

Travail de Bachelor

Présenté à :

MORENON Olivier, Maître d'enseignement

**EN QUOI LA PRÉVENTION PAR LA
COLLABORATION
INTERPROFESSIONNELLE ET AVEC
LES PATIENTS, COORDONNÉE PAR
L'INFIRMIÈRE À DOMICILE, PEUT-
ELLE DIMINUER LES RISQUES LIÉS À
LA POLYMÉDICATION DES
PERSONNES ÂGÉES ?**

Farine Juliette

N° d'immatriculation : 21641964

Hawrylko Chloé

N° d'immatriculation : 21641915

Lieu d'activité :

Neuchâtel

Juillet / 2024

Table des matières

Liste des tableaux	v
Liste des abréviations	v
Remerciements	vi
Résumé	vii
Problématique	vii
Concepts abordés	vii
Méthode	vii
Résultats	viii
Conclusion	viii
Mots clés	viii
Chapitre 1 : Introduction	1
Chapitre 2 : Problématique	3
2.1. Question de départ	4
2.2. Nos expériences ayant permis d’initier notre questionnement	5
2.3. Recherche exploratoire	7
2.3.1 Définition de la polymédication	7
2.3.2 Causes de la polymédication	8
2.3.3 Conséquences de la polymédication	9
2.3.4 Outils de dépistage	10
2.3.5 Diminution de la polymédication	13
2.4 Entretiens exploratoires	14
2.4.1 Présentation des participantes	14
2.4.2 Déroulement des entretiens et méthode d’analyse	15
2.4.3 Synthèses entretiens	16
2.5 Développement des concepts de la problématique	22
2.5.1 Coordination	22

2.5.2	Interprofessionnalité	24
2.5.3	Prévention	27
2.5.4	Vieillessement	29
2.5.5	Accompagnement	31
2.5.6	Partenariat avec le patient	33
2.5.7	Conclusion	35
2.6	Perspectives pour la pratique	36
2.7	Pertinence pour les soins infirmiers	37
2.7.1	Métoparadigme	37
2.7.2	Les modes de savoirs infirmier	40
Chapitre 3 : Champ disciplinaire infirmier		43
3.1	Ancrage disciplinaire	44
3.2	Concepts de la théorie	46
3.2.1	La formalisation de la collaboration interprofessionnelle	47
3.2.2	La finalisation de la régulation de la collaboration interprofessionnelle	48
3.2.3	La délégation de la régulation de la collaboration interprofessionnelle	49
3.2.4	L'intériorisation de la collaboration interprofessionnelle	50
3.3	Utilité pour la pratique infirmière et lien avec notre sujet	51
Chapitre 4 : Méthode		53
4.1.	PICOT	54
4.2.	Description de la stratégie de sélection des articles	56
Chapitre 5 : Discussion		61
5.1	Résumés des résultats des articles	62
5.1.1	Cinahl	62
5.1.2	Pubmed	63
5.1.3	Embase	66
5.2	Discussion	68
5.2.1	Coordination	68
5.2.2	Rôles infirmiers	69
5.2.3	Collaboration interprofessionnelle	70
5.2.4	Formation à la polymédication et à la déprescription	71

5.2.5	Partenariat avec le patient	72
5.3	Propositions pour la pratique	73
Chapitre 6 : Conclusion		76
Chapitre 7 : Références		81
Chapitre 8 : Annexes		91
Annexe 1 : Verbatims		88
Annexe 2 : Article 1		98
Annexe 3 : Article 2		108
Annexe 4 : Article 3		118
Annexe 5 : Article 4		126
Annexe 6 : Article 5		134
Annexe 7 : Article 6		143

Liste des tableaux

Tableau 1	55
Tableau 2	56
Tableau 3	57
Tableau 4	58
Tableau 5	58
Tableau 6	59
Tableau 7	60

Liste des abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

EIM : Effets Indésirables des Médicaments

MPI : Médicaments Potentiellement Inapproprié

STOPP : Screening Tool of Older Person's Prescription

START : Screnning Tool to Alert doctors to Right

BIM : Bilan Interprofessionnels de Médication

AVQ : Activités de la Vie Quotidienne

Remerciements

Premièrement, nous tenons à remercier notre directeur de Bachelor, Monsieur Olivier Morenon pour ses précieux conseils et sa disponibilité. Il a su nous accompagner et nous soutenir tout au long du processus de réalisation du travail avec bienveillance.

Nous remercions également Jocelyne, Marie-Hélène et Blandine pour leur collaboration essentielle lors des entretiens qui nous ont permis d'initier notre travail sur des bases provenant de la pratique actuelle.

Nous tenons également à remercier les deux autres groupes avec qui nous nous sommesentraîdés au long du processus, ils nous ont apporté soutien et conseils.

Nous adressons nous remerciement aux professeurs qui nous ont accompagné au long de ces trois années. Et tout particulièrement à Monsieur Walger et à Madame Néri, pour leur aide dans la sélection du modèle de soins infirmiers.

Pour conclure, nous remercions notre entourage pour leurs encouragements, principalement nos mamans pour leur temps consacré à la relecture.

Résumé

Problématique

La problématique de la polymédication chez les personnes âgées est un sujet actuel qui nous a interpellé lors de nos expériences pratiques. Ce travail a pour but de comprendre le rôle infirmier, au sein d'une équipe interprofessionnelle, face à cette problématique.

Concepts abordés

Les principaux concepts abordés dans ce travail sont la coordination, l'interprofessionnalité, le vieillissement, la prévention, l'accompagnement et le partenariat avec le patient.

Méthode

Afin de trouver des articles scientifiques permettant de répondre à notre problématique, nous avons utilisé la méthode PICOT. Nous avons établi des critères d'inclusion et d'exclusion pour filtrer les recherches sur différentes bases de données. Finalement, nous avons retenu et analysé, grâce à la grille Tétreault, six articles.

Résultats

Les résultats de ce travail démontrent qu'il est nécessaire d'améliorer la collaboration interprofessionnelle afin d'aboutir à une meilleure gestion des médicaments chez les personnes âgées, particulièrement dans le contexte des soins à domicile. Les rôles infirmiers de surveillance, d'évaluation, d'analyse clinique et d'écoute situent la profession infirmière à une place propice pour coordonner la gestion médicamenteuse. De plus, la formation des infirmières sur la polymédication et les outils de gestion des médicaments diminuent les risques en lien avec une médication inappropriée.

Conclusion

Pour obtenir des résultats plus précis et complets sur notre problématique, il s'agirait d'étudier l'impact d'une équipe interprofessionnelle dirigée par une infirmière chez des personnes âgées polymédiquées dans un contexte de soins à domicile.

Mots clés

Les mots clés sont : Polypharmacy ; multidisciplinary ; care team ; nurse's role ; home care ; aged.

Chapitre 1 : Introduction

Au terme de nos trois années de formation de Bachelor en sciences en soins infirmiers, il nous a été demandé de rédiger un travail de Bachelor, ce qui met un point final à notre processus de professionnalisation en tant qu'étudiantes. Ce mémoire nous a permis de développer notre savoir-faire dans l'utilisation des bases de données, l'analyse d'articles scientifiques. Nous avons également pu approfondir notre réflexivité sur la pertinence et la fiabilité des données sur lesquelles nous pouvons nous baser pour améliorer nos pratiques quotidiennes et ainsi la qualité des soins prodigués aux personnes soignées. Dans notre futur professionnel, il sera important de maintenir nos connaissances à jour grâce à des données probantes, récentes, fiables et pertinentes, le domaine de la santé étant un milieu en constante évolution.

Ce mémoire consiste en une revue exploratoire de littérature sur la base d'une question provenant de notre pratique lors de nos stages. A partir de notre questionnement clinique, nous avons approfondi la problématique avec des recherches et des entretiens exploratoires avec des infirmières de divers milieux de soins. Nous avons ensuite explicité les concepts découlant de la problématique, ce qui nous a finalement amené à notre question de recherche. Celle-ci nous a permis de trouver des articles scientifiques sur des bases de données afin de répondre à notre problématique et de formuler des propositions pour la pratique. Nous avons également mis en lien un modèle conceptuel de soins infirmiers avec notre problématique.

N.B. : Dans ce document nous utilisons le mot infirmière pour simplifier la lecture du texte mais tous les genres sont évidemment compris dans cet ouvrage.

Chapitre 2 : Problématique

2.1. Question de départ

Nous étions libres de choisir la thématique de ce travail. Nous avons commencé par partager toutes nos idées et nos questionnements afin de mettre en évidence un thème général. Notre intérêt commun principal était les soins complémentaires et intégratifs.

Durant cette réflexion, nous avons eu un cours concernant la multimorbidité et la polymédication. Ce cours nous a permis de faire des liens avec nos expériences dans la pratique où nous avons, en effet, déjà été interpellées par la quantité de médicaments que consomment chaque jour certains patients. Dès lors, nous nous sommes interrogées sur la possibilité d'utiliser des soins non médicamenteux afin de diminuer les risques liés à la polymédication.

Pour la population, nous avons choisi les personnes âgées de plus de 65 ans, ce sont les personnes les plus susceptibles d'être affectées par la polymédication.

Notre question de départ a donc été la suivante : « Comment les infirmières peuvent-elles diminuer la polymédication chez les personnes âgées en proposant des interventions de soins non-médicamenteuses ? »

2.2. Nos expériences ayant permis d'initier notre questionnaire

La première expérience pratique dont nous allons vous parler se déroule dans le contexte des soins à domicile en psychiatrie. C'est la situation d'un homme de 65 ans qui, à la suite d'un accident vasculaire cérébral, souffrait de fortes douleurs névralgiques partout dans le corps mais particulièrement au niveau des nerfs trijumeaux.

Il prenait chaque jour 14 médicaments, dont 5 contre la douleur (antalgique opioïde ou non opioïde, anti inflammatoire non stéroïdien (AINS), antidépresseur, antiépileptique). Malgré ces nombreux traitements, les douleurs persistaient et impactaient sa qualité de vie.

Lors de nos deux visites hebdomadaires, nous réalisions des exercices de pleine conscience afin de soulager un peu ses douleurs ; ses chats étaient aussi une grande source de réconfort pour lui.

Ces deux approches non médicamenteuses apportaient un certain soulagement à ce patient et permettaient d'éviter l'augmentation des doses déjà prescrites, mais elles n'ont pas suffi pour diminuer le nombre de médicaments à visé antalgique. Dans une autre situation, des séances de pleine conscience proposées dans le but de diminuer l'anxiété ont permis d'arrêter les antidépresseurs.

