

***Inter professionnalité et Chronic Care Model :
Perspectives d'avenir***

Travail de Bachelor

Mennet Maxime

N° matricule 15495815

Trono Louise

N° matricule 15496177

Directrice : Séchaud Laurence – Professeur HES-RN, PhD

Membre du jury externe : Walter Marie José – Infirmière spécialiste clinique, Imad

Genève, 16 JUILLET 2018

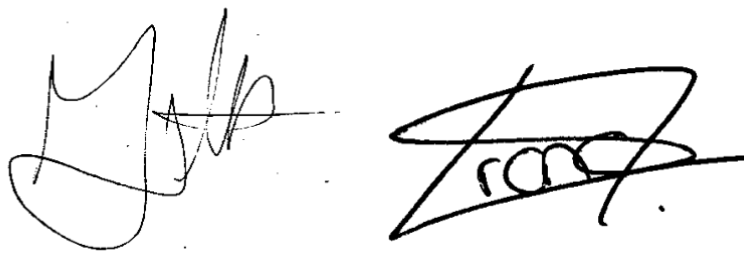
DÉCLARATION

« Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé – Genève, en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 16 juillet 2018

Maxime MENNET, Louise TRONO



REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier chaleureusement Madame Laurence Séchaud, directrice de ce travail de Bachelor, pour son suivi consciencieux, son aide précieuse et son soutien remarquable tout au long de la rédaction de cette revue de littérature. Nous la remercions également pour sa gentillesse, sa franchise et la pertinence de ses conseils.

Nous remercions Madame Walter Marie José pour l'intérêt qu'elle a porté pour notre travail et d'avoir accepté d'être le jury de notre soutenance en tant qu'expert de terrain.

Nous remercions les bibliothécaires de la Haute Ecole de Santé de Genève pour leur appui dans la recherche d'articles scientifiques et la rédaction des normes APA de ce travail.

Un merci spécifique à Coline Utz pour sa relecture attentive de cette revue de littérature.

Nous remercions Sylvie Fleury, serveuse à la cafétéria de la Haute Ecole de Santé, pour ses nombreux cafés, mais surtout pour ses sourires et sa bonne humeur quotidienne, qui nous ont permis de nous redonner du courage quand nous en avions besoin.

Un immense merci à nos camarades de la Haute Ecole de Santé, Kelly Ferreira Pereira, Diana Mota Ribeiro, Tanita Nocera, Bénédicte Soulard, Sophie Tanner, Mertcan Timur et Sacha Torri. Ces camarades, devenus aujourd'hui des amis précieux, nous ont épaulés, soutenus, conseillés et encouragés tout au long de la formation.

Grâce à leur présence, ces trois années de formation ont été remplies de bonheur, d'apprentissages et de découvertes.

RÉSUMÉ

Thème : Ce travail concerne la prise en soins interprofessionnelle des patients adultes atteints de diabète de type 2. Il s'intéresse à l'auto gestion de ces patients de leur propre maladie. Le Chronic Care Model, un modèle interprofessionnel, est l'ancrage théorique de cette revue de littérature.

Problématique : Les statistiques actuelles démontrent que le vieillissement de la population ainsi que l'augmentation des maladies chroniques avec l'âge et des comorbidités impliquent des prises en soins de plus en plus complexes. L'inter professionnalité apparaît être un moyen de répondre à cette complexité, notamment par l'implantation d'un modèle pratique, commun à l'ensemble des soignants.

Résultats : Six études ont été retenues suite à l'interrogation des bases de données (Cinahl et PubMed), avec les Mesh Terms suivants : Diabete mellitus, Chronic Care Model, Interprofessional, Self care. L'analyse des études met en évidence que quatre études ont relevé une amélioration de l'auto gestion des patients atteints du diabète de type 2. Ceux-ci montrent de meilleurs résultats des paramètres cliniques, ainsi qu'une augmentation de la fréquence de contrôle de ces derniers. En plus de ces améliorations, trois études ont relevé que l'implantation d'un modèle pratique commun a pour conséquence une meilleure perception de la collaboration par les soignants et que cela engendre une meilleure prise en soins.

Discussion : La mise en lien des six articles scientifiques souligne les avantages d'implanter un modèle pratique, commun aux professionnels de la santé, dans le but de rendre le patient pro actif dans sa prise en soins et d'améliorer ses résultats en santé. Le Chronic Care Model s'avère être un modèle efficace à la prise en soins interprofessionnelle des patients atteints de diabète de type 2.

Mots-clés :

Diabète – Chronic Care Model – Inter professionnalité – Auto gestion

MESH Terms :

Diabete mellitus – Chronic Care Model - Interprofessional - Self care

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BMI	Body mass index
CCM/CIM	Chronic Care Model
CDC	Centre for Disease Control and Prevention
DM2 program	Diabete Mellitus 2 program
DSME	Diabetes Self-Management Education
HbA1c	Hemoglobine glyquée
HEdS	Haute Ecole de Santé - Genève
IPC	Interprofessional collaboration
IPE	Interprofessional education
IUFRS	Institut universitaire de formation et de recherche en soins
LaMal	La loi sur l'assurance maladie obligatoire
PA	Pression artérielle
MNT	Maladie non transmissible
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Tableaux comparatifs des études retenues pour l'analyse critique	25
Tableau 2. Tableau synoptique	31
Tableau 3. Mots clés.....	47
Tableau 4. PICO.....	48
Tableau 5. Traduction anglaise des termes PICO.....	48

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Les priorités du Conseil fédéral en terme de santé	10
Figure 2. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles	18
Figure 3. Le schéma du CCM.....	20

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1. Multi morbidités.....	12
Graphique 2. Diabète et âge.....	12

TABLE DES MATIÈRES

Déclaration	ii
Remerciements	iii
Résumé	iv
Liste des abréviations	v
Liste des tableaux	v
Liste des figures	v
Liste des graphiques	vi
Table des matières	7
Introduction	9
1. Problématique	9
1.1. La politique de santé en Suisse	9
1.2. Les maladies chroniques	11
1.3. Le diabète	12
1.4. L'inter professionnalité	13
1.5. Les soins infirmiers	15
2. Méthode	17
2.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire	17
2.2. Diagramme de flux	17
2.3. Question de recherche	19
3. Ancrage théorique	19
3.1. Le Chronic Care Model	19
3.2. L'histoire du Chronic Care Model	19
3.3. Les concepts clés du modèle	20
3.4. Le Chronic Care Model dans la pratique	21
4. Résultats	22
4.1. Analyse critique des articles retenus	22
4.2. Tableaux comparatifs	24
5. Discussion	32
5.1. Auto gestion de la maladie	32
5.1.1. Paramètres cliniques	32
5.2. Qualité	35
5.2.1. Qualité des soins	35
5.2.2. Qualité de vie	35

5.3.	Perception de l'inter professionnalité	36
5.3.1.	Perception des soignants	36
5.3.2.	Perception des patients sur les soins personnalisés	37
5.3.3.	Perception des patients sur la relation soignant-soigné	38
5.4.	Modèle théorique	38
5.4.1.	CCM	38
5.4.2.	DSME	39
5.4.3.	DM2.....	39
6.	Conclusion	40
6.1.	Apports et limites du travail.....	41
6.2.	Recommandations	41
6.2.1.	Pour la recherche.....	41
6.2.2.	Pour la pratique.....	42
6.2.3.	Pour l'enseignement	42
7.	Références.....	43
8.	Annexes	47
8.1.	Mots clés	47
8.2.	PICO.....	47
8.3.	Traduction anglaise des termes PICO.....	48

INTRODUCTION

Ce travail, sous forme de revue de littérature, débutera dans un premier temps par une problématique qui aura pour but l'analyse des données épidémiologiques du vieillissement de la population, des comorbidités et des maladies chroniques. Ces données seront mises en lien avec les soins infirmiers ainsi que l'inter professionnalité.

Dans un deuxième temps, la méthodologie de ce travail sera détaillée et la question de recherche sera ensuite élaborée.

Dans un troisième temps, ce travail décrira le Chronic Care Model, modèle interprofessionnel sélectionné pour l'analyse des articles scientifiques. La définition du modèle, son histoire, sa mise en pratique ainsi que ses concepts seront détaillés.

Dans un quatrième temps, les articles scientifiques seront analysés, sous forme de tableau, puis seront regroupés dans un tableau synoptique.

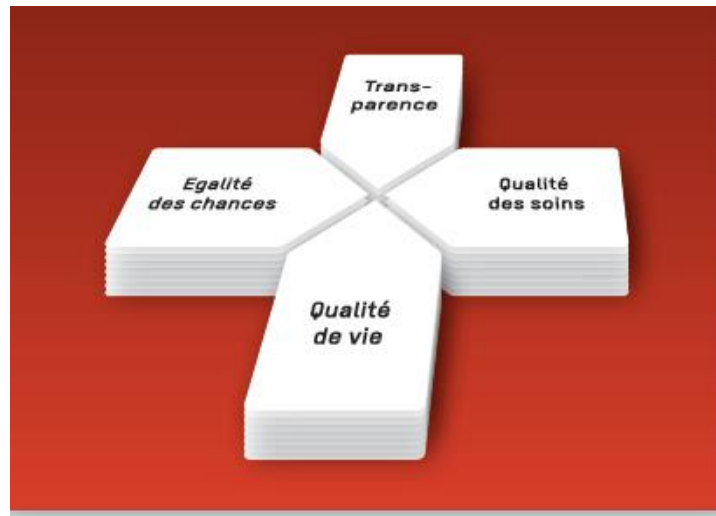
Finalement, les résultats des articles scientifiques seront discutés et mis en lien avec l'ancrage théorique. Une conclusion sera élaborée, dans laquelle figurera les limites et les apports de ce travail, ainsi que les recommandations.

1. PROBLÉMATIQUE

1.1. La politique de santé en Suisse

Le Conseil fédéral s'est réuni, en 2013, afin d'établir un rapport des priorités de la politique de santé en Suisse ; quatre grands axes ont été mis en évidence, comme le montre la figure 1 : la transparence, l'égalité des chances, la qualité de vie et la qualité des soins (Politique de santé : les priorités du Conseil fédéral, 2013). Ces axes définissent les buts visés pour 2020 au niveau de la santé en Suisse.

Figure 1 : Les priorités du Conseil fédéral, en terme de santé



Tiré de : Politique de santé : les priorités du Conseil fédéral, 2013

Le Conseil fédéral a mis en lumière l'importance de l'égalité des chances car, bien que la loi affirme une égalité au niveau de l'accès aux soins, il a constaté que : « les groupes les plus vulnérables n'ont pas suffisamment un recours aux prestations de soins en question » (Politique de santé : les priorités du Conseil fédéral, 2013, p.9). En effet, la notion de rationalisation dans les soins a, ces dernières années, engendré le rationnement des soins, dû à l'augmentation de la demande de soins et les coûts qui y sont liés.

La qualité dans les soins a également été prise en compte et est décrite, selon l'Observatoire Valaisan de la santé (2015), comme :

La capacité de répondre aux besoins implicites et explicites des patients selon les connaissances professionnelles du moment et en fonction des ressources disponibles. Elle inclut la sécurité des patients dans le sens de la gestion et la prévention des événements indésirables liés à leur prise en charge.

Ce même document affirme que la qualité dans les soins englobe six dimensions : la sécurité, l'efficience, l'efficacité, l'équité, le partenariat et la réactivité (Observatoire Valaisan de la santé, 2015). Par ailleurs, le document de la politique de santé du Conseil fédéral affirme que la qualité dans les soins a pour bénéfice de diminuer ses coûts, en évitant les gestes inutiles et les complications médicales (Politique de santé : les priorités du Conseil fédéral, 2013).

