

**Travail de Bachelor**  
**Les évènements indésirables médicamenteux à domicile, un**  
**problème de santé majeur**  
Revue de la littérature

Réalisé par : Riand Cynthia

Promotion : Bachelor 18

Sous la direction de : Cornut Sonam

Lieu et date : Sion, le 7 juillet 2021

## Résumé

De plus en plus de personnes âgées bénéficient de soins à domicile pour la gestion de leur médication. Or, cette population présente majoritairement de nombreux facteurs prédisposant à la survenue d'évènements indésirables médicamenteux dans le contexte de soins particulier qu'est celui des soins à domicile, et précipitant cette survenue.

Les objectifs de cette revue de la littérature sont d'explorer les facteurs de risques des évènements indésirables médicamenteux présents chez les personnes âgées de 65 ans et plus bénéficiant de soins à domicile, de mettre en lumière les répercussions d'une médication inappropriée sur l'adhésion thérapeutique et d'analyser les ressources à disposition des infirmiers à domicile pour garantir la sécurité de la médication.

Trois bases de données (CINAHL, PubMed et Embase) ont été consultées afin de rassembler les six articles nécessaires à la réalisation de ce travail. Les études analysées devaient être des études primaires, publiées entre 2016 et 2021, affiliées à la discipline infirmières et portant sur la thématique de la gestion médicamenteuse dans le contexte des soins à domicile. Les études n'incluant pas une patientèle âgée de plus de 65 ans et celles ne faisant pas référence au contexte des soins à domicile ont été exclues, tout comme les études secondaires.

Les principaux résultats suggèrent que les évènements indésirables médicamenteux résultent majoritairement d'une communication et d'une collaboration interprofessionnelle déficiente liée à la spécificité du contexte de soins (absence de contacts directs entre les professionnels de la santé), ainsi que d'une non-adhésion médicamenteuse de la part du patient. Les études montrent l'influence d'autres variables telles que l'âge et la polymédication sur la survenue d'évènements médicamenteux indésirables.

La réalisation d'un recueil de données incluant une anamnèse approfondie ainsi qu'un examen physique, l'intégration d'une systémique familiale dans la prise en charge des patients à domicile, l'optimisation de la collaboration et de la communication interprofessionnelle au travers de colloques interdisciplinaires hebdomadaires permettraient aux infirmiers de garantir la sécurité des patients dans le contexte des soins à domicile.

Mots-clés : évènements indésirables médicamenteux, soins à domicile, sécurité, soins infirmiers

## **Remerciements**

En préambule, je tiens tout d'abord à remercier Madame Sonam Cornut pour son suivi régulier et ses précieux conseils qui m'ont accompagnée tout au long de la rédaction de cette revue de la littérature.

Un merci tout particulier à Madame Pauline Melly pour son aide au sujet des normes bibliographiques, des recherches sur les bases de données et de la mise en page du document.

## Déclaration

Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers à la Haute École de Santé Valais-Wallis (HEdS).

L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteure et nullement les membres du jury ou la HES.

De plus, l'auteure certifie avoir réalisé seule cette revue de la littérature.

L'auteure déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 7.0.

Lieu et date :

---

Signature

## Table des matières

<b>1</b>	<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
1.1	Problématique .....	1
1.2	Question de recherche .....	3
1.3	But de la recherche.....	4
<b>2</b>	<b>Cadre théorique .....</b>	<b>4</b>
2.1	Qualité et sécurité des soins.....	4
2.1.1	Définition .....	4
2.1.2	Resident Assessment Instrument (RAI) .....	6
2.2	Évènements indésirables médicamenteux (EMI) .....	7
2.2.1	Définition .....	7
2.2.2	Facteurs de risque .....	7
2.2.3	Facteurs précipitants .....	8
2.2.4	Signes et symptômes des EMI chez l'aîné.....	10
2.3	Prévention des EMI .....	11
2.3.1	Rôles infirmiers.....	11
<b>3</b>	<b>Méthode.....</b>	<b>13</b>
3.1	Devis de recherche.....	13
3.2	Collecte des données .....	13
3.3	Sélection des données .....	18
3.4	Considérations éthiques .....	19
3.5	Analyse des données .....	20
<b>4</b>	<b>Résultats .....</b>	<b>22</b>
4.1	Description de l'étude 1 .....	22
4.1.1	Validité méthodologique.....	23
4.1.2	Considérations éthiques .....	24
4.1.3	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle .....	24
4.2	Description de l'étude 2 .....	25
4.2.1	Validité méthodologique.....	27
4.2.2	Considérations éthiques .....	28
4.2.3	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle .....	28
4.3	Description de l'étude 3 .....	29
4.3.1	Validité méthodologique.....	31

4.3.2	Considérations éthiques .....	32
4.3.3	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle .....	32
4.4	Description de l'étude 4 .....	33
4.4.1	Validité méthodologique.....	34
4.4.2	Considérations éthiques .....	35
4.4.3	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle .....	35
4.5	Description de l'étude 5 .....	36
4.5.1	Validité méthodologique.....	38
4.5.2	Considérations éthiques .....	39
4.5.3	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle .....	39
4.6	Description de l'étude 6 .....	40
4.6.1	Validité méthodologique.....	42
4.6.2	Considérations éthiques .....	42
4.6.3	Pertinence et utilité pour la pratique professionnelle .....	43
4.7	Synthèse des principaux résultats .....	43
<b>5</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>44</b>
5.1	Discussion des résultats .....	44
5.2	Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences .....	46
5.3	Limites et critiques de la revue de la littérature .....	47
<b>6</b>	<b>Conclusions .....</b>	<b>48</b>
6.1	Propositions pour la pratique .....	48
6.2	Propositions pour la formation .....	49
6.3	Propositions pour la recherche .....	49
<b>7</b>	<b>Références bibliographiques.....</b>	<b>51</b>
<b>8</b>	<b>Annexes .....</b>	<b>I</b>
	Annexe I : Diagramme de flux PRISMA 2009 .....	I
	Annexe II : Tableaux de recension des études.....	II
	Annexe V : Glossaires.....	VIII

## Liste des figures

Figure 1 Grade des recommandations (Haute Autorité de santé, 2013, p. 8).....	19
---	----

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Mots-clés et descripteurs.....	15
Tableau 2: Équation de recherche CINAHL .....	16
Tableau 3 : Équation de recherche Medline (PubMed) .....	17
Tableau 4 : Équation de recherche Embase .....	18
Tableau 5 : Liste des articles retenus.....	21

## Liste des abréviations

**ASSASD** Association suisse des services d'aide et de soins à domicile

**CAS** Certificat d'études avancées

**CMS** Centre médico-social

**DAS** Diplôme d'études avancées

**EMI** Évènements indésirables médicamenteux

**HAS** Haute Autorité de Santé

**RAI** Resident Assessment Instrument

**OMS** Organisation mondiale de la santé

**OFS** Office fédéral de la statistique

**OFSP** Office fédéral de la santé publique

**OVS** Observatoire valaisan de la santé

## 1 Introduction

### 1.1 Problématique

Les risques associés aux médicaments comptent parmi les problèmes de sécurité majeurs rencontrés par les patients bénéficiant de soins à domicile. Une étude internationale suggère que plus de 40% des patients soignés à domicile reçoivent une médication inappropriée. Une erreur de préparation et/ou d'administration, une connaissance insuffisante en matière de pharmacocinétique, une incohérence entre les différentes sources d'informations, une collaboration interdisciplinaire défailante peuvent induire une médication inappropriée (Meyer-Masseti et al., 2018). Une revue systématique de la littérature qui recense des études prospectives et rétrospectives menées en Europe montre que 3,5% des admissions aux urgences dans les hôpitaux découlent d'une erreur médicamenteuse (Bouvy et al., 2015). L'objectif central des centres médico-sociaux réside dans la pérennisation du maintien à domicile des bénéficiaires de soins. Les études précédemment citées permettent ainsi d'établir une corrélation entre le maintien à domicile des patients et la médication : assurer le maintien à domicile consiste à garantir la sécurité de la médication afin de diminuer le nombre de nouvelles hospitalisations reliées à un problème médicamenteux (Bouvy et al., 2015) (Meyer-Masseti et al., 2018).

L'augmentation de l'espérance de vie, objectivée par l'inversement de la pyramide des âges en Suisse, ainsi que le nombre croissant de personnes souffrant d'une ou plusieurs affections chroniques nécessitent la réalisation de plus en plus de soins à domicile (Office fédéral de la Statistique, 2019). Or, le maintien de la qualité et de la sécurité des soins dispensés à domicile comporte des défis. D'une part, la majeure partie de la prise en charge est assurée par les proches aidants. D'autre part, l'environnement n'est pas conçu pour la dispensation des soins (Tiihonen et al., 2016). De plus, le temps effectif passé à domicile par les professionnels de la santé auprès des patients pour la réalisation d'examen, de soins et pour la consultation de la patientèle et de l'entourage est de courte durée. En référence aux statistiques réalisées par l'Office fédéral de la statistique au cours de l'année 2019, un soignant passe en moyenne 76 heures par année auprès du patient à domicile (Office fédérale de la Santé publique, 2020). De ce fait, les professionnels de la santé ont un impact mineur au domicile des patients en dehors des visites. L'inclusion d'une systémique familiale dans la prise en charge des patients à domicile est indispensable dans le but de garantir la sécurité de ces derniers. La systémique familiale est une approche proactive qui consiste à informer, conseiller et

écouter l'entourage du patient afin d'optimiser la prise en charge et ainsi favoriser le maintien à domicile en limitant les risques de déclin fonctionnel.

Le vieillissement affecte l'organisme en diminuant l'acuité visuelle ainsi que la force musculaire, en réduisant la capacité respiratoire et cardiaque et en fragilisant la peau. Ces changements physiologiques engendrant l'apparition de polypathologies nécessitant la mise en place d'une médication prophylactique et/ou curative afin de garantir la qualité de vie des patients (Voyer, 2017). La polymédication qui consiste à devoir suivre un traitement incluant cinq médicaments ou plus est fréquente au sein de la population âgée. Les modifications physiologiques au cours du processus de vieillissement altèrent la pharmacodynamie ainsi que la pharmacocinétique d'une substance, ce qui majore le risque d'apparition d'effets indésirables en lien avec une médication inappropriée (Reich et al., 2014). L'association de plusieurs principes actifs contenus dans les médicaments accroît le risque d'interactions médicamenteuses. De ce fait, la polymédication principalement associée à un âge avancé accroît les risques de survenue d'évènements indésirables médicamenteux (Kaufmann et al., 2015) (Meyer-Masseti et al., 2018).

Selon des données recueillies par l'Office fédéral de la statistique en 2018, 69% des clients des services de soins à domicile sont âgés de 65 ans et plus ((Office fédéral de la Santé publique, 2019) et présentent donc un risque accru de survenue d'évènements indésirables médicamenteux. Le processus de vieillissement impacte les capacités cognitives. La plainte mnésique est le symptôme le plus fréquemment rapporté (Voyer, 2017). Une étude réalisée en Grande-Bretagne montre que l'altération des capacités cognitives pourrait entraîner les conséquences suivantes : oublis de médication, diminution de la pharmacovigilance liée à l'augmentation des pertes mnésiques et accroissement des risques de surdosage conséquemment à une prise répétée de médicaments (Dilks et al., 2016). La non-compliance aux traitements est également un phénomène courant dans les services de soins à domicile. Le manque d'informations, la méconnaissance des pathologies et la polymédication constituent des facteurs de risque d'une non-adhésion thérapeutique (Meyer-Masseti et al., 2018).

Une médication inappropriée augmente les risques de mortalité et morbidité. De ce fait, les évènements indésirables médicamenteux participent activement à l'augmentation des coûts de la santé. 1% de l'ensemble des dépenses de santé au niveau mondial est lié à une erreur d'administration médicamenteuse (Organisation Mondiale de la Santé, 2019). Une étude nationale réalisée en collaboration avec quatre assureurs maladie montre que 22,5% des Suisses de plus de 65 ans prennent une médication potentiellement inappropriée, associée à un risque accru d'admission dans les services d'urgence

hospitaliers (Reich et al., 2014). L'âge avancé corrélé à un accroissement de la multimorbidité induit des prescriptions médicamenteuses en cascade. Or, la personne âgée, de par le processus de vieillissement normal, est plus sujette aux interactions médicamenteuses. De ce fait, ces dernières constituent un facteur de risque d'une médication inappropriée (Reich et al., 2014). La complexité de la prise en charge des personnes multimorbides nécessite une collaboration interdisciplinaire. Dès lors, des erreurs de prescriptions médicales peuvent survenir suite à une communication interprofessionnelle déficiente (Kaufmann et al., 2015). Les déficits sensoriels tels que les troubles auditifs et/ou visuels ainsi que les troubles cognitifs peuvent induire des oublis de traitements ou une multiplication des administrations quotidiennes accroissant les risques de surdosage. La non-observance de la personne âgée est donc un facteur de risque d'une médication inappropriée (Zelko et al., 2016).

Les différentes notions abordées ci-dessus exposent le défi d'une médication adaptée dans le contexte des soins à domicile. Les évènements indésirables médicamenteux sont à l'origine d'un pourcentage élevé d'admissions en milieu hospitalier des personnes âgées de 65 ans et plus. Les coûts de la santé qui en découlent ainsi que les conséquences délétères pour les aînés constituent des enjeux pour la pratique infirmière. De plus, la particularité des soins à domicile réside dans le fait que l'interprofessionnalité s'exerce à distance ; l'infirmier est la ressource première du patient bénéficiant de soins à domicile. Il constitue le maillon central entre le patient et le médecin (Gentin et al., 2019). La spécificité du sujet ainsi que le manque d'écrits scientifiques réalisés en Valais et en Suisse implique une prise en compte de la littérature étrangère.

## **1.2 Question de recherche**

Suite aux différentes observations faites précédemment, il semble important de trouver des solutions afin de garantir la sécurité des patients bénéficiant de soins à domicile dans le but de pérenniser leur maintien à domicile et ainsi limiter les risques d'erreurs de médication. La question de recherche suivante a été conçue :

Comment les infirmières exerçant dans une institution de soins à domicile peuvent-elles garantir la sécurité du patient âgé de plus de 65 ans en limitant les évènements indésirables médicamenteux ?

### **1.3 But de la recherche**

Les objectifs principaux de cette revue de la littérature sont donc :

- D'identifier les facteurs de risques pouvant induire la survenue d'évènements indésirables médicamenteux dans le cadre de soins à domicile
- D'identifier les répercussions d'une administration médicamenteuse inappropriée sur le maintien de l'homéostasie ainsi que sur l'adhésion thérapeutique des patients victimes d'évènements indésirables médicamenteux
- D'analyser les ressources à disposition des infirmiers à domicile permettant de garantir la sécurité des patients en minimisant les problèmes engendrés par une médication inappropriée

## **2 Cadre théorique**

Cette revue de la littérature propose des pistes d'amélioration de la pratique soignante afin de garantir la sécurité des patients en limitant les évènements indésirables médicamenteux. La recherche d'articles scientifiques faisant état de pratiques basées sur les évidences est au centre de cette revue de la littérature. L'identification des facteurs de risques d'erreurs médicamenteuses chez les personnes âgées de 65 ans et plus permet de proposer des démarches de soins individualisées en tenant compte des spécificités de cette classe de la population, de ses besoins ainsi que de ses ressources. De plus, le contexte des soins à domicile nécessite la mise en place de projets de soins interdisciplinaires afin d'assurer la continuité des soins et ainsi garantir la sécurité des patients.

Afin de faciliter la compréhension de cette revue de la littérature, un cadre de référence a été élaboré. Trois concepts clés ressortent de ce travail, à savoir : la sécurité des soins, les évènements indésirables médicamenteux ainsi que les rôles infirmiers.

### **2.1 Qualité et sécurité des soins**

#### **2.1.1 Définition**

L'Ordonnance sur la qualité des soins et la sécurité des patients définit la qualité des soins comme la capacité de répondre aux besoins implicites et explicites des patients en regard des connaissances professionnelles actuelles ainsi qu'en fonction des ressources disponibles (Art. 2 de l'Ordonnance du 3 septembre 2014 sur la qualité des soins et la sécurité des patients, s. d. [OAMa]). De ce fait, cette disposition légale rappelle la

nécessité de développer des démarches dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins dans tous les établissements de santé.

Pour la Haute Autorité de Santé (HAS), la complexité des processus de soins, les variabilités des pratiques soignantes, l'évolution constante des connaissances aboutissant à des changements de pratiques, la dimension économique des soins ainsi que l'amélioration des technologies médicales permettent d'établir le constat suivant : la qualité des soins est un objectif ambitieux et difficile à atteindre (Collège de la Haute Autorité de Santé, 2007). Il est dès lors indispensable pour les infirmiers<sup>1</sup> d'avoir recours à une démarche structurée d'évaluation et d'amélioration basée sur des preuves.

La qualité des soins est ainsi centrée sur le patient en tenant compte de ses besoins et de sa satisfaction, et cela dans le respect des exigences de meilleurs résultats ou moindres coûts (Vincent & Staines, 2019). La qualité des soins infirmiers peut être définie comme « le degré de conformité des soins donnés par le personnel infirmier, à des normes fixées d'avance. La norme correspond au niveau à atteindre. Elle est fixée en fonction de ce qui est souhaitable pour le client et l'avancée des connaissances » (Conseil International des Infirmières, 1986 comme cité par Formarier et al., 2012, p. 257).

La sécurité des soins fait partie intégrante de la dispensation de soins de qualité et constitue l'aspect le plus critique pour les patients et leurs familles. La sécurité des soins consiste à éviter ainsi qu'à prévenir les résultats indésirables ou les préjudices successifs à la prise en charge thérapeutique. Lorsque des évènements indésirables ou préjudices se produisent, le rôle des professionnels de la santé réside dans la diminution des conséquences (Vincent, 2010) (Mougeot et al., 2017).

L'adaptation du modèle des erreurs établi par James Reason au contexte des soins permet de classer les facteurs contributifs pouvant conduire à la survenue d'évènements indésirables en sept rubriques principales : les facteurs liés aux patients (état de santé, âge, contexte socioculturel), aux tâches à effectuer (uniformité des protocoles de soins), aux soignants (connaissances, compétences, expériences), à l'équipe interdisciplinaire (qualité de la communication), à l'environnement de travail (disponibilité des équipements et du matériel, distractions subies par le personnel), à l'organisation, ainsi qu'à la gestion (Reason, 2000) (Vincent, 2010) (Benzidia et al., 2018). La détection précoce de ces facteurs permet la mise en place d'un processus de soins visant à garantir la sécurité du patient. La sécurité des soins est donc un concept multifactoriel qui ne dépend pas

---

<sup>1</sup> Pour des raisons de facilité d'écriture, le genre masculin a été choisi dans la rédaction de cette revue de la littérature.

uniquement du patient et des professionnels de santé, mais inclut l'environnement dans lequel les individus évoluent (Vincent, 2010) (Mougeot et al., 2017).

Les soins à domicile désignent l'ensemble des prestations de soins extrahospitaliers permettant le maintien à domicile. Ils appartiennent au secteur des soins ambulatoires et sont considérés comme des soins de longue durée. L'objectif central édicté par l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (ASSASD) est de maintenir et stimuler l'autonomie des patients (Association suisse des services d'aide et de soins à domicile, 2016). Une corrélation peut être établie entre la sécurité des soins et la pérennisation du maintien à domicile des patients.

### **2.1.2 Resident Assessment Instrument (RAI)**

Afin d'optimiser la qualité des soins et donc garantir la sécurité de la prise en charge, les membres de l'ASSASD utilisent un instrument d'évaluation des personnes dont ils assurent le suivi, le Resident Assessment Instrument (RAI). Originaire des États-Unis, le RAI a été établi en 1983 par un consortium de recherche dans le but de définir des standards de prise en charge de patients en établissement de long séjour (Hawes et al., 1997) (Busnel et al., 2017). Basé sur une évaluation globale standardisée, le RAI permet d'établir un plan de prise en charge individualisé en répertoriant les besoins ainsi que les ressources à disposition du patient, mais également de suivre des indicateurs de qualité (Wagner et al., 2020). Une étude récente réalisée dans différentes provinces du Canada montre la cohérence interne de cet instrument d'évaluation avec un alpha de Cronbach compris entre 0,72 et 0,94 (Hogeveen et al., 2017). Le RAI améliore considérablement la qualité de la prise en charge des personnes âgées à domicile. Il permet aux infirmiers de structurer leur évaluation, d'identifier les problèmes de santé majeurs et d'établir un plan d'intervention individualisé limitant les risques de déclin fonctionnel et favorisant ainsi le maintien à domicile des patients (Burla et al., 2010) (Wagner et al., 2020). Le RAI permet la mise en place de stratégies préventives en corrélation avec les problèmes de santé majeurs du patient, modérant ainsi le risque de survenue d'évènements indésirables. Une métasynthèse incluant des études canadiennes et européennes recense les évènements indésirables majoritairement rencontrés dans le contexte des soins à domicile : administration médicamenteuse inappropriée, plaies de pression, chutes, infections et malnutrition (Harrison et al., 2013). La survenue d'évènements indésirables coïncide avec une prise en charge qualifiée de non sécuritaire (Mougeot et al., 2017).

La qualité ainsi que la sécurité des soins à domicile en Suisse ne peuvent pas encore être objectivables au travers de statistiques car aucune donnée clinique reliée à ce secteur de

soins ambulatoires n'est recensée. Cependant, des indicateurs nationaux de qualité et sécurité spécifiques au domaine des soins à domicile sont en cours de développement (Observatoire Valaisan de la Santé, 2018).