La situation du premier patient a provoqué un sentiment d'impuissance car ses douleurs chroniques de fortes intensités étaient devenues le centre de sa vie, l'avaient isolé socialement et l'empêchaient de participer à de très nombreuses activités. La pleine conscience lui apportait un certain soulagement, ce qui lui permettait de pouvoir s'occuper de ses chats et lui procurait beaucoup de joie. Cela donnait du sens à nos passages et la satisfaction de faire une intervention bénéfique.

La situation suivante se déroule lors d'un stage dans un home médicalisé. Dans le service, il y avait une patiente de 80 ans qui souffrait régulièrement de céphalées diagnostiquées comme des douleurs somatoformes. Pour les soulager, on lui administrait des antalgiques de palier 1 à sa demande, mais parfois on ne pouvait lui en donner car la dose maximale par jour avait déjà été atteinte.

Il fut constaté que lorsqu'elle participait à des animations de chant ou de massages, la patiente ne se plaignait plus de douleurs et ne nous demandait plus de médicaments. On a alors commencé à essayer de lui faire penser à autre chose lorsqu'elle venait nous demander un antalgique, en l'emmenant se promener, faire du dessin, chanter ou encore créer des bijoux. Cette manière de faire lui permettait de ne pas dépasser les doses journalières recommandées, de ne plus souffrir et également de passer un moment heureux.

Au début, face à ses demandes insistantes, la première réaction fut de ressentir de l'impuissance ainsi qu'une certaine irritabilité qui pouvait créer un

manque d'empathie. Ceci entraîna un sentiment de mal être. Le danger dans cette situation était de rentrer dans une forme de maltraitance.

Le fait de constater que les animations la soulageaient, a contribué à trouver des outils permettant de répondre à ses demandes et ainsi, de diminuer les ressentis négatifs que la situation provoquait.

2.3. Recherche exploratoire

Dans cette partie nous allons approfondir notre sujet, en nous basant sur des articles scientifiques et, dans un deuxième temps, des témoignages de professionnelles de la santé.

2.3.1 Définition de la polymédication

La polymédication est l'utilisation de plusieurs médicaments. Il n'y a pas de réel consensus dans la littérature définissant à partir de combien de médicaments on parle réellement de polymédication mais dans de nombreux articles la limite est définie à partir de cinq médicaments et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la place à quatre (Organisation mondiale de la Santé, 2017).

Les médicaments concernés par la polymédication sont les médicaments sous ordonnance, les médicaments en vente libre, les suppléments et les

compléments alimentaires, ainsi que les produits à base de plantes (Rochon, 2017).

2.3.2 Causes de la polymédication

L'une des principales causes de la polymédication est la multimorbidité (le fait d'avoir au moins deux maladies chroniques) ; celle-ci entraîne souvent des rendez-vous avec différents spécialistes (polyprescripteurs) qui prescrivent chacun des médicaments, sans réellement se concerter entre eux. Aller dans différentes pharmacies peut impacter la polymédication, car aucun des pharmaciens n'aura une vue d'ensemble sur les traitements et ils ne pourront pas déceler les différents risques (Greenleaf Brown, 2016).

Un autre facteur favorisant la polymédication chez les personnes âgées est que certains effets indésirables de la consommation de plusieurs médicaments sont semblables au processus de vieillissement naturel, comme la confusion, la fatigue, la nervosité, la dépression ou l'incontinence par exemple. Ceci peut provoquer l'attribution des symptômes négatifs au vieillissement plutôt qu'aux médicaments (Smith & Kautz, 2018).

Le manque de temps de discussion disponible et instauré entre les soignants et les patients conduit à une déclaration et identification insuffisante des signes et symptômes de la polymédication. Les connaissances limitées sur la polymédication des personnes âgées contribuent également à la faible détection des signes et des symptômes (Smith & Kautz, 2018).

Les personnes âgées voient leurs capacités physiologiques diminuer avec l'âge, tel que la métabolisation et l'élimination des médicaments. En effet la fonction rénale et hépatique sont moins performantes et par conséquent certains médicaments peuvent entraîner des toxicités imprévues (Ferreira Melo Marques et al., 2018). De fait, la capacité du foie à inactiver les toxines est réduite, ce qui contribue à un état pro-inflammatoire (Tan et al., 2015). Concernant les reins, la clairance se trouve diminuée et risque d'augmenter la demi-vie des médicaments, ceci est susceptible de provoquer des effets toxiques (Nóbrega & Karnikowski, 2005).

2.3.3 Conséquences de la polymédication

La combinaison de différents principes actifs, peut créer des effets indésirables des médicaments (EIM). Il y a 15% de risque d'EIM avec deux médicaments, 58% de risques d'EIM avec cinq médicaments et 82% de risque d'EIM à partir de sept médicaments (Maher et al., 2010).

Le nombre de médicaments prescrits, leurs effets indésirables et leurs interactions s'élèvent avec l'augmentation de la multimorbidité (hypertension artérielle, dépression, constipation, diabète...). Cette augmentation est associée à une mortalité et une morbidité accrue (Rochon, 2017).

L'utilisation de médicaments inappropriés est corrélée positivement au risque d'hospitalisation (Lohman et al., 2017).

2.3.4 Outils de dépistage

Il est aussi du devoir de l'infirmière de déceler les signaux d'alertes et de les transmettre au médecin. Pour cela il existe différents outils de dépistage tel que : les critères de Beers, STOPP + START, « start low, go slow », ARMOR ou Safe Medication Assessment.

Les critères de Beers mettent en évidence les médicaments potentiellement inappropriés (MPI) pour les personnes âgées et constituent un outil de prévention très répandu. Ces critères consistent en une liste de MIP pour lesquels les effets indésirables sont décrits ainsi que des recommandations sur leur utilisation chez les personnes âgées de 65 ans et plus (American Geriatrics Society, 2023).

La première version date de 1991 et a été rédigée par le médecin Mark Beers afin d'être utilisé dans les homes ; ensuite il a étendu l'application de ses critères en les modifiant et en les complétant afin qu'ils puissent être utilisés dans tous les contextes de soins, excepté les soins palliatifs, prenant en charge des personnes âgées. La révision des critères est basée sur les données probantes les plus récentes et, depuis 2003, elle est réalisée par un groupe interprofessionnel. Dès 2010, la Société Américaine de Gériatrie (The American Geriatrics Society, AGS) a pris le relais pour la mise à jour et la publication des nouvelles versions des critères de Beers ; la dernière version date de 2023. (American Geriatrics Society, 2023).

Les critères sont présentés en cinq catégories sous forme de tableau. Ces cinq catégories sont les suivantes (American Geriatrics Society, 2023) :

1. Les médicaments considérés comme potentiellement inappropriés.
2. Les MPI chez les patients avec certaines maladies et syndromes.
3. Les médicaments à utiliser avec précaution.
4. Les interactions médicamenteuses potentiellement inappropriées.
5. Les médicaments dont les dosages doivent être ajustés selon la fonction rénale.

L'outil STOPP + START est constitué d'une liste de critères dont le but est d'améliorer la gestion de la médication des personnes âgées, souvent multimorbides et polymédiquées, par les professionnels de santé ; ainsi que de diminuer les effets indésirables causées par les interactions pharmacologiques (O'Mahony et al., 2023).

STOPP signifie Screening Tool of Older Person's Prescription (outil de dépistage des prescriptions des personnes âgées) et START Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment (outil de dépistage pour alerter les médecins sur le bon traitement). Les critères STOPP ont pour but de détecter les MPI, alors que les critères START concernent les omissions potentielles de prescription (O'Mahony et al., 2023).

La première version des critères STOPP/START est sortie en 2008 et s'ensuit d'une deuxième version parue en 2015. En 2023, une évaluation et une mise à jour des critères de 2015 a été réalisée et a abouti à l'ajout de 76 nouveaux critères. Cette révision a été élaborée par 11 médecins ayant une expertise en pharmacologie gériatrique (O'Mahony et al., 2023).

Ces critères sont conçus pour aider à prendre des décisions concernant la prescription et la non-prescription de médicaments aux personnes âgées. Les critères sont présentés sous forme de tableau indiquant pour chaque système physiologique les MPI et les potentielles omissions de prescription (Lang et al., 2009).

« Start low, go slow » est un critère général à garder en tête pour la prescription de médicaments : commencer avec de faibles doses et augmenter les posologies lentement (Bain et al., 2008).

L'acronyme ARMOR : Assess (évaluer), Review (revoir), Minimize (réduire), Optimize (optimiser), Reassess (réévaluer) ; est un outil décrivant différentes étapes pour évaluer et adapter régulièrement le traitement des patients (Planton, 2010 cité dans Smith & Kautz, 2018)

En effet, il faut d'abord évaluer la pertinence, les risques et les bénéfices des médicaments. Ensuite, revoir les interactions possibles, réduire les médicaments qui ne sont pas indispensables, optimiser les traitements en éliminant certains médicaments quand plusieurs sont prescrits dans le même but et en ajustant les doses. Finalement, il faut régulièrement réévaluer la situation (Planton, 2010 cité dans Smith & Kautz, 2018).

Le Safe Medication Assessment est un outil d'évaluation des risques dans la gestion des médicaments, adapté aux personnes âgées. Il se présente sous la forme d'un questionnaire que l'infirmière remplit en posant des questions au patient. Les réponses possibles sont « oui » ou « non » et pour certaines questions « en partie », « parfois » ou « peut-être ». Il comporte 16 points

d'évaluation comme par exemple : « le patient peut nommer tous ses médicaments et la maladie ou le symptôme pour lequel il les prend. » (Lagerin et al., 2014). Un score est attribué à chacun de ces points selon les réponses des personnes interrogées. Plus le score total est élevé, plus la personne a une gestion sécuritaire de ses traitements médicamenteux. Cependant le jugement clinique de l'infirmière prime pour évaluer le risque encouru par le patient par rapport à sa gestion médicamenteuse (Lagerin et al., 2014).

2.3.5 Diminution de la polymédication

Un aspect important dans la gestion et la réduction de la polymédication, qui est revenu dans de nombreux articles, est la collaboration. En effet, la multidisciplinarité, la communication et la collaboration interdisciplinaire sont au centre de cette problématique. Un manque ou une mauvaise collaboration est une cause de la polymédication mais l'amélioration et l'accentuation de celle-ci peut également constituer une part de la solution (Ferreira Melo Marques et al., 2018) (Lagerin et al., 2014) (Pariseault et al., 2021) (Smith & Kautz, 2018).

Dans la même idée d'amélioration de la collaboration interdisciplinaire, le dossier électronique du patient est une ressource pour mettre en relation tous les professionnels de santé qui accompagnent le patient, notamment en mettant en évidence toutes les prescriptions (Pariseault et al., 2021).

