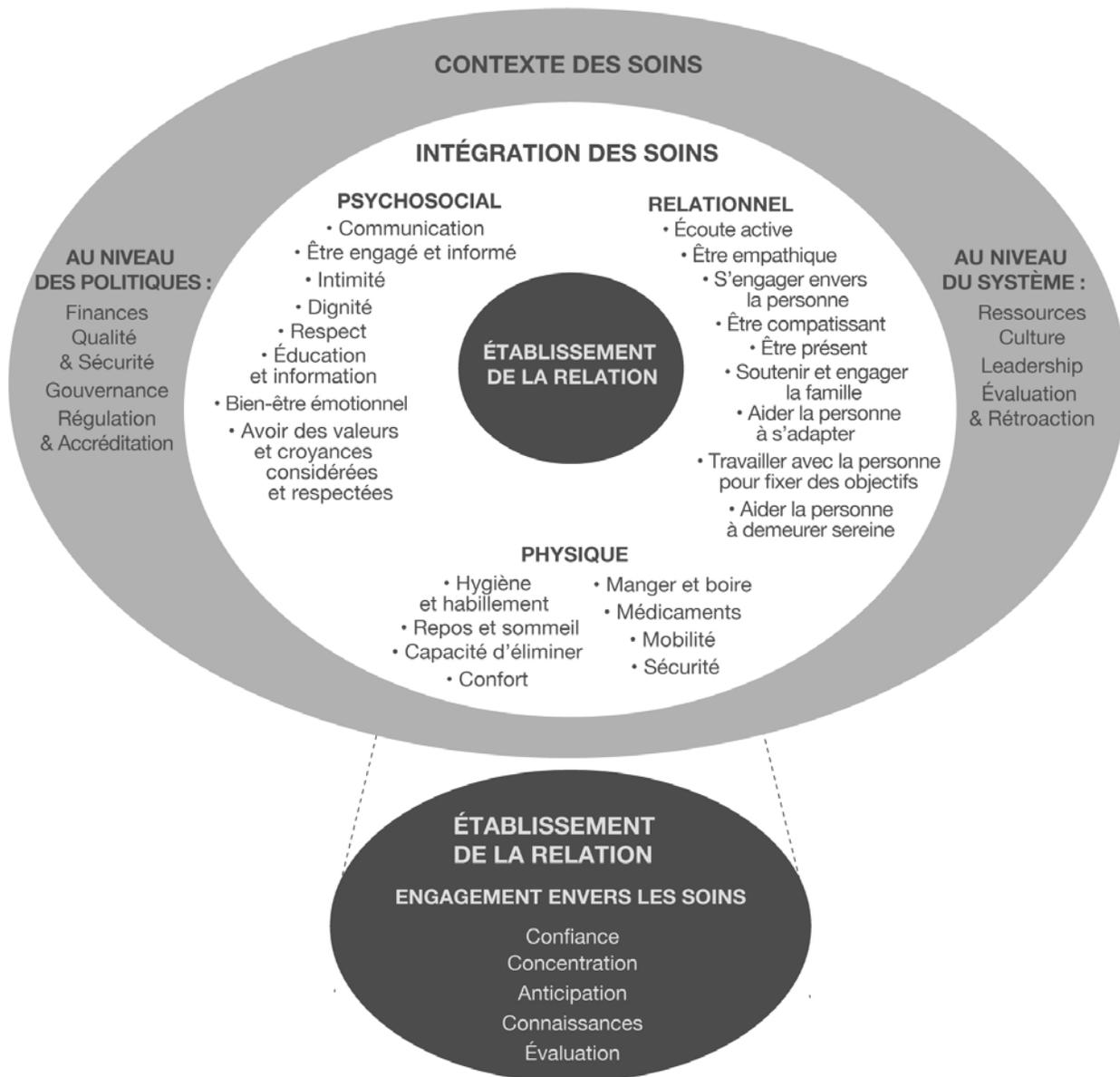


Figure 1. Cadre des fondamentaux des soins (adapté de Feo *et al.* (22) avec l'aimable autorisation des auteurs et des éditions Elsevier et selon la mise à jour de l'International Learning Collaborative en 2019⁴).

Tel que le montre la figure, le cadre FdS s'organise à partir de trois dimensions qui décrivent ce qu'implique une prestation des fondamentaux des soins de haute qualité. Ces trois dimensions sont 1) établissement de la relation : qui cible une relation infirmier-personne positive et établie dans la confiance ; 2) intégration des soins : qui est centrée sur la réponse aux différents besoins

⁴ Voir : <https://intlearningcollab.org/mission/the-fundamentals-of-care/>

fondamentaux des personnes ; 3) contexte de soins : qui permet la réalisation des soins fondamentaux.

Première dimension : établissement de la relation

La première dimension est relative à l'établissement de la relation entre l'infirmier et la personne. Cette dimension est centrale au cadre FdS et est préalable aux autres dimensions. La relation s'établit entre l'infirmière et la personne soignée ainsi qu'avec les proches de celle-ci. L'engagement de l'infirmière à prendre soin de la personne se traduit à partir de cinq éléments décrits dans le tableau ci-dessous (tableau 1).

Tableau 1. Concepts et définitions de la première dimension (traduction libre et adaptée de Feo et al. (23)).

Établissement de la relation Engagement à prendre soin	
Confiance	Le développement de la confiance de la personne est un processus continu. Une expérience regrettable, telle que le fait de ne pas pouvoir assurer la continence parce que l'infirmière n'a pas répondu à un appel, peut affecter la confiance de la personne en l'infirmier et en l'environnement de soins. Les infirmiers ont besoin de compétences efficaces en communication et en relations interpersonnelles pour développer la confiance dans le contexte d'épisodes de soins courts, intermittents et peu fréquents.
Concentration	L'infirmière doit se centrer sur la personne et lui accorder toute son attention, sans être distraite. S'engager avec la personne, se centrer sur elle et considérer son point de vue concernant ses besoins en matière d'autosoins sont des compétences infirmières essentielles.
Anticipation	Afin de minimiser le stress et répondre de manière proactive aux besoins de la personne, l'infirmier doit anticiper ses besoins, ses préoccupations et ses valeurs en sollicitant sa contribution. Les infirmiers doivent demander à la personne comment elles peuvent la soutenir au mieux et quelles sont les mesures pouvant l'aider à atteindre ses objectifs.
Connaissances	L'infirmier doit connaître suffisamment la personne pour agir de manière appropriée. Cela nécessite une communication efficace et des compétences interpersonnelles permettant à l'infirmière d'apprendre à connaître celle-ci et d'utiliser ces informations pour éclairer les décisions en matière de soins, tout en respectant le besoin de contrôle de la personne et en protégeant son intimité et sa dignité.
Évaluation	L'infirmier doit évaluer la qualité de la relation et déterminer si elle est efficace. La personne et l'infirmière doivent continuellement apprécier les progrès réalisés et se donner mutuellement des rétroactions.

Deuxième dimension : intégration des soins

Cette deuxième dimension se concentre sur le fait de déterminer les besoins physiques, psychosociaux et relationnels de la personne et de savoir dans quelle mesure ils sont satisfaits. L'intégration des soins relève l'importance de la relation infirmier-personne pour répondre à ces besoins complexes. La liste actuelle de ces fondamentaux (tableau 2) a été établie à partir d'une première proposition (5) par les membres de l'ILC, qui a été révisée et améliorée par une méthode Delphi (7). En plus de représenter les besoins des personnes, les fondamentaux physiques et psychosociaux font aussi référence aux résultats de soins souhaités. Les fondamentaux relationnels représentent quant à eux les qualités et activités essentielles que l'infirmier doit démontrer dans la relation qu'il établit avec la personne et ses proches.

Tableau 2. Concepts et définitions de la deuxième dimension : intégration des soins (traduction libre et adaptée de Conroy *et al.* (21) et selon les propositions de Feo *et al.* (7) et la mise à jour de l'International Learning Collaborative en 2019⁵).

Fondamentaux des soins physiques	
Par son engagement envers les soins, l'infirmier est attentif aux besoins et résultats suivants :	
Hygiène et habillement personnels	Respecter les préférences de la personne en matière d'hygiène, de soins corporels et d'apparence physique. Respecter le droit de la personne à l'intimité lors de l'hygiène et de l'habillement. Les soins de la bouche et les soins buccodentaires font partie de cette dimension.
Repos et sommeil	S'assurer que la personne bénéficie de suffisamment de repos et de sommeil. Tenir compte des habitudes et des préférences de sommeil de la personne (ex. : ses heures habituelles de sommeil et de veille) et de la meilleure façon de les adapter. Évaluer toute difficulté avec le sommeil et aider à minimiser ces difficultés autant que possible (c'est-à-dire identifier les moyens de promouvoir un sommeil de bonne qualité ou d'aider la personne à s'installer pendant la nuit). Aider la personne avec tout équipement dont elle a besoin pendant son sommeil (ex. : un appareil CPAP pour l'apnée du sommeil).
Capacité d'éliminer	Satisfaire les besoins de la personne en matière d'élimination. S'assurer que la personne puisse se rendre aux toilettes et reçoive de l'aide pour l'élimination si nécessaire (ex. : lorsque la mobilité est un problème), ou fournir des moyens alternatifs pour éliminer (ex. : bassine) pour la personne dont la mobilité est réduite. Évaluer si la personne éprouve un inconfort qui pourrait indiquer des problèmes d'élimination et s'assurer que son intimité et ses choix ou préférences en ce qui concerne l'élimination sont respectés. S'occuper des besoins en matière d'élimination dès que possible afin de prévenir chez la personne l'anxiété et la détresse qui pourraient survenir en raison de la crainte de l'incontinence.
Confort	S'assurer que la personne soit confortable et qu'elle reçoive un soulagement adéquat des symptômes déplaisants tels que des nausées, de la fièvre ou des douleurs. L'infirmière doit également tenir compte du confort et du bien-être physique et émotionnel de la personne.
Manger et boire	Veiller à ce que la personne ait suffisamment de nourriture et de liquide. La personne est en mesure d'atteindre sa nourriture et sa boisson, d'ouvrir tous

⁵ Voir : <https://intlearningcollab.org/mission/the-fundamentals-of-care/>

	les paquets ou récipients alimentaires et d'utiliser ses ustensiles. Il faut aider la personne à manger et à boire lorsque la mobilité ou les troubles cognitifs entraînent des incapacités. L'infirmière doit évaluer et prendre en compte les besoins et les choix alimentaires de la personne, y compris ses allergies, ses intolérances et ses préférences.
Médicaments	S'assurer que la personne reçoive les médicaments requis par son état de santé et son expérience des symptômes. Planifier un suivi des effets thérapeutiques et une surveillance des effets secondaires indésirables. Évaluer la capacité de la personne à s'auto-administrer les médicaments ou, si nécessaire, la capacité du proche à administrer la médication à la personne. Rendre la personne attentive à l'usage concomitant de médicaments, de produits naturels, de drogues et d'alcool. Promouvoir l'usage optimal et sécuritaire des médicaments.
Mobilité	Évaluer la mobilité de la personne et son besoin d'aide à la mobilité. Aider la personne dans les activités qui lui demandent d'être mobile (ex. : aller aux toilettes). Aider et encourager la personne à rester mobile (autant qu'elle le peut) pour favoriser la récupération et prévenir les escarres. Aider la personne à se tourner ou à changer de position régulièrement ou lui apprendre différentes façons de soulager la pression. Aider la personne à utiliser des aides à la mobilité et prendre en compte ses préférences concernant la mobilité.
Sécurité	Garder la personne à l'abri de tout préjudice physique, psychosocial et environnemental. Cela inclut des activités d'évaluation et de gestion des risques (ex. : chute, plaies, capacité à conduire), de prévention des infections et de minimisation des complications.
Fondamentaux des soins psychosociaux	
Par son engagement envers les soins, l'infirmière est attentive aux besoins et résultats suivants :	
Communication	S'assurer d'utiliser un langage professionnel, compréhensible et respectueux. Utiliser différentes stratégies de communication verbale et non verbale. Offrir un environnement adapté à l'échange et qui assure la confidentialité. Prendre en compte que la communication implique la personne comme étant un partenaire égal et crucial dans l'équipe de soin (adapté de Avallin <i>et al.</i> (17)).
Être engagé et informé	Consulter la personne et lui donner la possibilité de contribuer aux décisions concernant tous les aspects de ses soins. Tenir la personne informée de tous les aspects des soins qui lui sont proposés. Continuer à soutenir son engagement tout au long de l'évolution de sa condition de santé.
Intimité	Assurer le respect de l'intimité lors des soins corporels et relationnels. Assurer également un environnement favorisant l'intimité dans les relations de la personne avec ses proches.
Dignité	Traiter la personne avec dignité, quels que soient son âge, son origine ethnique, son genre, son orientation sexuelle, sa religion, ses antécédents linguistiques ou culturels, ou la présence d'un problème de santé mentale, d'un handicap, d'une maladie ou d'une blessure.
Respect	Respecter les choix de la personne concernant ses soins (ex. : ne pas vouloir d'aide pour la toilette). Cela comprend le respect de toute pratique religieuse ou culturelle qui pourrait être affectée par (ou affecter) l'hospitalisation et les