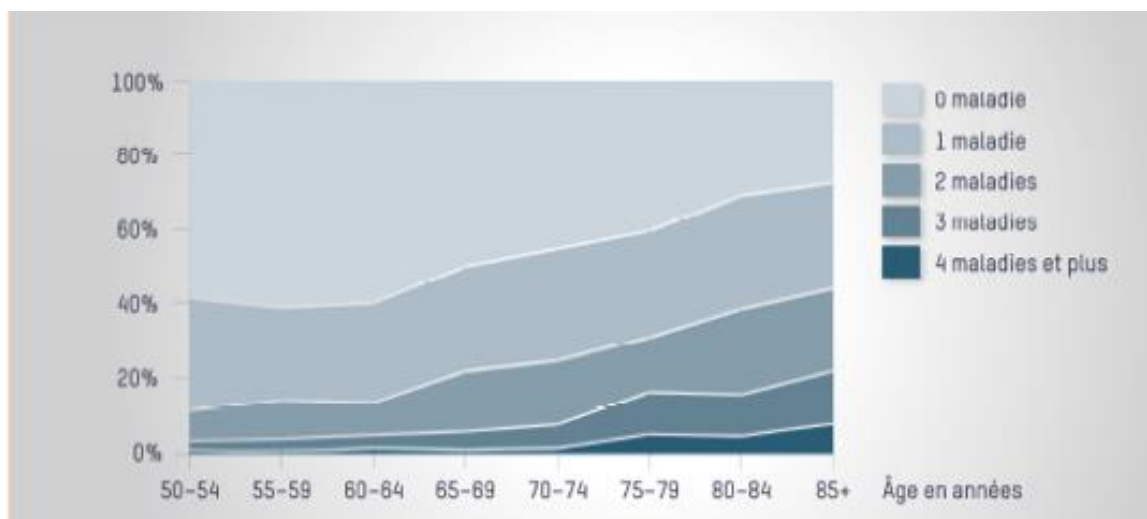
Le système de santé suisse est divisé en trois sous-systèmes : les soins publics, les soins semi-privés et les soins privés. L'accès aux soins en Suisse est régi par la loi sur l'assurance maladie (LaMal) qui permet l'accessibilité aux soins pour chaque personne ayant un statut légal en Suisse. Néanmoins, le système de santé suisse veut que chaque personne ayant un besoin impératif de santé, ait accès aux soins. Ainsi, l'art. 25 de la Loi Fédérale sur l'assurance maladie du 15 novembre 2017 (LaMal) stipule que « l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles ».

1.2. Les maladies chroniques

En ce qui concerne les coûts de la santé en Suisse, en 2011, le budget s'élevait à 64,6 milliards de francs suisses, dont 80% ont été utilisés pour les personnes souffrant de maladies non transmissibles (regroupées selon l'acronyme MNT) (Stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles, 2013). De plus, il est important de mentionner que 25,6 milliards de francs suisses sont nécessaires, chaque année, afin de traiter les maladies telles que : le diabète, les infections chroniques des voies respiratoires, les maladies cardio-vasculaires, le cancer et les troubles musculo-squelettiques (Stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles, 2013). Ainsi, ce sont les maladies chroniques qui engendrent les coûts les plus élevés dans le système de santé suisse.

Il est également important de définir précisément ce que l'on entend par maladies chroniques ; elles sont définies comme : « des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement » (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2017). Elles sont la cause de 63% des décès mondiaux et occupent donc la première place des causes de mortalité. En Suisse, ce pourcentage s'élève à 91%. De plus, la particularité des maladies chroniques est qu'elles sont presque majoritairement accompagnées d'autres pathologies, comme le montre le graphique 1, amenant ainsi le patient dans une situation de polypathologie. Ce graphique met en évidence que les patients avec comorbidités augmentent simultanément avec l'âge. On observe par exemple qu'à l'âge de 50 ans, 10% de ces derniers ont des comorbidités, et qu'à 80 ans, ce chiffre s'élève à 30%. De plus, la mortalité augmente proportionnellement avec le nombre de comorbidités de la personne.

Graphique 1 : *Multi morbidités*



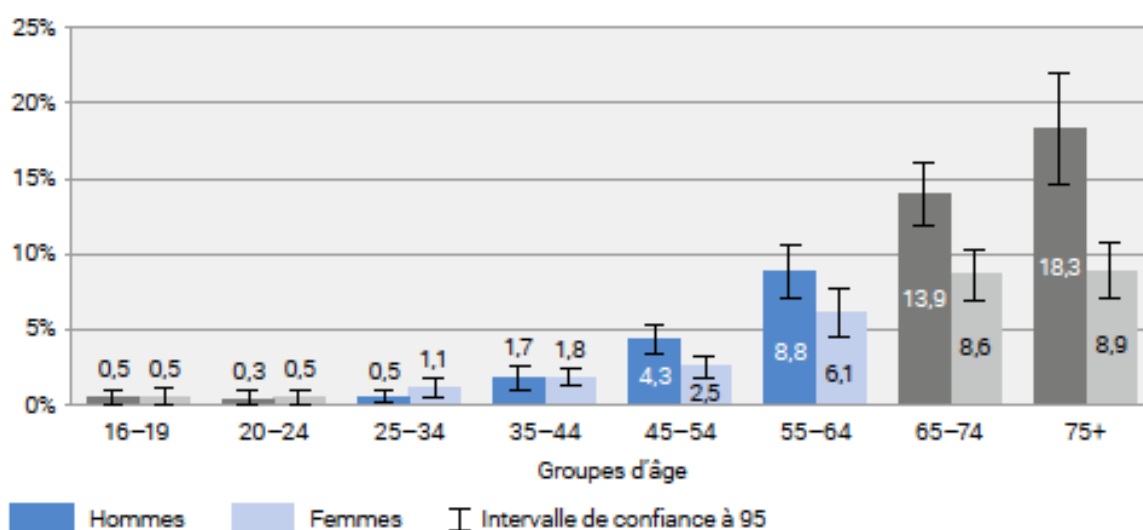
Tiré de : Stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles [stratégie MNT], 2013

1.3. Le diabète

Le diabète fait partie des cinq maladies non transmissibles prioritaires en Suisse. Il touche « 9% des hommes et 6% des femmes âgés de 55 à 64 ans ... Dès 75 ans, la proportion monte à 18% chez les hommes et 9% chez les femmes » (Rapport de santé de Santé, 2015, p.18) ; cette évolution est mise en évidence dans le graphique 2.

Graphique 2 : *Diabète et âge*

Diabète, selon l'âge, 2012



Personnes chez lesquelles un diabète a été diagnostiqué médicalement une fois au cours de leur vie.

Tiré de : Rapport de santé, 2015

Partout dans le monde et en Suisse, le nombre de personnes atteintes de diabète de type 2 augmente, principalement en lien avec l'augmentation du vieillissement de la population et du changement du mode de vie. Celui-ci engendre un surpoids dans une part grandissante de la population (Rapport de santé, 2015). Lorsqu'il est fait mention du diabète, il est important de distinguer le diabète de type 1 et le diabète de type 2. Le diabète de type 1 est lié à un problème de sécrétion d'insuline, qui joue un rôle important dans le stockage du glucose au niveau du foie et qui permet aux hydrates de carbone de pénétrer dans la paroi des cellules humaines. Le diabète de type 2 est lié à une insulino-résistance, qui engendre une difficulté de l'insuline à se fixer sur les récepteurs des cellules, dans le but d'y faire pénétrer les hydrates de carbone. Le diabète est responsable de nombreuses complications telles qu'une néphropathie, une neuropathie, une rétinopathie ou encore une angiopathie. Il est un important facteur de risque pour les maladies cardio-vasculaires, les accidents vasculaires cérébraux et est la cause majeure des cécités, des amputations non-traumatiques et de l'insuffisance rénale (Centers for Disease Control and Prevention, 2013 cité par Robert & Hutchison, 2014, p.568). Alors que les facteurs de risque du diabète de type 1 sont encore mal identifiés à ce jour (Louis Monnier, 2010), le programme concernant la promotion et la prévention des maladies non transmissibles en Suisse mentionne plusieurs facteurs de risque du diabète de type 2 : « le manque d'activité physique, une alimentation déséquilibrée, le tabagisme, le surpoids et l'hypertension artérielle » (Stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles, 2013, p.16).

1.4. L'inter professionnalité

L'augmentation du vieillissement de la population, ajouté à l'augmentation des maladies chroniques, engendrent tous deux des prises en soins de plus en plus complexes et un accroissement de la demande en soins. « La démographie médicale et son évolution, ainsi que l'offre croissante en spécialités médicales, en sont les conséquences les plus visibles. Elle vise à répondre à ces différentes demandes avec comme risque une prise en soins des maladies chroniques de manière segmentée, voire parcellaire » (C. Salisbury, L. Johnson, S. Purdy, J. Valderas & A. Montgomery, 2011, p.12). Cette évolution a montré un certain nombre de limites ; en effet, « les personnes atteintes de plusieurs comorbidités sont plus susceptibles d'avoir des besoins à forte complexité en matière de santé et nécessitent par conséquent une prise en soins qui préconise la globalité » (C. Salisbury, L. Johnson, S. Purdy, J. Valderas & A. Montgomery, 2011, p.12).

« Il apparaît que les déficiences en collaboration et en communication entre les professionnels de la santé ont un impact négatif sur les soins et sur les résultats de santé des patients » (J. Martin, W. Ummerhofer, T. Manser & R. Spirig, 2010, p.1). Ainsi, l'inter professionnalité prend tout son sens dans la prise en soins de patients atteints de maladies chroniques et, en particulier, auprès de ceux atteints du diabète.

Le Programme de promotion de l'inter professionnalité dans le domaine des soins 2017-2020 (2017) définit cette dernière comme :

L'inter professionnalité est vue comme un apprentissage et une activité qui se concrétisent lorsque des spécialistes issus d'au moins deux professions travaillent conjointement et apprennent les uns des autres au sens d'une collaboration effective qui améliore les résultats en matière de santé (p.5).

Ce même document stipule que la collaboration interprofessionnelle a pour objectif prioritaire de favoriser le bien-être des patients.

Selon Matziou & al. et Caricati & al, il a été mis en évidence que les principales causes de conflit entre les professionnels sont la méconnaissance et le non-respect des rôles et des compétences de chacun. De plus, le rapport issu d'un groupe thématique sur l'inter professionnalité mandaté par le Conseil fédéral appuie le fait que la reconnaissance des rôles et compétences de chaque professionnel est essentielle pour satisfaire les besoins des patients (Rapport du groupe thématique inter professionnalité, 2013).

Lorsqu'est mentionné le concept d'inter professionnalité, il faut distinguer la formation interprofessionnelle (IPE) et la collaboration interprofessionnelle (IPC), aussi appelée pratique collaborative. On parle d'IPE quand deux ou plusieurs professionnels s'engagent dans un processus d'apprentissage ayant pour but d'améliorer les connaissances professionnelles de tous pour permettre d'améliorer la qualité des soins. On parle d'IPC lorsque plusieurs professionnels décident de collaborer entre eux et aussi avec les patients, les familles, les accompagnants et la communauté, pour offrir une meilleure qualité des soins (Rapport du groupe thématique inter professionnalité, 2013).

L'inter professionnalité a été mise en vigueur récemment car, avant le XXIème siècle, les professionnels de la santé étaient éduqués et travaillaient en « silos » ; cette

méthode a eu pour conséquence de « ... créer un manque de compréhension des autres professionnels envers leurs rôles et leurs perspectives », ainsi que de « renforcer des attitudes stéréotypées envers les différentes professions » (H. Khalili, J. Hall, S. DeLuca, 2014, p.93).

C'est au début de ce siècle que le terme « inter professionnalité » est apparu pour la première fois ; à cette époque, son interprétation était la suivante : « ... devrait promouvoir la qualité, comprendre le travail d'équipe, défendre une éthique solide et être centrée sur les intérêts des patients et des populations » (H. Khalili, J. Hall, S. DeLuca, 2014, p.95).

1.5. Les soins infirmiers

Parmi toutes ces définitions, les soins infirmiers pourraient jouer un rôle déterminant et central au sein de l'équipe interprofessionnelle, car le Conseil International des infirmières (2017) les décrit comme :

Les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier, citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation.

Par ailleurs, aux Etats Unis, depuis les années cinquante, le rôle infirmier a fortement évolué, si bien qu'aujourd'hui, l'infirmière¹ a acquis de nombreuses responsabilités et a ainsi développé un rôle plus autonome. Afin de développer davantage le rôle autonome et les compétences de l'infirmière qui s'y rattachent, le système de santé nord-américain a mis en place des pratiques avancées spécifiques à l'infirmière. Cette tendance américaine s'est, petit à petit, propagée hors des frontières, pour aujourd'hui faire partie intégrante de la réalité de notre système de santé suisse (Institut universitaire de formation et de recherche en soins [IUFRS], 2017). Ainsi, La pratique infirmière avancée : un cadre national (2008) la définit comme :

¹ A lire aussi au masculin

Une expression générale décrivant un niveau avancé de la pratique des soins infirmiers cliniques, qui maximise l'utilisation des connaissances acquises aux études supérieures, d'un savoir infirmier approfondi et d'une compétence confirmée au service des besoins de santé des personnes, des familles, des groupes, des communautés et des populations dans le domaine de la santé (p.10) .