Une fois l'évaluation des médicaments et de leur pertinence effectuée, une autre piste de solution est de fournir des conseils d'autosoins à la personne

sur son alimentation et son activité physique par exemple (Lagerin et al., 2014).

2.4 Entretiens exploratoires

Nous avons réalisé trois entretiens avec des infirmières de différents milieux de soins.

2.4.1 Présentation des participantes

Pour notre premier entretien, nous avons échangé avec une infirmière spécialisée en diabétologie travaillant dans un service de soins à domicile (infirmière 1). Nous avons réalisé le second entretien avec une infirmière travaillant depuis de nombreuses années en gériatrie long séjour (infirmière 2). Nous avons choisi ces deux premières infirmières, car les patients diabétiques et les patients âgés souffrent souvent de multimorbidité et par conséquent ont un risque plus élevé d'être polymédiqués (Bopp, 2013).

Pour le dernier entretien, nous nous sommes tournées vers une infirmière clinicienne travaillant aux soins à domicile et ayant participé à un projet traitant de l'adhésion médicamenteuse avec une approche interprofessionnelle (infirmière 3). Ces deux thèmes sont liés à la polymédication. D'une part, l'adhésion médicamenteuse fait ressortir l'empowerment du patient en le

rendant conscient de son traitement. D'autre part, l'interprofessionnalité peut être un moyen, comme cité précédemment, pour diminuer la polymédication. (Pariseault et al., 2021) (Smith & Kautz, 2018) (Bongard et al., 2022)

2.4.2 Déroulement des entretiens et méthode d'analyse

Nous avons contacté les participantes par téléphone ou par mails. Nous leur avons fait parvenir par mail le document d'information et de consentement que nous avons rédigé. Les entretiens se sont déroulés dans des lieux garantissant la confidentialité des échanges. Nous avons choisi de poser trois questions ouvertes afin de structurer l'entretien tout en laissant place à la discussion spontanée. Voici les questions :

- Que pensez-vous de la polymédication ?
- Quel est le rôle des soins infirmiers dans la polymédication et quel est l'impact de celle-ci sur les soins infirmiers selon vous ?
- Quelles alternatives voyez-vous à la polymédication ?

Les entretiens ont duré entre 20 et 45 minutes. Nous les avons enregistrés à l'aide du dictaphone sur notre téléphone portable. Nous avons ensuite retranscrit ces enregistrements sous forme de texte grâce à la fonction de retranscription disponible sur le logiciel de traitement de texte ; Word. Pour analyser les entretiens nous avons utilisé la méthode de l'analyse de contenu. Celle-ci consiste à traiter le contenu de l'entretien afin d'en faire ressortir les thèmes prédominants (Fortin, 2016). Après correction et réadaptation du texte

pour qu'il corresponde parfaitement à l'enregistrement audio, nous avons mis en évidence cinq thèmes en surlignant les phrases s'y rapportant.

Nous avons ensuite regroupé les verbatims par thème afin de pouvoir faire une synthèse des résultats que nous allons vous présenter au chapitre suivant. Un tableau avec l'entier des verbatims se trouve en annexe 1.

2.4.3 Synthèses entretiens

A la suite de ces entretiens, nous avons constaté plusieurs similitudes entre nos recherches et les personnes interrogées, ainsi qu'entre les réponses des trois participantes. Premièrement, la polymédication est effectivement une problématique d'actualité rencontrée dans la pratique infirmière. Deuxièmement, les rôles infirmiers de surveillance et d'alerte sont importants dans la prévention et la diminution de la polymédication et de ses conséquences néfastes. En tant qu'infirmière nous sommes les professionnelles de la santé qui passons le plus de temps au près des patients. C'est pourquoi, nous sommes les plus à même de voir les effets des médicaments ou l'inefficacité de ces derniers et ainsi pouvoir prévenir le médecin pour adapter le traitement si besoin.

2.4.3.1 Interprofessionnalité

La collaboration et le travail interdisciplinaire sont ressortis comme l'un des principaux moyens de diminuer la polymédication et d'éviter les médicaments inappropriés. Par exemple, la communication entre les différents

médecins du patient est importante pour ne pas prescrire des médicaments similaires ou ne pas créer des interactions.

L'infirmière 1 a dit : « Et puis pour moi ça met aussi en évidence le manque de communication qu'il y a entre les différents soignants, notamment les médecins traitants et les médecins spécialistes. »

La collaboration avec d'autres professionnels de la santé, tels que des physiothérapeutes, des diététiciennes, des ergothérapeutes, pourrait améliorer la qualité de vie de la personne et ainsi diminuer, voire retirer, certains médicaments comme, par exemple, des antidouleurs ou des laxatifs.

L'infirmière 3 a dit : « Donc c'est l'affaire de tout le monde en fait. Pas que l'infirmière, c'est clairement interprofessionnel. »

2.4.3.2 Rôle du patient

Un autre thème ayant retenu notre attention est le rôle du patient dans son traitement. Plusieurs points sont intéressants à citer à ce sujet. Premièrement, il est important que la personne comprenne bien quels médicaments elle prend et pour quel symptôme ou pathologie. Ceci permet une bonne gestion des traitements pour les personnes à domicile. Pour celles en institution, la compréhension de leurs traitements favorise la participation active dans leur prise en soins. D'autre part, si les infirmières prennent le temps d'expliquer les effets recherchés et secondaires des médicaments, les

patients sont plus à même d'évaluer l'efficacité de ces derniers ainsi que d'éventuels effets négatifs.

En effet, l'infirmière 3 nous a dit : « Donc voilà pour moi le patient, il a vraiment sa part de responsabilité dans la mesure de ses possibilités, de ses capacités, de sa compréhension ; mais il faut lui laisser l'espace pour qu'il puisse s'exprimer. »

Le renforcement de la communication entre l'infirmière et la personne soignée facilite ensuite la surveillance et l'évaluation des traitements. Finalement, il est aussi intéressant de questionner et de comprendre comment se positionne le patient par rapport à son traitement : est-il demandeur de médicaments ? Au contraire, fait-il le tri dans ses traitements ? Prend-il son traitement de la bonne manière (heure, voie d'administration) ?

L'infirmière 1 a dit : « [...] les gens aussi des fois ont tendance à trier dans leurs traitements [...]. Et il y a certains médicaments qui ne sont pas donnés aux bonnes heures non plus qui pourraient être mieux répartis sur la journée. »

2.4.3.3 Impact de la polymédication sur la pratique infirmière

Lors de nos entretiens, nous avons une question qui concernait l'impact de la polymédication sur la pratique infirmière. La principale réponse était que cela augmentait les surveillances car la personne était plus à risque de faire des réactions imprévues à cause des interactions possibles entre les différents médicaments. La plupart des médicaments demandent une surveillance pour

évaluer son efficacité donc, si on rajoute des médicaments, indéniablement, il y aura d'autant plus de surveillances à effectuer. Cette problématique est d'autant plus présente dans les soins à domicile étant donné qu'il n'y a pas de surveillance constante, la solution serait d'augmenter les passages mais ce n'est pas toujours possible.

En effet, l'infirmière 1 a dit : « L'impact il est là c'est sur notre propre responsabilité de mettre en place une surveillance supplémentaire. Donc ça veut dire qu'on doit peut-être passer plus, donc à domicile c'est aussi une négociation qu'il faudra avoir souvent avec les clients. »

La seconde infirmière interrogée nous a parlé de la confusion que ça pouvait amener dans la pratique, principalement au niveau de la surveillance.

Cette dernière (infirmière 2) a dit : « Parce qu'on prépare les médicaments, les administre, puis après dans la surveillance.... [...] on sait plus trop quoi surveiller quand il y a autant de médicaments. Et puis après, dans l'interprétation de nos observations [...] ça peut amener à des erreurs de suivi, une mauvaise voie dans le diagnostic et après dans la surveillance. »

Si le patient prend un grand nombre de médicaments on peut arriver à un stade où l'on ne sait plus quoi surveiller. L'interprétation des observations peut être faussée et mener à des erreurs de suivis et de diagnostics, ainsi les surveillances mises en place à la suite du diagnostic peuvent être erronées.

2.4.3.4 Rôle propre

Une infirmière nous a également parlé d'utiliser le rôle propre infirmier pour améliorer l'état de santé général de la personne et ainsi éviter d'ajouter certains médicaments ou, pour d'autres, d'en diminuer le dosage.

Par exemple, l'infirmière 1 a dit : « Moi je pense qu'il faut qu'on soit très attentif à toutes les interactions qu'il y a entre chaque médicament, à chaque ressenti de la personne. Donc ça veut dire qu'on doit avoir beaucoup d'écoute aussi par rapport à la personne qui a tous ces médicaments, [...], moi je pense qu'on est... qu'on peut être des donneuses d'alerte quand on se rend compte qu'il y a quelque chose qui va pas bien. »

L'infirmière 3 nous a dit : « Donc on a un réel rôle actif dans tout ça. Et pas que dans le nombre des médicaments, mais aussi dans la surveillance des effets combinés ou de prise. »

Il est vrai que stimuler quelqu'un à marcher peut aider à réduire certaines douleurs et ainsi la prise de réserve antalgique. Pour diminuer les dosages des traitements antidiabétiques oraux des conseils sur l'alimentation et l'activité physique sont les bienvenus. Des techniques de respiration simples peuvent également être enseignées pour réduire l'anxiété et favoriser l'endormissement afin d'éviter la prescription d'anxiolytiques ou de somnifères.

Les problèmes de constipation peuvent aussi être pris en charge par des changements nutritionnels et des conseils sur l'hygiène de vie plutôt que par la mise en place de laxatifs presque systématique.

2.4.3.5 Thérapies alternatives

Concernant les thérapies alternatives à la médication, une infirmière interrogée (infirmière 1) nous a partagé qu'elle avait suivi une formation de base en aromathérapie. Elle utilisait ces connaissances pour proposer des mélanges d'huiles essentielles diluées dans de l'huile végétale pour une application cutanée, préparés à la pharmacie pour un double contrôle, dans le but de soulager des douleurs articulaires par exemple. Elle nous a également parlé d'acupuncture et d'homéopathie.

Dans notre premier entretien, l'infirmière 1 nous a fait part de ses expériences : « Alors moi j'ai fait une formation en aromathérapie, ça m'a déjà permis de pouvoir un peu guider les gens sur l'aromathérapie plutôt que de prendre des anti-inflammatoires. Typiquement moi, chez les personnes diabétiques il y a beaucoup de médicaments anti-inflammatoires qui sont contre indiqués. »

Un autre point intéressant, évoqué lors des entretiens, est l'aspect de prévention et de promotion de la santé comme moyen d'éviter l'apparition de pathologies et ainsi diminuer la polymédication.