## **2.2 Évènements indésirables médicamenteux (EMI)**

### **2.2.1 Définition**

Découlant d'une erreur d'administration et/ou de préparation de médicaments, d'une non-adhésion médicamenteuse, de réactions indésirables aux traitements et/ou de prescriptions médicales inappropriées, les EMI compromettent le maintien de l'homéostasie des personnes dites vulnérables. 60% des évènements indésirables médicamenteux se manifestent sans symptomatologie typique, ce qui rend le diagnostic difficile. Un retard dans la pose du diagnostic implique une prise en charge non optimale (Nickel et al., 2013). Les EMI compromettent la sécurité des patients en engendrant une dégradation de l'état clinique avec un risque majeur de déclin fonctionnel et cognitif (Nickel et al., 2013) (Fallis et al., 2013). L'apparition d'évènements indésirables médicamenteux est multifactorielle.

### **2.2.2 Facteurs de risque**

La iatrogénie médicamenteuse constitue le premier facteur de risque des EMI. Dans le cas de la polymédication, plusieurs médicaments sont administrés. Le risque d'interactions entre les substances actives est croissant. De plus, en corrélation avec le concept de multimorbidité lié à une prescription dit « en cascade », l'apparition d'un surdosage médicamenteux est fréquente. La pharmacovigilance chez la personne âgée doit se porter sur les posologies, car en raison d'une diminution de la fonction rénale et hépatique, le risque d'hépatotoxicité est grand (Achterhof et al., 2020).

La coexistence de plusieurs affections chroniques complexifie la prise en charge de la personne âgée et nécessite, majoritairement, l'intervention d'une équipe pluriprofessionnelle. Les multiplications de consultations médicales chez plusieurs spécialistes accroissent les risques de prescriptions médicamenteuses inappropriées. Dans ce cas, il pourrait s'agir d'une continuité des soins non assurée reliée à une communication déficiente entre les professionnels de la santé (Reich et al., 2014).

Les erreurs médicamenteuses, quant à elles, représentent 40% de tous les évènements indésirables associés aux soins (Haute Autorité de Santé, 2015). Ce facteur de risque de

survenue d'évènements indésirables médicamenteux intervient lors de la préparation et/ou de l'administration du médicament (erreur de dose, de modalité d'administration, de moment, par omission, de médicament, de malade) (Jarraya et al., 2019).

Les évènements indésirables médicamenteux peuvent résulter d'une non-adhésion médicamenteuse volontaire ou involontaire. L'adhésion thérapeutique consiste à ce que le patient prenne le bon médicament avec le bon dosage au bon moment (Zelko et al., 2016). Les facteurs favorisant une adhésion médicamenteuse sont : l'absence de polymédication, un niveau d'éducation élevé ainsi que des capacités cognitives intactes (Zelko et al., 2016). Or, les déficits sensoriels présents chez la personne âgée tels que des troubles de l'audition et de la vue, la multimorbidité associée à une polymédication, une capacité fonctionnelle diminuée et une prévalence d'atteintes cognitives augmentées peuvent entraver le processus d'adhésion thérapeutique. La non-adhésion médicamenteuse volontaire ou involontaire est présente chez 6 à 55% des personnes âgées polymédiquées (Zelko et al., 2016).

### **2.2.3 Facteurs précipitants**

#### **2.2.3.1 La polymédication**

La multimorbidité qui se caractérise par une coexistence de deux ou plusieurs maladies chroniques est courante au sein de la population âgée. La multimorbidité prend également en considération les symptômes associés aux diverses pathologies ainsi que les limitations fonctionnelles (Marengoni et al., 2011). Ce phénomène complexifie la prise en charge de la personne âgée et se traduit par une diminution de la qualité de vie, des capacités fonctionnelles, de la mobilité. De plus, la multimorbidité accroît les risques d'hospitalisation, de réadmission aux urgences ainsi que les risques d'interactions médicamenteuses (Caughey et al., 2010). Le risque d'interactions médicamenteuses découle de l'administration quotidienne de plusieurs médicaments dans le but de traiter les différentes affections chroniques et/ou situationnelles reliées à la multimorbidité. Le terme de polymédication est utilisé lorsqu'une personne suit un traitement incluant cinq médicaments ou plus (Masnoon et al., 2017).

La prévalence de la polymédication augmente significativement avec l'âge. Une étude de cohorte réalisée en 2012 dans le canton de Vaud auprès de personnes âgées vivant à domicile montre que 27% de la population âgée prend cinq médicaments ou plus par jour. Cette proportion augmente avec l'âge : 18% des personnes se situant dans la tranche d'âge de 69-74 ans ont une polymédication contre 38% chez les personnes âgées de 85

ans et plus (Renard et al., 2015, p.29). La polymédication chez la personne âgée comporte des effets indésirables majeurs. Le vieillissement primaire implique une diminution des fonctions rénale et hépatique affectant ainsi les processus de pharmacocinétique et de pharmacodynamie (Voyer, 2017). Le risque d'effets indésirables et de dommages augmente avec le nombre croissant de médicaments. Les principaux effets iatrogènes liés à une polymédication sont les suivants : augmentation du risque de chutes, du taux d'admissions aux urgences, augmentation de la durée du séjour hospitalier et augmentation du taux de mortalité (Masnoon et al., 2017).

Les personnes âgées de 65 ans ou plus composent la population cible de cette revue de la littérature. Le postulat précédemment établi permet de déceler une corrélation importante entre les bénéficiaires de soins à domicile et la polymédication. Il en découle que l'infirmier à domicile occupe une place centrale dans l'accompagnement de la gestion du traitement médicamenteux des patients afin de limiter les risques de déclin fonctionnel menant à l'hospitalisation et/ou l'institutionnalisation.

### **2.2.3.2 La pharmacocinétique de la personne âgée**

Les changements de la pharmacocinétique des médicaments au cours du processus de vieillissement normal expliquent, en partie, la raison pour laquelle l'aîné court un risque plus élevé de subir des effets indésirables des médicaments que le jeune adulte (Meyer-Massetti et al., 2018) (Kaufmann et al., 2015). La pharmacocinétique correspond aux mécanismes d'absorption, de distribution, de métabolisme ainsi que d'élimination. Chez la personne âgée, la quantité de médicaments absorbée ne change pas, mais la vitesse d'absorption est ralentie. Ce phénomène découle de modifications physiologiques telles qu'une diminution du débit sanguin périphérique et de la microcirculation ainsi qu'une diminution du débit sanguin intestinal (Voyer, 2013). Le mécanisme de distribution de la substance active du médicament est altéré car la masse grasseuse augmente et la quantité d'eau diminue chez l'aîné. La conséquence est une augmentation de la concentration plasmatique du médicament et donc un accroissement de la toxicité ainsi qu'un risque de surdosage (Voyer, 2013). La majorité des médicaments sont métabolisés par le foie. Les modifications engendrées par la sénescence impliquent une diminution de la masse hépatique, de la perfusion du foie ainsi qu'une réduction de l'activité enzymatique. En résulte un accroissement de la concentration plasmatique avec une prolongation de l'effet du médicament (Voyer, 2013). La dernière étape de la pharmacocinétique est l'élimination de la substance active. Les urines constituent la principale voie d'élimination des médicaments quittant l'organisme. Or, les fonctions rénales déclinent avec l'âge et engendrent une diminution de la filtration glomérulaire ainsi

qu'une réduction de la perfusion rénale et du nombre de néphrons. Ces altérations physiologiques entraînent une accumulation de médicaments dans l'organisme (Voyer, 2013).

#### **2.2.4 Signes et symptômes des EMI chez l'aîné**

Les signes et symptômes résultant d'un EMI sont difficiles à déceler, ce qui peut retarder le diagnostic et donc la prise en charge (Fallis et al., 2013). Le rôle infirmier consiste alors à réaliser un examen clinique pertinent et complet. Durant l'examen clinique, il est primordial d'établir une anamnèse en incluant l'analyse des facteurs qui auraient pu provoquer les symptômes. Des transmissions orales et/ou écrites ciblées, complètes et pertinentes permettent une collaboration interdisciplinaire de qualité avec le médecin. Toutes les modifications du traitement médicamenteux (changements de dosage, de médicaments) doivent attirer l'attention et augmenter la pharmacovigilance des infirmiers auprès du patient (Voyer, 2017). Afin d'anticiper une dégradation de l'état clinique impliquant un déclin fonctionnel et cognitif, les infirmiers doivent optimiser l'examen clinique. Pour ce faire, une connaissance des manifestations fréquentes d'évènements indésirables médicamenteux chez l'aîné est de mise (Nickel et al., 2013).

L'apparition d'évènements indésirables médicamenteux chez l'aîné peut prendre plusieurs formes et engendrer une atteinte multisystémique. Les signes cliniques neurologiques détectables sont une altération de l'état de conscience, des hallucinations, un état confusionnel aigu, des troubles de la mémoire ainsi que des étourdissements. L'atteinte neuromotrice est fréquente chez la personne âgée conséquemment aux effets indésirables des médicaments et se manifeste majoritairement par un risque de chute accru lié à une augmentation des pertes d'équilibre. De plus, une akathisie (besoin irrésistible de bouger), une dyskinésie tardive (mouvements involontaires et répétitifs), une bradykinésie (ralentissement moteur), une dystonie (contractures et spasmes soudains involontaires), des tremblements ainsi que de la rigidité caractéristique du syndrome extrapyramidal peuvent être les conséquences d'une erreur médicamenteuse. Une hypotension orthostatique, une bradycardie ou une tachycardie ainsi qu'une hypoglycémie sont en outre fréquemment objectivables par les infirmiers lors de l'examen clinique. Des plaintes somatiques relatives au système digestif peuvent également apparaître : perte d'appétit, nausées et/ou vomissements, diarrhées, douleurs abdominales et reflux gastro-œsophagien (Marieb et al., 2015) (Voyer, 2017).

## **2.3 Prévention des EMI**

Les évènements médicamenteux indésirables augmentent fortement les coûts de la santé et mettent en péril le statut fonctionnel de la personne âgée. Comme cité précédemment, 60% des EMI chez la personne âgée présentent un tableau clinique atypique caractérisé par des signes et symptômes non spécifiques. Or, 83% des évènements indésirables médicamenteux peuvent être responsables d'une morbidité aiguë (Nickel et al., 2013). De plus, les erreurs médicamenteuses représentent le quart des motifs d'hospitalisation chez les personnes âgées de plus de 65 ans (Pereira et al., 2019). Elles sont donc prévisibles et peuvent être anticipées car 23% des EMI résultent d'une non-adhésion médicamenteuse, 21% d'une posologie inadéquate (Pellegrin et al., 2017). D'où l'importance du rôle préventif des soignants.

### **2.3.1 Rôles infirmiers**

L'infirmier est la ressource première du patient bénéficiant de soins à domicile. De par sa présence journalière ou hebdomadaire au domicile des patients, l'infirmier établit une relation de confiance avec le bénéficiaire de soins. De plus, la spécificité des soins à domicile réside dans le fait que l'infirmier exerce une fonction d'interface entre les patients et les autres professionnels de la santé (médecins, ergothérapeutes, physiothérapeutes...) (Gentin et al., 2019). Une corrélation peut dès lors être établie entre le rôle infirmier et l'adhésion médicamenteuse chez les bénéficiaires de soins à domicile. Une revue systématique de la littérature a montré l'efficacité des interventions infirmières auprès de patients âgés multimorbides bénéficiant de soins à domicile (Verloo et al., 2017). En prodiguant des conseils verbaux et écrits établis à partir d'une évaluation complète de la médication, l'infirmier accroît l'adhésion médicamenteuse du patient. Or, pour ce faire, le rôle infirmier consiste dès lors à avoir une connaissance pointilleuse des traitements prescrits (effets secondaires, interactions médicamenteuses, posologie, heure de prise, effets attendus) (Verloo et al., 2017) (Pereira et al., 2019). De plus, la singularité des plans de soins établis par l'infirmier permet l'obtention d'une vision globale du patient tout en tenant compte des déficits sensoriels pouvant affecter l'adhésion médicamenteuse de ce dernier (troubles visuels, auditifs et/ou cognitifs) (Zelko et al., 2016). Les actions infirmières résultant de l'analyse bio-psycho-sociale et culturelle du patient telles que la mise en place d'un calendrier de médication en collaboration avec le patient, l'utilisation de moyens auxiliaires (piluliers électroniques, rappels écrits par téléphone ou à l'aide d'appareils électroniques) peuvent faciliter la gestion des traitements par le patient et ainsi accroître l'adhésion médicamenteuse (Verloo et al., 2017).

La particularité du contexte des soins à domicile nécessite une collaboration étroite et de qualité entre les différents professionnels de la santé dans le but d'optimiser la sécurité de la médication (Kaufmann et al., 2015) (Dilks et al., 2016). L'étude de Gilbert et al., réalisée en Australie, suggère que l'utilisation de médecines collaboratives à domicile incluant des pharmaciens dans la prise en charge des patients serait efficace dans la prévention, la détection et la résolution des problèmes liés aux médicaments (Gilbert et al., 2013). De plus, un projet pilote réalisé en Grande-Bretagne établit le constat suivant : la sollicitation des pharmaciens par les professionnels de la santé exerçant dans des institutions de soins à domicile permet de limiter les risques d'interactions médicamenteuses (Dilks et al., 2016). Une prise en charge pluridisciplinaire permettrait donc de limiter le risque de survenue d'évènements indésirables médicamenteux (Kaufmann et al., 2015) (Gilbert et al., 2013). La spécificité de l'environnement du contexte des soins à domicile influence la collaboration interprofessionnelle (Gentin et al., 2019). Dès lors, le rôle infirmier consiste à assurer la continuité des soins dans le but de garantir la sécurité des soins et ainsi pérenniser le maintien à domicile du patient. Pour ce faire, l'infirmier se doit d'effectuer des transmissions orales et écrites pertinentes basées sur la réalisation d'un examen clinique régulier. Cet examen clinique permet alors non seulement de déceler les dysfonctionnements physiques et/ou psychiques présents chez le patient, mais également de vérifier l'efficacité du traitement prescrit et d'identifier les principaux effets secondaires des médicaments affectant les activités de la vie quotidienne (Voyer, 2017).

L'infirmier à domicile collabore étroitement avec les différents professionnels de la santé, mais doit également inclure la systémique familiale dans la prise en charge des patients. En effet, le temps effectif passé par les professionnels de la santé auprès du patient est de courte durée. Dès lors, les proches aidants aident à garantir une utilisation sûre et appropriée des médicaments à domicile. Ils participent donc activement à la dispensation de soins sécuritaires (Pereira et al., 2019). Le rôle infirmier consiste alors à valoriser l'exercice des aidants naturels tout en étant vigilant aux risques d'épuisement ainsi que de maltraitances (Tiihonen et al., 2016). L'éducation thérapeutique concernant la médication à domicile doit être dispensée aux patients ainsi qu'à leur entourage afin de garantir la sécurité des soins et limiter les risques de déclin fonctionnel.

### **3 Méthode**

#### **3.1 Devis de recherche**

Cette revue de la littérature identifie les facteurs de risque pouvant induire des évènements indésirables médicamenteux ainsi que leur répercussion sur le maintien de l'homéostasie au sein d'une population âgée de 65 ans et plus bénéficiant de soins à domicile. Elle a pour but d'analyser les ressources à disposition des infirmiers à domicile permettant de garantir la sécurité des patients en minimisant les problèmes liés à une médication inappropriée.

Selon Fortin et Gagnon (2016, p. 17-29), les paradigmes\* sont des ensembles de valeurs et de concepts permettant de guider la recherche. Il existe deux paradigmes. Le paradigme positiviste, qui découle de la recherche dite quantitative\*, « suppose qu'il existe une réalité objective indépendante de l'observation humaine, mais que cette réalité ne peut être connue qu'imparfaitement » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 28). Le paradigme interprétatif, qui amène à la recherche qualitative\*, quant à lui, « part du principe que la réalité sociale est multiple et qu'elle se construit à partir de perceptions individuelles susceptibles de changer avec le temps » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 28).

Concernant cette revue de la littérature, les études choisies pour faire l'objet d'analyse sont de types quantitatif et qualitatif. Les six recherches sélectionnées font partie de la discipline infirmière.

#### **3.2 Collecte des données**

La consultation des bases de données de ce travail a été réalisée durant les mois de février et mars 2021. Dans le but de maximiser le nombre de résultats probants, la recherche d'études a été réalisée en anglais avec les mots-clés ci-dessous, adaptés aux thésaurus Mesh et CINAHL Subject Headings afin de trouver d'autres mots-clés dans le but d'élargir le champ de recherches : « home care », « security », « adverse drug events ». Les bases de données utilisées ont été CINAHL, PubMed et Embase. Le choix des bases de données s'explique comme suit : CINAHL est une base de données consacrée à la recherche en sciences infirmières, PubMed répertorie des études médicales et biomédicales et Embase recense des études affiliées aux domaines biomédical et pharmacologique. Dans le but d'obtenir le maximum d'études en relation avec la thématique traitée, l'équation des différents mots-clés a été créée avec les

opérateurs booléens « AND » et « OR ». La date de publication des différentes études a été restreinte de janvier 2016 à aujourd'hui.

Ci-dessous sont présentés les tableaux récapitulatifs des recherches effectuées sur les trois bases de données ayant abouti à la sélection des six études primaires.

Tableau 1 : Mots-clés et descripteurs

Concept	Mots-clés eng	Mesh	CINAHL headings	Emtree
<b>Soins à domicile</b>	Home care* OR home care services* OR home nursing* OR home health care	"Home cares"[Mesh] "Services"[Mesh]	MH "Home Nursing, Professionnal +" MH "Home Nursing+" MH "Home Health Care+"	'home care'/exp
<b>Sécurité</b>	"security*" OR "safety*" OR "reliability"	"Safety"[Mesh] "Drug safety biomarkers"[Mesh]	MH "Safety"	'health security'/exp 'security'/exp 'safety'/exp
<b>Évènements indésirables médicamenteux</b>	Adverse drug events* OR drug problem OR drug therapy problem* OR adverse medication events*	"Adverse drug events"[Mesh] "Adverse drug events"[Mesh] "Adverse drug reaction"[Mesh] "Event, adverse drug"[Mesh]	MH "Adverse Drug Event+"	'adverse drug reaction'/de 'drug therapy problem'/de

Tableau 2 : Équation de recherche CINAHL

	<b>Équation de recherche</b>	<b>Études trouvées</b>	<b>Études retenues</b>
S1	(MH "Safety")	29 143	
S2	TI ("security" <b>OR</b> "safety" <b>OR</b> "health security") <b>OR</b> AB ("security" <b>OR</b> "safety" <b>OR</b> "health security")	204 140	
S3	S1 <b>OR</b> S2	220 836	
S4	(MH "Home Nursing") <b>OR</b> (MH "Home Health Care") <b>OR</b> (MH "Home Nursing, Professional")	33 874	
S5	TI ("home care" <b>OR</b> "home nursing" <b>OR</b> "home health care") <b>OR</b> AB ("home care" <b>OR</b> "home nursing" <b>OR</b> "home health care")	18 239	
S6	S4 <b>OR</b> S5	41 766	
S7	(MH "Adverse Drug Event")	14 218	
S8	TI ("adverse drug events" <b>OR</b> "adverse medication events") <b>OR</b> AB ("adverse drug events" <b>OR</b> "adverse medication events")	1 867	
S9	S7 <b>OR</b> S8	15 153	
S10	S3 <b>AND</b> S6 <b>AND</b> S9	25	
S11	S10 <b>AND</b> Affiliation	8	
S12	Limitation 5 ans	5	<b>3</b>

Tableau 3 : Équation de recherche Medline (PubMed)

	Équation de recherche	Études trouvées	Études retenues
S1	"Home Care Services"[Mesh]	47 975	
S2	"home care"[Title/Abstract] OR "home nursing"[Title/Abstract] OR "home health care"[Title/Abstract]	22 724	
S3	S1 OR S2	57 676	
S4	("Safety"[Mesh]) OR "Biomarkers, Pharmacological"[Mesh]	84 420	
S5	"security"[Title/Abstract] OR "safety"[Title/Abstract] OR "health security"[Title/Abstract]	589 164	
S6	S4 OR S5	624 375	
S7	"Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions"[Mesh]	118 220	
S8	"adverse drug events"[Title/Abstract] OR "adverse medication events"[Title/Abstract]	3 515	
S9	S7 OR S8	120 441	
S10	S3 AND S6 AND S9	37	
S11	S10 AND Affiliation	7	
S12	Limitation 5 ans	4	1

Tableau 4 : Équation de recherche Embase

	Équation de recherche	Études trouvées	Études retenues
S1	"home care"/exp	78 259	
S2	"home care":ab,ti OR "home nursing":ab,ti OR "home health care":ab,ti	26 264	
S3	S1 OR S2	85 279	
S4	"health security"/exp OR "security"/exp OR "safety"/exp	496 644	
S5	"health security"/exp OR "security"/exp OR "safety"/exp	878 867	
S6	S4 OR S5	1 083 405	
S7	"adverse drug reaction"/exp OR "drug therapy problem"/exp	555 025	
S8	"adverse drug events":ab,ti OR "adverse medication events":ab,ti	5 182	
S9	S7 OR S8	557 363	
S10	S3 AND S6 AND S9	207	
S11	S10 AND Affiliation	14	
S12	Limitation 5 ans	6	2

### 3.3 Sélection des données

Les études sélectionnées doivent respecter différents critères d'inclusion et d'exclusion. Dans un premier temps, les études doivent être des recherches primaires dont au minimum deux tiers doivent faire partie de la discipline infirmière. Les articles doivent être actuels, leur date de publication étant comprise entre 2016 et 2021. Dans un deuxième temps, les études doivent concerner une patientèle âgée de 65 ans et plus bénéficiant de soins à domicile présentant un risque accru de survenue d'événements indésirables médicamenteux (polymédication, multimorbidité, déclin cognitif...), et porter sur les ressources à disposition des infirmiers à domicile permettant de limiter la survenue de problématiques liées à une médication inappropriée.

Ensuite, plusieurs critères d'exclusion sont à prendre en compte durant la sélection des études. Ne sont pas retenues les études abordant la problématique des évènements indésirables médicamenteux en établissements médico-sociaux et celles ne proposant aucune piste d'amélioration dans la gestion des traitements médicamenteux à domicile. De plus, les études secondaires telles que les méta-analyses, les métasynthèses ou les revues systématiques de la littérature ont été exclues.