L'IUFRS (2017) a précisé les compétences acquises par les infirmières de pratique avancée : la pratique clinique, le leadership, la recherche, la collaboration interprofessionnelle et la consultation. De ce fait, il peut être constaté que les infirmières de pratique avancée ont développé des compétences interprofessionnelles et pourraient donc jouer un rôle majeur au sein d'une équipe de santé pluri professionnelle.

A ce jour, la littérature scientifique a publié de nombreux articles s'axant sur les facteurs favorisant et les facteurs freinant le développement d'une bonne collaboration entre les professionnels. Cependant, de nombreux auteurs stipulent que « l'inter professionnalité pourrait avoir également un impact positif auprès du patient et que davantage de recherches doivent être menées à ce niveau-là » (Martin J., Ummenhofer W., Manser T. Spirig R., 2010, p.5).

En guise de synthèse de ce premier chapitre, il peut être affirmé que l'inter professionnalité fait partie des priorités des institutions publiques, mais aussi privées, et occupe une place primordiale dans les soins. De plus, elle ouvre la porte à une redéfinition des pratiques professionnelles et de la hiérarchisation dans les soins, si bien qu'elle soulève de nombreuses questions et débats au sein du système de santé. C'est pourquoi, il serait alors pertinent de se poser la question suivante : quel serait le rôle d'une prise en soins interprofessionnelle auprès d'un patient atteint d'une maladie chronique ?

2. MÉTHODE

Dans ce chapitre, va être présentée la démarche qui a permis la recherche et la sélection d'articles de recherche pertinents pour notre sujet.

2.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Au commencement de cette revue de littérature, la question initiale était : Existe-t-il un lien entre la pratique collaborative, l'efficacité de la prise en soins interprofessionnelle et le partenariat avec le patient chez des personnes souffrant de maladies chroniques en ambulatoire ? Après avoir défini les concepts de base et les avoir traduits en termes Mesh, la recherche documentaire a donné lieu à des articles axés essentiellement sur l'éducation des professionnels de la santé à l'inter professionnalité. La volonté de s'axer davantage sur les patients ayant été établie, il a été décidé de mettre de côté ces articles. Une nouvelle orientation a alors vu le jour, cette fois-ci plus élargie et davantage axée sur les patients. C'est en cherchant dans les titres et les résumés des articles précédemment trouvés qu'il a été repéré de nouveaux mots clés pour une nouvelle recherche documentaire sur les mêmes bases de données. Cette recherche documentaire a donné lieu à des articles ciblés sur les résultats de santé des patients et le rôle de l'inter professionnalité sur ces derniers.

Les bases de données consultées pour la recherche documentaire ont été les suivantes : PubMed (consulté en décembre 2017), Cinahl (consulté en décembre 2017) et Google Scholar (consulté en décembre 2017).

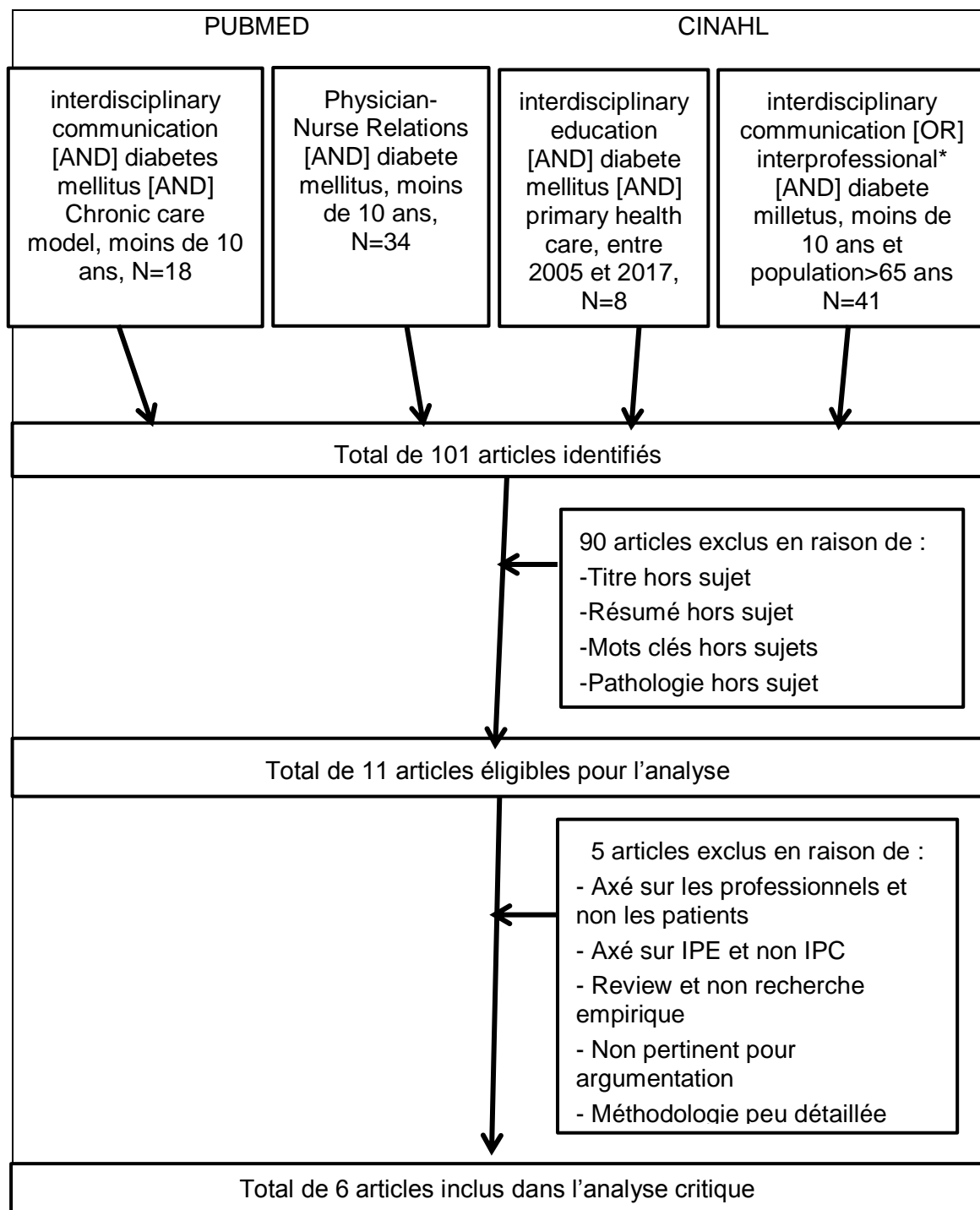
Les termes utilisés pour les équations de recherche étaient :

Communication interdisciplinaire, Diabète, Chronic Care Model, Relations médecins-infirmier, Education interdisciplinaire, Centre de santé primaire, Inter professionnalité.

L'ensemble de cette démarche est représenté dans le diagramme de flux, exposé dans la figure 2 à la page suivante.

2.2. Diagramme de flux

Dans la ci-dessous, se trouve le processus d'identification des articles utilisés dans ce travail de bachelor.



: Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

Après avoir lu le nombre de ces articles, six ont été sélectionnés de par leur pertinence évidente. C'est à partir de cela que la question de recherche finale a donc vu le jour.

2.3. Question de recherche

Suite à la lecture d'articles scientifiques, de questionnements personnels et professionnels, ainsi que la volonté d'approfondir ce sujet, notre question de recherche initiale est :

« Dans quelles mesures une prise en soins inter professionnelle permet-elle aux patients atteints de diabète de type 2 de gérer leur maladie ? »

3. ANCRAGE THÉORIQUE

Dans ce chapitre, va être présenté le Chronic Care Model qui a servi d'ancrage théorique et sur lequel la recherche d'articles, ainsi que la question de recherche, se basent.

3.1. Le Chronic Care Model

Le Rapport de santé 2015, qui a pour but d'évaluer la santé de la population, met en évidence des pistes afin d'améliorer la prise en soins des personnes atteintes de maladies chroniques. Parmi ces pistes, se trouve l'utilisation du Chronic Care Model (CCM), issu d'une recherche menée aux Etats Unis et qui a pour but une meilleure coordination des soins entre les différents professionnels, afin de collaborer autour et avec un patient informé et pro actif.

Il a été remarqué que la littérature scientifique portant sur l'inter professionnalité s'inspire fréquemment du CCM comme ancrage théorique ; ce dernier apporte une vision globale et complète de la pratique collaborative ainsi qu'une base théorique commune à tous les professionnels.

3.2. L'histoire du Chronic Care Model

Le CCM est né aux Etats Unis en 1998 (Improving chronic illness care, 2018). Sa naissance est due à un besoin crucial de mettre en place des normes communes à tous les soignants dans la prise en soin interprofessionnelle. De plus, il a été mis en évidence qu'afin de procurer « des soins plus efficaces pour les patients atteints de maladies chroniques, la combinaison de plusieurs stratégies était nécessaire » ; c'est l'une des forces du CCM. (Barr et al., 2003, p.73).

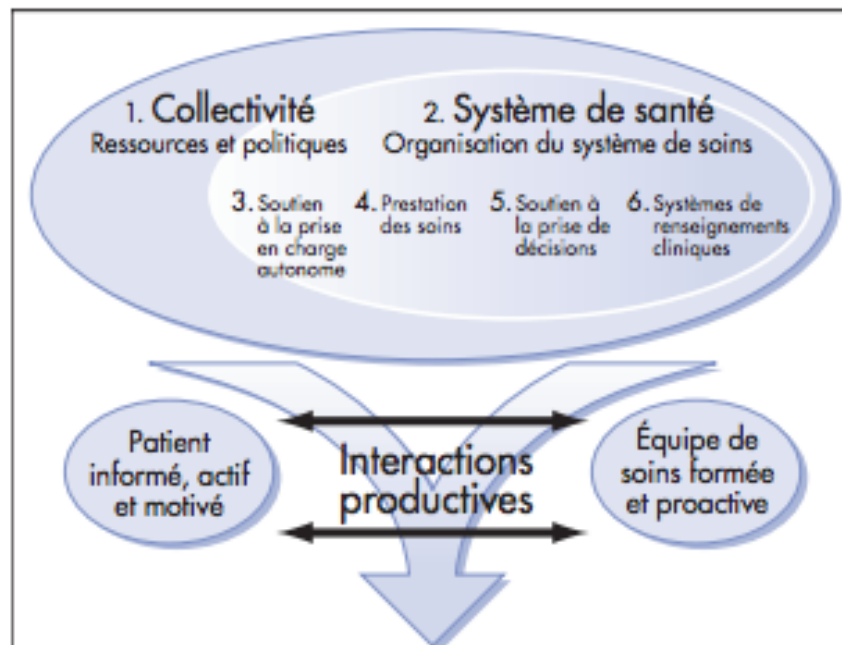
3.3. Les concepts clés du modèle

(a) La collectivité mobilise les ressources de la communauté, afin de répondre aux besoins des patients. (b) Le système de santé crée une éducation, une organisation et des stratégies, afin de promouvoir des soins de qualité et sécuritaire. (c) Le soutien à la prise en charge autonome a pour rôle de soutenir et préparer les patients à gérer leur maladie et les soins qui y sont associés. (d) La prestation des soins a pour objectif de définir le rôle de chacun et partager le travail et les responsabilités de l'équipe soignante. (e) Le soutien à la prise de décisions permet de promouvoir la prise de décision basée sur des faits scientifiques et qui se traduit par un consensus entre les spécialistes et les soignants. (f) Le système de renseignements cliniques organise les informations cliniques des patients et de la population, afin de procurer des soins efficaces et efficaces.

(Improving chronic illness care, 2018)

Le CCM peut s'illustrer sous forme de schéma. Les concepts clés sont présentés dans la figure 3.