L'infirmière 3 nous a dit : « Voilà en fait tout simplement si on faisait beaucoup plus de prévention et de promotion de la santé, en amont c'est-à-dire dès le jeune âge, des bonnes habitudes de vie, je pense qu'on éviterait pas mal de problématiques. »

2.5 Développement des concepts de la problématique

A la suite de ces réflexions, de ces recherches et de ces entretiens nous sommes arrivées à la formulation de la problématique suivante :

« En quoi la prévention par la collaboration interprofessionnelle et avec les patients, coordonnée par l’infirmière à domicile, peut-elle diminuer les risques liés à la polymédication des personnes âgées ? »

Les approches alternatives sont intéressantes mais ne font pas partie des connaissances et des compétences des infirmières sans spécialisation ou formation complémentaire ; il est donc difficile d’intégrer ce rôle dans une recherche ayant pour but d’essayer d’apporter des pistes de réponse à des infirmières généralistes.

Les concepts qui découlent de cette problématique sont la coordination, l’interprofessionnalité, la prévention, la polymédication, le vieillissement, l’accompagnement et le concept de partenariat avec le patient.

La polymédication ayant déjà été largement traitée, ce concept ne sera pas défini à nouveau dans cette partie.

2.5.1 Coordination

Le Robert en ligne définit la coordination comme ceci : « Agencement logique des parties d'un tout en vue d'obtenir un résultat déterminé. »

(coordination - Définitions, synonymes, prononciation, exemples / Dico en ligne Le Robert, s. d.).

La coordination a pour but de mettre en relation et d'organiser les différents services, organisations et ressources afin d'améliorer la qualité globale des soins autour des personnes soignées. Une bonne coordination des soins permet de donner une structure et un sens commun à l'intérieur d'un système de santé. Elle favorise également une meilleure collaboration entre les établissements de soins, le cadre législatif et les professionnels de santé (Paillard & Boissart, 2023).

En synthèse, les attributs sont, selon nous :

- Organiser et structurer des soins à différents niveaux.
- Permettre la cohérence et le sens entre les différentes parties du système de santé.
- Améliorer la qualité des soins.
- Faciliter la transmission d'information et la communication entre les services et les professionnels de santé.

(Paillard & Boissart, 2023)

Dans notre problématique, la coordination permet d'apporter une structure de base commune à tout le système de santé et ainsi d'induire l'interprofessionnalité. De par le temps qu'elles passent auprès des patients, les infirmières sont les plus à même de renforcer la coordination des soins.

2.5.2 Interprofessionnalité

Le terme interprofessionnel est défini par le Robert en ligne comme « Commun à plusieurs professions. » (*interprofessionnel - Définitions, synonymes, prononciation, exemples / Dico en ligne Le Robert, s. d.*)

L'interprofessionnalité est un concept complexe à définir précisément car il se rapproche de celui d'interdisciplinarité. Ces deux termes sont parfois utilisés comme synonymes, bien que l'interprofessionnalité soit en réalité un concept plus large s'inscrivant dans un modèle de soins global. Commençons par définir le terme « interdisciplinarité » : il est formé à partir du mot discipline, qui signifie en latin « disciplina dérivé de discipulus qui signifie : action d'apprendre, de s'instruire et par suite, enseignement, doctrine, méthode » (Formarier et al., 2012 p.210). L'interdisciplinarité correspond à plusieurs disciplines travaillant ensemble dans le but d'atteindre un objectif commun. Les liens et les interactions entre les disciplines sont mis en avant pour favoriser la qualité de la prise en soins (Formarier et al., 2012).

Il est également nécessaire de définir plusieurs autres concepts pouvant être difficiles à distinguer. Tout d'abord, la multidisciplinarité est intéressante à définir. Il s'agit de la pratique de plusieurs disciplines en parallèle, dans une situation auprès d'un patient, sans qu'un objectif commun soit visé (Formarier et al., 2012). Ensuite, il y a la pluridisciplinarité. Celle-ci, tout comme la multidisciplinarité, correspond à la pratique de plusieurs disciplines mais avec un objectif commun (Formarier et al., 2012).

L'interdisciplinarité et l'interprofessionnalité sont difficiles à distinguer. Ces deux concepts ont en commun la volonté de dépasser les frontières existantes entre les disciplines sans pour autant les effacer complètement, ce qui correspondrait à la transdisciplinarité. En effet, l'interdisciplinarité et l'interprofessionnalité définissent plutôt des espaces de savoirs intermédiaires entre les disciplines, et par conséquent la diminution des spécialisations (Hatano-Chalvidan, 2016). Cette mise en évidence des points communs entre les deux concepts renvoie à la notion d'identité professionnelle. Si les limites entre les disciplines et les professions ne sont plus clairement identifiables, comment se positionner et se définir en tant que professionnel d'une discipline spécifique parmi les autres professionnels. Cela implique une mise en commun de valeurs, de savoirs et de compétences professionnels afin de redéfinir son identité professionnelle au sein d'une collaboration interdisciplinaire ou interprofessionnelle, et donc d'adopter une posture collective plutôt qu'individuelle (Hatano-Chalvidan, 2016). L'interprofessionnalité peut se distinguer de l'interdisciplinarité en se définissant comme la compétence de remettre en question sa façon de voir les choses sous l'angle de sa profession pour y intégrer celles des autres professionnels et aboutir à une compréhension commune de la situation, et ainsi adapter ses pratiques pour qu'elles correspondent à la vision commune. Cela implique également la capacité de partager et d'expliquer ses compétences et ses compréhensions disciplinaires aux autres (Hatano-Chalvidan, 2016).

Nous avons trouvé davantage de documentation sur l'interdisciplinarité, c'est pourquoi nous proposons la synthèse des attributs :

- Le travail interdisciplinaire se construit autour d'un projet qui s'inscrit dans une dimension scientifique. Sans ce projet, il n'existe pas.
- Il inclut la présence de plusieurs disciplines, donc de professions différentes.
- Dans l'interdisciplinarité, chaque professionnel apporte les compétences et la vision de sa propre discipline, l'explique aux autres et transmet ses interventions.
- Les disciplines se complètent entre elles et il n'y en a pas une plus importante qu'une autre.
- La responsabilité des différentes tâches se partagent selon les compétences de chacun et de leur formation.
- Chaque professionnel collabore ensemble vers un but commun.

(Formarier et al., 2012).

La définition de l'interprofessionnalité, précédemment explicité, met en avant la complémentarité des professions de santé ainsi que l'importance de partager leurs expertises. Dans le contexte de la polymédication, cela permettrait une meilleure évaluation des risques, des effets secondaires et l'élaboration de stratégies communes pour réduire les prescriptions et les conséquences indésirables des médicaments. L'interprofessionnalité demande une transformation de l'identité professionnelle et l'acquisition de nouvelles compétences de collaboration.

2.5.3 Prévention

Selon le Larousse en ligne, la prévention correspond à un : « Ensemble des dispositions prises pour prévenir un danger, un risque, un mal ; organisation chargée de mettre en place ces dispositions. » (*Définitions: Prévention - Dictionnaire de français Larousse, s. d.*)

Selon l'Office Fédérale de la Santé Publique (OFSP), la prévention permet de « réduire le risque de tomber malade, atténuer l'évolution d'une maladie, améliorer la qualité de vie et l'autonomie, diminuer les besoins en soins et faire baisser les coûts. » (Office fédéral de la santé publique, s. d.-a). Il existe plusieurs types de prévention qui peuvent être organisés en deux classifications différentes mais qui se complètent. Premièrement, il y a la classification de l'OMS principalement centrée sur les actions (prévention primaire, secondaire et tertiaire). Deuxièmement, la classification de Gordon distingue les catégories de prévention selon la population visée (prévention universelle, sélective et ciblée) (Paillard & Boissart, 2023). Voici une définition regroupant les deux classifications :

La prévention primaire / universelle : elle a pour but de réduire l'apparition des maladies dans la population générale. Des actions comme des conseils alimentaires, d'hygiène de vie ou la vaccination font partie de ce type de prévention (Paillard & Boissart, 2023).

La prévention secondaire / sélective : ce deuxième type de prévention vise une population plus spécifique, susceptible de développer une certaine pathologie par prédisposition génétique, selon leur tranche d'âge ou ayant des

comportements à risque pour leur santé (tabagisme, alcoolisme). Les examens de dépistage, comme ceux du cancer du sein ou du côlon par exemple, font partie de la prévention secondaire / sélective (Paillard & Boissart, 2023).

La prévention tertiaire / ciblée : concerne une population déjà atteinte d'une pathologie ou d'une problématique de santé, le but étant de prévenir les possibles complications et rechutes. Cette prévention est particulièrement utilisée dans les maladies chroniques. L'action qu'on retrouve principalement, est un suivi régulier avec les professionnels de santé qui interviennent auprès de la personne (Paillard & Boissart, 2023).

Selon nous, les attributs de la prévention sont :

- Identifier les facteurs de risques pouvant être délétères pour la santé.
- Mettre en place des stratégies afin de promouvoir la santé en diminuant les comportements à risques dans la population générale, de dépister les pathologies à un stade précoce chez une population sélective et éviter les complications et les rechutes pour les personnes déjà atteintes d'une pathologie.
- Améliorer la qualité de vie de toute la population.

(Paillard & Boissart, 2023)

Pour agir sur la polymédication, des interventions de prévention secondaires/sélectives et tertiaires/ciblées nous semblent les plus adaptées. Par exemple, informer les patients sur les effets secondaires et sur l'importance de parler de ses traitements actuels aux nouveaux prescripteurs. En effet, l'éducation thérapeutique sur les maladies et les traitements permet

aux patients de mieux gérer leur médication. D'autre part, la prévention de manière générale permet de diminuer la multimorbidité et par conséquent la polymédication.

2.5.4 Vieillesse

Le Larousse définit le vieillissement comme le : « Fait de devenir vieux, ensemble des phénomènes qui marquent l'évolution d'un organisme vivant vers la mort. » (*Définitions: Vieillesse-Dictionnaire de français Larousse. s. d.*).

Pour différencier vieillesse de vieillissement, on peut définir la vieillesse comme un état alors que le vieillissement serait un processus. Auparavant, le terme vieux était défini comme quelque chose qui existe depuis longtemps, et les qualités de prudence et de bons conseils étaient attribuées aux vieilles personnes. Ne plus avoir la capacité de travailler fait le lien entre le vieillissement physique et social. La première étape de vieillissement est caractérisée par la retraite à 65 ans, mais ça ne veut pas dire que les personnes de cet âge n'ont plus d'activités, elles peuvent retrouver du temps pour effectuer de nouveaux loisirs (Formarier et al., 2012).