	soins. Respecter les choix de la personne en matière d'indépendance (ou son évolution vers l'indépendance, y compris la planification de son retour à domicile), et la soutenir dans son désir d'accéder à l'indépendance.
Éducation et information	Soutenir les activités permettant à la personne de recevoir de l'information sur sa santé et prodiguer l'éducation pertinente lui permettant de réaliser son autosoin, de gérer ses symptômes et sa médication, et de faire des choix éclairés. L'information et l'éducation devraient viser la promotion de la santé. Des stratégies de communication diverses doivent être employées en fonction de l'âge, de la culture et du niveau de littératie en santé de chaque personne.
Bien-être émotionnel	Considérer l'espoir dans le contexte de l'expérience vécue par la personne et de ce qui est important pour elle. L'établissement d'objectifs de soins peut aider la personne à avoir de l'espoir quant à sa situation et à la qualité des soins qu'elle recevra, indépendamment de son état de santé ou de ses chances de guérison.
Avoir des valeurs et des croyances qui sont considérées et respectées	Démontrer à la personne que ses valeurs et ses croyances sont considérées et respectées. Respecter ses choix et ses décisions ainsi que ses habitudes de vie et ses rituels spirituels ou religieux. S'assurer que les valeurs et les croyances de la personne soient rendues visibles à l'ensemble des soignants par l'entremise des plans de soins. Soutenir les dimensions de recherche de sens, d'espoir et de transcendance souvent mises à mal par l'impact de la maladie dans la vie de la personne autour des questions de perte de sens et de cohérence, de perte de liens et de relations ainsi que de finitude.
Fondamentaux des soins relationnels	
Par son engagement envers les soins, l'infirmier est attentif aux actions suivantes :	
Écoute active	Assurer une écoute centrée sur la personne et qui soutient l'expression de ses besoins, de ses ressentis et de ses émotions. L'écoute active implique d'observer les messages et comportements verbaux, vocaux et physiques de la personne.
Être empathique	Identifier et mettre de côté tout biais afin de travailler efficacement avec la personne. Chercher à comprendre son point de vue. Être sincère et prendre vraiment soin de ce qui arrive à la personne.
S'engager envers la personne	S'engager envers la personne fait référence à l'engagement de prendre soin qui relève des concepts de confiance, concentration, anticipation, connaissances et évaluation. Ces points ont déjà été présentés au tableau 1.
Être compatissant	Être conscient de la détresse, de la souffrance et du malheur de la personne, avec le désir de les atténuer. Démontrer des caractéristiques telles que l'empathie, la sensibilité, la gentillesse et la chaleur.
Être présent	Assurer la continuité dans la prestation, la facilitation et la coordination des soins.
Soutenir et engager la famille	Encourager l'implication des proches dans les soins à la personne et soutenir leur réalisation. Favoriser le maintien des liens relationnels de la personne et de ses proches. Les aider à adopter des modes de communication efficaces et respectueux. Soutenir la famille dans les différentes transitions de vie et de rôle. Le soutien des soignants engagés dans la prestation des soins fondamentaux est également réalisé.

Aider la personne à s'adapter	Écouter et encourager la personne à parler de ses sentiments et de ses besoins. Validez ses réactions émotionnelles. Utilisez un langage simple. Communiquer de personne à personne en adaptant vos modes de communication aux capacités langagières de la personne et à ses handicaps sensoriels.
Travailler avec la personne pour qu'elle se fixe des objectifs	Travailler avec la personne pour fixer les objectifs, mais également pour les atteindre et évaluer leur progression. Fixer des objectifs réalistes mutuellement élaborés pour améliorer la condition de santé de la personne. La personne est libre de renégocier ces objectifs à tout moment au cours de ses soins et en fonction de l'évolution de sa condition de santé.
Aider la personne à demeurer sereine	Reconnaître et répondre aux insatisfactions que la personne peut avoir, minimiser le bruit et les distractions ; tenir la personne informée de ses soins, vérifier sa compréhension de son état de santé et de son plan de soins, écouter ses préoccupations.

Ainsi, les concepts présentés ci-dessus représentent à la fois des besoins, des actions et des résultats de soins. Cette liste pourrait être modifiée en regard de l'évolution des données et des savoirs sur les fondamentaux des soins. Il se pourrait également que le déploiement du cadre FdS dans différents pays, différentes cultures et différentes langues ouvre la voie à l'intégration de nouveaux concepts ou à la modification de certains concepts déjà intégrés ou de leur définition.

Troisième dimension : contexte des soins

Les systèmes et l'organisation des soins de santé ont un rôle crucial à jouer pour soutenir la prestation des fondamentaux des soins de haute qualité. Les systèmes et les organisations de soins de santé devraient aider les infirmiers à atteindre cet objectif. Le cadre FdS décrit les exigences en matière du système et des politiques pour appuyer la prestation des fondamentaux des soins.

Le cadre FdS suggère que l'infirmier a une responsabilité quant à la réponse aux besoins physiques, psychosociaux et relationnels de la personne et relativement aux soins fondamentaux qui lui sont prodigués. L'infirmière a donc besoin de savoir quelles sont les ressources (physiques et humaines) dont elle aura besoin pour donner des soins efficaces. Il est également essentiel de savoir comment la culture de l'unité et de l'hôpital peut influencer la façon dont elle va donner les soins fondamentaux. L'infirmière a donc besoin de savoir que la direction des soins infirmiers soutient une approche basée sur les fondamentaux des soins en lui assurant les conditions et les ressources pour qu'ils soient prodigués. Enfin, les exigences en matière de politiques incluent les ressources financières, la qualité et la sécurité, la gouvernance et la responsabilité, ainsi que la réglementation et l'accréditation.

En complémentarité au cadre FdS, un processus pratique a été développé afin de soutenir l'application concrète du cadre par les différents professionnels.

PROCESSUS PRATIQUE DES FONDAMENTAUX DES SOINS

Le processus pratique des fondamentaux des soins représente une démarche de raisonnement clinique, mais en y incluant un cadre théorique, qui est le cadre FdS, et le recours systématique aux théories (6, 21, 22). Il s'organise en cinq étapes (figure 2). Bien que successives dans leur réalisation, ces étapes peuvent également être itératives.

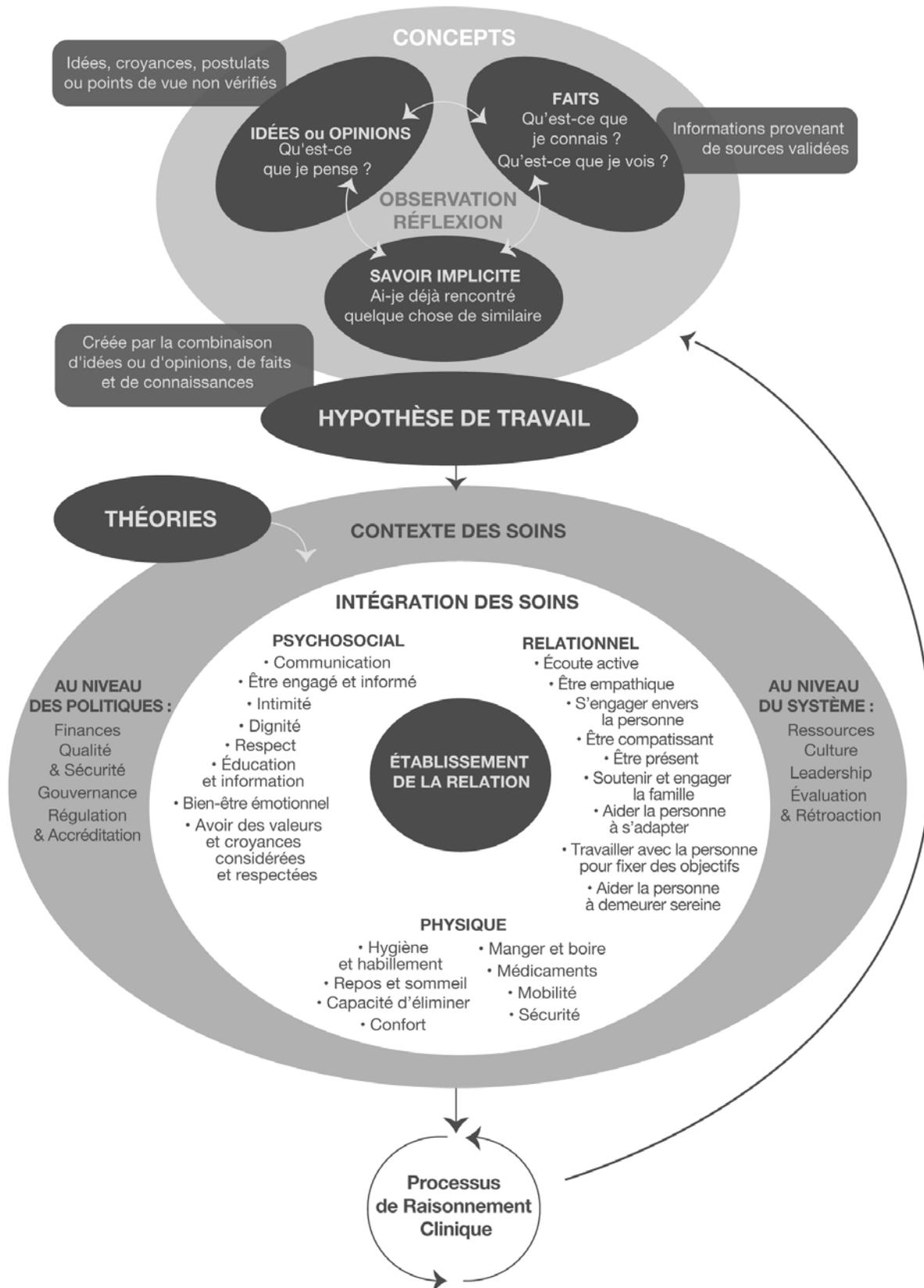


Figure 2. Processus pratique des fondamentaux des soins (adapté de Feo *et al.* (21) avec l'aimable autorisation des auteurs et des éditions Elsevier et selon la mise à jour de l'International Learning Collaborative en 2019⁶).

Première étape : concepts

Le processus pratique des fondamentaux des soins débute par l'identification des besoins qui sont présents lorsque l'infirmier rencontre la personne pour la première fois. Les concepts font référence aux idées et aux opinions, aux faits ainsi qu'au savoir implicite. Lors du premier contact avec la personne, l'infirmier se fait une première idée de la situation vécue par la personne et se demande : « Qu'est-ce que je pense de cette situation ? ». L'infirmière pourrait également poser cette question à la personne ou à ses proches, afin de prendre en considération leur compréhension de la situation. Ensuite, l'infirmier recueille plusieurs informations tangibles et factuelles en se posant des questions telles que : « Qu'est-ce que je connais de la personne ou de sa situation ? Quels sont les faits observables et mesurables ? ». Pour répondre à ces questions, elle consulte différentes sources soutenant son évaluation clinique. De la sorte, l'évaluation clinique comprend l'anamnèse réalisée auprès de la personne et de ses proches, les informations du dossier clinique, les éléments de l'examen physique et les résultats d'instruments de mesure. Enfin, l'infirmière se réfère à des expériences antérieures et se demande : « ai-je déjà expérimenté une situation similaire dans le passé ? ». Les éléments de la première étape sont résumés dans le tableau ci-dessous (tableau 3). Il n'est pas toujours nécessaire d'avoir recours à ces trois sources d'informations. Bien évidemment, l'infirmier doit minimalement recueillir des faits.