Un tableau récapitulatif des six études retenues avec différentes informations telles que les auteurs, les titres, les bases de données et les niveaux de preuve se trouve à la page 22. La pyramide des preuves utilisées dans cette revue de la littérature se trouve ci-dessous.

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins.
	Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Figure 1 Grade des recommandations (Haute Autorité de santé, 2013, p. 8)

### 3.4 Considérations éthiques

Cinq des six études ont été approuvées par un comité d'éthique\*. En revanche, l'étude de Sarzynski, Ensberg, Parkinson, Shahar, Brooks et Given (2019) ne fait référence à aucune approbation par un quelconque comité d'éthique ; une analyse de l'étude a été réalisée par l'université du Michigan. Tous les participants ont été informés du caractère volontaire de leur participation, de l'objet de l'étude ainsi que de l'anonymisation des données, excepté ceux d'une étude retenue dans cette revue de la littérature (Sarzynski et al., 2019), qui ne fait pas mention de l'obtention d'un consentement écrit et/ou oral des participants.

### **3.5 Analyse des données**

Pour commencer, une analyse succincte et rapide a été réalisée lors de la lecture des études : une première lecture du titre, du résumé ainsi que des résultats a permis de déterminer si elles apportaient des réponses à la question de recherche. Si cela était le cas, une deuxième lecture intégrale des textes a été effectuée, après une traduction libre de l'anglais au français. Par la suite, l'analyse approfondie des études a été accomplie en amont de la réalisation de tableaux de recension, en annexe II, correspondant à chacune des six études sélectionnées. Ce processus a permis l'acquisition d'une vision de la validité méthodologique, de la pertinence ainsi que de l'utilité pour la pratique infirmière de chaque étude, en référence aux fondements mêmes de la recherche, en référence à l'ouvrage de Fortin et Gagnon (2016).

Tableau 5 : Liste des articles retenus

N°	Auteurs	Titre	Année de publication	Base de données	Niv. de preuve
1	Devik, S. A., Olsen, R-M., Fiskvik, I. L., Halbostad, T., Lassen, T., Kuzina, N., & Enmarker, I.	Variations in drug-related problems detected by multidisciplinary teams in Norwegian nursing homes and home nursing care	2018	Medline (PubMed) CINAHL Embase	4
2	Lee, C. Y., Goeman, D., Beanland, C., & Elliott, R. A.	Challenges and barriers associated with medication management for home nursing clients in Australia : a qualitative study combining the perspectives of community nurses, community pharmacists and GPs	2019	Medline (PubMed) Embase	4
3	Kollerup, M. G., Curtis, T., & Laursen, Schwanz, T.	Visiting nurses' posthospital medication management in home health care : ethnographic study	2018	Medline (PubMed) Embase	4
4	Sarzynski, E., Ensberg, M., Parkinson, A., Shahar, K., Brooks, K., & Given, C.	Health Information Exchange of Medication Lists: Hospital Discharge to Home Healthcare	2019	Medline (PubMed) Embase	4
5	Lee, C. Y., Beanland, C., Goeman, D., Petrie, N., Petrie, B., Vise, F., Gray, J., & Elliott, R. A.	Improving medication safety for home nursing clients : A prospective observational study of a novel clinical pharmacy service-The Visiting Pharmacist (VIP) study	2018	CINAHL	4
6	Elliott, R. A., Lee, C. Y., Beanland, C., Vakil, K., & Goeman, D.	Medicines management, Medication Errors and Adverse Medication Events in Older People Referred to a Community Nursing Service : A Retrospective Observational Study	2016	CINAHL	4

## 4 Résultats

### 4.1 Description de l'étude 1

Devik, S. A., Olsen, R. M., Fiskvik, I. L., Halbostad, T., Lassen, T., Kuzina, N., & Enmarker, I. (2018). Variations in drug-related problems detected by multidisciplinary teams in Norwegian nursing homes and home nursing care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 36(3), 291-299. <https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1499581>

Cette étude comparative\*, longitudinale\* de type quantitatif a été menée à travers neuf municipalités au centre de la Norvège. L'objectif central de cette recherche était de décrire et comparer la survenue de problèmes en lien avec une médication inappropriée dans deux milieux de soins : les maisons de retraite et les services de soins à domicile. Affiliée à la discipline infirmière, cette étude a été conduite par Siri Andreassen Devik, docteure en sciences infirmières et enseignante assistante à l'institut de recherche en soins infirmiers de Steinkjer ainsi qu'à la faculté des sciences infirmières et de la santé de l'université de Namsos en Norvège.

Le recrutement des participants s'est fait dans neuf municipalités représentant à la fois des zones urbaines et rurales. Les zones choisies avaient pour spécificité la participation à un programme norvégien de sécurité des patients intitulé « In Safe Hands ». L'échantillon\* final comprenait 61 personnes résidant en maison de retraite ainsi que 93 patients bénéficiaires de soins à domicile (N=154) dont 47% étaient des hommes avec un âge médian de 87 ans. L'échantillonnage intentionnel\* a été mené de décembre 2013 à juin 2014.

La récolte de données a été réalisée par trois pharmaciens du groupe de recherche en collaboration avec des médecins généralistes ainsi que des infirmiers exerçant en maison de retraite ou dans un service de soins à domicile. Cette collaboration interdisciplinaire a permis le recensement des évènements indésirables médicamenteux identifiés par les médecins et les infirmiers. Les problèmes liés à une médication inappropriée ont ensuite été ordonnés à l'aide d'un outil de classification norvégien permettant une structure hiérarchique (choix du médicament, dosage, effets indésirables, interactions, consommation de médicaments et autres). La corrélation des évènements indésirables médicamenteux identifiés a permis de classer les problématiques majeures en fonction du contexte de soin.

Pour l'analyse statistique des données, le logiciel Statistical Package for Social Sciences (i. e. SPSS) version 24.0 a été utilisé. Une analyse descriptive des évènements indésirables médicamenteux a été réalisée, incluant les fréquences, les moyennes\*, les écarts-types\*, les médianes\*, les intervalles interquartiles ainsi que les pourcentages. Les intervalles de confiance\* ont été fixés à 95%. Le test U de Mann-Whitney, le T-test\* et le test du khi-deux\* ont été effectués pour détecter les différences entre les groupes de patients. Les valeurs p\* supérieures à 0,05 étaient considérées comme statistiquement significatives.

Les principaux résultats mettent en avant, de manière significative, que le nombre d'évènements médicamenteux indésirables recensés était supérieur dans les services de soins à domicile (moyenne =5,5), avec une valeur p de 0,002, que ceux comptabilisés en maisons de retraite (moyenne =3,7). Une corrélation peut être établie entre la majoration du nombre d'évènements indésirables médicamenteux à domicile et le manque de collaboration interdisciplinaire ; 200 des 513 EMI (moyenne =2,15) recensés dans les services de soins à domicile découlaient d'une documentation peu claire. Le contexte des soins à domicile, où les médecins généralistes et infirmiers doivent collaborer au sein de systèmes sous-optimaux concernant l'adéquation des échanges d'informations, est propice à la survenue d'évènements indésirables médicamenteux en lien avec des dossiers médicaux incomplets et/ou non actualisés. Cette étude quantifie la documentation peu claire comme un évènement indésirable médicamenteux ; cette reconnaissance pourrait être une étape vers la sensibilisation à cette problématique ainsi que l'amélioration de la qualité des soins. Les résultats de cette étude contribuent en partie à apporter des réponses à la question de recherche de cette revue de la littérature. En effet, les résultats montrent une prédominance des survenues d'évènements indésirables médicamenteux dans les services de soins à domicile en comparaison aux établissements médico-sociaux. En lien avec les analyses de statistiques descriptives, la majorité des évènements indésirables médicamenteux recensés dans le contexte des soins à domicile découlent d'une documentation incomplète liée à une collaboration interdisciplinaire déficiente (manque de communication, de contacts directs entre professionnels).

#### **4.1.1 Validité méthodologique**

Les 154 dossiers médicaux des patients composant l'échantillon ont tous été sélectionnés selon les mêmes critères d'inclusion. Toutefois, la taille de l'échantillon n'a pas fait l'objet d'une analyse de puissance\* avant la sélection, ce qui peut entraver la crédibilité\* des résultats. Un biais d'échantillonnage\* peut apparaître car aucun critère d'exclusion n'a été

mentionné par les chercheurs. De plus, la validité externe\* est compromise par le choix d'échantillonnage ; l'utilisation d'un échantillonnage intentionnel ne permet pas de rendre compte de la représentativité de l'échantillon\*. En effet, les participants à l'étude n'ont pas été sélectionnés par randomisation\* mais sur la base d'un programme international. L'objectivité de l'étude est remise en cause avec un effet de congruence\* car la collecte de données émane de recensements réalisés par les médecins et infirmiers en fonction de jugements professionnels individuels.

Les analyses statistiques descriptives proviennent d'une classification établie à partir d'un outil de classification norvégien. Or, en l'absence de coefficient de Cronbach \*, la cohérence interne\* peut être remise en question. Concernant l'analyse statistique des données, le logiciel SPSS version 24.0 a été utilisé. Les moyennes, l'écart-type, les fréquences, les médianes, les intervalles interquartiles ont été calculés afin de produire une analyse statistique descriptive. De plus, l'utilisation de divers tests statistiques paramétriques\* et non paramétriques\* tels que le test U de Mann-Whitney, le T-test et le test du khi-deux ont permis d'évaluer les relations entre les variables et de comparer les différents groupes entre eux. L'erreur de première espèce\* a été réduite par l'introduction d'un seuil de significativité à 0,05 et la validité interne\* a, de ce fait, été renforcée.

#### **4.1.2 Considérations éthiques**

Cette étude respecte les principes éthiques de la recherche sur des sujets humains. L'administration de la santé et des services sociaux de chaque municipalité, après avoir reçu des informations orales et écrites sur la visée de l'étude ainsi que l'aspect volontaire, confidentiel et anonyme de la recherche, a donné son consentement écrit. De plus, l'étude a été présentée au Comité régional d'éthique de la recherche médicale qui n'a émis aucune objection. Puis, le Centre norvégien du traitement des données a approuvé le traitement des informations personnelles des participants.

#### **4.1.3 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

Au vu de l'échantillonnage non probabiliste\* et du recrutement des participants à l'étude au sein d'un nombre limité de municipalités du même pays, les résultats sont difficilement généralisables\*. De plus, l'inclusion de pharmaciens dans l'équipe interprofessionnelle de gestion des traitements médicamenteux n'est pas une pratique courante en Suisse. Ils restent tout de même des personnes-ressources pour les infirmiers à domicile en prodiguant des recommandations d'utilisation des traitements et en signalant les potentielles interactions médicamenteuses. En outre, les pharmaciens se voient inclus

dans la prise en charge de patients à domicile de manière épisodique, notamment pour la préparation des semainiers. Une collaboration interprofessionnelle régulière entre médecins, infirmiers et pharmaciens au travers de colloques interdisciplinaires pourrait, en corrélation avec les résultats de cette étude, augmenter la sécurité des soins à domicile en Suisse. Toutefois, des recherches antérieures sont parvenues à des conclusions similaires (Brody et al., 2016) (Manias et al., 2017). Il serait donc envisageable d'appliquer ces résultats au milieu des soins suisses, tout en tenant compte des aspects socioculturels, des pratiques basées sur des preuves pouvant influencer sur la gestion de la médication dans le contexte des soins à domicile, des ressources à disposition des infirmiers permettant de diminuer les risques de survenue d'évènements indésirables médicamenteux, ainsi que de la collaboration interprofessionnelle.

## 4.2 Description de l'étude 2

Lee, C. Y., Goeman, D., Beanland, C., & Elliott, R. A. (2018). Challenges and barriers associated with medication management for home nursing clients in Australia : A qualitative study combining the perspectives of community nurses, community pharmacists and GPs. *Family Practice*, 36(3), 332-342. Embase. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmy073>

L'étude suivante utilise un modèle exploratoire basé sur une théorisation enracinée\* de type qualitatif. L'auteure principale est une infirmière doctorante exerçant à l'institut de recherche « Royal District Nursing Service » ainsi qu'au sein du département des sciences infirmières de l'université de Melbourne en Australie. Elle se réfère donc aux disciplines de soins infirmiers dits communautaires.

L'étude a été réalisée dans le nord-est et le sud-est de Melbourne au sein d'une institution de soins à domicile. Son but principal était d'explorer les processus de gestion des médicaments et de décrire les obstacles et défis rencontrés par les infirmiers, les médecins ainsi que les pharmaciens impliqués dans la prise en charge de patients à domicile. Pour ce faire, cette recherche a été menée sur la base d'une théorie préalablement établie (WISE et ViP) regroupant sept thématiques pouvant influencer sur la gestion médicamenteuse à domicile : la communication interdisciplinaire, l'organisation du lieu de travail, les politiques institutionnelles, le fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire, les attributs sociaux et individuels, l'impact des obstacles/défis liés à la gestion médicamenteuse ainsi que la sécurité des patients. L'étude s'est déroulée entre 2013 et 2015 au travers de groupes de discussion, d'entretiens approfondis ainsi que de réunions de consultation.

Le recrutement des participants a été effectué selon un échantillonnage non probabiliste de commodité\*. Des infirmiers à domicile, des médecins généralistes ainsi que des pharmaciens impliqués dans la gestion des traitements de patients à domicile ont été recrutés. Des infirmiers communautaires ont été mobilisés à partir de quatre sites cliniques d'une institution de soins à domicile de la métropole de Melbourne par courriel d'invitation. Le recrutement des médecins généralistes ainsi que des pharmaciens s'est fait par proximité géographique des sites de l'étude suite à l'envoi d'un fax et/ou courriel ou par contact téléphonique. L'échantillon total était composé de 55 infirmiers à domicile, quatre infirmiers chefs, 17 médecins généralistes et dix pharmaciens (N=86).

La récolte de données s'est déroulée entre 2013 et 2015 à travers dix groupes de discussion, 12 entretiens approfondis et cinq réunions de consultation. Les groupes de discussion ont duré environ 60 minutes et les entretiens approfondis entre 30 et 60 minutes. Tous deux étaient guidés par des thématiques préalablement établies (WISE et ViP) et étaient donc construits sur la base d'entretiens semi-structurés. Les entretiens approfondis se sont déroulés sur les lieux de travail des différents participants, à l'exception de deux entretiens réalisés auprès de deux pharmaciens qui ont été effectués par téléphone par manque de temps. De plus, des réunions de consultations ont été menées afin de recueillir les différents points de vue des participants et ainsi obtenir des suggestions d'améliorations. Les échanges, entretiens et conversations ont été enregistrés.

Une fois les données récoltées, un transcripateur professionnel a effectué une codification ligne par ligne des propos des participants. Les transcriptions, par souci d'exactitude, ont été vérifiées par l'un des chercheurs avant d'être importées dans un programme de gestion des données qualitatives (NVivo 10). Le codage initial effectué par les auteurs de l'étude consistait en une codification descriptive et thématique des verbatims. Une approche comparative constante des données thématiques a été entreprise pour identifier les thèmes principaux préalablement définis (WISE et ViP). Or, dans l'intérêt de l'étude, de nouvelles thématiques ont été créées. Par la suite, les thèmes ont été affinés, regroupés et classés hiérarchiquement en thèmes principaux et sous-thèmes. Des discussions ont été entreprises au sein de l'équipe de recherche concernant les thématiques émergentes dans le but d'améliorer l'exactitude et la validité de l'interprétation des données.

Les principaux résultats ont été classés en trois thèmes : sécurité des clients, efficacité et productivité des professionnels de la santé et relations interprofessionnelles. L'un des obstacles à la dispensation de soins optimaux et sécuritaires émane des attributs

individuels et sociétaux des patients (différences culturelles et linguistiques). Dès lors, le risque de survenue d'évènements indésirables médicamenteux s'accroît en lien avec une communication entravée par la barrière linguistique. De plus, des attitudes négatives de la part des médecins généralistes envers les patients culturellement différents ont été perçues par les infirmiers à domicile. Le risque d'exposition à un évènement indésirable médicamenteux est particulièrement lié à une mauvaise communication et collaboration interprofessionnelle. Les exemples cités par les différents professionnels de la santé ayant pris part à l'étude comprenaient une mauvaise communication des médecins généralistes avec les infirmiers à domicile lors des changements de traitements, un manque de clarification des traitements lors des sorties d'hôpital, le manque de disponibilité des médecins généralistes pour la clarification des actes médico-délégués, l'utilisation simultanée de plusieurs ordonnances ainsi qu'un manque de coordination entre les pharmacies et les institutions de soins à domicile lorsque ces dernières effectuent la préparation hebdomadaire des semainiers. Dès lors, cette étude comporte des résultats susceptibles de répondre à la question de recherche de cette revue de la littérature. Les résultats montrent que les problèmes qui doivent être résolus pour assurer une meilleure gestion médicamenteuse à domicile en lien avec une étroite collaboration interprofessionnelle visant à garantir la sécurité des patients comprennent le manque de processus efficaces et fiables servant au transit d'informations. Une communication ciblée et régulière entre les différents prestataires de soins permettrait l'uniformisation des pratiques (actualisation de la liste des traitements). Pour ce faire, la mise en place de colloques interdisciplinaires hebdomadaires dans le but de parcourir les traitements journaliers des patients et d'y apporter les modifications nécessaires en lien avec l'évolution clinique du patient semble en mesure de pallier le manque de disponibilité des médecins généralistes, à l'utilisation de plusieurs ordonnances ainsi qu'à la survenue d'évènements médicamenteux indésirables provenant d'un sur et/ou sous-dosage ou d'une erreur de prescription.

#### **4.2.1 Validité méthodologique**

L'échantillon a été constitué par un échantillonnage non probabiliste de commodité. Les sujets n'ont pas été choisis au hasard mais selon leur disponibilité à un moment et à un endroit précis. En effet, seuls les infirmiers à domicile exerçant dans l'une des quatre institutions préalablement choisies ainsi que les médecins et pharmaciens dont le lieu de travail se trouvait proche des sites de l'étude ont été invités à participer à l'enquête, ce qui a entraîné un biais d'échantillonnage. De plus, l'échantillonnage comportait un nombre

plus élevé d'infirmiers (N=55), ce qui pourrait induire un biais lié à un effet de congruence. La crédibilité de l'étude est fragilisée.

Les données ont été recueillies sur la base d'entretiens, de discussions et de réunions de consultation. Cette méthodologie accroît la véracité\* de l'étude par le principe de triangulation\* des données. De plus, la collaboration avec un transcripteur professionnel ne faisant pas partie de l'équipe de recherche permet d'éviter un biais qui pourrait être induit par un effet de contraste. Les entretiens ainsi que les groupes de discussion étaient guidés par des thématiques préalablement établies et testées (WISE et ViP), ce qui augmente la crédibilité de l'étude.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel NVivo10. Les entretiens, les discussions ainsi que les réunions de consultation ont été enregistrés et retranscrits sous la forme de verbatims. Ce procédé permet d'assurer l'exactitude et la confirmabilité\* des données. Néanmoins, l'analyse a été réalisée par les membres de l'équipe de recherche sans sollicitation d'un audit d'experts, ce qui pourrait induire un effet de congruence et ainsi affecter la neutralité des données collectées et analysées. Or, les thématiques émergentes ont été discutées au sein de l'équipe de chercheurs lors d'une mise en commun dans le but de trouver un consensus et ainsi accroître la fiabilité\* de l'étude.

#### **4.2.2 Considérations éthiques**

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche humaine d'Austin Health Bolton Clarke ainsi que par l'université de Monash. Les participants ont été informés par courrier électronique, fax ou téléphone que leur participation était volontaire. Un consentement a été obtenu pour l'enregistrement des entrevues, des discussions et des réunions. Néanmoins, le principe d'anonymat ainsi que la possibilité de se retirer à tout moment de l'étude n'ont pas été clairement définis. Tous les critères éthiques ne sont donc pas respectés.

#### **4.2.3 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

La transférabilité\* des résultats découlant de l'analyse des données reste discutable de par le choix d'échantillonnage effectué. Toutefois, cette étude soulève une des difficultés et spécificités des services de soins à domicile : l'absence de proximité avec les médecins généralistes. Or, les prestations des services de santé sont un continuum de soins et de communications interdisciplinaires. Cela souligne l'importance d'un partenariat entre les différents professionnels de la santé. Dans le but de favoriser une collaboration

interprofessionnelle efficace en l'absence de contacts directs, l'élaboration de stratégies telles que l'utilisation d'un système informatique uniformisé, le développement d'outils de communication standardisés ainsi qu'une prise en charge incluant les pharmaciens permettraient de diminuer les risques de survenue d'évènements indésirables médicamenteux dans le contexte des soins à domicile. Des études faisant état de la même problématique réalisées en Europe permettraient d'adapter le contexte de soins à celui de la Suisse et ainsi seraient pertinentes pour renforcer la généralisation de ces résultats.

### 4.3 Description de l'étude 3

Kollerup, M. G., Curtis, T., & Schantz Laursen, B. (2018). Visiting nurses' posthospital medication management in home health care : An ethnographic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 222-232. <https://doi.org/10.1111/scs.12451>

L'étude suivante utilise un modèle de recherche ethnographique\* basé sur une observation participante\* de nature qualitative. Elle se déroule dans une municipalité danoise d'environ 200 000 habitants et explore la gestion médicamenteuse au travers de la pratique d'infirmières exerçant dans une institution de soins à domicile, dans le but d'identifier les éléments clés permettant d'améliorer la sécurité des patients. L'étude est affiliée à la discipline infirmière. L'auteure principale, Mette Geil Kollerup, est diplômée et possède un master en soins infirmiers.