Marguerite Potier définit le vieillissement comme étant :

Un processus physiologique, psychologique, social, que subit normalement tout organisme vivant dans la dernière période de sa vie. Il se manifeste par une diminution de la fonction de chaque organe et des grandes fonctions corporelles, selon des rythmes propres à chaque personne. C'est un processus dynamique qui intègre les notions de vie et de temporalité, et donc la problématique de la mort

et le repli narcissique. (Potier, 2002, cité dans Paillard & Boissart, 2023, p. 580).

Le vieillissement est un processus naturel que chaque individu vit de manière différente selon les déterminants de la santé qui lui sont propres, tels que les facteurs économiques, sociaux, psychologiques et neurologiques (Paillard & Boissart, 2023).

Au niveau physique, Christophe de Jaeger décrit le vieillissement comme :

Une diminution de la réserve physiologique des organes et des systèmes composant notre organisme. (...) L'organisme vieillissant n'a plus à sa disposition ses réserves. Il ne peut donc plus faire face avec succès à certaines situations physiologiques (efforts, adaptation climatique) ou pathologiques (maladies et accidents). (De Jaeger, 1992, cité dans Paillard & Boissart, 2023, p. 581).

Au niveau psychologique et social, la vieillesse entraîne inévitablement un changement de rôle et une succession de pertes. Ceci demande donc à la personne vieillissante de s'adapter continuellement et de faire face aux crises (Formarier & al., 2012).

Les attributs du concept du vieillissement sont, selon nous :

- C'est un processus et pas seulement un état.
- Il se passe à différents niveaux, psychologique, social et biologique et pas en simultané.
- C'est un processus naturel, influencé par les déterminants de la santé qui sont propres à la personne.

(Formarier et al., 2012) (Paillard & Boissart, 2023)

La polymédication et ses conséquences délétères augmentent avec l'âge du fait des changements biologiques, psychologiques et sociaux que traverse la personne. C'est pourquoi travailler sur la polymédication auprès de cette population nous semble pertinent.

2.5.5 Accompagnement

Selon le dictionnaire en ligne le Robert, accompagner signifie : « Se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui. Soutenir, assister quelqu'un. » (*accompagner - Définitions, synonymes, prononciation, exemples / Dico en ligne Le Robert, s. d.*).

Le concept d'accompagnement existait dans les soins palliatifs dans les années 1960-1970 (Verspieren, 1984, cité dans Formarier et al., 2012). Il va s'expandre dans d'autres champs professionnels dans les années 1990, autant dans des domaines de la santé et du social, ce qui ne permet pas, actuellement, de considérer son sens comme stable (Paul, 2004, cité dans Formarier et al., 2012). Selon Verspieren, « Accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre ; mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas. » (Verspieren, 1984, cité dans Formarier et al., 2012, p.42). L'accompagnement, qui pourrait être l'évolution du terme « prise en charge », vise l'autonomie, le bien-être autant physique que psychique du patient dans une relation d'égal à égal avec le soignant où le rythme et les choix du patient sont respectés. Accompagner

signifie aussi soutenir la personne dans un processus de changement (Formarier et al., 2012) (Paillard & Boissart, 2023).

Les attributs de ce concept sont :

- L'accompagnement requiert une relation à deux au minimum.
- Il a une durée définie et s'intègre au projet de l'accompagné.
- Il s'agit de créer un espace de rencontre où la personne aidée peut être soutenue dans son processus de transformation et s'enrichir.
- Le but de l'accompagnement est l'autonomie de la personne aidée.
- Dans l'accompagnement la relation est essentielle, elle est à la fois symétrique (relation d'égal à égal) et asymétrique (de par sa posture de professionnel, le soignant peut parfois prendre le rôle de guide dans la relation en posant un cadre).
- Le fait d'accompagner quelqu'un nous met dans une posture de bienveillance et de sollicitude dans un espace et un temps donné.
- Il est important d'être dans une posture éthique et réflexive quand l'on accompagne une personne. On ne doit pas juger son parcours et ses expériences de vies ni ses idées. On valorise l'autre, tout en l'accompagnant vers son autonomie.

(Formarier et al., 2012)

L'accompagnement est utile dans la polymédication pour ne pas imposer la vision des soignants qui pourrait être de vouloir traiter chaque symptôme avec un médicament ou, au contraire, de diminuer le plus possible le nombre de traitements. Chaque patient a une vision de ses traitements qui lui est

propre, certains les voient comme quelque chose d'indispensable et d'autres trouvent leur nombre trop élevé.

2.5.6 Partenariat avec le patient

Le Larousse définit le partenariat comme un : « Système associant des partenaires sociaux ou économiques, et qui vise à établir des relations d'étroite collaboration. » (*Définitions : Partenariat - Dictionnaire de français Larousse*, s. d.)

Le concept de partenariat existe depuis longtemps dans les soins infirmiers. En effet, la déclaration d'Alma-Ata de 1978, ayant pour objectif de mettre en place des soins de santé primaire accessibles à tous (*Déclaration d'Alma-Ata*, 1978), affirme que « tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés. » (Déclaration d'Alma-Ata, 1978, cité dans Formarier & al., 2012, p.234). De plus, la charte d'Ottawa dont le but était de promouvoir la santé dans tous les domaines de la vie et pas seulement dans le système de santé, encourage l'autonomie de chaque individu dans la gestion de sa santé. (Formarier & al., 2012). Depuis 2010, le terme de patient partenaire émerge au Canada. Ce concept s'inscrit dans l'évolution de la vision des soins et du système de santé, le patient passe d'une posture passive à une posture active où il s'engage de plus en plus dans sa prise en soins. Dans le modèle de Montréal le patient partenaire est défini comme :

Une personne progressivement habilitée, au cours de son cheminement clinique, à faire des choix de santé libre et éclairée. Ses savoirs expérientiels sont reconnus. Ses compétences de soins développées par les intervenants de l'équipe clinique. Il est respecté dans tous les aspects de son humanité. (Pomey et al., 2015 cité dans Paillard & Boissart, 2023, p. 383).

Le patient partenaire est ainsi acteur de son parcours de soins de par ses savoir-faire et son expertise de sa pathologie (Paillard & Boissart, 2023).

Le concept de partenariat se rapporte aux attributs suivant selon Hook :

- Le partage du processus de décision
- La relation
- Les compétences professionnelles
- Le partage de la connaissance
- L'autonomie du patient
- La communication
- La participation du patient
- Le partage du pouvoir avec le patient

(Hook, 2006, cité dans Formarier et al., 2012)

Pour évaluer l'efficacité et les éventuels effets secondaires d'un médicament, le patient est le plus à même de fournir les informations nécessaires en partageant son vécu. En lien avec l'interprofessionnalité, le patient a également un rôle à part égal avec les professionnels de santé. En effet, il est expert de sa santé et intègre le partage d'expertises des différents professionnels. Cependant, on doit tenir compte de l'état cognitif du patient et adapter la prise en soin en conséquence.

2.5.7 Conclusion

Après le développement des concepts, nous arrivons à la conclusion que la coordination, l'accompagnement et la notion de patient partenaire sont des éléments faisant partie intégrante de l'interprofessionnalité. Effectivement, à cette étape de notre travail, il est maintenant clair que l'interprofessionnalité permet de réduire la polymédication et ses risques. Cependant, nous constatons, dans la pratique et dans les différents articles étudiés, que bien que l'interprofessionnalité soit mise en avant afin d'améliorer la gestion médicamenteuse, les moyens pour développer cette dernière ne sont pas explicités. Il manque également des informations concernant le rôle infirmier dans la collaboration interprofessionnelle. C'est pourquoi nous avons choisi la question de recherche PICOT suivante :

« Quel est le rôle infirmier dans une équipe interprofessionnelle permettant de réduire les risques liés à la polymédication chez les personnes de plus de 65 ans à domicile ? »

Plus de détails sur la question de recherche sont développés dans le chapitre sur la méthode.

2.6 Perspectives pour la pratique

Dans cette partie, nous aborderons plusieurs points afin de démontrer en quoi notre problématique est pertinente dans la pratique.

Tout d’abord, nous avons vu, lors des entretiens avec des infirmières du terrain, que la polymédication est un problème actuel auquel elles sont confrontées très fréquemment.

De plus, les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses en Suisse. En effet, les données démographiques montrent un élargissement de la pyramide des âges. Ceci s’explique par la diminution du nombre de naissances, l’arrivée à l’âge de la retraite des personnes du « baby-boom » et l’augmentation de l’espérance de vie. (Office fédéral de la statistique, s. d.-b). L’espérance de vie à la naissance était de 78 ans pour les hommes et 83 ans pour les femmes en 2002 ; en 2022, elle était de 82 ans pour les hommes et 85 ans pour les femmes (Office fédéral de la statistique, s. d.-c). En 2020, la Suisse comptait 1 640 900 personnes de 65 ans et plus ; en 2050 l’OFS prévoit qu’il y ait 2 672 600 personnes dans cette tranche d’âge, soit environ un million de plus (Office fédéral de la statistique, s. d.-d).

Dans la population âgée, on constate l’augmentation du nombre de multimorbidité, et avec celle-ci, la polymédication (Greenleaf Brown, 2016). Le taux de personnes n’ayant aucune maladie chronique diminue quand leur âge augmente. Voici les pourcentages de personnes sans maladie chronique

selon leur tranche d'âge en 2013 : 60% entre 50 et 64 ans, 46% entre 65 et 79 ans, et 29 % à 80 ans et plus. (Moreau-Gruet, F., 2013)

Ces constatations démontrent que la polymédication est une problématique d'actualité et s'aggraverait probablement avec le temps si des stratégies pour limiter ses risques ne sont pas développées.

2.7 Pertinence pour les soins infirmiers

2.7.1 Méta-paradigme

Un méta-paradigme est un concept général, abstrait, au sein d'une discipline précise. Il regroupe les paramètres généraux de la discipline afin que les scientifiques puissent s'orienter pour leur travaux (Kim, 2010) (Hardy, 1978, p. 38) (Fawcett, 2012). Le méta-paradigme infirmier se décline en quatre concepts (Fawcett, 2012).