Figure 3 : Le schéma du CCM



Tiré de : Association canadienne de réadaptation cardiaque, 2007

3.4. Le Chronic Care Model dans la pratique

Une des forces du CCM est sa description explicite, qui permet de le mettre en œuvre dans la pratique. Stellefson, Dipnarine et Stopka (2013) analysent point par point les concepts en expliquant ce qui a fonctionné ou non dans la mise en pratique (p.1). La littérature scientifique s'avère être un outil de conséquence, afin d'aider les professionnels de la santé et les politiques de santé à mettre en pratique le CCM. Stellefson, Dipnarine et Stopka (2013) stipulent, dans ce même article, que deux études ont démontré qu'une définition claire des rôles améliore la prise en soins des patients atteints de maladie chronique (p.4).

Bilodeau, Dubois et Pepin (2013) affirment que la pratique infirmière peut mettre en avant, de manière prononcée, son expertise dans la prise en soins centrée sur le patient :

La discipline infirmière est en mesure d'assumer un leadership quant aux initiatives interprofessionnelles en raison de la nature de ses principes et de ses valeurs et qui pourraient être partagés à d'autres disciplines (ex., le respect de l'autodétermination du patient, la prise de décision partagée, le respect de l'être humain, l'*advocacy*, la nécessité de prendre en soin et l'obligation de s'engager moralement avec la personne, la famille et la communauté) (p.44).

L'infirmière de pratique avancée développe, tout au long de son parcours, des compétences pouvant bénéficier à une équipe interprofessionnelle ; elles prennent tout leur sens dans le CCM et permettent de les mettre en avant dans la pratique.

En outre, suite à la lecture des articles scientifiques s'axant sur le CCM, il a été constaté que le rôle infirmier est communément mis en avant, de par ses compétences, sa proximité avec le patient et son rôle déterminant dans la prise en soins de ce dernier. Le Rapport de santé 2015 ajoute :

Dans ce modèle, le premier interlocuteur du patient n'est pas l'équipe de soins, mais un professionnel soignant qui joue le rôle de coordinateur principal. Il débute la prise en charge par une visite à domicile qui lui permet d'analyser et d'évaluer l'état de santé du malade, ses conditions de vie et son environnement social. Cette analyse initiale se traduit par un plan de soins complet qui intègre les ressources internes et externes du patient (p.193).

Le CCM ayant prouvé son efficacité en Amérique du Nord, ce dernier s'est alors répandu hors de ses frontières initiales. Chaque pays a adapté le modèle selon sa culture, ses besoins et la population ciblée. Concernant la Suisse, le système de santé helvétique a adopté le modèle existant en Amérique du Nord.

Le CCM est le modèle qui a permis d'analyser les articles scientifiques de cette revue de littérature et d'ainsi obtenir les résultats développés dans le chapitre suivant.

4. RÉSULTATS

Dans ce chapitre seront présentés les résultats des articles scientifiques obtenus après application des critères de recherche pour ce travail.

4.1. Analyse des articles retenus

Les six articles étant tous différents, ils ont été classés selon leur devis et leur niveau de preuve (du plus haut au plus bas) : une étude mixte, deux études quasi expérimentales, deux études de faisabilité et une étude qualitative (C. Ludwig, La pratique fondée sur les données probantes [support de cours], 5. Décembre. 2016). L'analyse méthodologique, détaillée sous forme de tableaux et de manière synthétique, est présentée aux pages suivantes de ce même chapitre.

L'étude mixte de Provost S., Pineault, R., Grimard D., Pérez J., Fournier M., Lévesque Y., Desforges J., Tousignant P. & Borgès Da Silva R. (2017) a évalué, sur le plan quantitatif, l'impact de la coordination entre une équipe interdisciplinaire et les médecins traitant, auprès de patients atteints de diabète de type 2 (n = 1'689) et l'a mise en lien avec la participation des patients au programme de santé, à leur qualité de vie et à l'auto gestion de leur maladie. De plus, l'étude a mis en évidence une amélioration significative de l'hémoglobine glyquée (HbA1c), de la pression artérielle (PA) et de l'ingestion des hydrates de carbone, sur une durée de vingt-quatre mois. Les régressions multiples utilisées dans l'étude ont montré qu'un meilleur échange entre l'équipe interprofessionnelle et le médecin traitant diminuerait le risque d'abandon de l'étude des patients. Sur le plan qualitatif, plus la perception du programme par les soignants est positive, plus les résultats des patients sont favorables, excepté pour l'activité physique.

L'étude quasi expérimentale de Janson S., Cooke M., McGrath K., Kroon L., Robinson S. & Baron R. (2009), comportant deux groupes, a prouvé que des patients atteints de diabète de type 2 et ayant reçu une prise en soins interprofessionnelle (n = 384) augmentent de manière significative la fréquence de la mesure de leurs paramètres cliniques. Cependant, il n'y a pas d'amélioration prouvée quant aux résultats des données cliniques, mais une mise en évidence de l'amélioration de l'auto gestion de la maladie par les patients, par l'augmentation de la fréquence de la mesure des paramètres cliniques.

L'étude quasi expérimentale à deux bras de Bray. P, Thompson. D, Wynn. J, Cummings. D & Whetstone. L (2005) a démontré qu'une réorganisation des soins et une prise en soins inter disciplinaire améliorent l'auto gestion de la maladie des patients atteints de diabète de type 2 (n = 160), de par l'amélioration des résultats de l'HbA1c. Il est important de mentionner que, dans l'étude, les consultations ont été menées par une infirmière de pratique avancée.

L'étude de faisabilité de Ciccone M., Aquilino A., Cortese F., Scicchitano P., Sassara M., Mola E., Rollo R., Caldarola P., Giogrino F., Pomo V. & Bux F. (2010) a montré la faisabilité et une efficacité élevée quant à l'implantation d'un programme de soins auprès de patients atteints de diabète de type 2 (n = 1'160). Cette implantation du programme a pour conséquence d'améliorer la connaissance du patient face à sa maladie, d'améliorer ses capacités d'autogestion de la maladie et d'apporter des changements de comportement face à la maladie, tels que l'activité physique, les habitudes alimentaires ou encore le tabagisme.

L'étude d'Arevian M. (2005) a évalué la faisabilité de la pratique collaborative quant à la qualité, les coûts et l'efficacité des soins auprès de personnes atteintes de diabète de type 2 (n = 375). L'étude a démontré que la pratique collaborative a pour effet de renforcer l'esprit d'équipe entre les soignants, que les patients se rendent plus fréquemment à leurs visites médicales et que 89% d'entre eux présentent une amélioration de leur hémoglobine glyquée. En revanche, rien n'a été mis en évidence sur les coûts en matière de santé.

L'étude qualitative de Grohmann B., Espin S. & Gucciardi E. s'est intéressée à l'opinion de patients diabétiques (n = 23) qui reçoivent des soins de la part d'une équipe interprofessionnelle. Les patients ont dit se sentir acteurs dans leur prise en soins et

ont exprimé avoir l'impression de faire partie intégrante de l'équipe soignante et de s'être sentis respectés par cette dernière.

4.2. Tableaux comparatifs

Les tableaux ont été construits de manière à faire ressortir les aspects méthodologiques et les caractéristiques spécifiques à chaque étude. Pour des questions de lisibilité, chaque étude a été présentée sur une page.

Tableau 1 : Tableaux comparatifs des études retenues pour l'analyse critique

N°	Auteurs Année Lieu	Population Type d'étude But de l'étude	Méthode/ Instruments de mesure Intervention	Résultats principaux	Limites	Commentaires/ Recommandations
1	Provost S., Pineault, R., Grimard D., Pérez J., Fournier M., Lévesque Y., Desforges J., Tousignant P., Borgès Da Silva R. 2017 Centre- Ville, Montréal, Quebec, Canada	N = 1'689 (attrition=40%, soit un total final de 992) dont des patients adultes (hommes et femmes), nés au Canada et parlant le français, avec un diagnostic de diabète ou d'hypertension. Six équipes inter professionnelles de centres de santé primaire, sélectionnées selon le volontariat et la commodité. Etude mixte : Qualitative (interviews semi structurées auprès des équipes inter professionnelles). Quantitative (approche similaire à une étude quasi expérimentale pré et post). Le but est d'évaluer l'impact de la coordination entre une équipe inter disciplinaire et les médecins traitant en regard de la participation des patients au programme de santé, de leur qualité de vie et de la gestion de leur maladie.	Programme de coordination : En amont, un questionnaire a été rempli par les équipes inter professionnelles, afin de déterminer leur fréquence de communication avec les médecins (haute, moyenne, faible). Un autre questionnaire a permis d'évaluer la perception qu'ont les équipes inter professionnelles du suivi et de la coordination des soins avec les médecins (échelle de 1 à 5 : très haute à très faible). L'étude a duré de mars 2011 à août 2014. Santé : Mesure (à T0 et T12) de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) par des tests laboratoires standardisés. Mesure (à T0 et T12) de la pression artérielle (PA) par des machines automatiques. Qualité de vie : Utilisation d'un questionnaire auto administré (à T0 et T12) pour déterminer la qualité de vie des patients (Audit of Diabetes Dependent Quality of Life), comprenant, entre autres : le travail, la vie sociale, la sexualité, l'activité sportive, les voyages, la motivation, ou encore l'appétit. Ingestion des hydrates de carbone : Mesure (à T0 et T12) par des nutritionnistes.	HbA1c : T0 : 66,9% vs T12 : 72,9 p<.001 PA : T0 : 41,8% vs T12 : 47,1% p.018 Qualité de vie : T0 : 4,56/10 vs T12 : 4,04/10 p<.001 Ingestion des hydrates de carbone : T0 : 22,2% vs T12 : 35,9% p<.001 Variables prédictives : Les régressions multiples utilisées dans l'étude montrent qu'un meilleur échange entre l'équipe interprofessionnelle et le médecin traitant diminue le risque d'abandon de l'étude des patients. Plus la perception du programme par les soignants est positive, plus les résultats des patients sont meilleurs, excepté l'activité physique.	Des informations sur le mode de vie des patients manquaient, mais le Hot-deck a été utilisé pour les combler. Le manque d'informations sur la perception des médecins en regard de la coordination dans les soins. La description de l'échantillonnage est absente (pas de groupe contrôle).	Une meilleure coordination entre une équipe interprofessionnelle et les médecins a pour conséquence un effet bénéfique pour les patients avec un diabète de type 2 ou une hypertension. De plus, cet article permet de constater que le Chronic Care Model, a un impact positif pour les maladies chroniques, et que la coordination des équipes soignantes engendre une amélioration de ces dernières. Cependant, il est important de mentionner que pour le CCM, aucune des composantes est seule responsable des résultats et elles sont donc interdépendantes. Il serait donc intéressant d'évaluer quelles composantes ont le plus d'impact sur le résultat de santé des patients.