Le recensement des participants s'est fait sur la base d'un échantillonnage non probabiliste intentionnel. Le choix de la municipalité s'est porté sur l'accessibilité aux soins ; les autorités municipales sont chargées d'offrir des soins infirmiers à domicile pour les patients ayant des besoins complexes. La nécessité d'un suivi par les infirmiers à domicile après la sortie de l'hôpital a été édictée comme un critère d'inclusion à l'étude. L'échantillon final comprenait 24 participants : dix infirmières âgées de 38 à 57 ans exerçant dans une institution de soins à domicile depuis au moins trois ans (de trois à 15 ans) avec une expérience clinique allant de quatre à 34 ans ainsi que 12 patients (dix vivaient seuls, deux en couple et quatre présentaient des troubles cognitifs) de retour à domicile suite à un traitement de cancer (N=4), après une opération orthopédique (N=3) et après une apoplexie (N=2). Tous les patients recensés pour participer à l'étude prenaient au minimum cinq médicaments journaliers.

La récolte des données a été réalisée au moyen d'une observation participante basée sur un cycle de recherche ethnographique qui consistait à poser des questions ouvertes dans

un premier temps, puis semi-ouvertes, à prendre des notes manuscrites sur les éléments observés, à photographier l'environnement, à collecter et analyser les données de manière simultanée. Ce procédé s'est déroulé sur une période de quatre semaines. Lors de la première visite, l'infirmière distribuait les médicaments pour une durée de deux à quatre semaines sous ordre médical, tandis que les administrations journalières étaient assurées par des infirmières auxiliaires. Dans le but de comprendre l'influence du contexte des soins à domicile sur les interventions infirmières, le recensement des données a été guidé par un cadre théorique préalablement établi par un groupe de travail international affilié au domaine des soins infirmiers (i.e FOC). Ce cadre théorique consistait à représenter les soins infirmiers en trois niveaux : la relation patient-soignant, l'intégration des soins ainsi que l'interdépendance patient-soignant-système de santé-politique.

L'analyse des données a révélé 12 étapes dans la gestion des médicaments au domicile des patients qui forment les sous-catégories établies par l'observateur après analyse des thématiques centrales (i.e FOC) : préparation de la visite, arrivée au domicile, entrée dans le domicile, présentation au patient, lecture de la liste des médicaments ainsi que des autres informations fournies par l'hôpital, comparaison des traitements avant et après l'admission, lecture des ordonnances afin de lever les risques d'erreurs, recueil de données sur les traitements actuels, planification et préparation des traitements, administration des médicaments pour deux à quatre semaines, prise de congé, documentation de la visite et planification du prochain passage.

Les principaux résultats mettent en avant, de manière significative, le fait que les contraintes liées au manque de temps imposées par l'augmentation de la charge de travail dans le secteur des soins à domicile affectent la sécurité des patients. Le manque de connaissances concernant l'état de santé des patients (diagnostics, antécédents, état cognitif, aspects psychosociaux et culturels, traitements prescrits, changements de médication) est la principale résultante de l'augmentation de la demande dans le secteur des soins à domicile. De plus, les transmissions écrites et/ou orales peuvent accroître les risques de survenue d'évènements indésirables médicamenteux par manque de clarté ou par omission d'informations. En outre, les infirmières déclarent être confrontées à une nouvelle problématique, à savoir l'augmentation du nombre de génériques commercialisés. Le développement de la pharmacologie implique une actualisation des connaissances pharmacologiques par les professionnels de la santé dans le but de limiter les erreurs d'administration. La présente étude montre que la sécurité du patient est d'autant plus compromise si ce dernier présente des atteintes cognitives et que les

médicaments sont stockés dans des lieux faciles d'accès : sur la table de la cuisine, sur la table du salon ou dans le vaisselier. Dès lors, en explorant les difficultés et les limitations d'une gestion médicamenteuse sécuritaire à domicile, cette étude met en lumière les éléments clés permettant d'accroître la sécurité des patients. Différentes propositions d'amélioration émergent de cette recherche et sont à prendre en compte par les différents professionnels de la santé. Tout d'abord, l'acquisition d'une vision globale des patients par les infirmiers à domicile – au travers d'une anamnèse approfondie incluant les attentes, les besoins ainsi que les ressources à disposition de ces derniers – permet un perfectionnement du jugement clinique et la mise en place de plans de soins individualisés. Ensuite, le manque de contacts directs entre les différents professionnels de la santé impliqués dans la prise en charge du patient à domicile nécessite une valorisation de la communication ainsi que de la collaboration interprofessionnelle. De ce fait, la reconnaissance ainsi que la documentation des symptômes émergents par les infirmiers sont primordiales afin de garantir la sécurité du patient. Tout changement clinique se doit d'être relayé au médecin généraliste dans le but d'adapter les traitements. De plus, la réalisation de colloques interdisciplinaires réguliers avec l'intégration d'une systématique familiale permettrait de limiter les risques de survenue d'évènements médicamenteux indésirables.

#### **4.3.1 Validité méthodologique**

Le recensement des participants par le biais d'un échantillonnage non probabiliste intentionnel accroît les risques d'erreurs d'échantillonnage. De plus, une méthode non probabiliste ne permet pas d'assurer une représentativité de la population, ce qui limite la généralisation des résultats. De surcroît, les patients ayant participé à cette étude présentent des limitations cognitives et fonctionnelles importantes. Le choix d'un critère d'inclusion englobant uniquement les patients bénéficiaires de soins à domicile après une sortie d'hôpital restreint le nombre de participants à l'étude. Les observations suivantes diminuent la transférabilité de l'étude. En effet, les auteures font état de la difficulté de généralisation des résultats liée à la spécificité de la patientèle incluse dans l'étude.

La récolte de données a été effectuée au travers d'une observation participante, ce qui diminue la fiabilité ainsi que la confirmabilité de l'étude. La présence de l'observateur peut être perçue comme valorisante et gratifiante aux yeux des participants et ainsi induire un biais par effet de Hawthorne\*. De plus, l'auteure principale de l'étude est une infirmière diplômée ayant exercé dans des institutions de soins à domicile, ce qui, par effet de congruence, limite la neutralité des résultats. L'absence de triangulation permettant

d'accroître la crédibilité de l'étude est objectivée par l'utilisation d'une seule méthode de collecte de données. De ce fait, l'aboutissement à des conclusions valables se voit limité.

L'analyse des données a été effectuée par l'observateur lui-même. En l'absence de vérification externe au travers d'un audit d'experts ou d'une triangulation de l'analyse des données, la véracité des résultats est compromise. De surcroît, une retranscription en verbatims des propos recensés auprès des participants figure dans les résultats de l'étude. Or, en l'absence d'enregistrement des données, la confirmabilité des données est remise en cause.

#### **4.3.2 Considérations éthiques**

Plusieurs éléments assurent le respect des considérations éthiques. Chaque participant a signé un consentement écrit ou donné son approbation orale après avoir été informé de la visée de l'étude ainsi que des aspects confidentiels et anonymes de l'enquête. L'Agence danoise de la protection des données a approuvé cette étude. Cependant, bien que les chercheurs ont procédé à une anonymisation des données avant l'analyse, des clichés photographiques ont été pris par l'observateur au domicile des patients au cours de la période d'observation. Aucune donnée concernant la protection du droit à l'image ne figure dans l'étude. Toutes les considérations éthiques ne sont donc pas respectées.

#### **4.3.3 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

Au vu de l'échantillonnage non probabiliste de petite taille et du recrutement des participants réalisé sur la base d'un critère d'inclusion restrictif, les résultats sont difficilement généralisables. Toutefois, une recherche antérieure de plus grande portée est parvenue à des conclusions similaires (Lang et al., 2015). Il serait donc envisageable de transférer les résultats mis en évidence dans cette étude au contexte des soins à domicile en Suisse.

Les conclusions de cette étude mettent en évidence le fait que le domicile du patient servant de contexte de soins augmente les risques d'événements indésirables médicamenteux et diminue ainsi la sécurité des soins. L'entreposage des médicaments varie en fonction des habitudes des patients et/ou des proches aidants. Les auteurs avancent qu'il est dès lors indispensable pour les infirmiers de faire preuve d'adaptation face à la particularité du contexte des soins à domicile en établissant un compromis entre le lieu de vie et la sécurité des soins. Pour ce faire, la réalisation d'un recueil de données englobant les dimensions bio-psycho-sociales et spirituelles et l'inclusion d'une

systémique familiale dans la prise en soins des patients à domicile limite la survenue d'évènements indésirables médicamenteux. De plus, l'actualisation ainsi que l'enrichissement des notions pharmacologiques acquises au cours de la formation en soins infirmiers permettraient d'élargir les connaissances en matière de pharmacocinétique et pharmacodynamique, augmentant ainsi la sécurité des patients.

#### 4.4 Description de l'étude 4

Sarzynski, E., Ensberg, M., Parkinson, A., Shahar, K., Brooks, K., & Given, C. (2019). Health Information Exchange of Medication Lists: Hospital Discharge to Home Healthcare. *Home Healthcare Now*, 37(1), 33-35. Medline. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000708>

Cette étude descriptive\*, transversale\* de type quantitatif a été menée dans le Michigan, un État du Midwest des États-Unis. L'objectif de ce projet pilote consistait à quantifier le contenu des dossiers d'admission reçus par les services de soins à domicile dans le but de guider la première visite. L'étude est de discipline infirmière. L'une des co-auteurs est une infirmière diplômée ayant un master en soins infirmiers.

Un échantillonnage aléatoire simple\* de nature probabiliste\* a été adopté. Une sélection aléatoire des dossiers de 20 personnes âgées admises dans un service de soin à domicile après une hospitalisation pour insuffisance cardiaque a été effectuée. L'hôpital et l'institution de soins à domicile appartenaient au même système santé mais utilisaient un programme informatique différent.

La récolte de données a été effectuée durant l'année 2016. Les chercheurs ont développé un outil de vérification, « Start of Care », dans le but d'évaluer la présence ou l'absence de documents permettant de garantir la sécurité des patients lors du transfert à domicile. Le listing des documents centraux a ensuite été approuvé par l'infirmière cheffe du service de soins à domicile et devait contenir les fiches suivantes : les données administratives du patient, les antécédents médicaux, un compte rendu de l'examen physique, un résumé de la sortie ainsi qu'un résumé clinique de l'hospitalisation, les notes d'observations et d'interventions ainsi que les ordonnances médicales. De plus, une quantification du nombre de listes de médicaments présentes dans chaque dossier médical a été réalisée.

Une fois les données collectées, ces dernières ont été analysées par le biais de statistiques descriptives. L'utilisation de moyennes et de pourcentages a permis de

décrire numériquement les données dans le but de corrélérer les documents présents dans les dossiers médicaux à l'outil pré-établi par les chercheurs.

Les principaux résultats suggèrent une majoration du risque d'exposition à des évènements médicamenteux indésirables pour les patients après l'admission dans les services de soins à domicile. En effet, les dossiers médicaux contenaient en moyenne 3,2 listes de traitements dont une majorité avaient été modifiées de manière manuscrite. De plus, la multiplication des listes de médicaments induisait des discordances nécessitant une clarification par le médecin généraliste. Les patients avaient une moyenne de 16,8 médicaments reflétant au moins cinq modifications à leur régime préhospitalier. De surcroît, seuls 20% des dossiers médicaux analysés contenaient des informations sur les statuts fonctionnels et cognitifs des patients. Cette étude présente des conclusions susceptibles de répondre à la question de recherche de cette revue de la littérature. Les résultats mettent en évidence que la réalisation d'un examen clinique complet et pertinent par les infirmiers lors de la première visite à domicile permet de garantir la sécurité du patient. L'évaluation du statut cognitif et fonctionnel diminue les risques d'évènements indésirables médicamenteux à domicile en adaptant les modes d'administration, les lieux de stockage des médicaments ainsi que le nombre de passages hebdomadaires nécessaires.

#### **4.4.1 Validité méthodologique**

L'échantillon final (N=20) a été constitué sur la base d'un échantillonnage aléatoire simple. L'utilisation d'une méthodologie probabiliste pour le recensement des participants permet le contrôle des biais induits par des erreurs d'échantillonnage. Or, en l'absence de spécification concernant l'âge, le sexe, les antécédents médicaux des patients, l'échantillon présente un biais de sélection\* et limite ainsi la validité externe de l'étude. De plus, la vérification de l'hypothèse établie par les chercheurs nécessite un échantillon final de taille suffisante pour atteindre un niveau de puissance\* permettant de réduire les risques d'erreur. Dès lors, une analyse de puissance aurait permis l'augmentation de la validité externe de la présente étude. En outre, l'absence de données comparatives contribue à la vulnérabilité de la validité interne face à différentes menaces telles que la maturation\* ou les facteurs historiques\* pouvant influencer les résultats.

Les données ont été recueillies sur la base d'un outil préétabli. Or, aucune analyse de la fiabilité et de la validité\* de l'instrument de mesure n'a été effectuée. Cela diminue la véracité des résultats et donc la validité interne de l'étude. De plus, Amy Parkinson, co-rédactrice de l'article, est directrice de l'institution de soins à domicile dans laquelle s'est

déroulée l'étude. De ce fait, un conflit d'intérêts peut être perceptible et induire des biais par effet de congruence et de Hawthorne.

Des analyses statistiques descriptives ont été réalisées en utilisant les moyennes et les pourcentages permettant une mesure de tendance centrale\*. Or, la taille de l'échantillon (N=20) rend la moyenne sensible aux valeurs extrêmes de la distribution de fréquences\*, ce qui limite la validité interne de l'étude et restreint ainsi la généralisation des résultats.

#### **4.4.2 Considérations éthiques**

Cette étude a été examinée par l'université ainsi que les comités d'examen institutionnels affiliés au système de santé. Néanmoins, les informations concernant la visée de l'étude, l'anonymat, la protection des données, la possibilité de se retirer à tout moment ne sont pas définis. De plus, aucun consentement écrit et/ou oral n'a été obtenu par les chercheurs.

#### **4.4.3 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

La généralisation des résultats de cette étude reste discutable par manque de cohérence et pertinence dans la validité interne et externe. Toutefois, cette étude met en évidence que les listes de médicaments non cohérentes présentes dans les dossiers d'admission précipitent les risques de survenue d'évènements indésirables médicamenteux. Une revue fréquente des traitements au travers de colloques interdisciplinaires permettrait de garantir la sécurité des patients en lien avec la gestion médicamenteuse tout en assurant la continuité des soins.

Des études incluant un échantillon de taille supérieure à celui utilisé dans cette étude et aboutissant à des conclusions similaires seraient pertinentes pour renforcer la généralisation des résultats ci-dessus. De plus, les États-Unis possèdent un système de santé différent de celui appliqué en Suisse ; l'absence de couverture maladie par les assurances restreint l'échantillon final de cette étude. L'accès aux soins aux États-Unis dépend majoritairement du facteur économique et engendre, de ce fait, de grandes disparités sociales. Dès lors, la généralisation des résultats de cette étude au contexte sociosanitaire suisse est compromise.

#### 4.5 Description de l'étude 5

Lee, C. Y., Beanland, C., Goeman, D., Petrie, N., Petrie, B., Vise, F., Gray, J., & Elliott, R. A. (2018). Improving medication safety for home nursing clients: A prospective observational study of a novel clinical pharmacy service-The Visiting Pharmacist (ViP) study. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 43(6), 813-821. <https://doi.org/10.1111/jcpt.12712>

Cette étude descriptive, prospective\* et comparative de nature quantitative appartient à la discipline infirmière. Elle a été menée par plusieurs auteurs, la majorité étant infirmiers et professeurs dans plusieurs universités interdisciplinaires en Australie. La visée de l'étude consistait, d'une part, à explorer le nombre et les types de problèmes liés à la médication dans le contexte des soins et, d'autre part, à identifier les divergences de prescriptions médicamenteuses. La méthodologie de l'étude incluait une intervention.

Le recrutement des participants a été effectué au sein d'une grande institution de soins à domicile à but non lucratif de la région métropolitaine de Melbourne. Deux sites du service de soins à domicile y ont participé. Seuls les patients bénéficiaires de soins à domicile pour gestion médicamenteuse (surveillance, supervision, administration) répondant aux critères d'inclusion suivants étant potentiellement admissibles : avoir plus de huit médicaments journaliers, présence de plusieurs prescripteurs ou de plusieurs prescriptions, prendre des traitements augmentant les risques d'évènements indésirables, avoir été hospitalisé récemment, avoir eu des effets secondaires objectivés, la présence d'inquiétude de la part du patient et/ou du professionnel de la santé. Le nombre de participants admissibles dans l'étude était d'environ 719. Or, au total, 96 patients ont été recensés (N=3 ont quitté l'étude, N=5 étaient indisponibles au moment de l'étude, N=4 ont stoppé leur participation à l'étude pour des raisons inconnues). L'échantillon final comprenait 84 patients.

La récolte de données a été effectuée par deux pharmaciens cliniciens embauchés à temps partiel (12 heures par semaine chacun), un sur chaque site de l'étude, pendant 15 mois entre septembre 2014 et décembre 2015. Cette étude de design comparatif incluait une intervention de la part des pharmaciens cliniciens qui consistait à réaliser un bilan comparatif des médicaments ainsi qu'un examen complet des médicaments prescrits dans le but d'obtenir le meilleur historique de médication possible permettant de limiter les risques d'apparition d'évènements indésirables médicamenteux. Les adaptations de traitements proposés par les pharmaciens cliniciens ont émané d'un examen rétrospectif des dossiers médicaux. Une fois la liste des médicaments de référence obtenue, un

rapport a été envoyé aux médecins généralistes, aux services de soins à domicile ainsi qu'aux pharmacies. Un travail en amont a également été réalisé par les pharmaciens afin de fournir des recommandations orales aux médecins généralistes via des entretiens téléphoniques. Par la suite, les évènements indésirables médicamenteux recensés par les pharmaciens ont été classés à l'aide des critères de Strand. Le risque d'apparition d'un évènement indésirable médicamenteux a été classé comme suit : élevé, modéré ou faible sur la base de critères préalablement validés. Une vérification des données recueillies a été effectuée par l'équipe de recherche.

Pour l'analyse statistique des données, le logiciel Statistical Package for Social Sciences (i.e SPSS) version 23.0 a été utilisé. Les données ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives. Les résultats ont été rapportés sous forme de fréquence et de proportion pour les variables catégorielles\*, et d'écart-type, de médiane, d'intervalle et d'interquartile pour les variables continues\* en fonction de l'asymétrie de la distribution des données.

Les principaux résultats de cette étude mettent en évidence que pour 72,6% de l'échantillon final, des anomalies médicamenteuses dans les prescriptions médicales avaient été détectées par les pharmaciens. Les principales recommandations faites par les pharmaciens aux médecins généralistes dans le but de pallier ces anomalies consistaient en un arrêt du traitement ou en une réduction de la dose administrée. Au total, 282 recommandations ont émergé de l'examen ainsi que du bilan comparatif établi par les pharmaciens visant à diminuer les risques d'apparition d'évènements indésirables médicamenteux (médiane de trois recommandations par patient, IQR 1-4,8, intervalle 0-13). Parmi ces recommandations, 52,2% ont été suivies par les médecins généralistes. Le classement des évènements indésirables médicamenteux a permis de constater que pour N=43 (51,2% des patients), les EMI provenaient d'une non-adhésion médicamenteuse. De plus, les résultats de l'étude ont révélé que l'intégration de pharmaciens dans les services de soins à domicile permettait l'amélioration du travail interdisciplinaire et de la sécurité du patient en lien avec la gestion médicamenteuse. La sollicitation de pharmaciens cliniciens a permis une identification efficace des évènements indésirables médicamenteux ainsi que des écarts de médication présents au sein d'une population vulnérable. Ce modèle interdisciplinaire possède le potentiel pour optimiser l'utilisation des médicaments et fournir un soutien dans la gestion médicamenteuse des patients à domicile.

#### 4.5.1 Validité méthodologique

L'échantillon a été réalisé selon un échantillonnage de commodité. Les sujets n'ont pas été choisis au hasard, mais selon des critères d'inclusion et leur disponibilité à un moment et à un endroit précis. En effet, seuls les patients bénéficiant d'un service de soins à domicile pour gestion médicamenteuse ont été invités à participer à l'enquête, ce qui induit un biais d'échantillonnage. De plus, un biais d'attrition\* est objectivé par l'abandon de 12 patients au cours de l'étude. La validité externe est fragilisée, ce qui compromet la généralisation des résultats. En outre, les chercheurs ont mis en place une intervention dans le but d'objectiver la portée de cette dernière sur la sécurité des patients. Or, l'absence de groupe témoin contribue à la vulnérabilité de la validité interne en diminuant la véracité des résultats. Néanmoins, le fait d'avoir effectué un suivi après l'intervention a contribué à la réalisation de liens de causalité et ainsi permis l'obtention de résultats plus précis. Les chercheurs ont effectué une analyse de puissance basée sur de précédentes études avant la sélection des participants. Cette technique sert à déterminer la taille minimale de l'échantillon nécessaire pour détecter des différences ou des relations entre les variables étudiées et augmente ainsi la véracité des résultats et donc la validité interne.

La récolte de données a été effectuée par deux pharmaciens cliniciens, un sur chaque site, employés à temps partiel. Cette méthodologie permet d'améliorer l'objectivité des résultats en contrôlant un biais pouvant être induit par effet de congruence. Or, une restriction du temps à disposition des pharmaciens pour effectuer la récolte de données a dû être imposée. Dès lors, la quantité de données collectées peut être diminuée par manque de temps, ce qui réduirait la validité interne de l'étude. De même que l'utilisation d'outils sans évaluation de leur validité ainsi que de leur fiabilité par un coefficient alpha de Cronbach diminue la cohérence interne de l'étude. La classification des évènements indésirables médicamenteux faite sur la base des critères de Strand limite la généralisation des résultats car cet outil de mesure ne tient pas compte du risque présent chez les patients et ne peut, dès lors, être utilisé uniquement lorsque les problèmes en lien avec la médication ont été objectivés (PK & R, 2014).

Des analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS version 23. La fréquence et les proportions utilisées pour les variables catégorielles ainsi que la médiane, l'écart-type, les intervalles et l'interquartile employés pour les variables continues ont permis de générer une analyse statistique descriptive. L'utilisation de tests paramétriques\* et non paramétriques\* aurait permis d'examiner la portée de l'intervention

en générant une analyse statistique inférentielle\* et ainsi augmenter la validité externe de l'étude.