Le premier est l'être humain, désignant l'individu, celui-ci fait partie d'une culture et d'une communauté et participe aux soins (Fawcett, 2012). Dans notre sujet, ce concept se réfère au patient et aux professionnels de santé qui l'entourent, les infirmières, les médecins, les diététiciennes, les physiothérapeutes etc. Afin de diminuer les risques liés à la polymédication, le patient doit faire partie intégrante des soins et les comprendre. En effet, le

patient doit être actif et partenaire de sa prise en soins. Pour cela, les infirmières doivent également lui laisser la place d'agir et de s'exprimer à propos de ses soins, ses ressentis et ses besoins. L'infirmière a un rôle d'éducation particulièrement important dans la problématique de la polymédication. En effet, plus le patient connaît ses médicaments, plus il sait pourquoi il les prend et plus il sait reconnaître les effets secondaires potentiels, plus il lui sera possible de transmettre des informations aux professionnels de santé. Ainsi, ceux-ci pourront mieux évaluer l'efficacité et la pertinence des traitements.

Le second est le concept de l'environnement. Celui-ci désigne les proches du patient ainsi que son environnement physique ainsi que celui où se produit les soins infirmiers. Il fait aussi référence à toutes les conditions sociales, économiques, politiques, locales, régionales, nationales et mondiales qui sont liées à la santé des êtres humains (Fawcett, 2012). Dans ce travail, l'environnement physique du patient est son domicile. C'est un lieu où le patient peut se sentir mieux que dans un établissement, mais il y a moins de surveillances, il est plus livré à lui-même. L'infirmière et les différents personnels de santé font partie de cet environnement par intermittence. La gestion et la prise des médicaments peuvent être influencés par la présence des proches aidants, notamment avec des patients souffrant de troubles cognitifs.

Le troisième concept est celui de la santé, qui fait référence au processus de vie et de mort des êtres humains (Fawcett, 2012). Notre thématique montre que malgré l'intention des soignants d'améliorer la santé des patients, les moyens pour y parvenir, comme les médicaments, sont parfois plus délétères que bénéfiques. En effet, comme déjà énoncé plus haut, la fonction rénale et hépatique, chez les personnes âgées, sont moins performantes et par conséquent certains médicaments peuvent entraîner des toxicités imprévues (Ferreira Melo Marques et al., 2018). Certains médicaments ne sont pas compatibles avec les besoins de vie de la personne, ils peuvent donc nuire à la qualité de vie. La polymédication met l'accent sur les problématiques physiques de santé sans forcément prendre en compte toutes les dimensions de la santé, comme défini par l'OMS : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Organisation mondiale de la Santé, 1946). En plus de ne pas tenir compte des autres aspects de la santé, la polymédication peut les impacter négativement. En effet, les conséquences négatives sur le physique sont facilement identifiables contrairement aux affects psychologiques qui le sont parfois moins. La prise de plusieurs médicaments par jour peut affecter la charge mentale de certains patients.

Le quatrième et dernier concept du métaparadigme est celui des soins infirmiers. Il se rapporte à la définition des soins infirmiers ainsi qu'aux actions, objectifs et résultats de ceux-ci. Les actions sont considérées comme un processus mutuel entre les participants aux soins et les infirmières. Ce

processus regroupe différentes activités, qui sont, pour nous, la démarche de soins (Fawcett, 2012). La polymédication rend les surveillances infirmières plus compliquées, les causes des signes et symptômes étant moins facilement identifiables. Cette thématique nécessite également une bonne connaissance et une formation continue sur les médicaments. Du point de vue relationnel, les infirmières doivent également être plus attentives à poser des questions précises et à bien informer les patients afin de réaliser des évaluations cliniques efficaces.

2.7.2 Les modes de savoirs infirmier

Les modes de savoirs ont été décrits pour la première fois par Carper en 1978. En 1995, White, à la suite de ses travaux, a proposé l'ajout du mode sociopolitique, ou émancipatoire (Kérouac et al., 2010).

Le mode personnel s'appuie sur l'expérience personnelle de l'infirmière qui consiste à devenir un soi entier, authentique et conscient. Il prend en compte la compréhension subjective de soi et des autres, autant par son intuition que par son intellect, ce qui permet aux infirmières de comprendre une situation de soins d'une façon sensible (Kérouac et al., 2010). Dans la thématique de la polymédication, le savoir personnel de l'infirmière lui donne la possibilité de mobiliser les connaissances et compétences acquises par ses expériences afin de s'adapter aux besoins de chaque patient.

Le mode esthétique fait référence à l'appréciation d'une expérience en quelque chose qui n'est pas encore visible, des ressources créatives, afin de rejoindre l'autre et ainsi de pouvoir transformer l'expérience. C'est un moyen d'exprimer une expérience réelle en une expression créative (Kérouac et al., 2010). Dans la pratique, ce savoir s'exprime par des actes tels que le comportement, la conduite, les attitudes, la narration et les interactions de l'infirmière envers les autres (Chinn et Kramer, 2015). L'infirmière arrive à créer une relation unique avec le patient et ainsi réellement comprendre qui il est, ce qui lui permet de le conseiller de manière personnelle sur la gestion de ses traitements et de sa maladie, en accord avec les valeurs du patient.

Le mode éthique est le fait de prendre en compte les valeurs et les clarifications d'ordre moral qui sont présentes dans de nombreuses situations de soins. Ceci concerne ce qui est bon, juste, désirable et repose sur les principes et les codes (Kérouac et al., 2010). Étant donné que les prescriptions médicamenteuses sont médicales, l'infirmière ne peut pas modifier les traitements elle-même. Cependant, il est de son propre rôle de défendre les intérêts du patient auprès du prescripteur.

Le mode empirique repose sur la recherche scientifique, l'observation, c'est ce qu'on peut voir et sentir. Il est basé sur des observations réelles et objectivables (Kérouac et al., 2010) (Chinn et Kramer, 2015). Le savoir empirique se manifeste dans l'évaluation clinique des patients et dans l'observation et la mesure des signes permettant d'objectiver les effets secondaires de la polymédication.

Le mode sociopolitique ou émancipatoire a été rajouté après la relecture de l'article de Carper (1978) par White (1995). Elle a proposé de rajouter ce mode de pensée car elle situe la relation infirmière-patient dans une relation plus large que la relation de soins présente. D'après elle, la relation de soins demande une compréhension du milieu socio-politique des deux parties. Ce mode de savoirs est donc la capacité des personnes à prendre conscience du statut social, politique et culturel de l'autre et d'y apporter une réflexion critique afin d'y déceler les inégalités et de les comprendre (Kérouac et al., 2010) (Chinn et Kramer, 2015). La réalité socio-économique et politique du pays dans lequel vit la personne soignée influence les caractéristiques du système de santé auquel elle a accès. L'accessibilité aux médicaments a une incidence directe sur la polymédication, l'infirmière doit s'adapter à ces conditions.

Chapitre 3 : Champ disciplinaire infirmier

3.1 Ancrage disciplinaire

Nous avons choisi le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour et Sicotte de 1999 (D'Amour et al., 1999). Nous avons trouvé très peu d'informations sur l'ancrage disciplinaire de ce modèle. C'est pourquoi nous avons déduit certains points de cette partie nous-même. Ce modèle découle de l'approche organisationnelle de Erhard Friedberg. Cette approche définit les interactions sociales et la mise en place des actions collectives (Friedberg, 1993, cité dans D'Amour et al., 1999). Concernant le niveau d'abstraction de ce modèle, on peut en déduire que étant donné sa facilité d'application à la pratique, celui-ci peut être classé dans les théories de niveau intermédiaire (Fawcett, 2012). Selon nous, ce modèle définit les quatre concepts du métaparadigme infirmiers comme suit (Fawcett, 2012) :

Le premier concept est l'être humain. Selon le modèle de D'Amour et Sicotte, on peut le définir comme l'ensemble des professionnels de santé formant une équipe interprofessionnelle qui collabore. Le patient est aussi présent comme la personne principale, autour de laquelle toute la collaboration s'organise. Dans la logique de la collaboration, on retrouve « une vision humaniste de la personne » et « la personne est vue comme un être biopsychosocial en interaction avec son milieu » (D'Amour et al., 1999, p.70)

Le second concerne l'environnement. On retrouve dans ce modèle un environnement autour du patient qui se compose de tous les professionnels de santé collaborant pour lui. Dans l'environnement des professionnels, on peut constater différents niveaux d'organisation qui régissent les interactions et la collaboration interprofessionnelles. Le premier niveau est propre à l'équipe de soin et se construit grâce à des règles formelles et informelles. Le second est régi par la réglementation de l'institution (D'Amour et al., 1999).

La santé est le troisième concept. Celle-ci est l'objectif de l'équipe interprofessionnelle dans ce modèle. Chaque membre de cette équipe collabore afin de maintenir ou d'améliorer l'état de santé de la personne soignée. La santé est définie selon les propres critères du patient (D'Amour et al., 1999).

Le dernier concept correspond aux soins. Dans ce modèle, l'accent est mis sur l'organisation des soins entre les différents professionnels. Ce modèle explique comment les soignants doivent concilier leur désir de conserver leur champ professionnel respectif et celui de travailler en équipe dans le but d'améliorer la prise en soins globale du patient (D'Amour et al., 1999).

Selon nous, ce modèle s'inscrit dans le paradigme de l'intégration. Dans ce paradigme, les phénomènes sont considérés comme ayant des parties multiples et interdépendantes dans un contexte spécifique (Newman et al., 1991). En effet, le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle a pour but de rassembler les professionnels des différents

métiers de la santé, afin qu'ils collaborent pour fournir les meilleurs soins possibles aux patients (D'Amour et al., 1999).

Les actions de chacun ont un impact sur la situation du patient et influencent ainsi les interventions des autres membres de l'équipe interprofessionnelle (D'Amour et al., 1999).

En ce qui concerne les écoles de pensées, le modèle choisi ne rentre pas dans cette classification car celle-ci concerne uniquement les théories à large spectre. Le modèle de D'Amour et Sicotte est, quant à lui, une théorie de niveau intermédiaire selon nous.

3.2 Concepts de la théorie

Le modèle de D'Amour et Sicotte correspond à l'adaptation de l'approche organisationnelle de Friedberg adaptée au domaine de la santé. Pour construire ce modèle, ils ont d'abord défini les déterminants de la collaboration interprofessionnelle.

En premier, on retrouve le système professionnel ou le processus de professionnalisation. Il influence l'interprofessionnalité, car il peut défavoriser la collaboration en séparant distinctement les différentes professions au lieu de les unir. D'une part, chaque professionnel a son rôle propre et tient à avoir une certaine indépendance dans son domaine d'expertise, ce qui nuit à la collaboration. D'autre part, les professionnels souhaitent travailler ensemble pour favoriser la prise en soin du patient. La collaboration est rendue difficile de par ces deux aspects contradictoires (D'Amour et al., 1999).

Les déterminants interactionnels sont la cohésion, la confiance, la communication, le conflit, le leadership et le climat (D'Amour et al., 1999).