N°	Auteurs Année Lieu	Population Type d'étude But de l'étude	Méthode/ Instruments de mesure Intervention	Résultats principaux	Limites	Commentaires/ Recommandations
2	Bray. P, Thompson. D, Wynn. J, Cummings. D, Whetstone. L 2005 Est de la Caroline du Nord, USA	<p>N= 160 dont 90% de patients afro américains ruraux.</p> <p>Patients adultes diagnostiqués avec un diabète de type 2 et présentant un haut risque de complications.</p> <p>Dans un premier temps, les lieux de l'étude qui recevraient ou non l'intervention ont été sélectionnés selon un échantillonnage de commodité dans deux centres ambulatoires de santé primaire.</p> <p>Dans un deuxième temps, le groupe qui ne reçoit pas l'intervention a été tiré au hasard, et le groupe qui reçoit l'intervention a été sélectionné selon un échantillonnage de commodité.</p> <p>Etude quasi expérimentale, avec un devis avant-après avec groupe témoin non équivalent.</p> <p>Le but est d'explorer l'efficacité d'une réorganisation des soins, avec une équipe interdisciplinaire.</p>	<p>La collecte de données se base sur les données cliniques des patients suivantes : poids, pression artérielle (PA) et hémoglobine glyquée (HbA1c) (échelle quantitative : « Wilcoxon rank sum test ») ; en tenant compte des recommandations de l' « American Diabetes Association ».</p> <p>Intervention : Les patients du groupe interventionnel ont été assignés à des groupes de 3 à 12 patients, et se sont rencontrés 4 fois 2 heures sur une période de 6 mois. A chacune de ces rencontres, l'entrevue était dirigée par une équipe interdisciplinaire ; de plus, les patients étaient, à chaque fois, vus par une infirmière de pratique avancée, dans le but d'évaluer leur glycémie et leurs signes vitaux. Après 12 mois, les mêmes paramètres ont été contrôlés chez tous les patients, afin d'évaluer leur évolution et l'efficacité de l'intervention dans la durée.</p>	<p>HbAC1 : GI (Groupe intervention) T0 : 8,2% ± 2.6 vs T1: 7,1% ± 2.3 p<.0001 GC (Groupe contrôle) T0 : 8,3 ± 2.0 vs T1 : 8,6% ± 2,4 p<.05</p> <p>Poids : Pas de différence significative entre T0 et T1.</p> <p>PA : Pas de différence significative entre T0 et T1.</p>	<p>Petit échantillon.</p> <p>L'étude a été faite sur deux sites ambulatoires uniquement.</p> <p>Population afro-américaine dans une région rurale, donc pas « généralisable ».</p> <p>La combinaison des multiples interventions (réorganisation des soins, visites de groupe, etc.) en une seule étude ne permet pas d'identifier laquelle des variables permet d'améliorer le HbAC1 des patients.</p>	<p>Une redéfinition des soins, ainsi que l'éducation au patient par une équipe interdisciplinaire améliorent les résultats des contrôles glycémiques de la population étudiée dans cette étude.</p>

N°	Auteurs Année Lieu	Population Type d'étude But de l'étude	Méthode/ Instruments de mesure Intervention	Résultats principaux	Limites	Commentaires/ Recommandations
3	Janson S., Cooke M., McGrath K., Kroon L., Robinson S., Baron R. University of California, San Francisco, USA 2009	N = 384, dont des patients adultes atteints de diabète de type 2, qui reçoivent des soins dans deux des cliniques de médecine interne ambulatoire de l'université de Californie, à San Francisco. Groupe contrôle (GC) : N=221 Groupe intervention (GI) : N=163. Etude non randomisée, groupe parallèle. Le but est d'implanter le Chronic Care Model (CCM) à des soignants et de décrire les résultats obtenus auprès des patients atteints de maladies chroniques.	L'équipe soignante a préalablement été éduquée selon le CCM. Ensuite, les patients ont été répartis en deux groupes, par des personnes non affiliées à l'étude : Le GI a reçu des soins spécifiques par l'équipe interprofessionnelle. Le GC a reçu des soins par des médecins généralistes du centre, mais pas éduqués selon le CCM. Certains patients ont été dirigés vers des médecins spécifiques, en raison de la barrière linguistique. L'équipe soignante a participé à une présentation par semaine, 30 minutes de discussion pour les cas cliniques et 2h30 de visite clinique avec le patient, dans le but d'intégrer et d'apprendre à appliquer le CCM. Les soignants ont établi un planning individuel pour chaque patient. Ces derniers ont donc participé à des entretiens individuels ainsi que des sessions de groupe, selon leurs besoins en santé, dans le but d'effectuer un suivi et de favoriser leur auto gestion. La pression artérielle, l'hémoglobine glyquée, l'examen des yeux et des pieds, le tabagisme et l'urine sont des données qui ont été mesurées à chaque patient et ont permis d'évaluer leur évolution. La perception de l'équipe interprofessionnelle a également été mesurée par le biais d'un questionnaire. L'étude a duré 18 mois.	Hémoglobine glyquée : T0 : 90% (GI) vs 87% (GC), p=.46 T18 : 79% (GI) vs 67% (GC), p=.01 PA : T0 : 98% (GI) vs 98% (GC), p=1.00 T18 : 86% (GI) vs 79% (GC), p=.08 Tabagisme : T0 : 45% (GI) vs 52% (GC), p=.19 T18 : 43% (GI) vs 31% (GC), p=.02 Examen des pieds : T0 : 34% (GI) vs 31% (GC), p=.60 T18 : 38% (GI) vs 20% (GC), p=.0005 Examen des yeux : Pas significatif. Urine : T0 : 45% (GI) vs 41% (GC), p=.41 T18 : 40% (GI) vs 30% (GC), p=.05 Perception des soignants : Les soignants disent être mieux préparés pour prendre en soins les patients avec un diabète de type 2, grâce à l'intervention. En revanche, il n'y a pas d'impact significatif sur les résultats des données cliniques des patients ci-dessus.	Certaines données ont été enregistrées selon les notes des soignants. Le nombre de prises de mesure sur les 18 mois de l'étude n'est pas précisé. Ce n'est pas une étude randomisée.	L'étude a un impact positif sur la qualité des soins, sur la clinique des patients et sur la perception des soignants.

N°	Auteurs Année Lieu	Population Type d'étude But de l'étude	Méthode/ Instruments de mesure Intervention	Résultats principaux	Limites	Commentaires/ Recommandations
4	<p>Ciccone M., Aquilino A., Cortese F., Scicchitano P., Sassara M., Mola E., Rollo R., Caldarola P., Giogrino F., Pomo V., Bux F.</p> <p>2010</p> <p>Apulia Region, Italie</p>	<p>Patients adultes ayant été vus par des médecins de centres de santé primaire de la région et étant atteints de maladie cardio vasculaire, de diabète, de problèmes cardiaques et/ou de risque cardio vasculaire. Ont été exclues, les personnes ayant refusé le consentement, qui ne parlent pas italien, qui ne peuvent pas communiquer par téléphone, ayant une ou plusieurs comorbidités (VIH, transplantation, psychose, cirrhose avancée, dépendance, problèmes cardiaques congénitaux, etc.) (n = 1'160).</p> <p>Etude de faisabilité.</p> <p>Le but est de démontrer la possibilité d'implanter un programme de soins pour ce type de patients.</p> <p>Evaluer le niveau de satisfaction par les participants à l'étude (patients, médecins, infirmières).</p> <p>Redéfinir les soins apportés à ce type de population.</p>	<p>Dans un premier temps, les patients ont été vus par les infirmières pour une anamnèse individuelle, avec laquelle ont été analysés leur comportement de santé et leurs paramètres vitaux (poids, tension artérielle (TA), etc.), afin d'avoir un suivi tout au long de l'étude. Ces informations ont été récoltées par le biais de InformaCare.</p> <p>Dans un deuxième temps, les infirmières ont établi des plans de soins individuels, en tenant compte des recommandations des médecins et des spécialistes.</p> <p>Dans un troisième temps, des moyens éducationnels ont été proposés aux patients, en lien avec leur maladie, afin de la comprendre et d'en diminuer les risques.</p> <p>Dans un quatrième temps, une coordination des soins avec les spécialistes a été mise en place.</p> <p>Dans un dernier temps, des entretiens de coaching ont été effectués, afin de reprendre les inquiétudes et les objectifs fixés pour les patients.</p> <p>Afin d'évaluer l'évolution de l'étude, les données ont été mesurées à T0, T1 (à 6 mois), T2 (à 12 mois), T3 (à 18 mois), par le questionnaire SF-12 health survey et par les paramètres vitaux.</p>	<p>L'étude montre une faisabilité et une efficacité haute, qui a pour conséquence d'améliorer la connaissance du patient face à sa maladie, d'améliorer ses capacités d'autogestion de la maladie et d'apporter des changements de comportement face à sa maladie. Ces résultats sont dûs au partenariat de l'équipe soignante et du patient, mais aussi du partenariat entre l'équipe soignante et le médecin.</p> <p>Activité physique : T0 : 2,53 jours par semaine vs T18 : 4,18 (p<0.0001)</p> <p>Temps d'activité physique par session : T0 : 19,87 minutes vs T18 : 32,90 minutes (p<0.0001)</p> <p>Qualité de l'alimentation : T0 : 39,4% vs 80,7%</p> <p>BMI : T0 : 522 patients obèses (BMI<30), 420 patients en surpoids (BMI<30), 158 en santé (BMI<25) vs T18 : 487 patients obèses, 380 patients en surpoids</p> <p>Cholestérol : réduction de 10 à 20%</p> <p>TA : diminution significative avec p<.0001</p>	<p>La glycémie n'a pas été mesurée. Les résultats sont peu décrits et de nombreuses valeurs manquent.</p> <p>Pour évaluer le besoin en soins des patients, les soignants se sont basés sur leur jugement clinique et leur connaissance personnelle des patients, ce qui implique des notions subjectives.</p> <p>Dans les résultats, il manque la perception des soignants.</p>	<p>Dans de futures études, il devrait être considéré un modèle plaçant le patient comme le membre le plus important de l'équipe inter professionnelle.</p>

N°	Auteurs Année Lieu	Population Type d'étude But de l'étude	Méthode/ Instruments de mesure Intervention	Résultats principaux: Si devis expérimental résultats par « outcome »	Limites	Commentaires/ Recommandations
5	Arevian M. Centre de Beirut, Liban 2005	N = 375 dont des patients adultes diagnostiqués avec un diabète de type 2 (avec une glycémie >126mg/dl), consultant dans un centre de santé primaire du centre de Beirut et ayant un dossier médical disponible. Etude de faisabilité. Le but est d'évaluer la faisabilité de la pratique collaborative quant à la qualité, les coûts et l'efficacité sur les soins pour les patients atteints de diabète de type 2.	L'équipe interprofessionnelle a été éduquée au préalable selon le programme DM2. Les patients ont été préalablement sélectionnés pour participer à l'étude, en fonction de leur dossier médical. Les patients ont été vus durant des sessions de groupe de 50 minutes chacune, pendant lesquels ils ont discuté avec une équipe interprofessionnelle de la physiopathologie de la maladie, des signes, des traitements et de la prévention des complications. Les patients ont également été vus par l'équipe soignante lors d'entretiens individuels afin de répondre à leurs besoins propres.	Le processus de soins pour les soignants : L'esprit d'équipe s'est manifesté par de l'enthousiasme, le soutien, la coopération et la volonté de partager leur expertise. Chacun a pris conscience de la place des autres et de leur complémentarité dans la prise en soins des patients. Résultats sur les soins du diabète : Grâce à l'intervention, les données, les paramètres comme les facteurs de risque, le poids, la taille, le BMI et les résultats de laboratoire sont mieux et plus souvent documentés. Durant l'étude, 60 nouveaux patients ont été recrutés, alors qu'il y en avait peu au début de l'étude. Il y a une augmentation des visites des patients auprès des soignants, avec une moyenne de 6,6 à 7,7. Il y a une amélioration de l'hémoglobine glyquée pour 89% des patients. Il y a une diminution des coûts directs, et une diminution de 125\$ par patient et par année.	Les patients ont été sélectionnés selon leur dossier médical, sans avoir été consultés physiquement. Il n'est pas précisé si les 60 nouveaux cas arrivés en cours d'étude ont été inclus dans cette dernière ou non. Les résultats de l'étude sont peu détaillés. Il n'y a pas de résultat clair sur l'évaluation des coûts directs. L'auteur ne précise pas combien de temps a duré l'étude.	La pratique collaborative améliore le processus de soins et les résultats sur les soins aux patients. Il est suggéré que le modèle devrait être développé pour les soins d'autres maladies chroniques.