#### **4.5.2 Considérations éthiques**

Cette étude a été approuvée par les comités d'éthique de la recherche humaine affiliés à l'institution de soins à domicile ainsi qu'à l'Université de Monash. Les participants ont été informés de la visée de l'étude et ont donné leur consentement au travers d'un courriel sécurisé. Néanmoins, les informations concernant l'anonymat ne sont pas clairement définies. De plus, au sein de cette étude, le consentement n'est pas un formulaire à part et n'a pas été rempli par les patients eux-mêmes mais par les infirmières. Tous les critères éthiques ne sont donc pas respectés.

#### **4.5.3 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

La classification des évènements indésirables a permis d'identifier un aspect central de la prise en charge des patients à domicile, à savoir le manque d'adhésion thérapeutique. D'où l'importance du rôle préventif des infirmiers à domicile, notamment concernant les effets indésirables potentiels, le respect des horaires et des posologies ainsi que les bénéfices des traitements sur la qualité de vie.

La collaboration interprofessionnelle incluant médecins généralistes, infirmiers à domicile et pharmaciens dans les milieux de soins suisse et valaisan devrait être approfondie et entretenue de manière systématique et régulière dans le but d'augmenter la sécurité des soins et ainsi limiter la survenue d'évènements indésirables médicamenteux. Or il semblerait que ce modèle de prise en charge soit bénéfique pour le système de santé car il réduirait les coûts de la santé par diminution des taux d'hospitalisation et optimiserait la gestion médicamenteuse à domicile, ce qui augmenterait la sécurité des patients et induirait ainsi une pérennisation de la qualité des soins. Pour ce faire, d'autres recherches menées en Suisse seraient nécessaires afin d'examiner l'impact de l'intégration des pharmaciens dans la prise en charge de patients à domicile sur les aspects cliniques et économiques du système de santé.

#### 4.6 Description de l'étude 6

Elliott, R. A., Lee, C. Y., Beanland, C., Vakil, K., & Goeman, D. (2016). Medicines Management, Medication Errors and Adverse Medication Events in Older People Referred to a Community Nursing Service : A Retrospective Observational Study. *Drugs – Real World Outcomes*, 3(1), 13-24. <https://doi.org/10.1007/s40801-016-0065-6>

L'étude suivante utilise un modèle de recherche observationnel, rétrospectif\* et descriptif de nature quantitative. Son but est, d'une part, de décrire les caractéristiques des personnes âgées bénéficiaires de soins à domicile pour un soutien dans la gestion médicamenteuse et, d'autre part, d'établir une description des erreurs de médication rencontrées ainsi que des évènements indésirables médicamenteux recensés. Elle a été menée sur deux sites affiliés à la même institution de soins à domicile à Melbourne, en Australie. De discipline infirmière, cette étude a été réalisée par plusieurs chercheurs dont la majorité possèdent un Bachelor en sciences infirmières et font partie du corps professoral de différentes universités interdisciplinaires.

Un échantillonnage probabiliste aléatoire simple a été adopté. À l'aide d'un générateur de nombres aléatoires, une centaine de patients suivis par un service de soins à domicile ont été sélectionnés au hasard parmi toutes les personnes âgées de 50 ans et plus, ayant bénéficié de soins à domicile entre le 16 juillet et le 12 octobre 2012. L'échantillon total comprenait 100 patients et était composé à 60% par des femmes.

Les données ont été collectées de mai à décembre 2013 au moyen d'un examen rétrospectif des dossiers médicaux et par contacts téléphoniques avec les médecins généralistes ainsi que les pharmacies des patients. Pour guider la collecte de données, un formulaire pré-pilote a été utilisé, contenant les items suivants : les raisons du suivi par le service de soins à domicile, les problèmes médicaux actuels, la présence de troubles cognitifs (Mini-Mental State Examination <24 ou Rowland Universal Dementia Assessment Scale <23), l'administration de médicaments associés à un risque accru d'évènements indésirables médicamenteux, l'aide utilisée pour la gestion des traitements (supervision, administration, aide à l'observance), les prescriptions médicamenteuses, les erreurs de médication, les évènements indésirables médicamenteux, les preuves de travail interdisciplinaire ainsi que la durée des soins prodigués par le service de soins à domicile. De surcroît, un examen des évènements indésirables médicamenteux a été réalisé par un groupe d'experts composé de trois pharmaciens et de deux infirmières

dans le but de déterminer la causalité, la capacité de prévention ainsi que la contribution aux hospitalisations de ces derniers.

Les données ont été analysées en utilisant le SPSS version 21 et retranscrites sous la forme de fréquence et de proportions pour les variables catégorielles et d'intervalle, de médiane et d'interquartile pour les variables continues discrètes de distributions asymétriques. Les relations de gravité ont été examinées au moyen du coefficient de corrélation de Pearson\*. De plus, les scores de l'indice de comorbidité de Charlson ajusté selon l'âge ont été calculés pour chaque patient participant à l'étude (un score de C5 indique un risque accru de mortalité).

Les principaux résultats suggèrent que le manque de collaboration et communication interdisciplinaire majore fortement les risques d'évènements médicamenteux indésirables à domicile. La présente étude a recensé 137 erreurs de médication touchant 41% des patients. 13% des évènements indésirables médicamenteux objectivés ont nécessité une hospitalisation ou une consultation médicale. Un lien de causalité peut être établi entre le nombre d'erreurs de médication et la collaboration interdisciplinaire, car seulement huit dossiers médicaux contenaient une traçabilité écrite d'échanges interprofessionnels entre les infirmiers et les médecins généralistes. De plus, l'examen effectué par le comité d'experts a montré que 64% des évènements indésirables médicamenteux étaient potentiellement évitables.

Dans la présente étude, l'utilisation de semainiers a été identifiée comme un facteur de risque d'évènements médicamenteux indésirables. 47% des patients possédaient un semainier. Sur ces 47%, 42 semainiers étaient préparés par la pharmacie et ont induit 26 erreurs de médication. Cette corrélation découle d'un manque de collaboration interprofessionnelle lié à la difficulté de la prise en charge de la population étudiée. Les patients ayant participé à cette étude souffraient en moyenne de cinq (IQR 3-7) affections chroniques, ce qui augmente le nombre de suivis médicaux et engendre des prescriptions en cascade. Les résultats de cette étude rétrospective mettent en lumière l'un des aspects cités dans la problématique ainsi que dans le cadre théorique de cette revue de la littérature, à savoir l'importance du rôle infirmier quant à la prévention des évènements indésirables médicamenteux dans le contexte des soins à domicile. Ce point est mis en avant dans cette étude et s'objective par le fait que 64% des évènements indésirables médicamenteux ont été recensés comme potentiellement évitables.

#### **4.6.1 Validité méthodologique**

La conception rétrospective de l'étude induit une sous-estimation des données qui altère la validité interne de l'étude.

Le recrutement des participants s'est fait au moyen d'un échantillonnage aléatoire simple. Cette méthode probabiliste consiste à sélectionner les participants de manière aléatoire au sein d'une population présentant des critères d'inclusion identiques. Dans cette étude, seuls les patients âgés de 50 ans ou plus qui ont bénéficié d'un service de soins à domicile entre le 16 juillet et le 12 octobre 2012 étaient potentiellement admis. L'utilisation d'un échantillonnage aléatoire simple a permis de corriger les biais d'échantillonnage en augmentant la représentativité de l'échantillon final. Toutefois, la taille de l'échantillon n'a pas fait l'objet d'une analyse de puissance avant le recrutement, ce qui peut entraver la crédibilité des résultats. De plus, seuls les patients domiciliés en milieux urbains constituaient l'échantillon, ce qui limite la validité externe de l'étude.

La récolte de données a été effectuée à l'aide d'un formulaire pré-pilote. Or, en l'absence de coefficient de Cronbach, la validité du formulaire ne peut pas être vérifiée, ce qui diminue la cohérence interne de l'outil de récolte de données et, en conséquence, la validité interne de l'étude. Toutefois, les chercheurs ont procédé à l'aide de plusieurs méthodes : utilisation du formulaire pré-pilote, entretiens téléphoniques et analyses des dossiers médicaux. Cette méthodologie de récolte de données permet de corriger les biais et accroît la véracité des résultats. Le recensement des évènements indésirables a été effectué par les infirmiers à domicile, ce qui, par effet de congruence et conflits d'intérêts, peut induire des biais. Dès lors, l'objectivité des résultats est affectée.

Concernant l'analyse statistique des données, le logiciel SPSS version 21 a été utilisé. Une analyse statistique descriptive a été générée suite aux calculs des fréquences et des proportions pour les variables catégorielles. Les variables continues discrètes de distribution asymétrique ont été calculées par des intervalles, des médianes et des interquartiles. De plus, l'utilisation d'un test statistique paramétrique, le coefficient de corrélation de Pearson, a permis d'évaluer la gravité induite par les évènements indésirables médicamenteux.

#### **4.6.2 Considérations éthiques**

L'étude a été approuvée par le Royal District Nursing Service ainsi que par les comités d'éthique de la recherche humaine de l'Université de Monash. Néanmoins, toutes les considérations éthiques n'ont pas été respectées, car l'étude ne stipule pas l'obtention

d'un consentement écrit et/ou oral concernant la visée de l'étude, la possibilité de se retirer à n'importe quel moment de la recherche ainsi que l'anonymisation des données approuvée par les patients.

#### **4.6.3 Pertinence et utilité pour la pratique professionnelle**

Le rôle infirmier en lien avec la prévention des événements indésirables médicamenteux à domicile consiste non seulement à favoriser l'observance thérapeutique des patients, mais également à garantir la continuité des soins. Pour ce faire, l'adoption d'une vision globale du patient par l'infirmier permet de déceler les changements bio-psycho-sociaux significatifs pouvant impacter son autonomie dans la gestion de ses traitements. Dès lors, il est du ressort de l'infirmier à domicile de communiquer de manière claire, ciblée et pertinente ses observations au médecin généraliste, dans le but d'adapter le plan traitement et/ou la prise en charge. L'une des stratégies proposées dans cette étude afin de limiter les risques de survenue d'événements médicamenteux indésirables à domicile serait d'intégrer des pharmaciens dans la prise en charge des patients. Cette collaboration interdisciplinaire pourrait faciliter la communication entre les différents professionnels de la santé, car le pharmacien serait la personne-ressource concernant la médication du patient. Or, en l'absence d'études faisant état des bénéfices ainsi que des limitations de cette stratégie, l'inclusion de pharmaciens dans la prise en charge des patients à domicile en Suisse ne semble, pour l'heure, pas pertinente.

#### **4.7 Synthèse des principaux résultats**

La spécificité du contexte des soins à domicile caractérisée par un manque de contacts directs avec l'équipe interprofessionnelle accroît les risques de survenue d'événements indésirables médicamenteux (Devik et al., 2018a). Les relations interprofessionnelles devant s'entretenir à distance, l'absence de pertinence et de clarté dans les transmissions orales et/ou écrites représente un obstacle à une collaboration interprofessionnelle efficiente, diminuant ainsi la sécurité du patient. En conséquence, les événements indésirables médicamenteux majoritairement rencontrés dans ce contexte de soins émanent d'erreurs de prescriptions précipitant les risques de sur et/ou sous-dosage ainsi que d'une non-adhésion et d'une non-observance médicamenteuse des patients bénéficiaires de soins à domicile (Elliott et al., 2016; Lee et al., 2019).

Les infirmiers à domicile jouent un rôle central dans la prise en charge des patients à domicile. La relation infirmiers-patients est primordiale dans le contexte des soins à domicile et permet de garantir la sécurité des patients en assurant la continuité des soins

(Devik et al., 2018a; Elliott et al., 2016). Pour ce faire, l'utilisation des ressources acquises lors des formations permet de diminuer les risques de survenue d'évènements indésirables médicamenteux. La réalisation d'une anamnèse approfondie incluant les dimensions bio-psycho-sociales et spirituelles permet d'avoir connaissance des ressources à disposition du patient ainsi que de ses attentes (Kollerup et al., 2018a). Dès lors, la mise en place d'un plan de soins individualisé et adapté au statut cognitif et fonctionnel du patient améliore la sécurité du patient et diminue la survenue d'évènements indésirables médicamenteux (Sarzynski et al., 2019). Le rôle des infirmiers à domicile réside également dans la prévention des événements indésirables médicamenteux et permet d'accroître l'adhésion ainsi que l'observance thérapeutique des patients (Lee et al., 2018). La prévention des événements indésirables médicamenteux passe par l'identification ainsi que la transmission aux médecins généralistes des effets secondaires objectivés dans le but de diminuer les méfaits en lien avec un risque de sur et/ou sous-dosage médicamenteux et par la dispensation d'informations aux patients (respect des horaires, des posologies prescrites ainsi que les effets secondaires potentiels) (Kollerup et al., 2018b). L'analyse des six études a permis d'identifier plusieurs stratégies favorisant l'augmentation des ressources à disposition des infirmiers à domicile permettant de garantir la sécurité des patients en lien avec la gestion médicamenteuse à domicile. L'actualisation des connaissances pharmacologiques des infirmiers à domicile, la potentialisation du rôle infirmier à domicile, l'inclusion de pharmaciens cliniciens dans la prise en charge des patients à domicile semblerait augmenter la sécurité des soins liée à la gestion médicamenteuse. Finalement, la réalisation de colloques interdisciplinaires hebdomadaires axés sur la gestion médicamenteuse diminuerait les risques d'évènements indésirables médicamenteux (Devik et al., 2018b; Elliott et al., 2016; Lee et al., 2018, 2019).

## **5 Discussion**

### **5.1 Discussion des résultats**

Le but de cette revue de la littérature est d'apporter des réponses à la question de recherche suivante : Comment les infirmières exerçant dans une institution de soins à domicile peuvent-elles garantir la sécurité du patient âgé de plus de 65 ans en limitant les événements indésirables médicamenteux ? Toutefois, certains biais méthodologiques limitent la généralisation ainsi que la véracité des résultats. Par conséquent, les résultats sont confrontés à d'autres études sur le sujet.

Lors de l'analyse des résultats des études sélectionnées dans ce travail, l'inclusion de pharmaciens dans le système de soins à domicile a été identifiée comme une ressource à disposition des infirmiers dans le but de diminuer les évènements médicamenteux indésirables (Devik et al., 2018b; Elliott et al., 2016; Lee et al., 2019). La réalisation d'un bilan comparatif des traitements administrés quotidiennement aux bénéficiaires de soins à domicile par des pharmaciens permettrait de diminuer la survenue d'évènements indésirables médicamenteux émanant d'interactions médicamenteuses, de sous et/ou surdosage et ainsi limiterait les effets secondaires des traitements. Au cours de la seconde recherche, une revue systématique de la littérature portant sur des études de type quantitatives (Khalil et al., 2017) a été retenue. Cette étude rapporte que l'inclusion de pharmaciens dans le système de santé diminuerait significativement le nombre d'évènements indésirables médicamenteux liés à une erreur de prescription ou causés par une interaction médicamenteuse. De plus, cette revue systématique montre que la participation des infirmiers à une formation portant sur la pharmacocinétique ainsi que la pharmacodynamique dispensée par des pharmaciens et des médecins généralistes réduirait les évènements indésirables médicamenteux dans le contexte des soins à domicile.

L'analyse des études sélectionnées a également permis de mettre en évidence la spécificité du contexte des soins à domicile caractérisée par l'absence de contacts directs entre les différents professionnels de la santé. Les infirmiers à domicile jouent un rôle central dans la prise en charge des patients en assurant la continuité des soins (Elliott et al., 2016; Kollerup et al., 2018b; Lee et al., 2019). En effet, la prévention des évènements indésirables médicamenteux effectuée au travers d'enseignements thérapeutiques par les infirmiers semblerait accroître l'adhésion ainsi que l'observance médicamenteuse de ces derniers (Kollerup et al., 2018b). Une revue systématique faisant état d'études aussi bien qualitatives que quantitatives et incluant des méta-analyses traite de cette thématique (the Belgian Society for Gerontology and Geriatrics (BSGG) et al., 2020). Les conclusions de ces quatre études se rejoignent. Le rôle infirmier dans le contexte des soins à domicile est prépondérant dans la gestion des traitements médicamenteux et augmente ainsi la sécurité des patients. Or, la Société Belge de Gérontologie et de Gériatrie spécifie les thématiques devant être abordées par les infirmiers dans le but d'accroître l'adhésion ainsi que l'observance médicamenteuse : explications des indications des traitements prescrits, effets indésirables des médicaments, impact de l'adhésion thérapeutique dans la gestion des activités de la vie quotidienne, avantages de la thérapie, conservation des médicaments et objectifs thérapeutiques. Cette revue systématique propose également une méthodologie permettant de diminuer significativement les évènements indésirables

médicamenteux à domicile en optimisant l'enseignement thérapeutique, à savoir la méthode d'autoapprentissage. Cette approche place le patient au centre de la prise en charge en considérant les connaissances préalablement acquises par ce dernier et permet aux infirmiers l'adoption d'une vision holistique (the Belgian Society for Gerontology and Geriatrics (BSGG) et al., 2020).

La collaboration interdisciplinaire est primordiale afin de garantir la sécurité des patients en lien avec la gestion médicamenteuse à domicile. Comme il a été vu au préalable, le manque de proximité entre les différents professionnels de la santé peut accroître les risques de survenue d'événements indésirables médicamenteux (Devik et al., 2018a). Une revue systématique de la littérature portant sur l'importance du rôle infirmier dans la gestion des traitements médicamenteux lors de soins dits de transitions (Mardani et al., 2020) montre que l'établissement d'une communication ainsi que de relations interprofessionnelles efficaces et régulières (colloques) diminuerait les événements indésirables médicamenteux. Cette revue spécifie également qu'un travail doit être entrepris par les infirmiers concernant la pertinence des transmissions écrites et/ou orales faites aux médecins généralistes.

## **5.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences**

Les études retenues pour cette revue de la littérature sont de nature quantitative (Devik et al., 2018b; Elliott et al., 2016; Lee et al., 2018; Sarzynski et al., 2019) et qualitative (Kollerup et al., 2018b; Lee et al., 2019) s'intégrant au paradigme positiviste et interprétatif. Les six études appartiennent au niveau IV de la pyramide des preuves de la Haute Autorité de Santé (2013, p. 8), correspondant au grade C des recommandations, ce qui indique un faible niveau de preuve. Le niveau d'interprétation des preuves permet de sélectionner les études pertinentes dont les résultats seraient applicables à la pratique (Fortin & Gagnon, 2016, p. 473-474).

Cinq des études retenues (Devik et al., 2018b; Kollerup et al., 2018a; Lee et al., 2018, 2019; Sarzynski et al., 2019) ont utilisé un procédé d'échantillonnage non probabiliste, ce qui signifie que les sujets participant à l'étude n'ont pas été choisis de manière aléatoire mais sur la base de critères prédéfinis ou selon leur disponibilité. Dès lors, la représentativité de l'échantillon est restreinte, ce qui limite la généralisation des conclusions. Dans l'ensemble des recherches retenues, l'échantillon est composé de patients âgés de plus de 65 ans. Toutefois, 42% des patients bénéficiaires de soins à domicile sont âgés de 80 ans et plus (Office fédéral de la Santé publique, 2019), ce qui assure la représentativité de l'échantillon sélectionné.

Seule une étude (Elliott et al., 2016) sur les quatre appartenant au paradigme positiviste mentionne l'utilisation d'une analyse de puissance afin de déterminer le nombre de participants nécessaires pour établir des relations pertinentes et existantes entre les variables. Concernant les autres études quantitatives (Devik et al., 2018a; Lee et al., 2018; Sarzynski et al., 2019), elles ne font pas référence à une analyse de puissance, ce qui peut influencer sur la validité des résultats. De plus, l'absence de vérification externe au travers d'un audit d'experts ou d'une triangulation de l'analyse des données dans l'une des deux études de design qualitatif (Kollerup et al., 2018a) compromet la véracité des résultats. Une comparaison des résultats à ceux d'études antérieures a été établie par les auteurs des six articles retenus. Des conclusions similaires mais également complémentaires s'associent. La recherche d'explications supplémentaires concernant une thématique permet de renforcer la validité interne et la fidélité\* des études.

### **5.3 Limites et critiques de la revue de la littérature**

La première limite mise en évidence dans ce travail est que cette revue n'est pas systématique car elle se limite à l'analyse de six études et ne prend donc pas en compte toutes les études traitant cette thématique. De plus, seules trois bases de données ont été consultées. Les différents critères imposés limitent le champ de recherche. Les études devaient être issues de la discipline infirmière et, afin d'accroître la véracité des résultats, il était nécessaire que les articles soient récents. Dès lors, seuls les articles publiés à partir de janvier 2016 ont été analysés.

Une seconde limite est en relation avec la sélection des études. Deux articles axés sur l'inclusion de pharmaciens dans les services de soins à domicile (Lee et al., 2018, 2019) ont été retenus, limitant ainsi l'impact du rôle infirmier dans la gestion des traitements médicamenteux. Ces deux études ont été menées par la même auteure principale, ce qui peut engendrer un biais par effet de congruence. Les études retenues traitent essentiellement du recensement des évènements indésirables médicamenteux rencontrés dans le contexte des soins à domicile mais, de par le manque de recherches à ce sujet, ne proposent qu'un nombre limité de ressources à disposition des infirmiers dans le but de garantir la sécurité des patients en lien avec la gestion médicamenteuse.

Une troisième limite de cette revue de la littérature est associée au fait qu'aucune des études sélectionnées n'a été réalisée en Suisse. Deux des six articles retenus prennent en considération des pays de l'Union européenne, à savoir la Norvège et le Danemark (Devik et al., 2018b; Kollerup et al., 2018b). Or, les services de soins à domicile de ces pays ne sont pas similaires à ceux établis en Suisse. En effet, les politiques de santé

guidant l'organisation des systèmes de santé ainsi que les prestations de soins fournies aux patients peuvent varier d'un pays à l'autre. Les différences en matière de politique de santé, ainsi que les divergences culturelles, sociales et environnementales réduisent la possibilité de généraliser les résultats à la Suisse.