Tableau 3. Première étape.

Idées ou opinions	Faits	Savoir implicite
Réflexions faites au sujet des besoins de la personne, en fonction du premier contact avec elle.	Évidences que l'on peut observer et évaluer, informations obtenues sur la personne.	Expérience passée personnelle ou professionnelle d'une situation similaire.

Deuxième étape : hypothèse de travail

Les informations obtenues à la première étape sont ensuite rassemblées pour énoncer une hypothèse de travail. Cette hypothèse est une compréhension initiale des besoins et des problèmes de santé de la personne ainsi que des interventions de soins dont elle a besoin. Il est possible d'avoir une ou plusieurs hypothèses de travail, en fonction des besoins de la personne, de sa condition de santé, de son contexte familial et de son environnement de vie. Les hypothèses de l'infirmière sont abordées avec la personne, ses proches et les autres membres de l'équipe intra et interprofessionnelle. Ces hypothèses peuvent changer au cours de l'épisode de soins ou selon l'évolution de la condition de santé de la personne et de sa famille.

⁶ Voir : <https://intlearningcollab.org/mission/the-fundamentals-of-care/>

Troisième étape: cadre des fondamentaux des soins

La troisième étape du processus pratique est relative au cadre FdS. Ainsi, avant de déterminer et de mettre en œuvre des interventions, l'infirmière doit considérer les informations provenant du cadre FdS. En effet, le cadre FdS fournit à l'infirmière une façon de considérer les besoins de la personne, en relation avec les hypothèses de travail développées. Les trois dimensions du Cadre FdS aident à établir une relation avec la personne et ses proches ainsi qu'à fournir des soins holistiques centrés sur la personne et sa famille. Le cadre FdS permet de prendre en considération l'ensemble des besoins physiques, psychosociaux et relationnels. Il soutient également l'identification des résultats de soin souhaités. Il permet aussi de considérer le contexte dans lequel la personne se trouve et l'infirmière exerce. Enfin, le cadre FdS permet à l'infirmière de considérer les activités réalisées par l'ensemble des membres de l'équipe soignante et de s'assurer que ces activités répondent aux dimensions relationnelles évoquées par le cadre.

Quatrième étape : théories

Dans cette quatrième étape, l'infirmière est invitée à penser aux théories qui aident l'infirmière à comprendre la situation, à penser de façon critique et à déterminer les interventions à mettre en place. Les théories peuvent provenir de la discipline infirmière ou d'autres disciplines.

Cinquième étape : processus de raisonnement clinique

Enfin, la cinquième étape est le processus de raisonnement clinique, qui intègre la conception des interventions, le développement du plan de soins de la personne et le suivi des résultats de soins.

Résultats

Du fait du caractère discursif de l'article, la section des résultats permet de présenter une illustration clinique afin de présenter la mise en application du processus pratique des fondamentaux des soins. Cette illustration a pour objectif d'exposer l'application concrète du Cadre FdS par l'usage de son processus pratique.

La situation présentée est celle de M. Émile Perron, un homme de 80 ans, qui vit avec sa femme à domicile. Afin de permettre une meilleure compréhension du processus pratique, les différentes étapes de la situation de M. Perron sont présentées avec des pauses réflexives sous la forme intégrative du « vous », tel que cela a déjà été réalisé par Feo *et al.* (22, 23). Présentées dans un cadre et formulées sous la forme de questions, ces pauses réflexives permettent d'aborder les différentes étapes du processus pratique ainsi que leur itération, tout en soutenant l'implication du lecteur.

ILLUSTRATION CLINIQUE

Vous travaillez dans un service de soins à domicile. Vous êtes l’infirmière référente pour M. Émile Perron, qui est âgé de 80 ans et qui vit à domicile avec sa conjointe, Mme Lucie Dubé. M. Perron est atteint d’un trouble neurocognitif majeur de type Alzheimer à un stade avancé (6d). Cela implique qu’il a besoin d’aide pour toutes les activités de la vie quotidienne et de la vie domestique. Sa conjointe, qui est âgée de 74 ans, est son aidante principale. Le couple habite en campagne et est assez démuné. La fille du couple, Anne, passe quotidiennement pour aider sa mère et lui donner du répit en fin de journée pendant environ une heure. Le fils, Olivier, et sa fille, Juliette, passent tous les samedis midi. Ils amènent le dîner et s’occupent de l’entretien du terrain et de la maison en après-midi, le plus souvent en compagnie de M. Perron. Les petites-filles, Zoé et Juliette, viennent tous les lundis et jeudis en fin d’après-midi pour rester avec leur grand-père, ce qui permet à Mme Dubé d’aller faire les commissions. Il y a trois mois, Mme Dubé a accepté d’avoir de l’aide pour les soins d’hygiène de son mari. Ainsi, une aide à domicile vient cinq jours par semaine pour aider M. Perron. Voici le génogramme de la famille de M. Perron (figure 3).

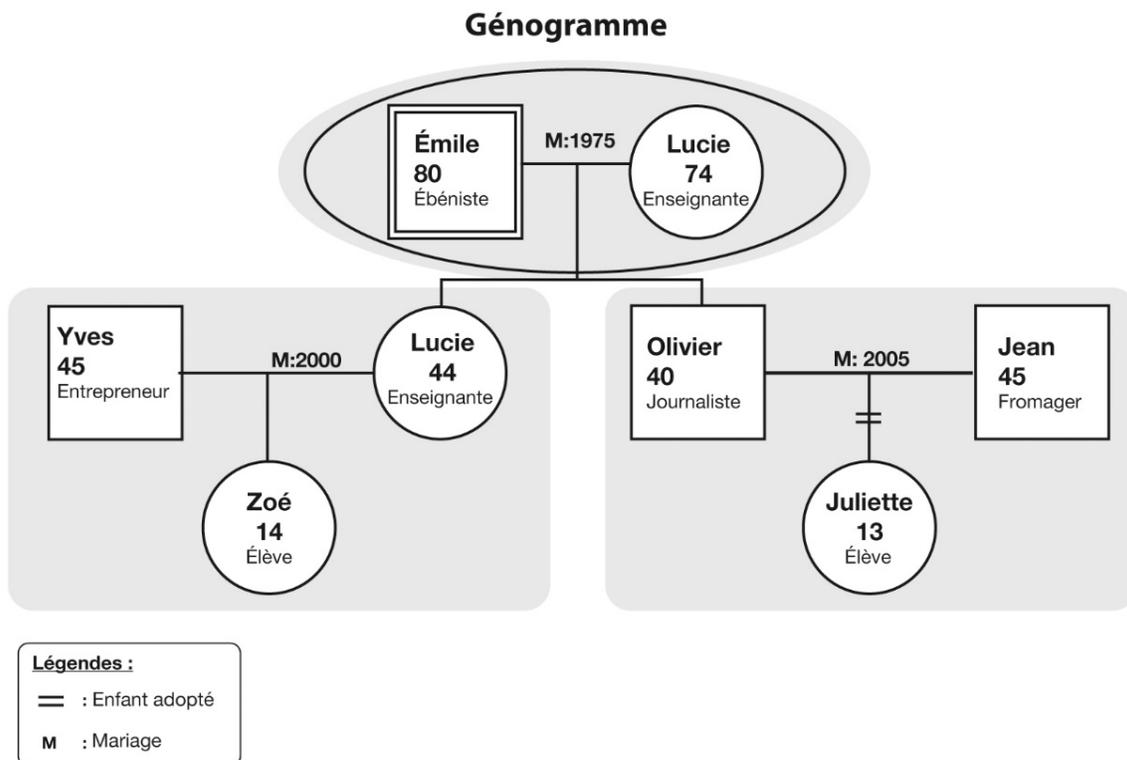


Figure 3. Génogramme de M. Émile Perron (sous licence 7).

⁷ Les figures 3, 4 et 5 ont été réalisées par les deux premières auteures spécifiquement pour cet article. Ces figures sont diffusées sous licence CC BY NC SA. Vous pouvez reproduire, modifier et communiquer les figures en citant les

Au niveau des diagnostics médicaux, M. Perron présente une insuffisance cardiaque, une fibrillation auriculaire, de l'hypertension et de l'arthrose cervicale et lombaire. Voici les médicaments qui sont prescrits à M. Perron depuis plusieurs mois : amiodarone, diltiazem, aspirine, lorazépam (au besoin pour la nuit) et acétaminophène (au besoin).

Ce matin, en arrivant au bureau, vous trouvez un message téléphonique laissé par l'aide à domicile, Myriam. Elle vous apprend qu'elle a repris les soins de M. Perron depuis deux semaines et qu'elle n'est pas capable de lui donner les soins d'hygiène. En effet, ce dernier refuse et devient agressif si elle insiste. Myriam explique avoir essayé différentes stratégies, mais sans succès. Elle ajoute que Mme Dubé semble vraiment très fatiguée tout en disant que tout va bien. Elle vous demande de l'aide.

Pause réflexive 1 – Étapes 1 et 2 : concepts et hypothèse de travail

Comment pouvez-vous aborder cette situation ? À partir de quels éléments allez-vous prendre des décisions ? Qu'est-ce que cette situation évoque pour vous ?

La première étape du processus pratique vous permet de vous poser les questions préliminaires à toute situation. Au niveau des idées ou opinions, que pouvez-vous identifier comme besoins immédiats chez M. Perron et sa femme ? Pour M. Perron, il y a évidemment la question du manque d'hygiène corporelle. Il y a aussi la question du changement rapide observé chez lui et pour lequel il faut trouver une explication. Cela nous amène à évoquer les faits : que savez-vous à propos de la maladie d'Alzheimer ? Peut-on observer une évolution rapide qui change de façon importante la situation de la personne en quelques jours ? Et s'il s'agissait d'un autre trouble neurocognitif majeur, la situation pourrait-elle être différente ? En quoi ? Qu'est-ce qui pourrait expliquer un tel changement chez M. Perron ? Enfin, au niveau de votre savoir implicite, vous allez vous demander si vous avez déjà vécu une situation semblable et ce qui s'était alors passé. Ce recours à des situations antérieures peut vous guider dans votre démarche clinique. Bien évidemment, vous allez aussi évoquer la situation de Mme Dubé : qu'est-ce que cela représente pour elle ? Quelles sont les conséquences qu'elle vit ?

À partir de vos premières réflexions, vous allez concevoir une première hypothèse de travail. Vous parvenez probablement à l'évidence qu'il se passe quelque chose d'anormal ! En tant qu'infirmière, vous savez sûrement que l'évolution de la maladie d'Alzheimer ne se déroule pas de façon rapide et n'implique pas de changements drastiques en quelques jours. Vous savez aussi que le refus de soins exprimé par M. Perron peut indiquer un problème de santé aigu ou des besoins non comblés. Enfin, vous savez que les proches aidants des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer peuvent être épuisés par la situation et que cela peut avoir des conséquences dramatiques pour le proche aidant, mais aussi pour la personne elle-même. Bien que très floue, votre première hypothèse vous impose de mener une évaluation rapide de la condition de santé de M. Perron ainsi que de la situation de sa conjointe.

auteurs. Vous n'êtes pas autorisé à faire un usage commercial de ces œuvres. Toutes les modifications devront être partagées sous la même licence.

Pause réflexive 2 – Étape 1 : concepts

Vous devez recueillir des informations concernant la situation de M. Perron. Comment allez-vous organiser votre recueil de données ? Qu'est-ce qui pourrait vous aider à recueillir les données ? Ou qui ?