Il y a également des facteurs organisationnels comme, la structure, la technologie, la taille, l'environnement et la composition de l'équipe de soins. Pour que la collaboration soit possible, il faut que l'équipe soit construite et s'organise dans ce but. Il faut également que les moyens à disposition tels que, le temps pour les rencontres ou les moyens de communication soient adéquats et disponibles (D'Amour et al., 1999).

Le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour et Sicotte, de 1999, est composé de quatre dimensions : la formalisation, la finalisation de la régulation, la délégation de la régulation et l'intériorisation de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour et al., 1999).

3.2.1 La formalisation de la collaboration interprofessionnelle

Cette dimension correspond aux règles formelles en vigueur dans l'institution. Celles-ci permettent d'éviter des incertitudes dans les actions, elles donnent un cadre de référence sur lequel les professionnels peuvent se baser, elles permettent l'argumentation des interventions et la protection des différents acteurs. Cette réglementation régit la coordination des différents professionnels de santé ainsi que leur manière d'interagir entre eux (D'Amour et al., 1999).

3.2.2 La finalisation de la régulation de la collaboration interprofessionnelle

La finalisation se rapporte aux objectifs de soins qui doivent être décidés par tous les professionnels de santé impliqués. L'organisation de la collaboration, les interactions et les interventions doivent être réalisées dans le but d'atteindre ces objectifs. Les auteurs du modèle ont défini trois constats : (D'Amour et al., 1999).

Le premier constat est : « Les professionnels d'une même équipe possèdent des conceptions très variées de la collaboration interprofessionnelle. » (D'Amour et al., 1999, p.80). Les différents professionnels de santé n'envisagent pas tous la collaboration de la même façon. En effet, certains considèrent la collaboration comme un simple échange d'informations, alors que, pour d'autres, cela implique une prise de décisions et des interventions communes. Ces différentes visions de la collaboration peuvent poser des problèmes de compréhension si elles ne sont pas explicitées (D'Amour et al., 1999).

Le second constat est le suivant : « Les intérêts individuels et professionnels sont multiples et divergents. » (D'Amour et al., 1999, p.81). Il est évident que tous les professionnels de santé souhaitent respecter les intérêts de leurs patients. Cependant, ils peuvent également avoir d'autres intérêts, notamment, celui de maintenir une distinction claire des zones d'intervention de chaque discipline afin que le domaine d'expertise de chacun

soit respecté. Ils oscillent constamment entre le besoin de préserver leur identité professionnelle et celui de s'engager pleinement dans un processus de collaboration bénéfique pour les patients. Donc selon les situations, ils pencheront d'un côté ou de l'autre (D'Amour et al., 1999).

« Les transactions des acteurs autour des buts et l'intégration des résultats de la collaboration interprofessionnelle » (D'Amour et al., 1999, p.81) correspond au dernier constat. La collaboration interprofessionnelle n'est pas facile, même quand toutes les personnes impliquées souhaitent collaborer. Chacune des différentes professions veut défendre sa place auprès des patients, la pertinence et l'efficacité de leurs interventions. Il en résulte des tensions inévitables entre les corps de métier. Donc des revendications et du marchandage peuvent avoir lieu afin de modifier certaines règles mal acceptées par certains groupes de professionnels. La structure d'un groupe collaboratif est donc en constante transformation (D'Amour et al., 1999).

3.2.3 La délégation de la régulation de la collaboration interprofessionnelle

La délégation permet de gérer collectivement les situations de soins. Elle doit s'organiser de manière interprofessionnelle et pas uniquement au sein de sous-groupes de même profession. La délégation endogène correspond aux demandes et aux partages d'interventions à l'intérieur de l'équipe de soins. Elle est régulée par des règles plus ou moins formelles alors que la délégation exogène comprend des obligations d'organisation externes, comme les

protocoles et la réglementation en vigueur dans la structure de soins. Les patients sont à la base des interactions interprofessionnelles et c'est de celles-ci que l'organisation des soins découle (D'Amour et al., 1999).

3.2.4 L'intériorisation de la collaboration interprofessionnelle

Cette dimension consiste à prendre conscience de l'interdépendance entre les différents professionnels. Cette intériorisation contient trois sous-dimensions, le premier a été présenté par Friedberg en 1993 et les deux autres ont été rajoutés par D'Amour et Sicotte en 1999 (D'Amour et al., 1999).

Premièrement, il y a le processus d'interconnaissance. Friedberg le définit comme le fait de s'informer et d'apprendre à connaître les interventions des autres professionnels, leurs vocabulaires ainsi que leurs modèles et théories disciplinaires (Friedberg, 1993, cité dans D'Amour et al., 1999). La deuxième sous-dimension est l'établissement d'une relation de confiance. La confiance permet une meilleure coordination des interventions et une bonne intégration des membres de l'équipe. Une des forces de la collaboration interprofessionnelle est de pouvoir partager ses difficultés et ainsi obtenir de l'aide, mais cela rend vulnérable. Sans confiance, les membres de l'équipe ne vont pas se mettre dans une telle posture de vulnérabilité (D'Amour et al., 1999). La dernière sous dimension est le partage des territoires professionnels. Pour que la collaboration soit efficace, il est nécessaire d'établir des zones communes de responsabilité, tout en veillant à ne pas créer une hiérarchisation entre les professions (D'Amour et al., 1999).

3.3 Utilité pour la pratique infirmière et lien avec notre sujet

Pour rappel, nous avons déjà constaté que le nombre de personnes atteintes de multimorbidité augmente continuellement, notamment à cause du vieillissement de la population (Greenleaf Brown, 2016). De ce fait, ces personnes sont fréquemment amenées à avoir recours à des services de soins et, à cause de la complexité de leur situation, à de nombreux professionnels de santé. Il est donc primordial que ceux-ci collaborent efficacement entre eux afin d'assurer la continuité et la qualité des soins. Une collaboration interprofessionnelle efficace permet notamment de réduire la polymédication (Lagerin et al., 2014). Ces deux aspects mettent en évidence le besoin d'assurer une collaboration de qualité. C'est pourquoi un modèle structurant les modalités de cette collaboration peut s'avérer utile et nécessaire pour formaliser les relations entre les membres d'une équipe interprofessionnelle.

Étant donné que ce modèle est de niveau intermédiaire, il est concret et facilement transposable à la pratique. De plus, il a été construit par D'Amour et Sicotte à partir d'études de cas de plusieurs équipes de soins dans différents contextes au Québec : un contexte d'accompagnement de femmes enceintes et de leurs enfants dans un milieu défavorisé, un autre concernant le maintien à domicile de personnes en perte d'autonomie (personnes âgées, personnes en fin de vie, personnes atteintes d'un handicap) et dans un centre communautaire de consultations ambulatoires (D'Amour et al., 1999).

A cette étape de notre travail, il est maintenant évident que la collaboration interprofessionnelle joue un rôle majeur dans la diminution des risques liés à la polymédication. Ce modèle met en lumière la complexité présente dans la collaboration, mais explique également les enjeux qu'elle soulève et les différents éléments dont il faut tenir compte afin qu'elle soit efficace et bénéfique. C'est pour ces raisons que nous pensons que ce modèle est pertinent pour notre sujet et permet de nous donner des pistes de structuration et d'évaluation de la collaboration.

Chapitre 4 : Méthode

Dans ce chapitre nous allons expliquer notre méthode de recherche et de sélection des articles scientifiques. A la suite du développement de la problématique, nous avons formulé la question de recherche suivante :

« Quel est le rôle infirmier dans une équipe interprofessionnelle permettant de réduire les risques liés à la polymédication chez les personnes de plus de 65 ans à domicile ? »

C'est une question de type intervention. Une question d'intervention définit quelle est l'intervention la plus efficace pour obtenir un résultat souhaité (DiCenso et al., 2005).

4.1. PICOT

PICOT est une méthode de formulation de question de recherche où chaque lettre correspond à un élément de la question. Le tableau 1 résume notre question PICOT.

- Le P pour *Population cible* correspond au groupe de personnes qui partagent des caractéristiques communes que l'on souhaite étudier ; dans notre question ce sont les personnes de plus de 65 ans à domicile.
- Le I pour *Intervention* traite des actions à visées thérapeutiques, préventives ou diagnostiques ; le rôle infirmier dans une équipe interprofessionnelle est le I de notre question.

- Le C pour *Comparaison* est un élément facultatif de la question permettant d'opposer deux interventions différentes ; nous n'avons pas de comparaison dans notre question.
- Le O signifie Outcomes qui correspond à résultat clinique en anglais, il s'agit des résultats attendus de l'intervention sur la population cible ; dans ce travail le O correspond à la réduction des risques liés à la polymédication.
- Le T signifie temps et permet d'ajouter une composante temporelle, mais n'est pas obligatoire ; il ne nous paraissait pas pertinent de rajouter une notion de durée à notre question (Favre & Kramer, 2016).

Tableau 1

PICOT

P	Personnes de plus de 65 ans à domicile
I	Rôle infirmier dans une équipe interprofessionnelle
C	-
O	Réduire les risques liés à la polymédication
T	-

4.2. Description de la stratégie de sélection des articles

Nous avons mis en évidence les mots clés de notre question PICOT que nous avons ensuite traduit en anglais, grâce à un logiciel de traduction. A partir des mots en anglais, nous avons cherché les descripteurs correspondants sur les bases de données suivantes : Cinahl (CINAHL Subject Headings), Embase (Emtree), Medline (MeSH) et Pubmed (MeSH). Voici un tableau récapitulatif (tableau 2).

Tableau 2

Mots-clés et descripteurs

	Mots clés	Mots clés anglais	Descripteurs Cinahl	Descripteurs Embase	Descripteurs Medline	Descripteurs Pubmed
P	Personnes âgées A domicile Soins à domicile	Old people At home Seniors at home Elderly people Home care	<ul style="list-style-type: none"> • Aged • Home Health Nursing • Home Health Nurses • Home Health Care 	<ul style="list-style-type: none"> • Home care • Aged 	<ul style="list-style-type: none"> • Home Care Service • Aged • Home Health Nursing 	<ul style="list-style-type: none"> • Aged • Home Health Nursing
I	Rôle infirmier Interprofessionnalité	Nursing role Interprofessionality	<ul style="list-style-type: none"> • Nursing Role • Interprofessional Relations • Collaboration • Multidisciplinary Care Team 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient care team • Nurse • Home care • Interprofessional education 	<ul style="list-style-type: none"> • Nurse's Role • Patient Care Team 	<ul style="list-style-type: none"> • Nurse's role • Patient Care Team • Interprofessional education
O	Polymédication Risque	Polymedication Risk	<ul style="list-style-type: none"> • Polypharmacy • Risk Assessment 	<ul style="list-style-type: none"> • Polypharmacy 	<ul style="list-style-type: none"> • Polypharmacy • Risk 	<ul style="list-style-type: none"> • Polypharmacy • Deprescription • Risk • Risk Reduction Behavior

Avec ces descripteurs, nous avons formulé plusieurs équations de recherche. Pour affiner nos recherches, nous avons appliqué un filtre sélectionnant les articles publiés entre 2014 et 2024, afin d'obtenir les données les plus récentes. Ci-dessus, les tableaux 3 à 6 illustrent les équations de recherches pour chaque base de données.