N°	Auteurs Année Lieu	Population Type d'étude But de l'étude	Méthode/ Instruments de mesure Intervention	Résultats principaux	Limites	Commentaires/ Recommandations
6	Grohmann B., Espin S., Gucciardi E. 2017 Ontario, Canada	<p>N = 23 dont des patients adultes diagnostiqués avec un diabète de type 2, ayant consulté dans un des onze centres d'Ontario choisis pour mener l'étude, et ayant un faible contrôle glycémique, des complications ou ayant besoin d'insuline.</p> <p>Etude qualitative phénoménologique, au moyen d'entrevues individuelles semi-structurées.</p> <p>Le but est de s'intéresser à l'opinion des patients diabétiques qui reçoivent des soins de la part d'une équipe de soignants informés à ce sujet.</p> <p>Explorer l'opinion des patients recevant des soins personnalisés, dans un programme dans lequel ils sont considérés comme acteurs, et par une équipe respectueuse, encourageante et compréhensive.</p>	<p>Dans un premier temps, trois équipes de professionnels spécialisés dans l'éducation au patient diabétique ont été envoyées afin de travailler dans onze centres de santé primaire d'Ontario. Le but étant d'améliorer leur capacité d'auto-soin, leur connaissance sur le diabète et leurs habitudes de vie, par le biais d'éducation personnalisée au patient et de plans d'action.</p> <p>Dans un deuxième temps, les patients correspondant aux critères d'inclusion de l'étude ont été recrutés parmi les onze centres par le biais d'un échantillonnage par choix ; un consentement a été signé par chacun.</p> <p>Dans un troisième temps, les patients choisis ont participé individuellement à un entretien semi-structuré.</p> <p>Dans un quatrième temps, les réponses de toutes les entrevues ont été synthétisées selon une analyse thématique facilitée par le logiciel NVivo11.</p>	<p>Deux grands thèmes principaux ont été identifiés suite aux interviews : Soins <i>personnalisés</i> et <i>Relation soignant-soigné</i>. Chacun de ces thèmes a été divisé en trois sous thèmes :</p> <p>Pour les Soins personnalisés ; Environnement de soin : De par la proximité du lieu de soin, les patients se sentent moins stressés à l'idée d'être dans un lieu qui ne leur est pas familier. De plus, le fait que les soignants soient au même endroit, cela implique que les patients peuvent voir l'ensemble des soignants en même temps. Enfin, il y a une meilleure communication entre les professionnels.</p> <p>Décision partagée : Les patients ont eu l'impression de travailler en équipe avec les éducateurs lors de l'établissement de leur plan de soins.</p> <p>Préférence des entretiens seul à seul : Les patients se sentaient plus à l'aise lorsqu'ils étaient seul à seul avec les soignants que lors des sessions de groupe. Ils pouvaient poser toutes les questions, et n'avaient pas l'impression de déranger.</p> <p>Pour la Relation soignant-soigné ; Respect : Les patients ont senti que les éducateurs les respectaient dans leurs choix de nourriture, mais aussi dans leur culture et leurs opinions.</p> <p>Relation aidante : Les patients ont trouvé que les éducateurs étaient attentifs à leurs questions et leurs inquiétudes. Ils n'étaient pas simplement là pour donner des médicaments, mais aussi pour leur expliquer et leur fournir des informations diverses.</p> <p>Faciliter l'engagement des patients : Les sessions avec les éducateurs ont rendu les patients plus conscients de leur maladie et des complications liées.</p> <p>L'analyse des réponses des patients a été arrêtée lorsqu'il y a eu saturation des données. L'ensemble des thèmes a donc été exploré.</p>	<p>Les auteurs mentionnent uniquement un guide d'entretien, mais aucune des questions posées ne figurent dans l'étude, et il n'est pas précisé par qui les questions posées ont été vérifiées.</p> <p>L'étude a été menée dans des centres de santé primaire dans des régions peuplées et non dans des régions rurales ou éloignées des villes.</p> <p>Les plannings des visites ont été basés en partie sur les besoins des patients mais aussi sur le jugement clinique des praticiens.</p> <p>Il n'y a pas de description claire du modèle théorique (DMSE).</p>	<p>Le fait d'inclure une équipe d'éducateurs (infirmière et une diététicienne) dans un centre de santé primaire améliore non seulement l'accès aux soins, mais aussi les soins personnalisés. Cette alternative améliore la satisfaction, l'autogestion et l'engagement des patients.</p> <p>Les médecins bénéficient aussi de la proximité de cette équipe interdisciplinaire qui fournit des soins et une éducation aux patients.</p>

Suite à l'analyse des six études, un tableau synoptique a été rédigé afin de réunir tous les résultats et d'identifier les dimensions principales abordées dans les études ainsi que les divers éléments qui en découlent.

Les quatre dimensions principales qui ressortent de manière récurrente sont l'auto gestion de la maladie, la qualité, la perception de l'inter professionnalité ainsi que le modèle théorique. Ces quatre dimensions sont détaillées dans le tableau 2, elles seront abordées de manière approfondie dans la discussion des résultats.

Tableau 2 : *Tableau synoptique*

Dimensions	Concepts principaux	Attributs	Provost (2017)	Janson (2009)	Bray (2005)	Ciccone (2010)	Arevian (2005)	Grohmann (2017)
Autogestion de la maladie	Paramètres cliniques	HbA1c	√	√	√		√	
		PA	√	√	√	√		
		BMI			√	√	√	
		Ingestion des hydrates de carbone	√					
		Cholestérol				√		
		Examen des pieds		√				
		Examen des yeux		√				
		Tabac		√				
		Micro albumines		√				
Qualité	Qualité des soins	Coût de la santé					√	
	Qualité de vie	Activité physique	√			√		
		Qualité de l'alimentation	√			√		
Perception de l'inter professionnalité	Perception des soignants	Collaboration	√				√	
		Cadre théorique	√	√		√		
	Perception des patients sur les soins personnalisés	Environnement de soin						√
		Décision partagée						√
		Préférence des entretiens seul à seul						√
	Perception des patients sur la relation soignant-soigné	Respect						√
		Relation aidante						√
		Engagement des patients						√
Modèle théorique	CCM		√	√	√	√		
	DSME							√
	DM2						√	

5. DISCUSSION

La discussion est organisée selon le tableau synoptique présenté précédemment. Les dimensions principales seront abordées selon les articles scientifiques, reliées à l'ancrage théorique, puis mises en commun, dans l'optique de faire émerger les convergences et les divergentes.

5.1. Auto gestion de la maladie

L'auto gestion de la maladie, pour les personnes atteintes de diabète, est un aspect important dans la prise en soins de cette pathologie. Elle permet au patient de limiter les complications de sa maladie. Dans ce travail, l'auto gestion est mesurée par le biais des différents paramètres cliniques détaillés ci-dessous.

5.1.1. Paramètres cliniques

L'HbA1c est le paramètre clinique qui engendre le plus de complications liées au diabète de type 2 et est le paramètre retenu comme outcome dans quatre des six études sélectionnées pour ce travail. Les études de Bray P et al. (2005), Provost S et al. (2017) et d'Arevian M. (2005) démontrent qu'une réorganisation des soins selon un modèle théorique a pour conséquence l'amélioration du taux de l'HbA1c. La première de ces trois études explique cette amélioration par la réorganisation des soins selon le CCM, des entrevues avec une infirmière de pratique avancée, le tout supervisé par une équipe interdisciplinaire. En revanche, le petit échantillonnage de cette étude (n = 160) et la population cible (afro-américaine) ne sont pas suffisants pour généraliser ces résultats. La deuxième de ces études met en avant des variables prédictives qui prédisent l'amélioration de l'HbA1 : la perception positive des soignants face au programme de santé et l'échange entre le médecin et l'équipe interprofessionnelle diminueraient le risque d'abandon du programme par les patients. Bien que l'étude s'intéresse à la perception des soignants, elle ne prend toutefois pas en compte celle des patients, qui est pourtant centrale dans la prise en soins selon le CCM. La dernière de ces trois études démontre une amélioration de l'HbA1c chez 89% des participants ; l'étude attribue cette amélioration à une collaboration efficace entre les soignants et le médecin, mais aussi entre les soignants et les patients. Bien que les résultats soient significativement améliorés, l'étude ne donne que peu d'éléments méthodologiques sur la mesure et la fréquence des contrôles de l'HbA1c.

L'étude de Janson S et al. (2009) prouve que l'application du CCM au sein d'une équipe interprofessionnelle a pour conséquence, non pas une amélioration du taux de l'HbA1c, mais une augmentation de la prise de cette mesure. Cette étude prouve donc que l'utilisation du CCM implique davantage le patient dans sa propre prise en soins et fait de lui un élément pro actif de l'équipe interprofessionnelle. Cependant, les auteurs n'expliquent pas la raison de l'augmentation de la fréquence de la prise des paramètres et le fait que les résultats de ces paramètres restent constants, sans amélioration.

La PA est un paramètre clinique significatif dans le diabète de type 2 et dans les comorbidités présentes dans de nombreuses maladies chroniques. Ce paramètre est évalué dans quatre des six études analysées.

L'étude de Provost S et al. (2017) démontre que 47,1% des patients participant à l'étude (dont 87,6% du total sont atteints de diabète de type 2 et d'hypertension) atteignent la valeur cible de la PA <130/80mmHg. Les auteurs traduisent cette amélioration par une meilleure coordination entre l'équipe interdisciplinaire et le médecin traitant, grâce au CCM. Toutefois, dans cette étude, la mesure de la PA n'a été effectuée que trois fois sur une durée de trois ans, ce qui permet difficilement de suivre l'évolution de ce paramètre au fil de l'étude et de comprendre quelle variable l'a influencée.

L'étude de Janson S et al. (2009) prouve que l'application du CCM engendre une augmentation de la fréquence de la mesure de la PA chez les patients, démontrant encore une fois, un investissement des patients vis-à-vis de leur maladie et devenant par la même occasion des acteurs pro actifs. La fréquence de la mesure de la PA n'est pas précisée dans l'étude et ne permet donc pas de comprendre l'évolution de ce paramètre au cours de l'étude. Il est donc justifié de se demander par exemple si les patients présentant une hypertension ont été vu plus fréquemment que les autres ou non.

L'étude de Bray P et al. (2005) ne démontre aucune amélioration significative quant à la PA et ne donne aucune explication à ceci. Il est donc pertinent de se demander quelle dimension du CCM a eu une influence sur ce résultat.

L'étude de Ciccone M et al. (2010) démontre une amélioration significative de la PA systolique et diastolique ; les auteurs expliquent ce résultat par l'augmentation de la connaissance des patients face à leur maladie, l'amélioration des capacités d'auto gestion et les changements de comportements des patients. Les auteurs expliquent qu'une augmentation des visites médicales ainsi qu'une augmentation de la prise de la PA ont pour conséquence une meilleure adhérence des patients aux traitements.

Le BMI est un autre paramètre clinique qui a son importance dans le diabète de type 2, ses complications, ainsi que dans de nombreuses maladies chroniques. Trois études sur les six études étudient ce paramètre.

L'étude de Bray P et al. (2005) montre qu'il n'y a aucune amélioration du BMI et ne donne aucune explication à ce résultat. Il est ainsi légitime de se demander si ce résultat est dû à la taille de l'échantillon ou si une autre variable influence ce résultat. De plus, les auteurs ne définissent pas un objectif de BMI pour la fin de l'étude et il est alors difficile d'interpréter ce résultat. L'étude de Ciccone M. et al. (2010) démontre que, suite à l'intervention d'une infirmière auprès des patients et sa collaboration directe avec les médecins traitants, il y a une baisse du nombre de patients obèses et de patients en surpoids. Cependant, les auteurs ne précisent pas à quel moment de l'étude une baisse de poids a été observée, ce qui ne permet pas de comprendre quelle variable a influencé ce paramètre et de déterminer à quel moment de l'étude l'intervention a commencé à montrer son efficacité. L'étude d'Arevian M. (2005) ne met pas en évidence une amélioration quant au résultat du BMI, mais met en avant une meilleure documentation de ce paramètre ; aucune explication de ce résultat n'est donnée dans l'étude.

D'autres paramètres cliniques ont été analysés parmi les études, tels que l'ingestion des hydrates de carbone, le cholestérol, l'examen des pieds, l'examen des yeux, le tabagisme et la micro albumine. Bien que l'étude de Janson S et al. (2009) démontre que certains de ces paramètres soient améliorés par l'utilisation d'un modèle théorique, il n'y a pas d'arguments spécifiques qui sont amenés pour traiter ou non ces paramètres dans les autres études. Dans l'ensemble des articles analysés, seule cette étude fait mention des paramètres directement liés aux conséquences des complications du diabète, cités dans la problématique de ce travail. Il serait cependant pertinent de prendre en compte ces paramètres dans toutes les études, afin de mettre en corrélation l'apparition ou non des complications qui sont, elles, influencées par l'auto gestion de la maladie du patient.

En résumé, toutes les études mentionnent les mêmes résultats, c'est-à-dire l'amélioration de l'auto gestion de la maladie. L'étude de Janson S et al. (2009) se démarque des autres par le fait qu'elle démontre, non pas une amélioration des résultats en santé, mais une augmentation de la fréquence de la prise des paramètres cliniques ; ce résultat est la conséquence d'une meilleure auto gestion des patients de leur maladie.