## **6 Conclusions**

### **6.1 Propositions pour la pratique**

L'analyse des six études a permis de mettre en évidence le rôle central occupé par les infirmiers à domicile dans le cadre de la gestion médicamenteuse, notamment en matière de prévention. Cette partie a donc pour but de développer les différentes interventions infirmières visant à garantir la sécurité du patient en limitant les évènements indésirables médicamenteux.

Les études montrent qu'il est primordial d'améliorer la communication interprofessionnelle ainsi qu'avec le patient. L'amélioration de la communication entre les professionnels permettrait de diminuer les facteurs précipitants des évènements indésirables médicamenteux tels que les erreurs de prescriptions et les interactions médicamenteuses. Pour ce faire, l'utilisation de programmes informatiques standardiserait les pratiques et garantirait une traçabilité des actes médico-délégués comme l'administration des traitements. La continuité des soins serait, quant à elle, assurée par la réalisation de colloques interdisciplinaires hebdomadaires ainsi que le contrôle systématique des prescriptions par un pharmacien, diminuant ainsi l'occurrence des évènements indésirables médicamenteux. De plus, la non-observance ainsi que la non-adhésion médicamenteuse seraient limitées par le biais d'interventions infirmières telles que la mise en place de semainiers et l'enseignement thérapeutique dispensé au patient et/ou au proche aidant. L'information au patient ainsi qu'à son entourage vise à réduire l'automédication pouvant favoriser la survenue d'évènements indésirables médicamenteux. Toutefois, il est du ressort de l'infirmier de favoriser l'indépendance du patient dans le but de prévenir un déclin fonctionnel qui compromettrait la réalisation des activités de la vie quotidienne pouvant dès lors mener à une médication inappropriée.

La particularité du contexte des soins à domicile nécessite, pour l'infirmier, d'être à même de détecter toute modification de l'état de santé général des patients, notamment lors d'évènements indésirables médicamenteux. Pour ce faire, la réalisation d'un recueil de données ciblé comprenant une anamnèse approfondie incluant les dimensions bio-psycho-sociales et spirituelles ainsi qu'un examen physique lors de l'admission du patient

au service de soins à domicile est indispensable. Le patient est dès lors considéré de façon holistique par le soignant, ce qui permet de fixer des objectifs thérapeutiques en fonction des besoins et des attentes du patient ainsi que de son entourage.

## **6.2 Propositions pour la formation**

Cette revue de la littérature met en évidence l'importance du référentiel de compétences dans la pratique infirmière. La diminution des évènements indésirables médicamenteux à domicile fait appel à diverses compétences infirmières telles que le rôle de promoteur, le rôle d'expert en soins infirmiers ainsi que le rôle de communicateur. Dans le but de développer le rôle autonome de l'infirmier HES pourvu d'un Bachelor en soins infirmiers, l'examen clinique fait partie intégrante du cursus de formation. De plus, un Certificat d'études avancées (CAS) « Évaluation clinique infirmière » est dispensé en postgrade dans le but d'élargir les connaissances et compétences des infirmiers en matière de jugement clinique. Cette formation postgrade peut être suivie au Centre hospitalier universitaire vaudois et s'articule autour de l'apprentissage par simulation. Un Diplôme d'études avancées (DAS) « Santé des populations vieillissantes » est proposé aux titulaires d'un Bachelor en soins infirmiers. Ce dernier est dispensé au sein de la HES-SO Valais-Wallis.

Dans le but de renforcer la prévention des évènements indésirables médicamenteux lors de la formation menant à l'obtention d'un Bachelor en sciences infirmières, il serait judicieux de mettre davantage l'accent sur les bases pharmacologiques ainsi que sur les enjeux de la polymédication liée à l'augmentation de la multimorbidité au sein de la population vieillissante. L'augmentation de l'espérance de vie accroît fortement la demande dans les institutions de soins à domicile (Office fédéral de la Santé publique, 2019). De ce fait, afin de développer le rôle de promoteur de la santé et ainsi diminuer les évènements indésirables médicamenteux à domicile, les centres médico-sociaux valaisans devraient promouvoir auprès du personnel infirmier la réalisation d'une formation continue axée sur la spécificité de la gériatrie incluant la polymédication et la multimorbidité.

## **6.3 Propositions pour la recherche**

En ce qui concerne la recherche, la réalisation d'études supplémentaires traitant de la thématique permettrait d'optimiser la sécurité des soins dans le contexte des soins à domicile. La majorité des études portant sur la gestion médicamenteuse à domicile sont de type quantitatif et ne font pas référence au contexte sociosanitaire valaisan. Or, il serait

pertinent de mener des recherches qualitatives au sein des services de soins à domicile valaisans dans le but de comprendre le ressenti ainsi que les difficultés des patients face à la gestion de leur médication. La réalisation d'autres études, s'inscrivant dans une perspective internationale, incluant donc la Suisse et prenant en compte les politiques de santé, les différences linguistiques, culturelles et sociales ainsi que les différents cursus de formation serait susceptible de permettre une comparaison des facteurs prédisposants et précipitants des évènements indésirables médicamenteux selon le pays d'origine. La généralisation aux systèmes de santé suisse et valaisan serait facilitée et les ressources à disposition des infirmiers à domicile visant à garantir la sécurité de la médication seraient augmentées. Cette revue de la littérature a permis d'explorer différentes ressources à disposition du personnel infirmier telles que l'appui de pharmaciens dans la prise en charge des patients à domicile, l'optimisation du rôle préventif, l'amélioration de la communication et de la collaboration interprofessionnelle. Toutefois, il serait intéressant de mener une étude de type expérimental\* à devis avant-après avec groupe témoin. Une recherche de ce type, réalisée au sein de centres médico-sociaux valaisans, permettrait d'évaluer l'efficacité des ressources à disposition des infirmiers – notamment l'utilisation d'un programme informatique standardisé comme outil de communication interprofessionnelle ou une prise en charge incluant une revue de la médication par un pharmacien – ainsi que leur impact sur la sécurité de la médication à domicile.

En définitive, ce travail a permis de mettre en évidence les difficultés rencontrées par les infirmiers concernant la gestion des traitements dans le contexte des soins à domicile telles que l'absence de contacts directs entre les différents professionnels de la santé, une communication interprofessionnelle déficiente ainsi que la spécificité du contexte de soins caractérisée par l'adaptation du lieu de vie en un environnement médicalisé. Dès lors, plusieurs ressources visant à garantir la sécurité du patient ont émané de cette revue de la littérature.

## 7 Références bibliographiques

- Achterhof, A. B., Rozsnyai, Z., Reeve, E., Jungo, K. T., Floriani, C., Poortvliet, R. K. E., Rodondi, N., Gussekloo, J., & Streit, S. (2020). Potentially inappropriate medication and attitudes of older adults towards deprescribing. *PLOS ONE*, 15(10), e0240463. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240463>
- Association suisse des services d'aide et de soins à domicile. (2016). Aide et soins à domicile-Monde ASD. <https://www.aide-soins-domicile.ch/Monde-ASD/P0wwd/>
- Benzidia, S., Garidi, S., & Husson, J. (2018). La standardisation des processus à l'épreuve des risques à l'hôpital. *Management & Avenir Santé*, 3(1), 49. <https://doi.org/10.3917/mavs.003.0049>
- Bouvy, J. C., De Bruin, M. L., & Koopmanschap, M. A. (2015). Epidemiology of Adverse Drug Reactions in Europe : A Review of Recent Observational Studies. *Drug Safety*, 38(5), 437-453. <https://doi.org/10.1007/s40264-015-0281-0>
- Brody, A. A., Gibson, B., Tresner-Kirsch, D., Kramer, H., Thraen, I., Coarr, M. E., & Rupper, R. (2016). High Prevalence of Medication Discrepancies Between Home Health Referrals and Centers for Medicare and Medicaid Services Home Health Certification and Plan of Care and Their Potential to Affect Safety of Vulnerable Elderly Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(11), e166-e170. <https://doi.org/10.1111/jgs.14457>
- Burla, L., Schaffert, R., Mylaeus, M., & Rüesch, P. (2010). Entwicklung und Erprobung von Qualitätsindikatoren für die ambulante Pflege in der Schweiz. *Das Gesundheitswesen*, 72(02), 106-113. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1233474>
- Busnel, C., Ludwig, C., Mastromauro, L., & Zecca, W. (2017). Le RAI-Home Care : Utilisation, potentiels et limites dans les soins à domicile. *Gérontologie et société*, 39 / n° 153(2), 167. <https://doi.org/10.3917/g1.153.0167>
- Caughey, G. E., Ramsay, E. N., Vitry, A. I., Gilbert, A. L., Luszcz, M. A., Ryan, P., & Roughead, E. E. (2010). Comorbid chronic diseases, discordant impact on

mortality in older people : A 14-year longitudinal population study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 64(12), 1036-1042.

<https://doi.org/10.1136/jech.2009.088260>

Collège de la Haute Autorité de Santé. (2007). Définir, ensemble, les nouveaux horizons de la qualité en santé. <https://www.has->

[sante.fr/upload/docs/application/pdf/synthese\\_rapport\\_college\\_has\\_horizons.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/synthese_rapport_college_has_horizons.pdf)

Devik, S. A., Olsen, R. M., Fiskvik, I. L., Halbostad, T., Lassen, T., Kuzina, N., &

Enmarker, I. (2018a). Variations in drug-related problems detected by multidisciplinary teams in Norwegian nursing homes and home nursing care.

*Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 36(3), 291-299.

<https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1499581>

Devik, S. A., Olsen, R. M., Fiskvik, I. L., Halbostad, T., Lassen, T., Kuzina, N., &

Enmarker, I. (2018b). Variations in drug-related problems detected by multidisciplinary teams in Norwegian nursing homes and home nursing care.

*Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 36(3), 291-299.

<https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1499581>

Dilks, S., Emblin, K., Nash, I., & Jefferies, S. (2016). Pharmacy at home : Service for frail older patients demonstrates medicines risk reduction and admission avoidance.

*Clinical Pharmacist*. <https://doi.org/10.1211/CP.2016.20201303>

Elliott, R. A., Lee, C. Y., Beanland, C., Vakil, K., & Goeman, D. (2016). Medicines

Management, Medication Errors and Adverse Medication Events in Older People Referred to a Community Nursing Service : A Retrospective Observational Study.

*Drugs - Real World Outcomes*, 3(1), 13-24. <https://doi.org/10.1007/s40801-016-0065-6>

Fallis, B. A., Dhalla, I. A., Klemensberg, J., & Bell, C. M. (2013). Primary Medication Non-

Adherence after Discharge from a General Internal Medicine Service. *PLoS ONE*, 8(5), e61735. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061735>

- Formarier, M., Jovic, L., & Association de recherche en soins infirmiers (France). (2012).  
Les concepts en sciences infirmières.  
<http://proxy.uqtr.ca/login.cgi?action=login&u=uqtr&db=cairnle&ezurl=http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134.htm>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). Fondements et étapes du processus de recherche :  
Méthodes quantitatives et qualitatives. Chenelière éducation.
- Gedda, M. (2015a). Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et  
la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie, la  
Revue*, 15(157), 39-44. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.004>
- Gedda, M. (2015b). Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et  
la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie, la  
Revue*, 15(157), 39-44. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.004>
- Gentin, M., Marquestaut, O., & de Stampa, M. (2019). Soins en HAD : Aspects cliniques,  
complexité et modalités d'intervention des soignants. *Santé Publique*, 31(2), 269.  
<https://doi.org/10.3917/spub.192.0269>
- Gilbert, A., Roughead, L., McDermott, R., Ryan, P., Esterman, A., Shakib, S., Luszcz, M.,  
Vitry, A., Caughey, G., Preiss, K., Ramsay, E., Clark, A., & Zhang, Y. (2013).  
Multiple chronic health conditions in older people.  
[https://www.unisa.edu.au/siteassets/episerver-6-  
files/global/health/sansom/documents/qumprc/multiple-chronic-health-  
conditions.pdf](https://www.unisa.edu.au/siteassets/episerver-6-files/global/health/sansom/documents/qumprc/multiple-chronic-health-conditions.pdf)
- Harrison, M. B., Keeping-Burke, L., Godfrey, C. M., Ross-White, A., McVeety, J.,  
Donaldson, V., Blais, R., & Doran, D. M. (2013). Safety in home care : A mapping  
review of the international literature: *International Journal of Evidence-Based  
Healthcare*, 11(3), 148-160. <https://doi.org/10.1111/1744-1609.12027>
- Haute Autorité de santé. (2013). Grade des recommandations [Illustration]. In *Niveau de  
preuve et gradation des recommandations de bonne pratique : État des lieux* (p. 8).

[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat\\_des\\_lieux\\_niveau\\_preuve\\_gradation.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf)

Haute Autorité de Santé. (2015). Rapport d'expérimentation sur la conciliation des traitements médicamenteux. Haute Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2574453/fr/securiser-la-prise-en-charge-medicamenteuse-en-etablissement-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2574453/fr/securiser-la-prise-en-charge-medicamenteuse-en-etablissement-de-sante)

Hawes, C. H., Morris, J. N., Phillips, C. D., Fries, B. E., Murphy, K., & Mor, V. (1997). Development of the Nursing Home Resident Assessment Instrument in the USA. *Age and Ageing*, 26(suppl 2), 19-25. [https://doi.org/10.1093/ageing/26.suppl\\_2.19](https://doi.org/10.1093/ageing/26.suppl_2.19)

Hogeveen, S. E., Chen, J., & Hirdes, J. P. (2017). Evaluation of data quality of interRAI assessments in home and community care. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 17(1), 150. <https://doi.org/10.1186/s12911-017-0547-9>

Jarraya, D., Merhabene, T., Mannai, M. A., Jamoussi, A., Ghlila, D., & Besbes, M. (2019). Évaluation des erreurs médicamenteuses dans un service tunisien de réanimation médicale. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*, 54(3), 263-271. <https://doi.org/10.1016/j.phclin.2019.02.001>

Kaufmann, C. P., Stampfli, D., Hersberger, K. E., & Lampert, M. L. (2015). Determination of risk factors for drug-related problems : A multidisciplinary triangulation process. *BMJ Open*, 5(3), e006376-e006376. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006376>

Khalil, H., Shahid, M., & Roughead, L. (2017). Medication safety programs in primary care : A scoping review. *JBIM Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(10), 2512-2526. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003436>

Kollerup, M. G., Curtis, T., & Schantz Laursen, B. (2018a). Visiting nurses' posthospital medication management in home health care : An ethnographic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 222-232. Medline. <https://doi.org/10.1111/scs.12451>

Kollerup, M. G., Curtis, T., & Schantz Laursen, B. (2018b). Visiting nurses' posthospital medication management in home health care : An ethnographic study.

Scandinavian Journal of Caring Sciences, 32(1), 222-232.

<https://doi.org/10.1111/scs.12451>

- Lang, A., Macdonald, M., Marck, P., Toon, L., Griffin, M., Easty, T., Fraser, K., MacKinnon, N., Mitchell, J., Lang, E., & Goodwin, S. (2015). Seniors managing multiple medications : Using mixed methods to view the home care safety lens. *BMC Health Services Research*, 15(1), 548. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1193-5>
- Lee, C. Y., Beanland, C., Goeman, D., Petrie, N., Petrie, B., Vise, F., Gray, J., & Elliott, R. A. (2018). Improving medication safety for home nursing clients : A prospective observational study of a novel clinical pharmacy service-The Visiting Pharmacist (ViP) study. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 43(6), 813-821. <https://doi.org/10.1111/jcpt.12712>
- Lee, C. Y., Goeman, D., Beanland, C., & Elliott, R. A. (2019). Challenges and barriers associated with medication management for home nursing clients in Australia : A qualitative study combining the perspectives of community nurses, community pharmacists and GPs. *Family Practice*, 36(3), 332-342. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz073>
- Manias, E., Annakis, N., Considine, J., Weerasuriya, R., & Kusljic, S. (2017). Patient-, medication- and environment-related factors affecting medication discrepancies in older patients. *Collegian*, 24(6), 571-577. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2016.10.012>
- Mardani, A., Griffiths, P., & Vaismoradi, M. (2020). The Role of the Nurse in the Management of Medicines During Transitional Care : A Systematic Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, Volume 13, 1347-1361. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S276061>
- Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., Meinow, B., & Fratiglioni, L. (2011). Aging with multimorbidity : A systematic review of the

- literature. *Ageing Research Reviews*, 10(4), 430-439.  
<https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003>
- Marieb, E. N., Hoehn, K., Lachaine, R., Moussakova, L., & Desbiens, A. (2015). *Anatomie et physiologie humaines*. Pearson : Éd. du Renouveau pédagogique.
- Masnoon, N., Shakib, S., Kalisch-Ellett, L., & Caughey, G. E. (2017). What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatrics*, 17(1), 230.  
<https://doi.org/10.1186/s12877-017-0621-2>
- Meyer-Masseti, C., Meier, C. R., & Guglielmo, B. J. (2018). The scope of drug-related problems in the home care setting. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 40(2), 325-334. <https://doi.org/10.1007/s11096-017-0581-9>
- Mougeot, F., Occelli, P., Buchet-Poyau, K., Robelet, M., Touzet, S., & Michel, P. (2017). L'émergence de la question de la sécurité des patients en France. *Santé Publique*, 29(6), 869. <https://doi.org/10.3917/spub.176.0869>
- Nickel, C. H., Ruedinger, J. M., Messmer, A. S., Maile, S., Peng, A., Bodmer, M., Kressig, R. W., Kraehenbuehl, S., & Bingisser, R. (2013). Drug—Related emergency department visits by elderly patients presenting with non-specific complaints. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 21(1), 15. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-21-15>
- Observatoire Valaisan de la Santé. (2018). Observatoire Valaisan de la Santé. Comment mesurer la qualité des soins. <https://www.ovs.ch/fr/entete-de-page/l-ovs/evaluation-de-la-qualite-des-soins/qu-est-ce-que-la-qualite-des-soins/>
- Office fédéral de la Santé publique. (2019). Aide et soins à domicile.  
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/hilfe-pflege-zuhause.html>
- Office fédéral de la Statistique. (2019, août 27). Pyramide des âges—1900, 1950, 2018 | Diagramme. OFS.  
</content/bfs/fr/home/statistiken/bevoelkerung.assetdetail.9326012.html>

- Office fédérale de la Santé publique. (2020). Volume des prestations des services d'aide et de soins à domicile, selon le type de prestation et l'âge—2018-2019 | Diagramme. /content/bfs/fr/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/hilfe-pflege-zuhause.assetdetail.14840542.html
- Ordonnance du 3 septembre 2014 sur la qualité des soins et la sécurité des patients, (=Or ;RS 800.300 ; état le 26 septembre 2014).
- Organisation Mondiale de la Santé. (2019). L'OMS inaugure une initiative mondiale pour réduire de moitié les erreurs médicamenteuses en 5 ans.  
<https://www.who.int/fr/news/item/29-03-2017-who-launches-global-effort-to-halve-medication-related-errors-in-5-years>
- Pellegrin, K. L., Lee, E., Uyeno, R., Ayson, C., & Goo, R. (2017). Potentially preventable medication-related hospitalizations : A clinical pharmacist approach to assessment, categorization, and quality improvement. *Journal of the American Pharmacists Association*, 57(6), 711-716. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2017.06.019>
- Pereira, F., von Gunten, A., Rosselet Amoussou, J., De Giorgi Salamun, I., Martins, M. M., & Verloo, H. (2019). Polypharmacy Among Home-Dwelling Older Adults : The Urgent Need for an Evidence-Based Medication Management Model. *Patient Preference and Adherence*, Volume 13, 2137-2143.  
<https://doi.org/10.2147/PPA.S232575>
- PK, A., & R, A. (2014). DRUG-RELATED PROBLEMS - AN OVER VIEW OF VARIOUS CLASSIFICATION SYSTEMS. *Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*, 7(4), 7-10.
- Reason, J. (2000). Human error : Models and management. *BMJ*, 320(7237), 768-770.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
- Reich, O., Rosemann, T., Rapold, R., Blozik, E., & Senn, O. (2014). Potentially Inappropriate Medication Use in Older Patients in Swiss Managed Care Plans : Prevalence, Determinants and Association with Hospitalization. *PLoS ONE*, 9(8), e105425. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105425>

- Renard, D., Fustinoni, S., Seematter-Bagnoud, L., & Santos-Eggimann, B. (2015).  
Médicaments chez les seniors vaudois à domicile : Nombre et composition.  
Raisons de santé(241).
- Sarzynski, E., Ensberg, M., Parkinson, A., Shahar, K., Brooks, K., & Given, C. (2019).  
Health Information Exchange of Medication Lists : Hospital Discharge to Home  
Healthcare. *Home Healthcare Now*, 37(1), 33-35.  
<https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000708>
- the Belgian Society for Gerontology and Geriatrics (BSGG), Capiou, A., Foubert, K., Van  
der Linden, L., Walgraeve, K., Hias, J., Spinewine, A., Sennesael, A.-L., Petrovic,  
M., & Somers, A. (2020). Medication Counselling in Older Patients Prior to Hospital  
Discharge : A Systematic Review. *Drugs & Aging*, 37(9), 635-655.  
<https://doi.org/10.1007/s40266-020-00780-z>
- Tiihonen, M., Nykänen, I., Ahonen, R., & Hartikainen, S. (2016). Discrepancies between  
in-home interviews and electronic medical records on regularly used drugs among  
home care clients : Discrepancies Between In-home Interviews and EMR.  
*Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 25(1), 100-105.  
<https://doi.org/10.1002/pds.3909>
- Verloo, H., Chiolero, A., Kiszio, B., Kappel, T., & Santschi, V. (2017). Nurse interventions  
to improve medication adherence among discharged older adults : A systematic  
review. *Age and Ageing*, 46(5), 747-754. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx076>
- Vincent, C. (2010). *Patient Safety* (1re éd.). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781444323856>
- Vincent, C., & Staines, A. (2019). Enhancing the quality and safety of swiss healthcare.  
<https://psnet.ahrq.gov/issue/quality-and-safety-healthcare-switzerland>
- Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. ERPI.
- Voyer, P. (2017). L'examen clinique de l'aîné : Guide d'évaluation et de surveillance  
clinique. Éditions du nouveau pédagogique Inc.
- Wagner, A., Schaffert, R., Möckli, N., Zúñiga, F., & Dratva, J. (2020). Home care quality  
indicators based on the Resident Assessment Instrument-Home Care (RAI-HC) : A

systematic review. *BMC Health Services Research*, 20(1), 366.