Après avoir consulté le dossier de M. Perron pour vous rafraîchir la mémoire sur sa situation de santé et de vie, vous prenez rendez-vous et vous vous rendez au domicile du couple. Vous échangez quelques mots avec M. Perron et Mme Dubé et débutez votre examen en réalisant une anamnèse en situation aiguë (24, 25). Comme M. Perron a de la difficulté à comprendre vos questions et à y répondre clairement, vous utilisez la méthode « enquêteur » (24) et posez vos questions à sa conjointe. Voici un extrait de note au dossier⁸ de M. Perron (tableau 4).

Tableau 4. Extrait de la note au dossier : anamnèse par méthode enquêteur avec intégration du sigle AINÉES

Examen clinique en contexte de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
Malaise dominant : résistance aux soins corporels
Anamnèse
Provoque et pallie :
- Provoque : leur fille, Anne, leur a dit que c'est à cause de la maladie d'Alzheimer qui progresse. Mme pense que c'est depuis que l'aide à domicile, François, a pris sa retraite. M. le connaissait bien et le prenait pour son ami. Leur vieille chienne, Toutoune, étant décédée il y a trois semaines, Mme ne peut plus utiliser le prétexte de se « faire beau pour sortir la belle Toutoune ». Douche cassée : la toilette doit se faire au lavabo, ce que M. ne fait jamais.
- Pallie : une promesse de gâteau au chocolat ou de croustilles peut le faire accepter de se laver et de se changer. Deux verres de vin rouge chaque soir le rendent plus détendu : il accepte plus facilement de se changer le soir pour mettre son pyjama que de s'habiller le matin.

Qualité et quantité et impact :
- Qualité : pour exprimer son refus, il dit simplement « non », « pas besoin » ou « ce n'est pas la peine ».
- Quantité : si l'on insiste, il dit « maudite cochonnerie maudite », et cela est l'expression qu'il utilise quand ça ne va pas. Sa femme n'insiste jamais. Myriam a insisté et il l'a menacée.
- Impact fonctionnel : depuis 14 jours, niveau de collaboration diminué pour hygiène et habillement.

Signes et symptômes associés :
- Autonomie fonctionnelle : n'aide plus du tout pour essuyer la vaisselle, balayer ou s'occuper des fleurs. Intégrité de la peau : lésions de grattage aux fesses. Nutrition : mange moins. Élimination : incontinences urinaires occasionnelles. État mental, communication et comportement : renfrogné et irascible. A l'air d'être très tendu, très raide. Refuse presque tout : se laver, se changer et même manger parfois. Parle beaucoup moins. Diminution des activités

⁸ La structure des notes présentées dans cet article (tableaux 4 et 5) est basée sur les recommandations de Voyer (24) et de Guillemette (25).

sociales. Refuse ses médicaments sauf le soir, après le souper. Les reçoit tous en même temps, y compris le médicament contre la douleur (acétaminophène). Sommeil : préservé, conjointe ne donne pas le lorazépam.

Temps et intermittence : comportements ont commencé depuis deux semaines environ et se sont empirés depuis trois jours. Tous les jours. Ça va mieux le soir.

Understand (compréhension de la personne et de ses proches à propos du malaise dominant) : la fille pense que les comportements de résistance aux soins sont relatifs à la maladie d'Alzheimer. La conjointe signale un événement récent qui explique peut-être en partie la situation : a chuté dans la douche il y a trois jours, mais s'est relevé seul.

Pause réflexive 3 – Étape 2 : hypothèse de travail

Vous réfléchissez à des premières hypothèses de travail.

Vous ne pouvez pas encore préciser une hypothèse claire en ce qui concerne M. Perron. Par contre, vous retenir des hypothèses de travail qu'il vous faut préciser comme, par exemple, des changements d'habitude, des conséquences de la chute et des symptômes dépressifs. De plus, l'hypothèse d'épuisement pour sa conjointe se précise et vous savez que vous devrez également évaluer les besoins de Mme Dubé.

Vous décidez de continuer votre évaluation de M. Perron.

Pause réflexive 4 – Retour à l'étape 1 : concepts

Vous devez recueillir plus d'informations concernant la situation de M. Perron. Quelles seront les cibles de votre examen clinique ?

Après cette première démarche d'anamnèse, vous réalisez l'examen physique de M. Perron en adoptant une méthode systématique (24). Voici ci-dessous un extrait de votre note au dossier (tableau 5).

Tableau 5. Extrait de la note au dossier (suite) : examen physique.

Examen physique

INSPECTION :

Apparence : tenue et apparence négligée : pyjama sale dégageant une mauvaise odeur (transpiration et urines). Expression faciale tendue, conserve le contact visuel.

Comportement moteur : reste assis au fauteuil. Réticent à se lever à ma demande. Accepte de bouger, de se pencher en avant, mais le fait avec lenteur, très raide, en tirant avec ses mains sur les accoudoirs et en gémissant.

Mobilité : exprime beaucoup de difficulté à mobiliser sa jambe droite. Soutient le poids de son corps sur les accoudoirs pour bouger les jambes ou lever les pieds. Difficulté à lever son bras droit. Peut mobiliser son bras gauche et ses mains sans difficulté.

Langage : peu de mots, parle doucement pour me répondre. Crie lorsqu'il bouge et dit quelques gros mots.

Humeur et affect : humeur triste, affect difficilement mobilisable. Pleure à deux reprises.

Opérations de la pensée : ralenties, expression verbale réduite rendant l'accès aux opérations difficile.

Perceptions : absence d'hallucinations et d'idées délirantes.

Fonctions cognitives : alerte et inattentif. Ne répond pas aux questions sur l'orientation, dit « ça vaut pas la peine ». Delirium : 4AT : 8/14, indicateur d'un delirium possible, mais reste difficile à évaluer en raison des troubles cognitifs.

Compétences relationnelles : poli à mon égard. Dit qu'il est foutu.

Potentiel de violence : aucune idée suicidaire exprimée, aucune menace lors de l'examen.

Autres observations : large hématome au niveau lombaire et sur l'omoplate droite.

PALPATION : douleurs aiguës exprimées lors de la palpation lombaire et hanche droite. Devient réticent à la mobilisation passive de sa jambe droite puis refuse.

AUSCULTATION :

- Cardiaque : foyers aortique, pulmonaire et tricuspide : B1 et B2 normaux. Foyer mitral : B4.

Pulmonaire : bruits bronchiques et murmures vésiculaires normaux.

SIGNES VITAUX – PA : 125/71mmHg; Puls: 76, rég; RR. 19/min, rég, amplitude norm., thoracique. SpO2: 96 %. T°B: 37,1 °C.

Pause réflexive 5 – Étape 2 : hypothèses de travail

Quelle hypothèse énoncez-vous après avoir recueilli ces données ?

Votre hypothèse de travail prioritaire se situe au niveau de la douleur.

Pause réflexive 6 – Étape 3 : cadre des fondamentaux des soins

Mise à part la douleur, quels sont les autres besoins de M. Perron ? Est-ce que certains sont plus importants que d'autres ? Comment évaluer les besoins qui ne sont pas comblés ?

Le cadre FdS présente un ensemble de besoins physiques, psychosociaux et relationnels que vous devez considérer dans chaque situation de soin. Au niveau physique, vous avez identifié que, du fait de la douleur, M. Perron n'est pas confortable, mais vous pouvez également ajouter qu'il n'est pas propre, qu'il ressent de la peur de retomber dans la douche, que ses besoins d'élimination ne sont pas comblés, qu'il ne peut se mobiliser de façon satisfaisante et qu'il n'est pas habillé de façon adaptée. Au niveau psychosocial, vous pouvez remarquer, par exemple, qu'il n'est pas toujours calme, qu'il présente une difficulté très probable à s'adapter à la perte de son chien, de son soignant habituel et de ses habitudes d'hygiène, et aussi qu'il exprime un mal-être émotionnel sous forme de manque d'espoir. Vous remarquez également que la communication avec M. Perron doit être améliorée, particulièrement lors des soins donnés par Myriam, l'aide à domicile. Enfin, au niveau relationnel, il est certain que les objectifs des soins doivent être revus et que la continuité des soins n'est pas assurée. De plus, il faut soutenir les proches dans leur implication auprès de M. Perron, mais également dans leur soutien mutuel et leur lien de confiance.

Vous continuez votre réflexion à propos de la situation de M. Perron.

Pause réflexive 7 – Étape 4 : théories

Qu'est-ce qui peut expliquer qu'une personne atteinte d'une maladie d'Alzheimer refuse les soins d'hygiène ? Y a-t-il une théorie qui pourrait guider votre examen clinique et la détermination des interventions à réaliser ? Laquelle ? Comment peut-elle vous éclairer ?

La théorie infirmière intermédiaire sur les besoins compromis proposée par Algase *et al.* (26) stipule qu'un ensemble de facteurs peut concourir à l'expression de symptômes comportementaux chez les personnes atteintes d'un trouble neurocognitif majeur. On trouve les facteurs contextuels, qui forment le portrait clinique et les facteurs de risque chez la personne. On trouve également les facteurs proximaux, qui sont les facteurs qui précipitent l'expression de comportements de résistance aux soins.

Voici le portrait que vous pouvez poser à partir de la proposition d'Algase *et al.* (26). Ce tableau permet de relever plusieurs facteurs proximaux sur lesquels il est possible d'agir tout en considérant les facteurs contextuels qui représentent les caractéristiques personnelles de M. Perron (tableau 6).

Tableau 6. Facteurs contextuels et proximaux.

Facteurs contextuels	Facteurs proximaux
Facteurs neurologiques Capacités motrices réduites	Facteurs personnels Douleurs lombaires et hanche droite. Symptômes dépressifs Ennui.
Facteurs cognitifs Maladie Alzheimer, stade 6d. MEEM : 0. Capacités langagières diminuées. Attention limitée.	Environnement social Deuil du chien Toutoune. Perte du soignant habituel. Soignante pour l'aide à l'hygiène : nouvelle et femme. Insiste pour réaliser les soins. Conjointe épuisée qui pleure souvent. Retrait et isolement social.
État de santé Insuffisance cardiaque stable. Arthrose cervicale et lombaire. Diminution autonomie fonctionnelle : besoin d'aide pour tous les AVQ et AVD. Médicaments pris de façon désordonnée le soir.	Environnement physique Douche brisée; toilette au lavabo.
Facteurs historiques 80 ans, marié, 2 enfants et 2 petites-filles. Vit à domicile avec conjointe aidante, mais épuisée. Habitude : douche. Aime gâteau et croustilles. Boit deux verres de vin rouge au souper. Faisait son hygiène avant de sortir le chien le matin.	Environnement organisationnel Soins se donnent le matin. Transition de soignants, pas de passation réalisée avec soignant antérieur.

Pause réflexive 8 – Étape 4 : théories

Quelles autres théories pourraient vous être utiles dans la situation de M. Perron ? Par exemple, si sa conjointe vous demande d'expliquer la raison de tels comportements, comment pourriez-vous le faire ?

Au niveau de la théorie, celle sur les besoins compromis d'Algase *et al.* (26) est utile pour expliquer la survenue de comportements de résistance aux soins en situation de besoins compromis tels que la douleur. D'autres théories infirmières intermédiaires pourraient aussi être utiles dans la situation de M. Perron. Par exemple, la théorie sur la gestion des symptômes (27, 28) explique clairement le lien entre ce qui est perçu par la personne, ce qu'elle évalue de sa situation et le comportement qu'elle adopte face à cela. La théorie de Johnson (29) sur le système comportemental peut également expliquer la raison pour laquelle une personne adopte des comportements défensifs et qui est, par exemple, en lien avec le fait de se protéger et se défendre contre quelque chose de menaçant (30). Le fait de percevoir les comportements de résistance aux soins comme des comportements protecteurs et défensifs plutôt qu'agressifs est d'une importance capitale pour répondre aux besoins compromis de la personne et pour ajuster les soins et les réaliser (30,31).

Maintenant que vous avez une idée plus claire de la situation vécue par M. Perron, vous devez également évaluer la situation vécue par Mme Dubé, sa conjointe.