Dans ces différentes études qui s'imprègnent du CCM, il est difficile de définir avec précision quelles composantes du modèle permettent de faciliter l'auto gestion de la maladie, car aucune des études ne le précise. Cependant, l'ensemble des améliorations des paramètres cliniques peut s'expliquer par une meilleure collaboration interprofessionnelle, une meilleure définition des rôles de chacun, un suivi régulier des patients atteints de diabète de type 2 par une infirmière de pratique avancée et des plans de soins personnalisés.

5.2. Qualité

La notion de qualité, ici divisée en qualité de vie et qualité des soins, est une dimension capitale dans la prise en soins infirmière. Comme décrite dans la problématique de ce travail, la qualité des soins est un des buts de la prise en soins interprofessionnelle et elle influe sur la qualité de vie des patients.

5.2.1. Qualité des soins

La qualité des soins est définie comme l'une des priorités du système de santé suisse et est mentionnée dans l'étude de faisabilité d'Arevian M. (2005). Bien que cet aspect de la santé soit cité dans cette étude, aucun résultat n'est établi ; de plus, aucune des autres études n'étudie la qualité des soins. Dans la même étude, l'auteur annonce qu'il souhaite analyser l'impact d'une intervention interprofessionnelle sur les coûts, mais ne mentionne aucun résultat de cette dimension. Il serait donc pertinent de s'interroger sur le rapport coûts-efficacité d'une prise en soins interprofessionnelle.

5.2.2. Qualité de vie

L'activité physique et la qualité de l'alimentation sont deux paramètres cliniques considérables dans le diabète de type 2, son auto gestion et la survenue de ses complications, ainsi que dans les maladies chroniques de manière générale. Deux études sur les six études s'intéressent à ces deux dimensions.

L'étude de Ciccone M et al. (2010) démontre que le temps d'activité physique par session est passé de 19,87 minutes à 32,90 minutes et que la qualité de l'alimentation est améliorée chez 80,7% des patients. Cette étude explique l'amélioration de la qualité de vie par la conséquence d'un partenariat entre les soignants et le patient, basé sur le CCM, améliorant ainsi sa confiance en lui et sa motivation à changer ses comportements. De plus, cette même étude avance qu'un patient informé et pro actif

dans sa propre prise en soins engendre un meilleur partenariat avec les soignants ; c'est l'une des composantes centrales du CCM.

L'étude de Provost S et al. (2017) ne démontre aucune amélioration de l'activité physique des patients, sans discuter de ce résultat, mais prouve qu'il y a une amélioration au niveau de la qualité de l'alimentation, de par la diminution de l'ingestion des hydrates de carbone. Cette étude met en avant qu'une meilleure communication et une meilleure collaboration entre l'équipe interdisciplinaire et le médecin traitant ont pour conséquence un meilleur suivi du patient, ce qui améliore la perception de ce dernier sur sa propre qualité de vie.

En résumé, il serait donc nécessaire de s'interroger sur l'impact d'un modèle interprofessionnel sur la qualité de vie et des soins auprès des patients atteints de diabète de type 2, et plus particulièrement les résultats de l'implantation du CCM auprès de cette population, au regard de la qualité de vie et des soins. Il serait pertinent d'évaluer l'ingestion des hydrates de carbone, l'activité physique, ou encore le suivi du régime alimentaire, ainsi que les coûts de l'implantation du CCM.

5.3. Perception de l'inter professionnalité

L'implantation d'un modèle théorique au sein d'une équipe interprofessionnelle peut engendrer un changement dans les habitudes de prise en soins pour les soignants. La perception des soignants face à la collaboration et un modèle interprofessionnel sont donc deux dimensions importantes à discuter. De plus, la perception des patients face à cette prise en soins est, elle aussi, essentielle à discuter, car ce sont eux qui en sont les bénéficiaires et autour desquels le modèle se construit.

5.3.1. Perception des soignants

5.3.1.1. Sur la collaboration

L'esprit d'équipe est un aspect important pour une bonne collaboration interprofessionnelle. Arevian M. (2005) décrit que, dans son étude, l'esprit d'équipe s'est manifestée par de l'enthousiasme, du soutien, de la coopération et de la volonté de partager l'expertise. De plus, l'étude mentionne que chaque soignant a pris conscience de la place des autres et de leur complémentarité dans la prise en soins des patients.

Les autres études ne font aucunement mention de la perception des soignants sur la collaboration dans l'équipe interprofessionnelle ; hors, il serait intéressant d'étudier de plus près cet aspect-ci, car l'étude de Provost S. et al. (2017) montre qu'une meilleure

perception des soignants sur le modèle de soins (et donc sur la collaboration) implique de meilleurs résultats en santé des patients.

5.3.1.2. Sur le cadre théorique

Comme mentionné ci-dessus, la perception des soignants sur le cadre théorique joue un rôle primordial dans l'efficacité de ce dernier ; en effet, l'étude Provost S. et al. (2017) met en évidence qu'une bonne perception des soignants du modèle de pratique a pour conséquence de diminuer le risque d'abandon des patients au programme et d'augmenter les résultats en santé de ces derniers.

L'étude de Ciccone M et al. (2010) montre des résultats de santé positifs auprès des patients ; l'équipe interprofessionnelle affirme à l'unanimité que ces résultats sont dûs au partenariat de l'équipe soignante et du patient, mais aussi du partenariat entre l'équipe soignante et le médecin. La perception de l'équipe soignante de cette étude est donc positive et peut être mise en lien avec l'amélioration des résultats en santé. Toutefois, ces déclarations ne sont pas étayées par les propos des patients.

L'équipe soignante de l'étude de Janson S et al. (2009) affirme être mieux préparée pour prendre en soins les patients atteints de diabète de type 2, grâce à l'implantation du CCM. Bien que les résultats en santé de cette étude ne démontrent aucune amélioration chez le patient, il est constaté qu'une augmentation de la fréquence de la mesure des paramètres cliniques est présente ; même si l'étude ne fait pas de lien direct, il est possible que la perception de l'équipe soignante sur le CCM ait une influence sur l'auto gestion des patients de leur maladie.

5.3.2. Perception des patients sur les soins personnalisés

L'étude de Grohmann B., Espin S., Gucciardi E. (2017) est la seule étude qui s'intéresse à l'opinion des patients sur leur prise en soins. Les auteurs identifient comme première thématique la perception des patients sur la qualité et la nature des soins. Les patients rapportent qu'ils se sont sentis moins stressés à l'idée d'être dans un environnement qui leur est familier et que la proximité géographique des soignants entre eux a permis une meilleure communication entre les professionnels. De plus, les patients relatent qu'ils ont eu l'impression de travailler en équipe et d'en faire intégralement partie. Les entretiens seul à seul ont été perçus par les patients comme bénéfiques car ils avaient l'impression de pouvoir poser toutes les questions et de ne pas déranger les soignants.

Il serait pertinent de s'intéresser davantage à la perception des patients sur leurs

propres prises en soins, car on pourrait émettre l'hypothèse que plus un patient se sent intégré dans l'équipe interprofessionnelle, plus il se sentira participatif au sein-même de sa prise en soins, plus il sera pro actif et meilleure sera son auto gestion de la maladie.

5.3.3. Perception des patients sur la relation soignant-soigné

L'étude de Grohmann B et al. (2017) identifie une deuxième thématique en lien avec la perception des patients : la relation qu'entretiennent les soignants avec les patients. Les patients affirment s'être sentis respectés dans leur choix, mais aussi dans leur culture et leurs opinions. Ils rapportent également qu'ils ont perçu l'équipe soignante comme attentive à leurs questions et inquiétudes. Les patients ajoutent que les sessions avec les éducateurs les ont rendus plus conscients de leur maladie et des complications qui y sont liées. L'hypothèse suivante peut donc être envisagée : une bonne relation soignant-soigné pourrait influencer la perception du soigné face à sa maladie et ses complications et ainsi le rendre pro actif dans sa prise en soins.

5.4. Modèles théoriques

Les articles sélectionnés pour ce travail portent tous sur un modèle théorique intégré dans la prise en soins des patients atteints de diabète. Toutefois, ceux-ci varient selon les études.

5.4.1. Chronic Care Model

Les études de Provost S et al. (2017), de Janson S et al. (2009), de Bray. P et al. (2005) et de Ciccone M et al. (2010) se basent sur le CCM. De manière générale, les résultats de ces quatre études démontrent une amélioration de l'auto gestion de la maladie, par le biais de l'implantation de ce modèle. Avant d'effectuer ces études, les soignants ont reçu un enseignement du CCM, afin de le comprendre, de l'intégrer et de pouvoir le mettre en pratique. Le questionnement suivant est donc pertinent à mentionner : l'éducation préalable des soignants au CCM a probablement pour conséquence une meilleure adhésion à celui-ci et engendre donc une meilleure prise en soins des patients, avec une amélioration des résultats en matière de santé.

L'étude de Bray. P et al. (2005) ne précise pas si les soignants ont été éduqués au CCM avant l'étude, ou s'ils connaissaient déjà ce modèle. De plus, les auteurs ne décrivent pas le CCM et le lecteur a donc peu d'informations à ce sujet. En revanche,

les trois autres études portant sur le CCM ont pour avantage de décrire avec précision chaque concept du CCM, ce qui a pour conséquence de faciliter la compréhension de la méthodologie et le but de l'intervention. Mais, malgré les résultats significativement positifs des quatre études, il n'est pas précisé quels concepts du modèle ont pu influencer ces résultats. D'ailleurs, les auteurs de l'étude de Bray. P et al. (2005) affirment qu'il est complexe de discerner quels concepts influencent les résultats et que davantage d'études devraient être menées à ce sujet.

5.4.2. *Diabetes Self-Management Education*

L'étude de Grohmann B et al. (2017) se base sur le DSME. Bien que les résultats de cette étude démontrent une perception positive des patients du modèle théorique, ce dernier n'est aucunement décrit et le lecteur ne peut donc pas comprendre de manière détaillée l'intervention qui est effectuée auprès des patients. De plus, le DSME comprend plusieurs variables et les auteurs ne précisent pas lesquelles sont en jeu dans les résultats obtenus dans cette étude.

5.4.3. *Diabetes Mellitus 2*

L'étude d'Arevian M. (2005) se base sur le DM2. L'auteur précise que les soignants ont préalablement été éduqués à ce modèle, ce qui leur a permis de prendre conscience de la contribution de chaque membre de l'équipe dans la prise en soins du patient. De plus, l'auteur décrit précisément chacune des composantes du modèle, ce qui facilite sa compréhension.

En résumé du sous chapitre portant sur les modèles théoriques, et en regard de l'ensemble du chapitre de la discussion de ce travail, il peut être avancé que l'utilisation d'un modèle de soins commun entre les professionnels de la santé a pour conséquence, de manière générale, une amélioration de l'auto gestion des patients atteints de diabète de type 2. Toutefois, aucune étude n'évalue les coûts liés à l'implantation d'un modèle théorique. De plus, aucune étude ne permet de déterminer quelles variables du modèle théorique ont une influence sur les résultats de santé des patients.

6. CONCLUSION

Au terme de ce travail, il est constaté que la question de recherche initiale a évolué, suite à l'analyse critique des articles scientifiques et à une réflexion face à ceux-ci. Elle a été modifiée afin de s'intéresser davantage au cadre théorique commun. Le but a donc été d'explorer l'auto gestion de la maladie auprès de la population cible de ce travail, par le biais de modèles théoriques communs. La question de recherche finale pourrait être :

« L'utilisation d'un cadre théorique commun auprès des patients atteints de diabète de type 2 permettrait-elle d'améliorer l'auto gestion de la maladie ? ».

La mise en commun des études sélectionnées a permis de répondre à cette nouvelle question de recherche. Il peut donc être affirmé que l'utilisation d'un modèle théorique commun au sein d'une équipe interprofessionnelle et ayant été éduquée au préalable à celui-ci, a pour conséquence une amélioration significative de l'auto gestion des patients atteints de diabète de type 2. Toutefois, dans le but d'augmenter le niveau de preuve de ces résultats, il serait pertinent de sélectionner des études d'essais randomisés contrôlés ou expérimentales.