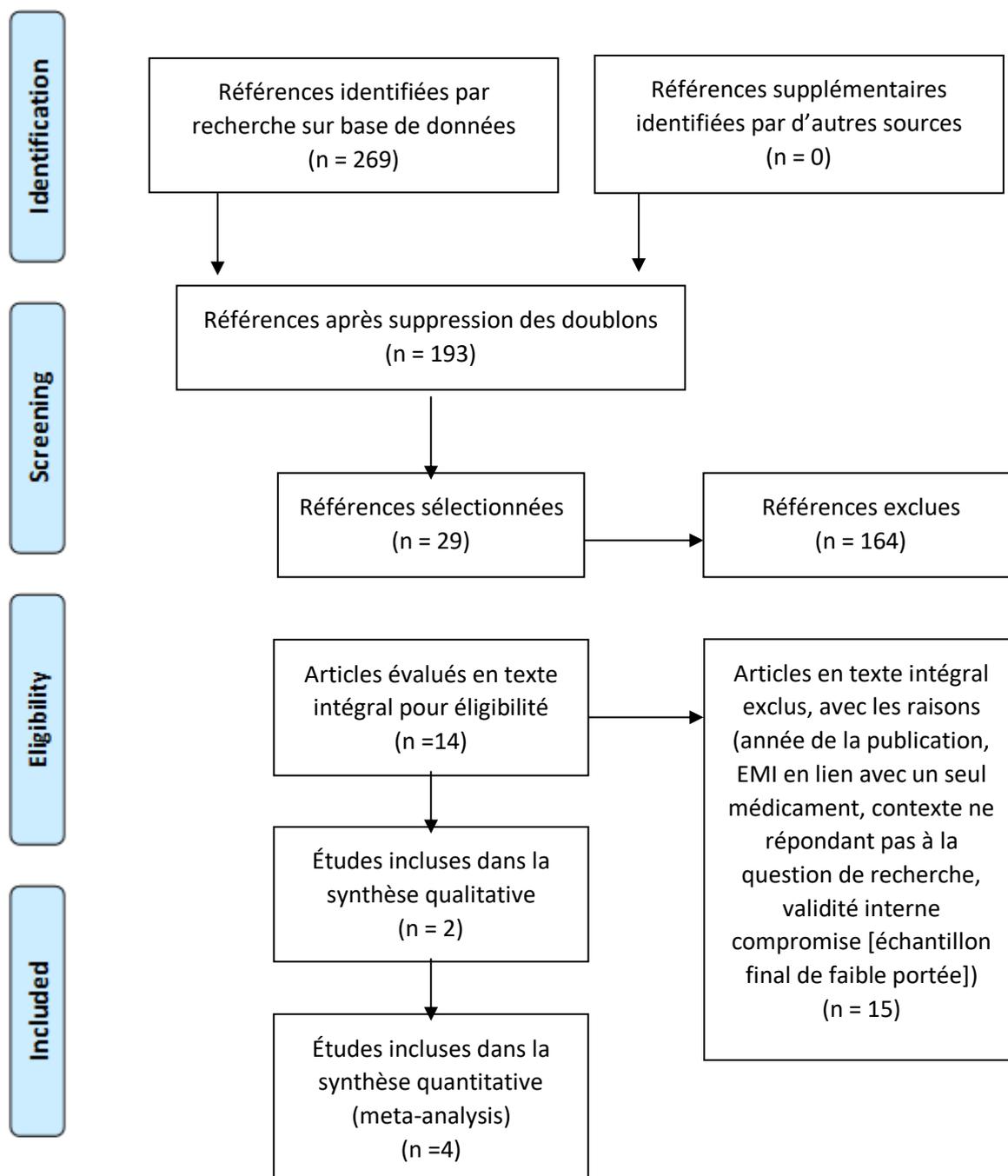
<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05238-x>

Zelko, E., KlemencKetis, Z., & TusekBunc, K. (2016). Medication Adherence in Elderly with Polypharmacy Living at Home : A Systematic Review of Existing Studies.

*Materia Socio Medica*, 28(2), 129. <https://doi.org/10.5455/msm.2016.28.129-132>

## 8 Annexes

### Annexe I : Diagramme de flux PRISMA 2009



(Gedda, 2015b, p. 43)

## Annexe II : Tableaux de recension des études

Devik, S. A., Olsen, R. M., Fiskvik I. L., Halbostad, T., Lassen, T., Kuzina, N., & Enmarker, I. (2018) Variations in drug-related problems detected by multidisciplinary teams in Norwegian nursing homes and home nursing care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 36(3), 291-299, DOI: [10.1080/02813432.2018.1499581](https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1499581)

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude descriptive, comparative et longitudinale</p> <p>Étude quantitative</p> <p>Niveau de preuve IV</p> <p>Paradigme Positiviste</p> <p>Variables</p> <p>VI : milieux de soins ; ici les établissements médico-sociaux et les services de soins à domicile</p> <p>VD : les évènements indésirables médicamenteux</p>	<p>61 personnes vivant dans 5 établissements médico-sociaux différents ainsi que 93 patients recevant des soins à domicile de 8 structures différentes ont été recensés et examinés durant une année (décembre 2013 à juin 2014) → (N =154).</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Échantillonnage non probabiliste effectué dans neuf municipalités de Norvège participant à un programme de sécurité des soins (« In Safe Hands »)</p> <p>Critère(s) d'inclusion</p> <p>Population vieillissante, polymédication, changements significatifs des conditions de santé, un nouveau diagnostic, une nouvelle prescription médicamenteuse ou une réadmission à l'hôpital</p>	<p>Décrire et comparer les problèmes de médication identifiés par des équipes multidisciplinaires dans deux milieux de soins : les établissements médico-sociaux et les soins à domicile</p> <p>Question(s) de recherche</p> <p>Non formulée par les chercheurs</p> <p>Hypothèse(s)</p> <p>Les établissements médico-sociaux sont traditionnellement associés à une pharmacothérapie sous-optimale cumulée à des évènements indésirables médicamenteux. La survenue d'évènements indésirables médicamenteux est-elle aussi prédominante à domicile qu'en maison de retraite ?</p>	<p>Les évènements indésirables médicamenteux ont été recensés à partir d'un outil de classification norvégien.</p> <p>Le choix du médicament (médicaments inappropriés, médicaments non nécessaires, médicaments supplémentaires), le dosage (trop élevé, trop faible, schéma de dosage sous-optimal, prescription avec manque de clarification), les réactions indésirables, les interactions, l'utilisation des médicaments (mauvaise utilisation par les professionnels et/ou les patients), le manque de clarification dans la documentation</p>	<p>Des professionnels de la santé (médecins généralistes, infirmiers et pharmaciens)</p> <p>Trois pharmaciens de l'équipe de recherche ont recensé les évènements indésirables médicamenteux identifiés par les médecins généralistes et les infirmières au moyen d'un outil de classification norvégien en fonction du contexte de soin.</p> <p>Éthique</p> <p>Consentement écrit obtenu auprès de l'administration de la santé et des services sociaux de chaque municipalité</p> <p>Étude présentée au Comité régional d'éthique de la recherche médicale qui n'a pas émis d'objections</p> <p>Approbation donnée par le Centre norvégien pour le traitement des informations personnelles</p>	<p>La valeur <math>p &lt; 0,05</math> a été fixée comme étant statistiquement significative.</p> <p>Analyses statistiques descriptives et inférentielles : la fréquence, la moyenne, l'écart-type, la médiane. Les intervalles de confiance ont été fixés à 95%.</p> <p>Le test U de Mann-Whitney, le test t et le chi-carré ont été effectués dans le but de détecter les différences entre les groupes de patients.</p> <p>Logiciels</p> <p>SPSS (v.24) pour MS Windows</p>	<p>740 évènements indésirables médicamenteux ont été détectés (227 en maisons de retraite et 513 dans les services de soins à domicile). Avec une prédominance dans les services de soins à domicile (moyenne =5,5) par rapport aux maisons de retraite (moyenne =3,7, <math>p = 0,002</math>). Les divergences de documentation atteignent des chiffres plus élevés dans le cadre de soins à domicile</p> <p>Conclusions</p> <p>Le manque de pertinence dans la documentation ainsi que la survenue d'effets indésirables sont des phénomènes préoccupants dans le contexte des soins à domicile.</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Échantillon sans limite d'âge // non probabiliste</p> <p>Collecte de données rétrospective basée sur les recensements faits par les médecins, infirmiers en fonction de jugements professionnels individuels</p> <p>Les histoires personnelles des patients, les diagnostics médicaux, les réactions indésirables antérieures, les symptômes reliés aux évènements médicamenteux indésirables n'ont pas été pris en compte.</p> <p>Collecte de données basée sur un programme international → limitation des données</p> <p>Seuls les médicaments ayant induit un problème ont été enregistrés.</p>

Lee, C. Y., Goeman, D., Beanland, C., & Elliott, R. A. (2019). Challenges and barriers associated with medication management for home nursing clients in Australia : A qualitative study combining the perspectives of community nurses, community pharmacists and GPs. *Family Practice*, 36(3), 332–342, <https://doi.org/10.1093/fampra/cmy073>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Grounded theory Étude qualitative Niveau de preuve IV Paradigme Interprétatif	<p>86 professionnels de la santé (55 infirmiers, 4 infirmiers chefs, 17 médecins généralistes, 10 pharmaciens)</p> <p>Les infirmiers ont été recrutés dans 4 institutions appartenant au même prestataire de soins dans le nord-est et le sud-est de Melbourne via des invitations par e-mail. Les médecins généralistes et les pharmaciens ont été sélectionnés en fonction de leur proximité géographique des sites de l'étude → demandes de participation envoyées par e-mail, fax ou par téléphone.</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Non probabiliste, échantillonnage accidentel / par convenance (invitation par e-mail pour les infirmiers, proximité géographique du lieu de l'étude)</p> <p>Critère(s) d'inclusion et exclusion</p> <p>Non mentionnés par les auteurs</p>	<p>Explorer les processus de gestion des médicaments et décrire les obstacles et défis rencontrés par les infirmiers, les médecins ainsi que les pharmaciens impliqués dans la prise en charge de patients à domicile</p> <p>Question(s) de recherche</p> <p>Non formulée par les chercheurs</p> <p>Hypothèse(s)</p> <p>Le processus de gestion des médicaments à domicile peut être compliqué. → environnement de soins moins structuré (relation infirmiers-médecins-pharmaciens informelle), patientèle avec multimorbidité donc plusieurs prescripteurs et prestataires de soins, manque de communication régulière et pertinente entre les professionnels de la santé, manque de protocoles standardisés pour la gestion médicamenteuse à domicile</p>	<p>Thématique découlant de deux projets (WISE et ViP) :</p> <p>La communication interdisciplinaire, l'organisation du lieu de travail, les politiques de l'institution, le fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire, les attributs sociaux et individuels, les impacts résultant des obstacles /défis liés à la gestion médicamenteuse ainsi que la sécurité des patients</p>	<p>Dix focus groups, 12 entretiens approfondis et 5 réunions de consultations ont été réalisés entre 2013 et 2015.</p> <p>Étude originale → entretiens de 30 à 60 minutes réalisées entre 2013 et 2015, entretiens semi-structurés basés sur les thématiques centrales des recherches WISE et ViP</p> <p>Les entretiens se sont déroulés sur les lieux de travail des différents participants. Deux entretiens avec des pharmaciens ont été réalisés par téléphone. Les échanges, entretiens et conversations ont été enregistrés.</p> <p>Éthique</p> <p>L'approbation éthique a été accordée par le comité d'éthique de la recherche humaine d'Austin Health, Bolton Clarke et de l'université de Monash.</p> <p>Le consentement des participants a été obtenu pour l'enregistrement des entretiens → pas de notion d'anonymat et/ou retrait de l'étude.</p>	<p>Analyse des données par méthode analytique déductive basée sur les objectifs préétablis de l'étude</p> <p>Les fichiers audio ont été transcrits par un transcripteur professionnel → codification ligne par ligne des propos des participants (vérification faite par un enquêteur).</p> <p>Codage descriptif et thématique des données. Utilisation d'un code pour affilier les données aux thématiques prédéfinies à partir de guides (WISE, ViP). Création de nouvelles thématiques pertinentes pour le sujet de l'étude. Regroupement et tri hiérarchique des thèmes → thèmes principaux et sous-thèmes. Établissement de rapports de codage et discussion au sein de l'équipe de recherche concernant les thèmes émergents</p> <p>Logiciels : NVivo10 utilisé pour faciliter l'analyse</p>	<p>Manque de collaboration interdisciplinaire (communication déficiente au sujet des changements de prescriptions entre infirmiers et médecins, mauvaise documentation des changements de médicaments dans les résumés de sortie d'hôpital). Les différences culturelles et linguistiques des patients ainsi que l'absence de cercle social sont perçues comme une entrave à la dispensation de soins sûrs et optimaux par les infirmiers → manque de consilience de la part des médecins généralistes. Une connaissance insuffisante des rôles et fonctions des infirmiers à domicile par les médecins généralistes</p> <p>Conclusions</p> <p>Cette étude propose plusieurs pistes d'amélioration de la gestion médicamenteuse à domicile : des tableaux d'administration des médicaments, des bilans comparatifs des traitements établis par les pharmaciens, l'utilisation de ressources externes telles que des systèmes électroniques de gestion des médicaments ou des colloques interdisciplinaires réguliers centrés sur la gestion des médicaments.</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>L'échantillon d'infirmiers provient de la même institution de soins à domicile établie en quatre centres. Le nombre de médecins généralistes et de pharmaciens était faible par rapport au nombre d'infirmiers. L'origine ethnique, les différentes pratiques ainsi que les années d'expérience des professionnels n'ont pas été prises en compte.</p> <p>Le point de vue des patients et de leur famille n'a pas été inclus dans l'étude. De même que les ressources et besoins des patients n'ont pas été étudiés.</p> <p>L'analyse de données s'est faite par des membres de l'équipe de recherche (absence de triangulation).</p>

Kollerup, M. G., Curtis, T., & Schantz Laursen, B. (2018). Visiting nurses' posthospital medication management in home health care: an ethnographic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32, 222-232. DOI: 10.1111/scs.12451

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude ethnographique, descriptive, explorative</p> <p>Étude qualitative</p> <p>Niveau de preuve IV</p> <p>Paradigme Interprétatif</p>	<p>10 infirmiers à domicile âgés de 38 à 57 ans exerçant depuis au minimum 3 ans (de 3 à 15 ans) avec une expérience clinique allant de 4 à 34 ans</p> <p>12 patients (10 vivant seuls et 2 en couple). Retour à domicile suite à un traitement de cancer (N=4), après une opération orthopédique (N=3) et après une apoplexie (N=2). Quatre des douze patients étaient atteints de démence.</p> <p>Pas de restrictions concernant les conditions de santé des patients ou l'âge (de 77 à 88 ans). Tous étaient polymédiqués (+ de 5 médicaments par jour).</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Échantillonnage non probabiliste</p> <p>Critère(s) d'inclusion</p> <p>Population nécessitant un suivi à domicile par des infirmières après une sortie d'hôpital</p> <p>Critère(s) d'exclusion</p> <p>Non formulé par les auteurs</p>	<p>Explorer la gestion médicamenteuse à domicile au travers d'infirmiers exerçant dans une institution de soins à domicile. Identifier les éléments clés permettant d'améliorer la sécurité des patients</p> <p>Question(s) de recherche</p> <p>Non formulée par les chercheurs</p> <p>Hypothèse(s)</p> <p>Les soins dispensés par les infirmiers à domicile permettraient de diminuer le taux de réhospitalisation lié à un évènement indésirable médicamenteux. Or aucune exploration n'a été faite quant à la nature des visites infirmières et il se pourrait que le contexte influence grandement la prise en charge ; ce pour quoi la diminution des évènements médicamenteux indésirables consisterait à adapter les interventions au contexte de soins.</p>	<p>Cadre de travail Fundamentals of Care (FOC) qui résulte d'un travail fourni par un groupe international dans le domaine des soins infirmiers</p> <p>Trois niveaux différents représentés par des cercles : la relation patient-infirmier, l'intégration des soins ainsi que l'interdépendance patient-infirmier-système de santé-politique du système de santé</p> <p>Ce cadre théorique a été choisi pour cette étude car il englobe l'influence du contexte sur les interventions infirmières.</p>	<p>Données collectées dans une municipalité danoise d'environ 200 000 habitants. Les autorités municipales étaient chargées d'offrir des soins infirmiers gratuits aux patients ayant des besoins complexes. Lors de la première visite, l'infirmière distribuait des médicaments pour une durée de 2 à 4 semaines sous ordre médical. Les administrations quotidiennes étaient assurées par des infirmiers auxiliaires.</p> <p>Poser des questions, collecter et analyser les données simultanément aux visites infirmières sur une période de quatre semaines</p> <p>Éthique</p> <p>Approbation reçue par l'Agence danoise de la protection des données. Participation des infirmiers à domicile sur la base de volontariat après avoir obtenu le consentement écrit et éclairé</p> <p>Les patients ont donné leur consentement afin que l'observateur puisse être présent lors des visites tout en respectant le principe de confidentialité. Des informations ont été données oralement aux patients. Anonymisation des données avant analyse</p> <p>Pas de notion de droit à l'image</p>	<p>Analyse en plusieurs étapes</p> <p>Première visite à domicile après la sortie d'hôpital (observation). Observation participante des 12 situations guidées par des questions ouvertes. Notes manuscrites par l'observateur, des plans de traitements, du dossier médical et clichés photographiques. Analyse des notes prises sur le terrain avec création de sous-catégories</p> <p>Observation structurée à l'aide de questions semi-ouvertes</p> <p>Création de thématiques centrales et analyse des données observées en lien avec les thématiques</p>	<p>Les contraintes de temps imposées par l'augmentation de la charge de travail dans le secteur des soins à domicile impactent la sécurité des patients (manque de connaissance des dossiers médicaux, de nouveaux traitements...). Les transmissions écrites et/ou orales peuvent accroître les risques de survenue d'évènements indésirables médicamenteux par manque de clarté ou par oublis d'informations. L'augmentation des médicaments génériques accroît les erreurs d'administration (diminution des connaissances pharmacologiques / substances actives). Le contexte des soins à domicile (domicile = lieu de soins) diminue la sécurité des patients notamment en cas de démence car les médicaments sont souvent rangés des lieux faciles d'accès (sur la cuisine, sur la table du salon).</p> <p>Conclusions</p> <p>La prise en compte des attentes, besoins et ressources des patients permet aux infirmiers de perfectionner leur jugement clinique. Il est dès lors essentiel de valoriser la communication interprofessionnelle dans le contexte des soins à domicile en l'absence de contacts directs (évaluation des symptômes par l'infirmier → transmissions aux médecins généralistes, réseaux fréquents entre professionnels avec inclusion d'une systémique familiale).</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Patients avec limitation importante dans la gestion des activités de la vie quotidienne ; pas généralisable à toutes situations</p> <p>Échantillon sur base de volontariat → biais</p> <p>Auteure principale = infirmière → effet de congruence</p> <p>Observation participante → effet Hawthorne</p>

Sarzynski, E., Ensberg, M., Parkinson, A., Shahar, K., Brooks, K., & Given, C. (2019). Health Information Exchange of Medication Lists : Hospital Discharge to Home Healthcare. *Home Healthcare Now*, 37(1), 33-35 doi : 10.1097/NHH.0000000000000708

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude quantitative, transversale rétrospective</p> <p>Projet pilote</p> <p>Étude quantitative</p> <p>Niveau de preuve IV</p> <p>Paradigme Positiviste</p>	<p>20 dossiers de personnes âgées sélectionnés au hasard (N=20)</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Échantillonnage probabiliste → randomisation // aléatoire simple</p> <p>Critère(s) d'inclusion</p> <p>Patients bénéficiant de soins à domicile suite à une hospitalisation pour décompensation cardiaque</p> <p>Critère(s) d'exclusion</p> <p>Non formulé par les chercheurs</p>	<p>Quantifier le contenu des dossiers d'admission qui guident la première visite à domicile de l'infirmier (liste de médicaments) des patients bénéficiant de soins à domicile</p> <p>Question(s) de recherche</p> <p>Non formulée par les chercheurs</p> <p>Hypothèse(s)</p> <p>Les services de soins à domicile signalent des lacunes importantes dans la communication entre les milieux hospitaliers et les institutions de soins à domicile ; il s'agit dès lors d'un obstacle majeur impactant la sécurité des patients (continuité des soins défaillante, non assurée).</p>	<p>Création d'un outil permettant d'évaluer la présence ou absence de documents (« Start of Care »)</p> <p>Feuilles administratives (coordonnées, assurance)</p> <p>Les antécédents médicaux</p> <p>Un compte rendu de l'examen physique</p> <p>Un résumé de la sortie ainsi qu'un résumé clinique de l'hospitalisation</p> <p>Les notes d'interventions, d'observations</p> <p>Les ordonnances médicales</p>	<p>Collecte des données durant l'année 2016</p> <p>Évaluation de l'outil contenant les documents principaux par des infirmiers (un pour le milieu hospitalier et un pour le secteur de soins à domicile)</p> <p>Quantification du nombre de listes de médicaments ainsi que du nombre moyen de médicaments journaliers en utilisant le résumé clinique comme liste de référence</p> <p>Éthique</p> <p>L'université du Michigan et le système de santé affilié ont examiné l'étude.</p> <p>Aucun consentement écrit et/ou oral n'a été obtenu auprès des participants.</p> <p>Pas de notions d'anonymisation des données, de protection des données, de possibilité de se retirer de l'étude à tout moment</p>	<p>Utilisation de statistiques descriptives (moyenne et pourcentage) afin de mettre en corrélation l'outil pré-établi et les documents présents dans le dossier d'admission</p>	<p>Les dossiers d'admission contenaient près de 50 pages (moyenne = 44,1) avec des documents en double. La plupart des dossiers omettaient des informations clés (état cognitif et fonctionnel des patients) ; N=4 contenaient des informations relatives au statut fonctionnel et cognitif. Les dossiers d'admission contenaient de multiples listes de médicaments souvent discordantes → exposition des patients à des risques accrus d'évènements indésirables médicamenteux</p> <p>Conclusions</p> <p>En l'absence d'informations concernant le statut fonctionnel et cognitif du patient à la sortie d'hôpital, l'importance du rôle infirmier à domicile réside dans la réalisation d'un examen clinique complet et pertinent lors de la première visite. Les listes de médicaments non conciliées, présentes dans les dossiers d'admission, précipitent les risques de survenue d'évènements indésirables médicamenteux.</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Échantillon de petite taille + population avec caractères typiques (post décompensation cardiaque) → pas généralisable + pas d'analyse de puissance</p> <p>Création d'un outil dont la validité n'a pas été étudiée</p> <p>Absence de consentement écrit et/ou oral pour les patients dont les dossiers ont été examinés</p> <p>Effet d'Hawthorne → une co-rédactrice est directrice du centre de soins à domicile</p>