Pause réflexive 9 – Étape 1 : concepts

Que savez-vous de la situation de Mme Dubé ? Quels sont les faits qu'il faudrait recueillir pour pouvoir poser une hypothèse sur ses besoins ?

Toujours du fait de la difficulté que M. Perron a de comprendre les questions et de s'exprimer clairement, vous décidez de compléter une évaluation de la dépression avec la conjointe, grâce à l'échelle de dépression en cours de démence de Cornell. Le résultat que vous obtenez est de 21, ce qui, selon les seuils établis pour cet instrument, révèle une dépression majeure définitive (32). Pendant votre entretien avec Mme Dubé, vous remarquez qu'elle retient ses larmes, qu'elle soupire souvent, se tient la tête dans les mains et que, contrairement à son habitude, elle sourit peu et semble extrêmement fatiguée.

Après cela, vous discutez avec Mme Dubé. Elle vous paraît amaigrie et vous confirme avoir perdu du poids sans vraiment savoir combien. Vous observez également que l'apparence de Mme Dubé est négligée, ce qui n'est pas son habitude. Elle vous dit être complètement épuisée par la situation qui l'inquiète énormément. Elle n'est plus capable de faire autre chose que de s'occuper de son mari. Elle dit l'aimer toujours, mais ne plus pouvoir le supporter « sale comme cela et irritable ». Elle dit aussi qu'il est devenu « le centre du monde » et elle aimerait faire autre chose que de s'occuper de lui. Elle n'ose plus inviter personne à la maison et a laissé tomber toutes ses activités sociales et récréatives. Parfois, elle a tout simplement envie de le voir disparaître. Quand elle est vraiment à bout, elle enferme son mari dans une chambre au sous-sol pour ne pas l'entendre et ne pas risquer qu'il sorte. Elle vous dit prendre chaque soir le comprimé de lorazépam prescrit au besoin pour son mari. Malgré cela, elle ne dort pas bien et ne se sent plus jamais reposée. Sa maison est négligée. D'ailleurs, elle se dit fatiguée de devoir vivre dans la maison qui lui demande beaucoup d'entretien intérieur et extérieur et souhaite aller vivre en résidence. Elle ne peut pas envisager de placer son mari, car ils ont trop peu de moyens financiers suite à des pertes encourues

par de très mauvais placements. Elle dit ne pas oser parler de cela à leurs enfants, car elle a peur de ce qu'ils vont penser à son sujet. Elle relève à quel point les enfants, les beaux-fils et les petites-filles sont aidants.

Vous complétez l'inventaire du fardeau de Zarit avec Mme Dubé. Son résultat est de 76/88, ce qui indique une charge sévère. Vous lui demandez de compléter l'échelle de dépression Patient Health Questionnaire-9. Elle obtient un résultat de 24, ce qui indique un seuil de dépression grave.

Pause réflexive 10 – Étape 3 : cadre des fondamentaux des soins

Quels sont les besoins à considérer pour Mme Dubé ? Au niveau du contexte organisationnel, comment la situation des proches aidants est-elle considérée ? Y a-t-il un soutien offert systématiquement ? Quels sont les organismes et les mesures de soutien existants ? Quel est le rôle de l'infirmière vis-à-vis des proches aidants ?

Il est possible de dire que plusieurs besoins de Mme Dubé ne sont pas satisfaits. Au niveau physique, vous relevez surtout les composantes relatives au soin de soi, à l'alimentation et au repos. Au niveau psychosocial, vous relevez que tous les besoins sont perturbés. Au niveau relationnel, vous notez l'isolement social de Mme Dubé ainsi que sa difficulté à aborder les situations problématiques avec ses enfants. Vous relevez également qu'elle a besoin de recevoir des informations pour prendre des décisions éclairées quant à son devenir et celui de son conjoint.

Vous vous questionnez sur les ressources existantes pour soutenir Mme Dubé et son conjoint. Vous savez qu'il existe des associations pour les proches aidants et pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Vous savez que le centre de jour pourrait accueillir M. Perron un jour par semaine et qu'il existe des séjours de répit. Vous vous demandez comment le service d'aide et de soins à domicile pourrait mieux soutenir Mme Dubé et M. Perron. Vous pensez également que Myriam, l'aide à domicile, a besoin de soutien et d'informations, et que vous devrez la rencontrer.

Vous vous demandez comment aborder cela avec Mme Dubé.

Pause réflexive 11 – Étape 4 : théories

Vous vous questionnez sur votre rôle et vous demandez comment agir dans cette situation complexe. Quelles propositions théoriques pourraient vous guider dans vos démarches auprès de M. Perron et Mme Dubé ?

Il vous est possible de considérer la proposition de Dallaire et Dallaire (1) sur les fonctions infirmières. En effet, cette situation vous oblige à réaliser un ensemble d'activités. Au niveau de la fonction soigner, vous allez devoir établir un plan de soin pour M. Perron. Vous devrez également prévoir des suivis au niveau de la condition de santé de M. Perron et de sa conjointe. Vous devrez encore renseigner Mme Dubé sur différents sujets afin de lui permettre de trouver des stratégies efficaces pour les soins de son conjoint, mais aussi de prendre des décisions éclairées et d'adopter des comportements de santé. Vous devrez coordonner plusieurs services auprès du couple. Vous allez aussi devoir collaborer avec d'autres professionnels. Vous devrez superviser Myriam pour l'aider à réaliser les soins de M. Perron.

Le recours à une perspective systémique est déterminant dans cette situation. Par exemple, le fait de réaliser une écocarte avec Mme Dubé permettrait de relever les composantes des activités significatives, des intérêts et du réseau de soutien actuel du couple (33). Il serait intéressant de réaliser cette démarche en présence du couple et de leurs enfants. En effet, soutenir la participation de la famille pourrait venir renforcer très efficacement l'aide au couple et soutenir Mme Dubé dans ses décisions. Par ailleurs, une perspective systémique permettrait à Mme Dubé de parler des choses dont elle n'arrive pas à parler à ses enfants, comme sa situation financière.

Le fait de réaliser une écocarte pour Mme Dubé et son mari permettrait également de placer le réseau d'aide professionnel. Par exemple, il est nécessaire que Mme Dubé rencontre son médecin, mais également une travailleuse sociale. Pour M. Perron, la travailleuse sociale pourrait également être conviée, ainsi que le médecin traitant. De plus, une participation hebdomadaire au centre de jour peut également être imaginée. Il est possible de montrer ce que pourrait être une écocarte centrée sur l'identification des composantes du réseau d'aide (figure 4). Les éléments actuels sont en noir et les éléments prospectifs sont en traits pointillés gris.

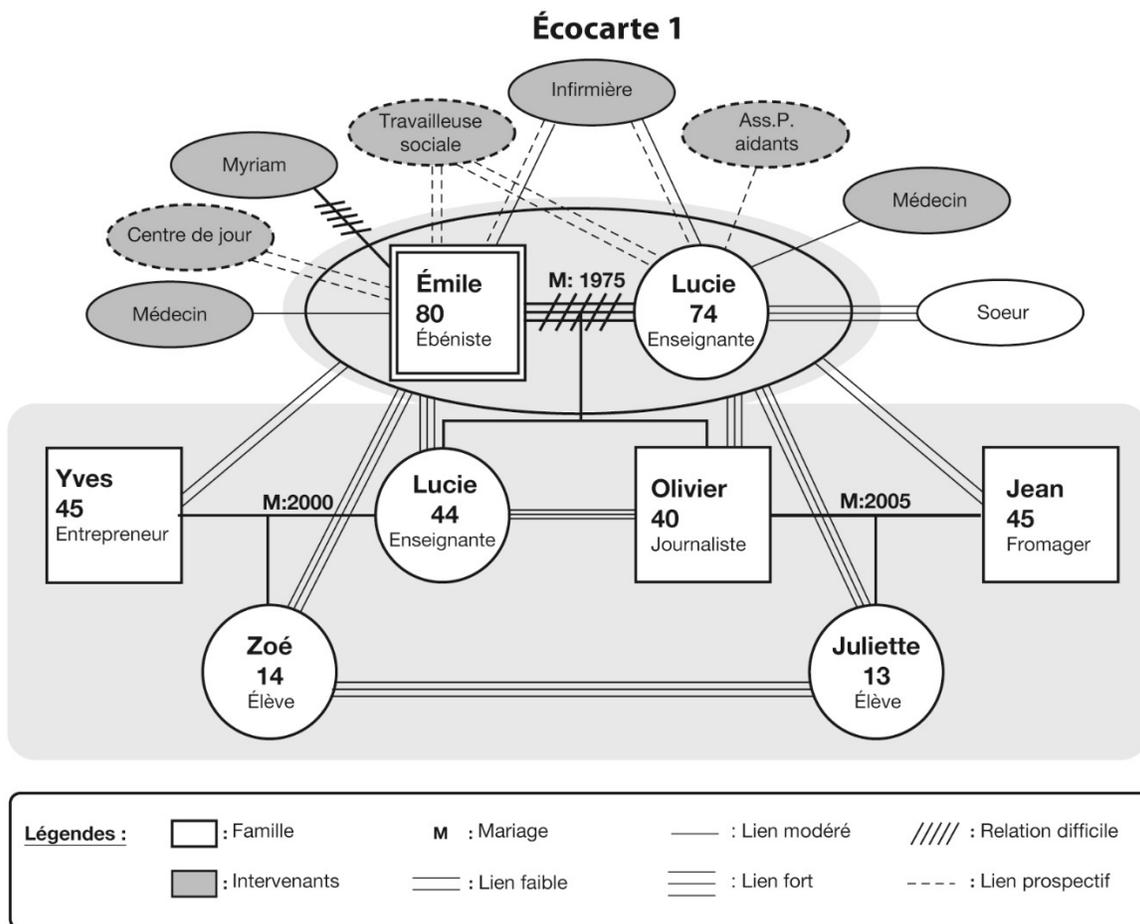


Figure 4. Écocarte actuelle et prospective pour M. Perron et Mme Dubé (sous licence



Pour aborder le besoin d'aide de Mme Dubé, vous pouvez utiliser la théorie sur les soins de la personne à charge qui est rattachée au modèle d'Orem (34). Cette théorie vous permettra d'aborder l'aide dont M. Perron a besoin, mais aussi le soutien que sa conjointe a besoin de recevoir pour prendre soin de son conjoint, ainsi que l'importance qu'elle doit accorder à prendre soin d'elle-même. Vous pouvez aussi vous inspirer du programme pour les proches aidants relatif à la réduction du stress en cinq étapes de Ducharme *et al.* (35).

Pause réflexive 12 – Étape 5 : processus de raisonnement clinique

Maintenant, vous devez établir un plan de soins pour M. Perron et Mme Dubé. Vous devez identifier les soins qui doivent être mis en place auprès de chacun d'eux. Comment allez-vous identifier ces soins ? Qui va participer à ce processus de raisonnement ?

Bien évidemment, vous travaillez dans une perspective de partenariat avec Mme Dubé et M. Perron. Les inclure dans le processus de réflexion est indispensable à l'identification de mesures de soutien appropriées. De plus, pour M. Perron, les interventions devront être personnalisées et prendre en considération ses valeurs, ses habitudes de vie, sa condition de santé, ses capacités d'autosoin résiduelles ainsi que son contexte de vie. En ce qui concerne Mme Dubé, elle doit pouvoir trouver du répit ainsi que du soutien pour réfléchir à leur situation de vie et connaître les options qui leur sont disponibles. Puisque les enfants du couple sont perçus comme aidants, il serait justifié de soutenir une démarche familiale afin de renforcer les échanges, les liens et les mesures de soutien intrafamiliales. Par le fait même, l'implication des beaux-fils et des petites-filles pourrait également être renforcée.

À partir de cette situation, voici à quoi pourraient ressembler, de façon non exhaustive, les actions à mettre en œuvre dans la situation de M. Perron et Mme Dubé. Il est facile de remarquer que cette situation implique le couple, leur famille ainsi que plusieurs professionnels et services.