Pour ce travail, dans le cadre d'un Bachelor en Sciences Infirmières, il a été décidé que l'ancrage théorique porte sur un modèle interprofessionnel et non sur un modèle infirmier. Plusieurs modèles infirmiers auraient pu être choisis afin de répondre à la question de recherche, comme par exemple le modèle conceptuel « Orem's self-care framework » de Dorothea Orem qui porte sur l'auto gestion de la maladie, ou encore le modèle « Uncertainty in Illness Theory » de Merle H. Mishel qui porte sur l'incertitude dans le contexte d'une maladie chronique. Cependant, il a été souhaité d'aborder la question de recherche avec une vision interprofessionnelle, sans être influencés par le point de vue uniquement infirmier, afin de répondre de la manière la plus ouverte possible et pour que cette réponse soit valable, tant pour les soins infirmiers que pour les autres professions de la santé.

Les modèles théoriques actuels de prise en soins définissent fréquemment le médecin comme leader de la prise en soins. Cependant, ce qui distingue le CCM des autres modèles est qu'il redéfinit complètement le leadership et met en avant le professionnel de santé le plus proche du patient et/ou le plus compétent comme étant le plus adéquat à mener le leadership dans la situation rencontrée.

6.1. Apports et limites du travail

Ce travail, sous forme de revue de littérature, a répondu de manière univoque à la question de recherche et met en avant la nécessité d'utiliser un modèle théorique commun afin d'améliorer l'auto gestion des patients atteints de diabète de type 2. Actuellement, le domaine de la santé est en train d'effectuer un tournant, dû au vieillissement de la population et à l'augmentation des maladies chroniques et des comorbidités qui leur sont associées. L'inter professionnalité est l'une des solutions proposées afin de répondre à tous ces changements. Ce travail appuie donc le fait que l'inter professionnalité est la clé pour une prise en soins des maladies chroniques, de manière efficace. Les articles scientifiques retenus englobent des populations diverses, ce qui a permis de valider les résultats de ce travail pour une population variée.

Ce travail comporte plusieurs limites. La sélection de six articles scientifiques ne permet pas la généralisation des résultats à tous les contextes.

Aucun des six articles sélectionnés pour ce travail ne porte sur la perception par les patients du modèle utilisé comme ancrage théorique, alors que le CCM intègre le patient comme membre à part entière de l'équipe.

Les articles scientifiques ne mettent pas en avant les coûts de la santé que l'utilisation d'un modèle inter professionnel implique.

Les devis des six articles sélectionnés pour ce travail ne permettent pas d'obtenir des résultats avec un fort niveau de preuve.

6.2. Recommandations

6.2.1. *Pour la recherche*

Les buts de l'inter professionnalité sont l'amélioration de la qualité des soins, ainsi que la diminution des coûts de la santé. Etant donné que ce travail n'apporte aucun élément sur l'impact du CCM sur la qualité des soins et sur les coûts en matière de santé, il serait alors judicieux d'étudier si le CCM est prédictif pour améliorer ces deux aspects-ci. Comme l'inter professionnalité demande incontestablement une éducation des professionnels, une réorganisation et du temps, une étude de faisabilité traitant de l'aspect coût-efficacité pourrait être mise en place afin de répondre à cette question. Il est mentionné, dans la discussion, et à plusieurs reprises, que dans les études portant sur le CCM, aucune information n'est donnée sur quelles composantes influencent les

résultats. Ainsi, il serait pertinent d'effectuer une étude afin d'évaluer quelles composantes influencent l'auto gestion des patients atteints de diabète de type 2. Bien que les résultats de ce travail soient axés sur un modèle interprofessionnel, il serait sensé d'effectuer une étude d'après un modèle infirmier, car « ... les sciences infirmières possèdent une solide expertise quant à une pratique professionnelle centrée sur le patient [fondement même de l'inter professionnalité], il est possible de croire que ce savoir disciplinaire puisse influencer les nouvelles approches collaboratives » (Bilodeau, Dubois & Pépin, 2013, p.43). Une étude d'après un modèle infirmier pourrait donc permettre de comparer les résultats avec ceux de ce travail et ainsi de les confirmer ou les infirmer.

Le patient étant au centre de la préoccupation des soignants, il serait judicieux de connaître son opinion sur le CCM, par le biais d'une étude qualitative.

Enfin, ce travail porte sur le diabète de type 2, mais il serait logique d'explorer l'utilisation du CCM avec d'autres patients atteints de maladies chroniques, dans le but de valider ou non son efficacité.

6.2.2. Pour la pratique

Comme le CCM redéfinit le leadership dans la prise en soins interprofessionnelle auprès des patients atteints de maladies chroniques, il serait intéressant de mettre en lien les compétences de l'infirmière de pratique avancée avec le rôle de leadership dans cette prise en soins. Cet aspect-ci est d'autant plus pertinent à développer que dans chacun des articles sélectionnés pour ce travail, c'est une infirmière de pratique avancée qui a le rôle de leadership dans la prise en soins.

6.2.3. Pour l'enseignement

Ce travail met en avant que l'équipe interprofessionnelle a souvent été éduquée préalablement au modèle théorique, afin de le comprendre et de faciliter son implantation. Il serait alors pertinent d'envisager l'implantation d'un modèle théorique interprofessionnel directement auprès des futurs professionnels de la santé, c'est-à-dire les étudiants. Ces derniers, au cours de leur formation, reçoivent des notions d'inter professionnalité et ont l'occasion de participer à des pratiques simulées interprofessionnelles. Cependant, l'implantation d'un modèle théorique interprofessionnel durant la formation permettrait d'aborder cette notion d'une manière pratico-pratique en préparant davantage les étudiants à travailler en inter professionnalité.

7. RÉFÉRENCES

- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). *La pratique infirmier avancée Un cadre national*. Ontario : Ottawa
- Arevian, M. (2005). The significance of a collaborative practice model in delivering care to chronically ill patients: A case study of managing diabetes mellitus in a primary health care center. *Journal of Interprofessional Care*, 19(5), 444-451. doi:10.1080/13561820500215095
- Barr, J. V., Robinson, S., Marin-Link., & Underhill, L. (2003). The Expanded Chronic Care Model: An integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 7(1) 73-81.
- Bilodeau, K., Dubois, S., & Pepin, J. (2013). Contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels. *Recherche en soins infirmiers*, 113, 43-50. doi : 10.3917/rsi.113.0043
- Bray, P., Thompson, D., Wynn, J. D., Cummings, D. M., & Whetstone, L. (2005). Confronting disparities in diabetes care: the clinical effectiveness of redesigning care management for minority patients in rural primary care practices. *The Journal of Rural Health*, 21(4), 317–321.
- Caricati, L., Mancini, T., Sollami, A., Bianconcini, M., Guidi, C., Prandi, C., ... Artioli, G. (2016). The role of professional and team commitments in nurse-physician collaboration. *Journal of nursing Management*, 24, 192-200. doi: 10.1111/jonm.12323
- Ciccone, M. M., Aquilino, A., Cortese, F., Scicchitano, P., Sassara, M., Mola, E., ... Pomo, V. (2010). Feasibility and effectiveness of a disease and care management model in the primary health care system for patients with heart failure and diabetes (Project Leonardo). *Vascular health and risk management*, 6, 297-305.
- Conseil international des infirmières. (2017). *Définition des soins infirmier*. Accès : <http://www.icn.ch/fr/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>

Département fédéral de l'intérieur. (2013). *Politique de la santé : les priorités du Conseil fédéral*. Accès :

http://www.grea.ch/sites/default/files/sante_2020_medienbericht_fr.pdf

Département fédéral de l'intérieur et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2017). *Programme de promotion interprofessionnalité dans le domaine de la santé 2017-2020*. Accès :

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet.html>

Département fédéral de l'intérieur et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

(2013). *Rapport du groupe thématique Interprofessionnalité*. Accès :

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/service/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen.html>

Improving chronic illness care. 2018. *The Chronic care model*. Accès:

http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=the_chronic_caremodel&s=2

Janson, S. L., Cooke, M., McGrath, K. W., Kroon, L. A., Robinson, S., & Baron, R. B. (2009). Improving chronic care of type 2 diabetes using teams of interprofessional learners. *Academic Medicine*, 84(11), 1540–1548. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181bb2845

Khalili, H., Hall, J., & Deluca, S. (2014). Historical analysis of professionalism in western societies: implications for interprofessional education and collaborative practice. *Journal of interprofessional Care*, 28(2), 92-97. doi: 10.3109/13561820.2013.869197

Le Conseil fédéral Le portail du Gouvernement Suisse. *Loi fédérale sur l'assurance maladie*. (2018). Accès : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19940073/index.html>

- Martin, J. S., Ummenhofer, W., Manser, T., & Spirig, R. (2010). Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome. *Swiss Med Wkly*, 140, p.1-12. doi: 10.4414/smw.2010.13062
- Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E. & Petsios, K. (2014). Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *Journal of interprofessionnal Care*, 28 (6). 526-533. doi : 10.3109/13561820.2014.934338
- Monnier, L. (2012). *Diabétologie*. Paris : Elsevier Masson.
- Provost, S., Pineault, R., Grimard, D., Pérez, J., Fournier, M., Lévesque, Y., ... Borgès Da Silva, R. (2017). Implementation of an integrated primary care cardiometabolic risk prevention and management network in Montréal: does greater coordination of care with primary care physicians have an impact on health outcomes? *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, 37(4), 105-113. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.37.4.01>
- Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2013). *Stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT)*. Accès : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten.html>
- Organisation mondiale de la santé. (2017). *Maladies chroniques*. Accès : http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/
- Organisation mondiale de la santé. (2014). *Maladies non transmissibles : profil de pays en 2014 : Suisse*. Accès : http://www.who.int/nmh/countries/che_fr.pdf?ua=1
- Observatoire valaisan de la santé (OVS). (2015). *Qu'est-ce que la qualité des soins ?*. Accès : <https://www.ovs.ch/sante/est-ce-qualite-soins.html>
- Salisbury C., Johnson L., Purdy S., Valderas J. & Montgomery A. (2011). Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care : a retrospective cohort study. *British Journal of General Practice*, 61. 12-21. doi : 10.3399/bjgp11X548929.

- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Éd.). (2015). *La santé en Suisse – le point sur les maladies chroniques : rapport national sur la santé 2015* (1. éd). Bern: Hogrefe.
- Stellefson, M., Dipnarine, K., & Stopka, C. (2013). The Chronic Care Model and Diabetes Management in US Primary Care Settings: A Systematic Review. *Preventing Chronic Disease*, 10. 1-21. <https://doi.org/10.5888/pcd10.120180>
- Université de lausane Faculté de biologie et de médecine Science infirmières (2018). *Pratique infirmière avancée*. Accès : <http://www.unil.ch/sciences-infirmieres/home/menuinst/pratique-avancee.html>
- W. Hutchison, R. (2014). Treating diabetes in underserved populations using an interprofessional care team. *Journal of Interprofessional Care*, 28(6), 568-569. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.917408>

8. ANNEXES

8.1. Mots clés

Tableau 3 : *Mots clés*

M O T S C L É S	Communication interdisciplinaire	Diabète	Chronic Care Model	Relations médecin- infirmier	Education interdiscipl inaire	Centre de santé primaire	Inter profess ionnalit é
T E R M S M E S H	Interdisciplinary communication	Diabete mellitus		Physicia n-Nurse relations			
T E R M S C I N A H L					Interdiscipl inary education	Primary health care	Interpro fession al

8.2. PICO

La population ciblée dans nos recherches est les patients atteints de diabète de type 2 (*patients with diabete milletus, type 2*) et l'intervention est une prise en soins inter

professionnelle (*interdisciplinary care*). Il n'y a pas de moyen de comparaison, et l'outcome est l'auto gestion du patient de sa maladie (*self-management*).

Tableau 4 : *PICO*

PICO	Concepts
P : Population – Pathologie	Les patients atteints de diabète de type 2
I : Intervention	Une prise en soins inter professionnelle
C : Comparaison – Contexte	Aucun
O : Outcome	L'auto gestion

8.3. Traduction anglaise des termes PICO

Tableau 5 : *Traduction anglaise des termes PICO*

Français	Anglais
P : Les patients atteints de diabète de type 2	Patients with diabetes mellitus, type 2
I : Une prise en soins inter professionnelle	Interdisciplinary care
C : Aucun	None
O : L'auto gestion	Self-management