Lee, C. Y., Beanland, C., Goeman, D., Petrie, N., Petrie, B., Vise, F., Gray, J., & Elliott, R. A. (2018). Improving medication safety for home nursing clients : A prospective observational study of a novel clinical pharmacy service-The Visiting Pharmacist (ViP) study. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 43(6), 813-821. <https://doi.org/10.1111/jcpt.12712>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude descriptive, prospective et comparative</p> <p>Étude quantitative</p> <p>Niveau de preuve IV</p> <p>Paradigme</p> <p>Positivisme</p> <p>VI : survenue d'évènements médicamenteux indésirables</p> <p>VD catégorielles : âge, genre, langue maternelle, habitat (seul, proche aidant), nombre de médicaments, de problèmes de santé, de prescriptions, nombre de visites infirmières par mois, nombre de facteurs de risques (EMI) et durée des soins à domicile pour gestion traitements</p>	<p>Des patients bénéficiaires de soins à domicile pour la gestion des médicaments (surveillance, incitation, supervision, administration) fournis par deux institutions de soins à domicile de la région métropolitaine de Melbourne (103 infirmières). Au total 96 patients ont été recensés (N=3 se sont désistés en cours d'étude, N=5 étaient indisponibles au moment de l'étude et N=4 arrêt de participation pour raisons inconnues) →N=84</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Échantillonnage non probabiliste</p> <p>Critère(s) d'inclusion</p> <p>Plus de 8 médicaments, plusieurs prescripteurs, plusieurs prescriptions médicamenteuses, médication augmentant les risques d'évènements indésirables, hospitalisation récente, effets secondaires objectivés, inquiétudes des patients et/ou infirmiers</p> <p>Critère(s) d'exclusion</p> <p>Non formulé par les auteurs</p>	<p>Explorer le nombre et les types de problèmes liés à la médication à domicile ainsi que les divergences dans les prescriptions médicamenteuses</p> <p>Question(s) de recherche</p> <p>Non formulée par les chercheurs</p> <p>Hypothèse(s)</p> <p>Le risque d'évènements indésirables médicamenteux encouru par les patients à domicile semble supérieur à celui présent en milieu hospitalier : environnement non structuré, difficultés de communication interprofessionnelle, manque d'accès à un soutien pharmaceutique. Les infirmiers à domicile doivent collaborer avec plusieurs médecins et pharmaciens, ce qui rendrait la relation difficile (peu de contacts directs). Les patients bénéficiant de soins à domicile ont un accès limité à la révision des médicaments par un pharmacien.</p>	<p>Modèle avec intégration de pharmaciens dans la gestion des médicaments à domicile : bilan comparatif des médicaments et examen complet des médicaments</p> <p>1.Processus d'examen des médicaments Interroger soignant et/ou patient, examiner le dossier de soins, contacter prescripteurs →obtenir meilleure liste de médication Examiner les modes d'administration, la manière de stocker les médicaments et dispenser une formation Préparation d'une liste de la médication la plus adéquate + résumé des potentiels EMI →modification de traitement par prescripteurs</p> <p>2.Suivi après examen des médicaments</p>	<p>Données recueillies par deux pharmaciens engagés à temps partiel 12 heures par semaine (un pharmacien par institution) pendant 15 mois (septembre 2014 à décembre 2015)</p> <p>Les évènements médicamenteux indésirables recensés par les pharmaciens et extraits par un chercheur ont été classés à l'aide des critères de Strand. Risques d'EMI classés de faibles jusqu'à élevés</p> <p>Changements de médicaments suite à l'examen des pharmaciens identifiés par un examen rétrospectif des notes manuscrites + dossiers de soins</p> <p>Éthique</p> <p>Approbation reçue par les comités d'éthique de la recherche humaine de l'organisation de soins à domicile et de l'Université de Monash. Consentement des patients obtenu par e-mail sécurisés mais pas un formulaire à part</p>	<p>Analyses effectuées sur la base de statistiques descriptives. Les résultats ont été rapportés sous forme de fréquence et de proportion pour les variables catégorielles ainsi qu'avec des médianes, écarts moyens et intervalles pour les variables continues.</p> <p>Mesure : prévalence et types d'évènements médicamenteux indésirables, adoption par les prescripteurs des recommandations faites par le pharmacien, exactitude des prescriptions médicamenteuses, nombre de clients ayant reçu une nouvelle prescription après examen du pharmacien</p> <p>Logiciel(s)</p> <p>Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 23.0</p>	<p>Pour 61 patients sur 84 (72,6%), le pharmacien a détecté des anomalies médicamenteuses : les réductions de doses ainsi que l'arrêt du traitement étaient les deux mesures les plus courantes adoptées par les médecins à la suite des examens faits par les pharmaciens. La survenue d'évènements indésirables médicamenteux coïncidait pour N=43 (51,2% des patients) avec une non-adhésion médicamenteuse.</p> <p>Conclusions</p> <p>L'intégration des pharmaciens dans les services de soins à domicile permet l'amélioration du travail interdisciplinaire et la sécurité de patient dans la gestion des traitements médicamenteux.</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Les évènements indésirables médicamenteux n'ont pas été examinés de manière indépendante.</p> <p>Seuls 11,7% des patients répondant aux critères d'inclusion ont participé à l'étude. De plus, biais d'attrition relevés par des abandons en cours d'étude. La patientèle choisie avait une moyenne d'âge de 86 ans et était polymédiquée à raison de 13 médicaments par jour →population avec critères précis qui limite la généralisation. Étude dite comparative mais absence de groupe comparatif →peu de véracité quant à l'impact des pharmaciens dans la gestion des traitements à domicile</p> <p>Intervention des pharmaciens limitée dans le temps →à temps partiel</p> <p>Utilisation d'échelle de classification sans évaluation de la validité de ces dernières →absence d'alpha de Cronbach</p>

Elliott, R. A., Lee, C.Y., Beanland, C. et al. (2016). Medicines Management, Medication Errors and Adverse Medication Events in Older People Referred to a Community Nursing Service: A Retrospective Observational Study. *Drugs – Real World Outcomes*, 3, 13-24.  
<https://doi.org/10.1007/s40801-016-0065-6>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude observationnelle rétrospective et descriptive</p> <p>Étude quantitative</p> <p>Niveau de preuve IV</p> <p>Paradigme Positiviste</p> <p>Variables</p> <p>VI : milieux de soins ; ici les établissements médico-sociaux et les services de soins à domicile</p> <p>VD : les évènements indésirables médicamenteux</p>	<p>Cent clients bénéficiant du service de soins à domicile</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Échantillonnage probabiliste effectué par randomisation (générateur de nombres aléatoires) // aléatoire simple</p> <p>Critère(s) d'inclusion</p> <p>Âgés de 50 ans et plus qui ont bénéficié d'une assistance médicale entre le 16.7 et le 12.10.2012</p>	<p>Décrire les caractéristiques des personnes âgées bénéficiaires de soins à domicile pour un soutien dans la gestion des médicaments. Décrire la gestion des médicaments, les erreurs de médication ainsi que les évènements indésirables médicamenteux</p> <p>Question(s) de recherche</p> <p>Non formulée par les chercheurs</p> <p>Hypothèse(s)</p> <p>Les infirmiers à domicile exercent une fonction de relais d'informations entre les patients et les médecins notamment dans l'identification et le signalement de problèmes reliés aux médicaments.</p> <p>L'automédication, les erreurs d'administration (proche aidant) et la non-observance accroissent les risques d'EMI à domicile.</p>	<p>Formulaire de collecte de données pré-pilote</p> <p>Scores d'indice de comorbidité de Charlson</p> <p>Risque accru d'évènements indésirables déterminé par un pharmacien (comparaison des médicaments avec une liste pré définie)</p> <p>Évènements indésirables médicamenteux examinés par un groupe d'experts (causalité, capacité de prévention, taux de ré hospitalisation) à l'aide des critères de Hallas qui ont été modifiés</p> <p>Classification des principales causes de survenue d'évènements indésirables médicamenteux à l'aide de la classification de Hepler et Strand</p>	<p>Trois pharmaciens cliniciens, deux infirmières diplômées (+ de 15 ans d'expérience en soins hospitaliers et communautaires auprès de personnes âgées)</p> <p>Deux sites d'un service de soins à domicile à Melbourne</p> <p>Collectées de mai à décembre 2013 par examens rétrospectifs des dossiers des patients ainsi que par contacts téléphoniques avec les médecins généralistes et les pharmaciens</p> <p>Les antécédents médicaux, la fonction cognitive = dossiers patients</p> <p>Médicaments administrés = prescriptions médicales</p> <p>Évènements indésirables médicamenteux, collaboration interdisciplinaire = dossiers du service de soins à domicile + appels aux médecins et/ou pharmaciens</p> <p>Éthique</p> <p>Étude approuvée par le Royal District Nursing Service et les comités d'éthique de la recherche humaine de l'Université de Monash. Pas de consentement écrit et/ou oral obtenu</p>	<p>La gravité a été évaluée à l'aide des critères de Pearson.</p> <p>Évaluation de chaque dossier par un comité →évaluation indépendante par les 5 membres. En cas de désaccord, discussion du cas jusqu'au consensus</p> <p>Tests descriptifs. Utilisation des fréquences et de proportions pour les variables catégorielles. Intervalles médian et interquartile pour les variables continues discrètes</p> <p>Logiciels</p> <p>SPSS (version 21, IBM Corporation, USA)</p>	<p>137 erreurs de médication ont été identifiées touchant 41% des patients ; 13% des EMI identifiés ont nécessité une hospitalisation ou une consultation médicale. 64% des EMI ont été considérés comme potentiellement évitables. Pour seulement 8 patients un contact interdisciplinaire a été enregistré par les infirmiers à domicile.</p> <p>Les évènements indésirables médicamenteux induits par le personnel infirmier ne sont pas représentatifs →biais en lien avec un effet de halo.</p> <p>Conclusions</p> <p>64% des EMI ont été considérés comme potentiellement évitables ; manque de communication interdisciplinaire (absence de colloques interprofessionnels concernant l'impact de la médication sur la qualité de vie, liste de traitements non actualisée, prescripteurs multiples). Il est nécessaire d'élaborer et de tester des stratégies pour améliorer la sécurité des patients.</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Étude réalisée en milieu urbain dans une seule institution ; études dans plusieurs centres incluant les milieux ruraux seraient nécessaires + échantillon sans limite d'âge →généralisation</p> <p>Méthodologie rétrospective →sous-estimation des données</p> <p>Évènements médicamenteux indésirables recensés par les infirmiers à domicile →effet de Hawthorne</p> <p>Utilisation de différentes échelles comme cadre de référence sans vérification écrite de la validité des outils dans le cadre de cette étude</p> <p>Collecte de données rétrospective basée sur les recensements faits par les médecins, infirmiers en fonction de jugements professionnels individuels</p> <p>Les histoires personnelles des patients, les diagnostics médicaux, les réactions indésirables antérieures, les symptômes reliés aux évènements médicamenteux indésirables n'ont pas été pris en compte.</p> <p>Collecte de données basée sur un programme international →limitation des données</p>

## Annexe V : Glossaires

### Glossaire méthodologique

Les définitions sont principalement tirées de l'ouvrage suivant :

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière éducation.

**Analyse de la puissance** : sert à déterminer la taille requise de l'échantillon pour les études corrélationnelles et expérimentales (p. 277)

**Biais d'attrition** : participants inclus dans l'étude mais dont les données n'ont pas été analysées suite à une perte vue et/ou des données manquantes (p. 262-263)

**Biais d'échantillonnage** : situation dans laquelle l'échantillon ne reflète pas adéquatement la population (p. 497)

**Biais de sélection** : facteur d'invalidité interne associé à des différences préexistantes entre les groupes de sujets en l'absence de répartition aléatoire entre ceux-ci (p. 504)

**Coefficient alpha de Cronbach** : indice de fidélité qui évalue la cohérence interne d'une échelle composée de plusieurs énoncés (p. 497)

**Coefficient de corrélation de Pearson (r)** : indice numérique qui exprime le degré de corrélation entre deux variables mesurées à l'échelle d'intervalle (p. 497)

**Cohérence interne** : degré d'homogénéité de tous les énoncés d'un instrument de mesure (p. 498)

**Comité d'éthique de la recherche** : groupe de professionnels mandatés pour réviser les propositions de recherche soumises au regard des considérations éthiques (p. 498)

**Confirmabilité** : critère servant à évaluer l'intégrité d'une étude qualitative en se reportant à l'objectivité ou à la neutralité des données et de leur interprétation (p. 498)

**Crédibilité** : critère servant à évaluer dans quelle mesure la description du phénomène vécu par les participants reflète la réalité interprétée (p. 498)

**Devis d'étude longitudinale** : étude dans laquelle les données sont recueillies à divers moments dans le temps afin de suivre l'évolution des phénomènes étudiés (p. 498)

**Devis d'étude transversale** : étude dans laquelle les données sont recueillies à un moment précis dans le temps en vue de décrire la fréquence d'apparition d'un évènement et de ses facteurs associés (p. 498)

**Devis d'études descriptives** : variété de devis ayant pour but d'obtenir des informations précises sur les caractéristiques à l'intérieur d'un domaine particulier et de dresser un portrait de la situation (p. 499)

**Devis descriptif comparatif** : type d'étude qui rend compte des différences dans les variables dans deux groupes ou plus de sujets (p. 499)

**Distribution de fréquence** : classement systématique de données, de la plus petite valeur à la plus grande, qui indique la fréquence obtenue pour chaque valeur (p. 499)

**Écart-type** : mesure de dispersion évaluée à partir d'un échantillon et correspondant à la racine carrée de la variance. Il tient compte de la distance de chacun des scores d'une distribution par rapport à la moyenne du groupe (p. 499)

**Échantillon** : sous-groupe d'une population choisie pour participer à une étude (p. 499)

**Échantillonnage** : processus au cours duquel on sélectionne un groupe de personnes ou une proportion de la population pour représenter la population cible (p. 499)

**Échantillonnage accidentel (ou par convenance ou de commodité)** : méthode d'échantillonnage non probabiliste qui consiste à choisir des personnes selon leur accessibilité dans un lieu déterminé et à un moment précis (p. 499)

**Échantillonnage aléatoire simple** : méthode d'échantillonnage probabiliste qui donne à chaque élément de la population une probabilité égale d'être inclus dans l'échantillon (p. 499)

**Échantillonnage intentionnel** : méthode d'échantillonnage qui consiste à sélectionner certaines personnes en fonction de caractéristiques typiques de la population à l'étude (p. 499)

**Échantillonnage non probabiliste** : choix d'un échantillon sans recourir à une sélection aléatoire (p. 499)

**Échantillonnage probabiliste** : choix d'un échantillon à l'aide de techniques aléatoires afin que chaque élément de la population ait une chance égale d'être choisi pour faire partie de l'échantillon (p. 500)

**Effet de congruence (ou contraste)** : influence des perceptions antérieures du chercheur et/ou des valeurs personnelles sur les éléments observés (p. 318)

**Effet de Hawthorne** : modification du comportement des sujets parce qu'ils se sentent observés ou par une tendance à donner des réponses favorables pouvant avoir des répercussions sur les résultats (p. 179)

**Erreur de type I (ou de première espèce)** : erreur commise quand on rejette l'hypothèse nulle alors qu'elle est vraie. Le risque de commettre cette erreur est appelé alpha (p. 500)

**Étude de cohorte prospective** : étude qui implique un groupe de personnes exposées à des facteurs de risque d'un phénomène et suivi dans une période déterminée (p. 500)

**Étude de cohorte rétrospective** : étude qui implique un groupe de personnes dont les facteurs de risque et les effets sont déjà observables au moment de commencer l'étude (p. 500)

**Facteurs historiques** : obstacles à la validité interne où des événements extérieurs ou des faits survenant au cours de l'expérimentation influent sur les résultats (p. 501)

**Fiabilité** : critère servant à évaluer l'intégrité des données d'études qualitatives en ce qui a trait à leur stabilité dans le temps et dans différentes conditions

**Fidélité** : constance des valeurs obtenues à l'aide d'un instrument de mesure (p. 501)

**Généralisabilité** : degré selon lequel les conclusions d'une étude quantitative dont les éléments ont été sélectionnés aléatoirement dans une population de référence peuvent être généralisées à l'ensemble de cette population (p. 501)

**Inférence statistique** : champ de la statistique qui a pour objet la vérification d'hypothèses et l'utilisation de données d'échantillonnage pour faire des généralisations à l'ensemble d'une population (p.501)

**Maturation** : obstacle à la validité interne se rapportant aux processus de changement qui se produisent au fil du temps et qui ne dépendent pas d'événements extérieurs (p. ex. le vieillissement, la fatigue, le développement cognitif) (p. 501)

**Médiane** : mesure de tendance centrale qui divise une distribution de fréquence ordonnée en deux parties égales, comprenant chacune 50% des données (p. 501)

**Mesures de tendance centrale** : procédés statistiques (mode, médiane et moyenne) servant à déterminer le centre d'une distribution d'observations (p. 502)

**Moyenne** : mesure de tendance centrale qui correspond à la somme d'un ensemble de valeurs divisée par le nombre de valeurs (p. 502)

**Observation participante** : méthode de collecte des données qui consiste en l'immersion totale du chercheur au même titre que les participants, en vue d'observer directement comment ceux-ci réagissent dans des situations sociales données (p. 502)

**P** : probabilité (p) qu'une différence soit due au hasard (p. 420)

**Paradigme** : conception du monde, système de représentation de valeurs et de normes qui impriment une direction particulière à la pensée et à l'action (p. 502)

**Puissance statistique** : capacité d'un test à détecter une différence significative ou une relation existante entre des variables, ce qui revient à la probabilité de rejeter correctement une hypothèse nulle (p. 503)

**Recherche qualitative** : recherche qui met l'accent sur la compréhension et qui repose sur l'interprétation des phénomènes à partir des significations fournies par les participants (p. 503)

**Recherche quantitative** : recherche qui met l'accent sur la description, l'explication, la prédiction et le contrôle et qui repose sur la mesure de phénomènes et l'analyse de données numériques (p. 503)

**Recherche ethnographique** : recherche qui vise à comprendre les modes de vie de populations appartenant à des cultures différentes (p.503)

**Répartition aléatoire (ou randomisation)** : mode de distribution des participants dans les groupes au moyen de méthodes probabilistes, donnant à chaque sujet une chance égale de faire partie de l'un ou l'autre groupe (p. 504)

**Test du khi-deux** : test inférentiel non paramétrique qui exprime l'importance de l'écart entre les fréquences observées et les fréquences théoriques (p. 504)

**Test t** : test paramétrique servant à déterminer la différence entre les moyennes de deux populations (p. 504)

**Tests statistiques non paramétriques** : procédures statistiques inférentielles utilisées pour des données nominales et ordinales, et dont la distribution normale ne repose pas sur des postulats rigoureux (p. 504)

**Tests statistiques paramétriques** : procédures statistiques servant à faire l'estimation des paramètres de la population et à vérifier des hypothèses en tenant compte des postulats sur la distribution des variables (p. 504)

**Théorisation enracinée** : méthodologie visant à décrire des problèmes présents dans des contextes sociaux particuliers et la manière dont les personnes y font face dans le but de générer une proposition théorique des phénomènes sociaux (p. 505)

**Transférabilité** : critère servant à évaluer l'application éventuelle des conclusions issues d'études qualitatives à d'autres contextes ou groupe. Elle s'apparente à la généralisation (p. 505)

**Triangulation** : stratégie de mise en comparaison de plusieurs méthodes de collecte et d'interprétation de données permettant de tirer des conclusions valables à propos d'un même phénomène (p. 505)

**Validité** : capacité d'un instrument à mesurer ce qu'il est censé mesurer (p. 505)

**Validité externe** : caractère d'une étude qui permet de généraliser les résultats à d'autres populations et contextes que ceux étudiés (p. 505)

**Validité interne** : caractère d'une étude expérimentale dans laquelle la variable indépendante est la seule cause du changement touchant la variable dépendante (p. 505)

**Variable catégorielle** : variable dont les modalités sont des catégories sans ordre de grandeur, comme « masculin » et « féminin » pour la variable sexe (p. 505)

**Variable quantitative continue** : variable dont les modalités ont des valeurs numériques pouvant prendre n'importe quelle valeur sur un continuum (p. 505)

**Véracité** : Critère servant à vérifier l'exactitude des résultats (p. 377-378)