- Faire immédiatement le suivi de l'évaluation de M. Perron auprès de son médecin traitant et discuter de la médication. Cibler le problème prioritaire de la douleur.
- Établir un plan pour les soins corporels de M. Perron qui présente entre autres des stratégies de communication adaptées.
- Assurer un coaching auprès de l'aide à domicile, Myriam. Envisager l'implication d'un soignant de genre masculin pour renforcer l'approche du « meilleur ami » (36).
- Proposer à Mme Dubé et M. Perron d'organiser une réunion de famille avec leurs enfants, Anne et Olivier. Proposer l'implication des beaux-fils, Yves et Jean, et des petites-filles, Zoé et Juliette. Réaliser une écocarte.
- Proposer que le beau-fils, Yves, s'occupe rapidement de la réparation de la douche. Proposer l'implication d'un ergothérapeute pour l'aménagement sécuritaire de la douche.
- Proposer un service de zoothérapie à domicile pour M. Perron.
- Proposer une inscription au centre de jour pour M. Perron et soutenir les démarches d'inscription si nécessaire.
- Envisager un séjour de répit pour M. Perron qui permettrait à Mme Dubé de prendre un congé de soin de son mari.
- Proposer à Mme Dubé de rencontrer une travailleuse sociale pour discuter des ressources financières et des services disponibles.
- Donner les références des organismes de soutien pour les proches aidants et pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

- Organiser le suivi clinique de la condition de santé de M. Perron et de Mme Dubé.
- Soutenir la mise en place d'interventions à visée thérapeutique auprès de Mme Dubé : activation comportementale, soutien par les pairs, activité physique, activités plaisantes, et la soutenir dans son processus de gestion du stress et de prise de décisions.
- Avec l'assentiment de Mme Dubé, faire suivre les résultats concernant sa condition de santé à son médecin traitant. Faire le suivi de la médication prescrite au besoin.

Suivi après trois mois : trois mois après, vous participez à une rencontre bilan avec M. Perron et sa femme, leurs enfants, leurs beaux-fils et la travailleuse sociale. Les petites-filles sont également présentes avec le nouveau chiot de la famille. Le couple a déménagé en résidence pour aînés, il y a maintenant trois semaines. En effet, le beau-fils, Yves, a racheté la maison dans le but de la rénover et de la revendre, ce qui a permis d'accélérer les démarches de changement de milieu de vie. M. Perron et Mme Dubé habitent dans un appartement commun et profitent des services et des soins disponibles. Voici un exemple d'écocarte qui pourrait être réalisée lors de cette rencontre-bilan (figure 5).

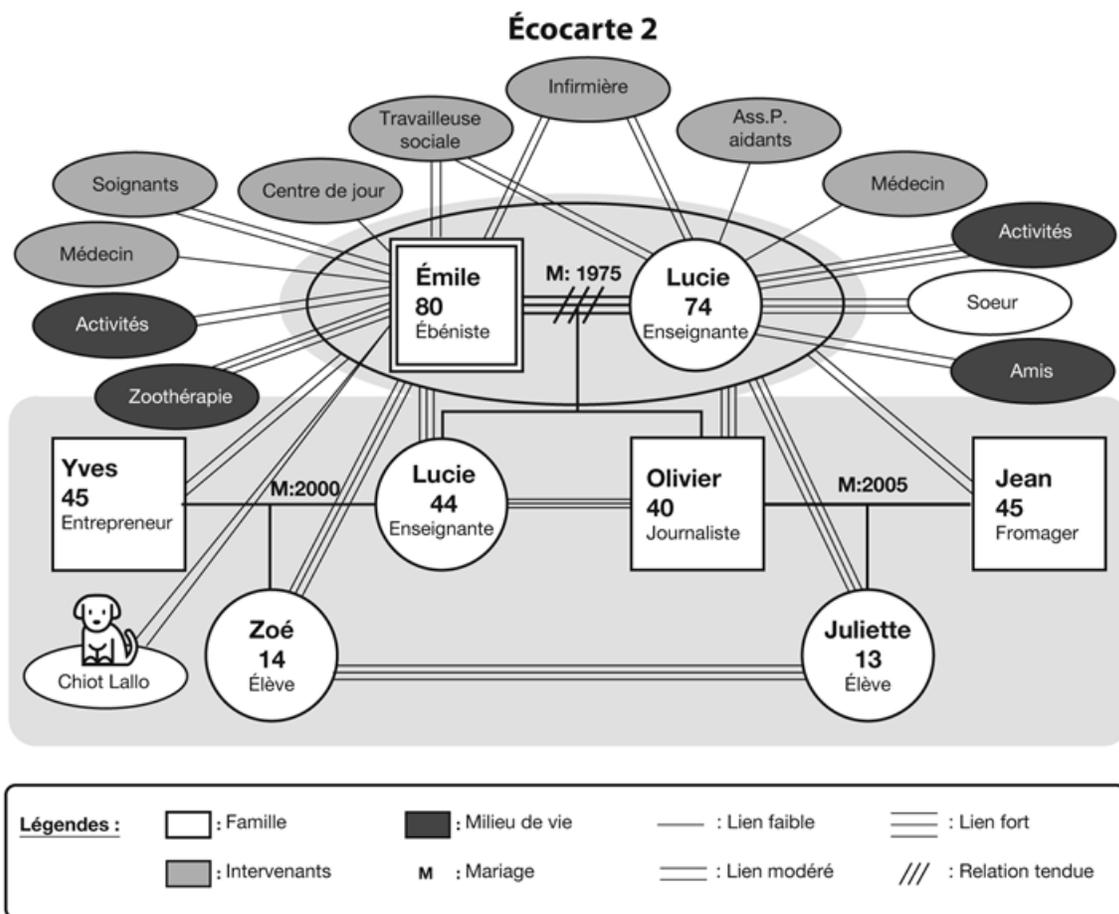


Figure 5. Écocarte après trois mois pour M. Perron et Mme Dubé (sous licence ).

Maintenant que le cadre et le processus pratique sur les FdS ont été présentés et qu'une illustration clinique a été proposée, la discussion permet d'aborder la question de l'utilité de ces propositions pour la discipline infirmière.

DISCUSSION

Lors de la 11^e réunion annuelle de l'ILC, en 2019 à Aalborg (Danemark), des leaders infirmiers provenant de 11 pays ainsi que des représentants de patients ont confirmé que, malgré les efforts de l'ILC ayant conduit à une reconnaissance accrue de l'importance des soins fondamentaux, certains besoins fondamentaux des personnes ne sont toujours pas comblés (37). Il appert que les soins infirmiers incomplets sont toujours un sujet de préoccupation (9, 16, 38).

Ainsi, l'ILC présente cinq propositions visant à soutenir le processus de prestation des soins fondamentaux. Ces propositions fondent les travaux et les réalisations des membres de l'ILC. La traduction du cadre et du processus pratique des fondamentaux des soins s'inscrit dans la perspective de diffusion des propositions de l'ILC au niveau de l'espace francophone. Les cinq propositions sont résumées ci-après, à partir du texte de Kitson *et al.* (37) :

1. Valeur : les soins fondamentaux doivent être à la base de toutes les activités, de tous les systèmes et de toutes les institutions de soins.
2. Parler : les soins fondamentaux doivent être explicitement énoncés dans toutes les activités, dans tous les systèmes et dans toutes les institutions de soins.
3. Faire : les soins fondamentaux doivent être explicitement mis en œuvre et évalués dans toutes les activités, dans tous les systèmes et dans toutes les institutions de soins.
4. Posséder : les soins fondamentaux doivent appartenir à chaque personne qui dispense des soins, qui travaille dans un système responsable de prodiguer des soins ou qui travaille dans une institution dont la mission est de fournir des soins.
5. Recherche : les soins fondamentaux doivent faire l'objet d'études systématiques et de haute qualité afin de produire les preuves nécessaires pour informer les pratiques de soins et façonner les systèmes de santé et les programmes d'enseignement.

Il est maintenant possible d'aborder la question de l'utilité du Cadre FdS et de son processus pratique au niveau des quatre domaines des soins infirmiers : la pratique, la gestion, la formation et la recherche.

Utilité dans la pratique des soins infirmiers

Comme il a d'abord été démontré dans la vignette clinique ci-dessus, le Cadre FdS et son processus pratique peuvent être grandement utiles dans la pratique des infirmiers. Ici, la vignette clinique a mis en exergue la situation d'un aîné vivant à domicile. Or le processus pratique des fondamentaux des soins peut être utilisé dans tous les milieux cliniques hospitaliers ou d'hébergement (22, 23, 39, 40) et pour toutes les personnes soignées, de l'enfant à la personne âgée. En fait, le processus

pratique consiste en une sorte d'aide-mémoire pour l'infirmière, lui permettant de structurer sa démarche d'évaluation et d'intervention auprès de la personne et de ses proches.

Il faut relever que le processus pratique des fondamentaux des soins doit être complété par des méthodes et des savoirs cliniques, et qu'il ne représente pas une fin en soi. Par exemple, à la première étape du processus pratique qui consiste à l'identification de concepts, des méthodes peuvent venir soutenir la réalisation de l'évaluation clinique visant à recueillir des faits. Dans l'exemple proposé ici, une méthode d'évaluation clinique structurée permet de recueillir des données et de les documenter de façon rigoureuse. La première activité d'évaluation est celle de l'anamnèse centrée sur le malaise dominant qui se réalise par différentes sources et en utilisant la méthode du PQRSTU (24, 25, 41). De plus, la méthode de suivi clinique nommée AINÉES (42) et proposée par l'Approche adaptée aux personnes âgées vient s'intégrer à cette anamnèse pour la préciser. Ensuite, la deuxième activité d'évaluation est l'examen physique qui se réalise toujours en lien avec le malaise dominant. Selon la condition de santé de la personne, l'examen physique peut cibler plusieurs systèmes. L'examen physique réalisé par l'infirmière inclut des techniques d'inspection, d'auscultation, de palpation et de percussion. Également, l'infirmière utilise des instruments afin de mesurer avec précision certains symptômes. La situation de M. Perron fournit un excellent exemple de la démarche d'évaluation qui devrait être réalisée par l'infirmière à la première étape du processus pratique des fondamentaux des soins.

À la quatrième étape du processus pratique des fondamentaux des soins, l'identification systématique de théories est utile à mieux comprendre et décrire le phénomène en présence, ainsi qu'à identifier des interventions pertinentes. Cette étape est importante dans la pratique quotidienne des soins infirmiers puisqu'elle fait référence aux savoirs disciplinaires ou extra-disciplinaires, qu'ils soient proposés sous la forme de théories ou de données probantes issues de la recherche. Dans la situation de M. Perron et Mme Dubé, plusieurs propositions théoriques infirmières sont utilisées pour l'évaluation, la détermination des interventions et la relation de partenariat avec la personne et ses proches.

Toujours au niveau de la pratique quotidienne des soins infirmiers, le cadre FdS peut également être utilisé avec la personne soignée et ses proches. En effet, il est possible d'utiliser la figure du cadre FdS (voir figure 1) pour servir de repère à la discussion entre l'infirmière, la personne et ses proches. Les besoins physiques, psychosociaux et relationnels étant tous représentés, cela permet de les évoquer les uns à la suite des autres. Les infirmiers cliniciens contribuent à la formation des étudiants. Ainsi, une même démarche de travail réflexif à partir de la figure du cadre FdS pourrait être réalisée entre ~~une infirmière~~ un infirmier et un étudiant stagiaire. Ainsi, en évoquant les différents besoins, il est possible de relever ceux qui sont comblés et ceux qui ne le sont pas. Il est également possible d'évoquer les enjeux des dimensions relationnelles, des objectifs de soins et de la continuité, ainsi que les cinq composantes de l'engagement de l'infirmier à soigner la personne. Le processus pratique permet ainsi de s'assurer de toujours prodiguer des soins qui soient holistiques, qui respectent les valeurs de la personne et qui impliquent la personne et sa famille.

Il importe toutefois de souligner que le cadre FdS ainsi que son processus pratique mettent *a priori* peu d'emphasis sur l'environnement physique. En effet, les composantes du milieu dans lequel la personne se trouve sont peu présentes dans le cadre FdS. Pourtant, l'environnement influe sur la condition de vie de la personne ainsi que sur les soins à prodiguer. Dans le domaine des soins aux personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer, les caractéristiques de l'environnement physique

doivent être considérées avec beaucoup d'attention sous forme de stimuli, d'aménagement, de repères, de personnalisation des lieux, d'intimité et de sécurité, que ce soit à son domicile ou en établissement de santé.

Utilité dans la gestion des soins infirmiers

Comme cela a déjà été expliqué, les besoins fondamentaux des personnes requièrent des soins infirmiers qui puissent répondre à l'ensemble des besoins au sein d'environnements diversifiés et en constante évolution. Le cadre FdS évoque les dimensions organisationnelles du contexte des soins au niveau des politiques et du système. En plus de répondre à ces exigences organisationnelles et à leurs procédures, les infirmiers gestionnaires devraient soutenir la réalisation des soins infirmiers dont les soins fondamentaux font partie. Pour ce faire, ils peuvent donc promouvoir la réalisation de toutes les fonctions infirmières : soins généraux fondamentaux, techniques et spécialisés, d'éducation, de coordination, de collaboration et de supervision (1). Les infirmiers gestionnaires peuvent également faire le suivi des résultats sensibles aux soins infirmiers, soutenir les meilleures pratiques et offrir du soutien aux équipes.

Pour des raisons de charge ou d'organisation du travail, l'infirmier ne réalise pas l'ensemble des soins généraux fondamentaux et sollicite donc la collaboration d'un aide-soignant. Bien évidemment, l'infirmier devrait s'assurer que ces soins délégués sont réalisés, puisque les soins fondamentaux relèvent de sa responsabilité professionnelle. Cependant, certains contextes d'organisation du travail ou de disponibilité du personnel soignant peuvent mener à un manque de personnel ou de temps pour réaliser les soins fondamentaux. Les infirmiers gestionnaires doivent s'inquiéter du fait que certains soins fondamentaux ne sont pas réalisés tels qu'ils devraient l'être. Une fois placé devant un tel constat, l'infirmier gestionnaire devrait contribuer hardiment à la recherche de solutions. En effet, dans un contexte de pénurie de ressources humaines, les infirmiers cliniciens doivent continuer à exercer leurs cinq fonctions et ne peuvent assumer à moyen et long terme la réalisation des soins généraux fondamentaux et techniques qu'ils délèguent habituellement à d'autres soignants. Si cela se fait, les personnes seraient alors privées de certains soins infirmiers techniques et spécialisés que seul l'infirmier peut réaliser. En effet, il intervient souvent dans les soins aux personnes âgées vivant des situations complexes relatives, par exemple, à la fin de vie, à des troubles neurocognitifs et des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence ou encore au delirium. Ces situations complexes requièrent que l'infirmier assume toutes ses fonctions. Ainsi, il réalise des activités centrées sur l'évaluation, la surveillance et le suivi clinique de la condition de santé des personnes, ainsi que l'administration et la surveillance de certains traitements. Ces situations complexes demandent également à l'infirmier d'assurer ses fonctions d'éducation, de coordination, de collaboration et de supervision au sein de l'équipe soignante et de l'équipe interprofessionnelle.

La question de la négligence et de l'omission de soin est au cœur des préoccupations des membres de l'ILC. Une étude réalisée en milieu hospitalier, en Suède, a démontré comment le cadre FdS pouvait soutenir l'identification de facteurs contextuels et systémiques empêchant la réalisation des soins et l'impact négatif de ces facteurs pour les patients (16, 17). Un modèle de gestion basé sur le cadre FdS et centré sur la perspective de la personne est proposé dans le but de répondre aux besoins fondamentaux des personnes et éviter les omissions de soin. Ainsi, les recherches menées avec le cadre FdS pourraient ouvrir la voie à de nouveaux modèles de gestion infirmière.

Utilité dans la formation en sciences infirmières

Les enseignements réalisés avec le cadre FdS et son processus pratique permettent d'utiliser des stratégies interactives où la participation des étudiants est sollicitée. Ces stratégies sont basées sur des scénarios cliniques qui permettent de mobiliser les connaissances des étudiants au niveau des concepts et des théories, mais aussi d'aller rechercher leurs connaissances expérientielles et de mobiliser leur jugement clinique. En invoquant les théories au niveau de la démarche clinique, cela permet de mieux comprendre les phénomènes, mais aussi de mieux cibler les éléments clés de l'intervention. Les étudiants réalisent également que les théories sont utiles pour donner des explications sur un phénomène ou sur la pertinence de certaines interventions à la personne et à sa famille. La forme participative des enseignements se réalise dans une perspective de coconstruction et engage les échanges et le dialogue. Cela est extrêmement important pour les étudiants et les prépare au travail de collaboration intra et interprofessionnelle, ainsi qu'au partenariat avec la personne et ses proches.

Le cadre FdS et son processus pratique sont également utiles au niveau des études supérieures en sciences infirmières. En effet, la mission des études supérieures en soins infirmiers est de former des infirmières capables de produire des connaissances et/ou de tester celles existantes afin de faire avancer la discipline infirmière (43). La nécessité de revaloriser les soins fondamentaux, de traduire le cadre FdS et son processus pratique dans plusieurs langues et de les transmettre aux infirmiers cliniciens et de pratique avancée par des activités de formation vise à améliorer la qualité et la sécurité des soins fondamentaux pour améliorer la santé et le bien-être des populations. Quels que soient le niveau et le contexte de sa pratique, toute infirmière au contact avec des personnes doit avoir une parfaite connaissance du cadre FdS car il représente le fondement même de sa profession.

Utilité dans la recherche en sciences infirmières

La recherche reste une voie importante pour élucider un phénomène peu ou non compris ainsi que pour démontrer les effets des interventions (44). L'identification des besoins fondamentaux physiques, psychosociaux et relationnels des personnes dans divers contextes de soins, et les propositions pour leur amélioration passent par des recherches. Grâce à elles, le cadre FdS est davantage testé et raffiné pour mieux anticiper les besoins des personnes. Les progrès qu'a connus le cadre FdS de 2010 à 2020 ont été possibles grâce aux multiples recherches réalisées dans ce domaine (6). Les lecteurs intéressés par le sujet peuvent consulter le site de l'ILC. La recherche reste donc le moteur du perfectionnement du cadre FdS pour une satisfaction optimale des besoins de nos populations, quels que soient leur lieu de vie et leur culture.

De nombreuses recherches ont été menées dans le domaine des soins fondamentaux. Un doctorant francophone a utilisé le cadre FdS pour son projet de thèse : « Soins infirmiers aux personnes atteintes de fièvre hémorragique virale Lassa ». Cette étude menée dans le cadre d'une thèse doctorale en sciences infirmières a été réalisée dans un contexte de soins aigus, plus précisément en épidémie mortelle de Fièvre Hémorragique Virale Lassa (FHVL) (45). À titre de bref rappel, les fièvres hémorragiques virales sont un ensemble d'infections virales de différentes espèces (46). Deux virus sont particulièrement menaçants pour les populations de l'Afrique subsaharienne. Le

premier est l'Ebola, qui a causé 11 289 décès sur 28 607 cas en 2014 (47). Le second est celui dit de Lassa, qui infecte chaque année entre 100 000 et 300 000 personnes en Afrique de l'Ouest et qui en tue plus de 5 000. Ces virus sont réputés très dangereux et mortels (48, 49), faisant de l'offre de soins un environnement à haut risque, exigeant et stressant comme dans les contextes d'épidémies de Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS) ou de coronavirus. Cet environnement risqué et stressant l'est pour l'ensemble du personnel de santé, mais en particulier pour les infirmiers, compte tenu de leur proximité avec les personnes malades.

Dans le cadre de l'étude en contexte d'épidémie de FHVL (45), le cadre FdS a montré toute sa pertinence et son utilité pour l'entretien, la survie et le bien-être des personnes aux prises avec ce virus mortel. En effet, la FHVL se manifeste par des vomissements, des diarrhées et des saignements. Elle affaiblit très rapidement les personnes infectées et provoque un risque de surinfection à d'autres maladies si des soins physiques d'hygiène et de confort appropriés ne leur sont pas donnés de manière constante. Compte tenu de sa virulence, la FHVL limite la présence des parents et du personnel non qualifié en raison du risque élevé de contamination. Or, en Afrique, les soins fondamentaux aux personnes hospitalisées sont le plus souvent réalisés par les parents et les aides-soignants. Ainsi, dans ce contexte particulier d'épidémie de FHVL, les infirmiers se retrouvent seuls pour accomplir ces soins fondamentaux, indispensables et préliminaires à l'offre des soins techniques. Face à cette situation, l'étude en contexte d'épidémie de FHVL (45) a démontré la contribution unique et la pertinence des soins fondamentaux – en particulier des soins physiques (hygiène corporelle, environnementale, alimentation, hydratation, déplacement, etc.) – pour la récupération et le bien-être des personnes affaiblies par la FHVL.

En contexte d'épidémie mortelle, le cadre FdS semble être approprié pour valoriser la portée du soutien psychologique aux personnes infectées. Vu la dangerosité de certains virus à connotation épidémique (Ebola, Lassa, coronavirus), la prise en charge des personnes infectées obéit à des principes universels tels que l'isolement, le port de l'équipement de protection (EPI) et l'application stricte des mesures d'hygiène et de protection. Ainsi, une fois placées en isolement et éloignées de leurs parents et amis, les personnes infectées se retrouvent face à des soignants couverts de la tête aux pieds par l'équipement de protection individuelle, ce qui les amène à se rendre compte de la gravité de leur maladie et à s'enliser davantage dans la peur et l'angoisse. Il est donc indispensable que les infirmiers les soutiennent également à travers l'offre des soins psychosociaux et relationnels. À ce sujet, les résultats de cette étude (45) ont mis en exergue les efforts complémentaires que réalisent les infirmiers pour rassurer et mettre en confiance leurs malades à travers la communication non verbale, et donc à partir des gestes et des signes.

L'environnement d'épidémie mortelle n'est pas seulement source d'inquiétude pour les personnes infectées, mais aussi pour leur entourage (parents et amis). Les centres de mise en quarantaine et les limites d'accès qu'ils imposent aux visiteurs pour éviter les risques de propagation de l'épidémie servent de zone d'interactions entre l'infirmier et les familles. Ainsi, pour rassurer, informer et apaiser les proches inquiets de l'état de santé de leur parent malade et isolé, les infirmiers utilisent l'aspect relationnel des FdS pour établir une relation de confiance entre eux, les autres professionnels de santé, les malades et leur famille.

Le cadre FdS, dans sa dimension intégrative qui aborde les aspects physiques, psychosociaux et relationnels, a été bien articulé en contexte d'épidémie de FHV Lassa, mettant en relief les cinq propositions (valeur, parler, faire, posséder et recherche) énumérées par Kitson *et al.* (37). Grâce

aux résultats de l'étude sur les FdS en contexte de soins à haut risque mortel, l'invisibilité et la dévaluation des soins fondamentaux ont laissé place à leur visibilité et à leur valorisation, dès lors qu'ils sont associées au rôle fondamental et autonome de l'infirmier. L'une des motivations du choix du cadre FdS pour cette étude est de rendre visible la contribution des infirmiers à travers leur rôle propre lors de la prise en charge des patients aux prises avec des virus dangereux et mortels. Cette contribution est souvent dissimulée derrière les actes médicaux, alors que les infirmiers jouent un rôle essentiel à travers l'offre des soins fondamentaux auprès de ces malades en situation critique. Compte tenu de l'environnement d'épidémie qui combine urgence, risque et stress, les soins fondamentaux ont été essentiels voire vitaux, tant pour les personnes malades que pour leur entourage. Ils ont permis de répondre aux besoins physiques et psychosociaux des personnes, de maintenir leurs fonctions vitales, de sauvegarder leur dignité dans cette période critique de leur vie, de rassurer leurs proches ainsi que de réduire le risque de propagation de la maladie.

CONCLUSION

Les soins fondamentaux sont primordiaux à la santé et au bien-être des individus. Malheureusement, ils sont parfois négligés ou omis, pour de multiples raisons. Le cadre des FdS et son processus pratique ont été développés en réponse à cette problématique. Pour être en mesure de les intégrer dans les soins infirmiers au niveau de la francophonie, la traduction française du cadre FdS et de son processus pratique était indispensable. La vignette clinique présentée dans cet article discursif permet au lecteur de bien comprendre comment appliquer le cadre FdS dans la pratique et de saisir son utilité envers la démarche clinique de l'infirmière. De plus, la discussion a démontré concrètement comment le cadre FdS et son processus pratique pouvaient être intégrés dans des projets, tant au niveau de la pratique et la gestion des soins infirmiers que dans l'enseignement et la recherche en sciences infirmières. Son utilisation et sa diffusion dans ces domaines permettront de promouvoir et démontrer l'importance des soins fondamentaux et le rôle majeur que la profession infirmière représente en regard de leur satisfaction. Les auteurs de cet article, qui sont répartis sur trois continents, Amérique, Afrique et Europe, invitent donc la communauté infirmière francophone à s'approprier le cadre FdS et son processus pratique et à les intégrer à leurs activités professionnelles.

Financement :

La préparation de ce texte n'a bénéficié d'aucun soutien financier.

Déclaration de conflit d'intérêt :

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt.

Références

1. Dallaire C, Dallaire M. Le savoir infirmier dans les fonctions infirmières. Dans: Le savoir infirmier. Au cœur de la discipline et de la profession. Montréal: Gaëtan Morin, Chenelière Éducation; 2008. p.265-312.

2. Zwakhalen SM, Hamers JP, Metzeltin SF, Ettema R, Heinen M, Man-Van Ginkel JM, et al. Basic nursing care: the most provided, the least evidence based – A discussion paper. *J Clin Nurs*. 2018 Jun;27(11-12):2496-505. doi:10.1111/jocn.14296.
3. van Achterberg T. Revisiting basic nursing care. *J Nurs Scholarsh*. 2014 Jan;46(1):1-2.
4. Huisman-de Waal G, Feo R, Vermeulen H, Heinen M. Students' perspectives on basic nursing care education. *J Clin Nurs*. 2018 Feb;27(11-12):2450-59. doi:10.1111/jocn.14278.
5. Kitson A, Conroy T, Wengstrom Y, Profetto-McGrath J, Robertson-Malt S. Defining the fundamentals of care. *Int J Nurs Pract*. 2010 Aug;16(4):423-34. doi: 10.1111/j.1440-172X.2010.01861.x.
6. Feo R, Kitson A, Conroy T. How fundamental aspects of nursing care are defined in the literature: a scoping review. *J Clin Nurs*. 2018 Jun;27(11-12):2189-229. doi:10.1111/jocn.14313.
7. Feo R, Conroy T, Jangland E, Muntlin AA, Brovall M, Parr J, et al. Towards a standardised definition for fundamental care: a modified Delphi study. *J Clin Nurs*. 2018 Jun;27(11-12): 2285-99. doi:10.1111/jocn.14247.
8. Durand S. Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers. 3 éd. [En ligne]. Montréal (QC): Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec; 2016. [cité le 5 septembre 2020]. Disponible: <https://cutt.ly/aya4yKT>
9. Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S, Rafferty AM et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf*. 2014 Feb;23(2):126-35. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002318.
10. Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Maruotti A, Ball J, Briggs J, Meredith P et al. What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *J Clin Nurs*. 2018 Jun;27(11-2):2248-59. doi:10.1111/jocn.14058.
11. Bragadóttir H, Kalisch BJ, Tryggvadóttir GB. Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. *J Clin Nurs*. 2017 Jun;26(11-12):1524-34. doi: 10.1111/jocn.13449.
12. Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: state of the science review. *Int J Nurs Stud*. 2015 Feb;52(6):1121-37. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012.
13. Ludlow K, Churruca K, Mumford V, Ellis LA, Testa L, Long JC et al. Unfinished care in residential aged care facilities: an integrative review. *Gerontologist*. 2019 Nov 27;gnz145. doi: 10.1093/geront/gnz145.
14. Kalisch BJ, Xie B, Dabney BW. Patient-reported missed nursing care correlated with adverse events. *Am J Med Qual*. 2014 Sep;29(5):415-22. doi: 10.1177/1062860613501715
15. Morin D, Leblanc N. Less money, less care: how nurses in long-term care allocate hours of needed care in a context of chronic shortage. *Int J Nurs Pract*. 2005 Oct;11(5):214-20. doi: 10.1111/j.1440-172X.2005.00526.x.
16. Jangland E, Teodorsson T, Molander K, Muntlin Athlin Å. Inadequate environment, resources and values lead to missed nursing care: a focused ethnographic study on the surgical ward using the Fundamentals of Care framework. *J Clin Nurs*. 2018 June;27(11-2):2311-21. doi: 10.1111/jocn.14095.
17. Avallin T, Muntlin Athlin Å, Björck M, Jangland E. Using communication to manage missed care: a case study applying the Fundamentals of Care framework. *J Nurs Manag*. 2020 Jan;00:1-12. doi: 10.1111/jonm.12963.
18. Kitson A, Conroy T, Kuluski K, Locoock L, Lyons R. Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs. [En ligne]. Adelaide: School

- of Nursing, University of Adelaide; 2013. [cité le 27 avril 2020]. Disponible: https://thesis.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/75843/1/hdl_75843.pdf
19. Kitson A, Muntlin Athlin A, Conroy T. Anything but basic: nursing's challenge in meeting patients' fundamental care needs. *J Nurs Scholarsh.* 2014 Sep;46(5):331-9. doi: 10.1111/jnu.12081.
 20. Kitson A., The Fundamentals of Care framework as a point-of-care nursing theory. *Nurs Res.* 2018 Mar-Apr;67(2):99-107. doi: 10.1097/nnr.0000000000000271.
 21. Conroy T, Feo R, Alderman J, Kitson A. Building nursing practice: the fundamentals of care framework. Dans: Crisp J, et al., eds. *Potter and Perry's Fundamentals of Nursing – Australian Version.* Chatswood: Elsevier Australia; 2016. p. 15-28.
 22. Feo R, Conroy T, Alderman J, Kitson A. Implementing fundamental care in clinical practice. *Nurs Stand.* 2017 Apr;31(32):52-62. doi: 10.7748/ns.2017.e10765.
 23. Feo R, Rasmussen P, Wiechula R, Conroy T, Kitson A. Developing effective and caring nurse-patient relationships. *Nurs Stand.* 2017 Mar;31(28):54-63. doi: 10.7748/ns.2017.e10735.
 24. Voyer P. L'examen clinique de l'ainé. Guide d'évaluation et de surveillance clinique. 2e éd. Montréal: Éditions du Nouveau Pédagogique – Pearson; 2017
 25. Guillemette M. Dossier médical. Guide de rédaction pour les professionnels de la santé. Québec: Mire Formation Conseil inc; 2019
 26. Algase DL, Beck CH, Kolanowski A, Whall A, Berent S, Richards K, et al. Need-driven dementia-compromised behavior: an alternative view of disruptive behavior. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 1996 Nov-Dec;11(6):10-9.
 27. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs.* 2001 Mar;33(5):668-76. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x.
 28. Eicher M, Delmas P, Cohen C, Baeriswyl C, Python NV. Version française de la théorie des symptômes (TGS) et son application. *Rech Soins Infirm.* 2013 Mar;(112):14-25.
 29. Johnson DE. The behavioral system model for nursing. New York: Appleton-Century-Crofts. Dans: Riehl JP, Roy C, eds. *Conceptual models for nursing Practice* 2e éd. 1980. p. 207-16.
 30. Talerico KA, Evans LK. Making sense of aggressive/protective behaviors in persons with dementia. *Alzheimers Care Q.* 2000 Oct;1(4):77-88.
 31. Schindel Martin L, Loiselle L, Montemuro M, Cowan D, Crane R, Dempsey M, et al. ADP. *Approches Douces et Persuasives dans les soins aux personnes atteintes de démence. Soutien aux personnes ayant des comportements réactifs.* 3e éd. Hamilton: Avancées Gériatologique Éducation (AGE) Inc; 2016.
 32. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian C. Cornell scale for depression in dementia. *Biol Psychiatry.* 1988 Feb;23(3):271-84.
 33. Duhamel F. La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers. 3e éd. Montréal: Chenelière Éducation; 2015.
 34. Taylor SG, Renpenning KE, Geden EA, Neuman BM, Hart MA. A theory of dependent-care: a corollary theory to Orem's theory of self-care. *Nurs Sci Q.* 2001 Jan;14(1):39-47. doi:10.1177/08943180122108030.
 35. Ducharme F. *Famille et soins aux personnes âgées. Enjeux, défis et stratégies.* Montréal: Beauchemin, Chenelière Éducation; 2006.
 36. Bell V, Troxel D. *The best friends Approach to Dementia Care.* 2e éd. Baltimore: Health Professions Press; 2017.

37. Kitson A, Carr D, Conroy T, Feo R, Gronkjaer M, Huisman-de Waal G, et al. Speaking up for Fundamental Care: the ILC Aalborg statement. *BMJ Open*. 2019 Dec;9(12):e033077. doi: 10.1136/bmjopen-2019-033077.
38. Bagnasco A, Dasso N, Rossi S, Galanti C, Varone G, Catania G, et al. Unmet nursing care needs on medical and surgical wards: a scoping review of patients' perspectives. *J Clin Nurs*. 2020 Feb;29(3-4):347-69. doi: 10.1111/jocn.15089.
39. Conroy T. Factors influencing the delivery of the fundamentals of care: perceptions of nurses, nursing leaders and healthcare consumers. *J Clin Nurs*. 2018 Jun;27(11-12):2373-86. doi:10.1111/jocn.14183.
40. Rey S, Voyer P, Bouchard S, Savoie C. Finding the fundamental needs behind resistance to care: using the Fundamentals of Care practice process. *J Clin Nurs*. 2020 Jun;29(11-2):1774-87. doi: 10.1111/jocn.15010.
41. Doyon O, Longpré S. Évaluation clinique d'une personne symptomatique. Compétences infirmières. Montréal: Éditions du Renouveau Pédagogique Inc; 2016.
42. Lafrenière S, Dupras A. Pratique clinique. Les signes « AINÉES ». Partie 1. *Perspect infirm*. 2014 Mar-Apr;11(2):46-51.
43. Meleis AI. *Theoretical nursing. Development and progress*. 6^e éd. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018.
44. Formarier M. Réflexions sur la recherche en soins infirmiers aujourd'hui. *Rech Soins Infirm*. 2010 Mar;(100):111-4.
45. Ahossi EC. Soins infirmiers en contexte d'épidémie à mortalité rapide : cas de la fièvre hémorragique à virus Lassa au Bénin. Un défi professionnel. (Thèse en sciences infirmières). Québec: Université Laval; 2020.
46. Georges A, Georges-Courbot M. Fièvres hémorragiques virales: historique et enseignements des quarante dernières années. *Med Trop*. 2000;60(2 Suppl):5-19.
47. Aylward B, Barboza P, Bawo L, Bertherat E, Bilivogui P, Blake I, et al. Ebola virus disease in West Africa--the first 9 months of the epidemic and forward projections. *N Engl J Med*. 2014 Oct;371(16):1481-95. doi: 10.1056/NEJMoa1411100.
48. Saliou P. XXII^e actualités du Pharo. Urgences et crises sanitaires dans les pays à ressources limitées. *Bull Soc Pathol Exot*. 2017 May;110(2):135-46. doi: 10.1056/NEJMoa1411249.
49. Bah EI, Lamah MC, Fletcher T, Jacob ST, Brett-Major DM, Sall AA, et al. Clinical presentation of patients with Ebola virus disease in Conakry, Guinea. *N Engl J Med*. 2015 Jan; 372(1):40-47. doi: 10.1056/NEJMoa1411249.