Tableau 3
Base de données Cinahl

Cinahl				
Descripteurs	Equations	Filtres	Articles trouvés	Articles retenus
<ul style="list-style-type: none"> • Interprofessionnal Relations • Polypharmacy 	(MH "Interprofessional Relations+") AND (MM "Polypharmacy")	<ul style="list-style-type: none"> • Date de publication 2014-2024 	15	1
<ul style="list-style-type: none"> • Multidisciplinary Care Team • Polypharmacy 	(MM "Multidisciplinary Care Team") AND (MM "Polypharmacy")	<ul style="list-style-type: none"> • Date de publication 2014-2024 	15	0

Tableau 4
Base de données Pubmed

Pubmed				
Descripteurs	Equations	Filtres	Articles trouvés	Articles retenus
<ul style="list-style-type: none"> • Polypharmacy • Home Health Nursing • Patient Care Team 	(Polypharmacy) AND (Home Health Nursing) AND (Patient Care Team)	<ul style="list-style-type: none"> • Date de publication 2014 - 2024 	18	2
<ul style="list-style-type: none"> • Polypharmacy • Home Health Nursing • Nurse's Role 	(Polypharmacy) AND (Home Health Nursing) AND (Nurse's Role)	<ul style="list-style-type: none"> • Date de publication 2014 - 2024 	5	1
<ul style="list-style-type: none"> • Risk • Polypharmacy • Nurse's Role 	(Risk) AND (Polypharmacy) AND (Nurse's Role)	<ul style="list-style-type: none"> • Date de publication 2014 - 2024 	4	0

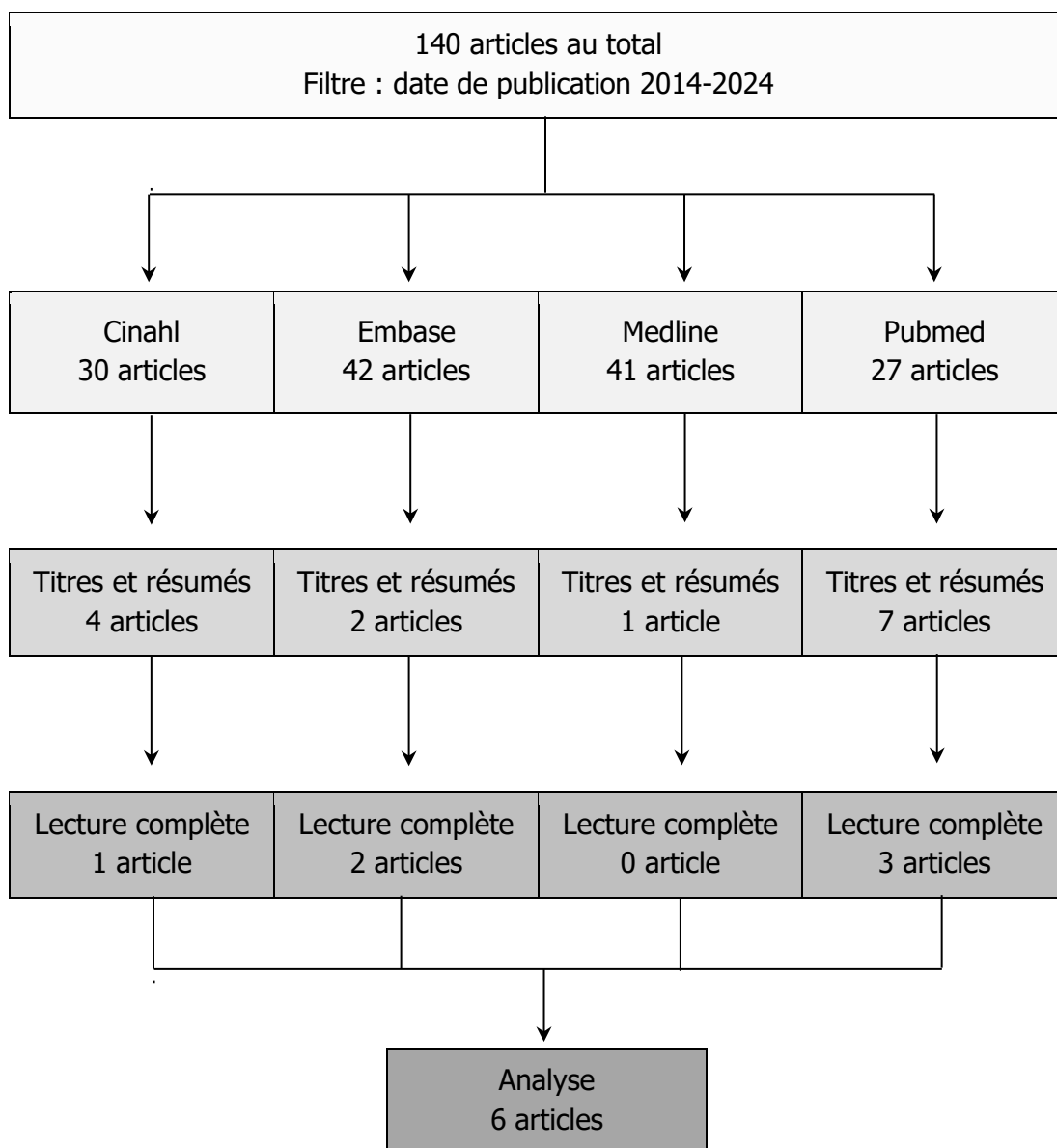
Tableau 5
Base de données Embase

Embase				
Descripteurs	Equations	Filtres	Articles trouvés	Articles retenus
<ul style="list-style-type: none"> • home care • patient care team • nurse • polypharmacy 	'home care'/exp AND ('patient care team'/exp OR 'nurse'/exp) AND 'polypharmacy'/exp	Date de publication 2014 - 2024	41	1
<ul style="list-style-type: none"> • aged • home care • interprofessional education • polypharmacy 	'aged'/exp AND ('home care'/exp AND 'interprofessional education'/exp) AND 'polypharmacy'/exp	Date de publication 2014 - 2024	1	1

Tableau 6
Base de données Medline

Medline				
Descripteurs	Equations	Filtres	Articles trouvés	Articles retenus
<ul style="list-style-type: none"> • home care • patient care team • nurses • polypharmacy 	'home care'/exp AND ('patient care team'/exp OR 'nurses'/exp) AND 'polypharmacy'/exp	Date de publication 2014 - 2024	41	0

La manière dont nous avons retenu les articles était la suivante : dans un premier temps, nous avons exclu les revues, les revues systématiques et les méta-analyses, ensuite nous les avons sélectionnés selon leur titre, leur résumé et le type de devis. Nous avons utilisé l'impact factor comme un indicateurs de fiabilité. Après lecture complète des articles, nous en avons sélectionné six. Le diagramme de flux suivant montre notre processus de sélection des articles (tableau 7).

Tableau 7*Diagramme de flux*

Chapitre 5 : Discussion

5.1 Résumés des résultats des articles

5.1.1 Cinahl

5.1.1.1 Article 1

“Safe Medication Management for Polymedicated home-Dwelling Older Adults after Hospital Discharge: A Qualitative Study of Older Adults, Informal Caregivers and Healthcare Professionals’ Perspectives.” (Pereira et al., 2022).

Cette étude descriptive qualitative a pour objectif d’identifier et de catégoriser les facteurs de stress vécus et les stratégies d’adaptation mises en place par les personnes âgées, leurs proches aidants et les professionnels de santé dans la gestion des médicaments après leur sortie de l’hôpital. Concernant la méthode, les informations ont été recueillies auprès de 28 personnes âgées, 17 proches aidants et 13 professionnels de santé (infirmiers, médecins généralistes, pharmaciens et aides-soignants).

Les dysfonctionnements dans la communication, la collaboration et la coordination, entre les différentes personnes impliquées dans la gestion des médicaments, font partie des facteurs stress relevés. Les personnes âgées souhaitent être informées de tout changement et participer activement aux prises de décision. Les patients et leurs proches aidants font confiance aux professionnels de santé et pensent donc que les traitements sont appropriés. Malgré cette confiance, les personnes âgées sont rarement intégrées dans la prise de décision. Pour pallier ces facteurs, une meilleure coordination et

collaboration dans le réseau de soins est nécessaire ainsi que la mise en place de stratégies telles qu'établir une routine de gestion des médicaments, se battre pour les préférences médicamenteuses du patient et permettre au patient de mobiliser chaque jour sa connaissance de soi et ses expériences passées (Pereira et al., 2022). (Annexe 2)

5.1.2 Pubmed

5.1.2.1 Article 2

"Challenges in Deprescribing among Older Adults in Post-Acute Care Transitions to Home." (Wang et al., 2024).

Cette étude qualitative, réalisée à base d'entretiens, a pour but de comprendre le point de vue des différentes personnes impliquées dans la déprescription des médicaments susceptibles d'être délétères pour les personnes âgées aux soins à domicile en post-aigu. Des entretiens ont été menés avec 9 patients âgés, 11 infirmières des soins à domicile, 5 médecins de soins primaires, 3 pharmaciens, 1 médecin assistant, 1 infirmière praticienne en soins post-aigu.

Il en ressort que les défis les plus importants en matière de déprescription sont le manque de temps et le manque de priorité à cette tâche. On retrouve aussi d'autres défis tels que le manque de continuité des soins et le nombre limité de visites à domicile qui est possiblement dû à la réduction du remboursement des soins à domicile. Il est important d'avoir une

communication et une collaboration efficaces pour pratiquer la déprescription. Cependant, il est souvent difficile de communiquer efficacement au sein de l'équipe soignante. En effet, la difficulté de contacter le médecin et le temps de réponse de celui-ci ainsi que l'inefficacité des dossiers de soins et le manque de mise à jour de ces derniers, ne permettent pas une transmission adaptée des informations. Ces éléments entravent l'aboutissement à un consensus sur la déprescription. Les infirmières à domicile devraient être encouragées à exercer un rôle plus proactif pour faciliter les décisions de déprescription. Elles peuvent également la soutenir en surveillant les symptômes, la prise des médicaments et en évaluant l'environnement familial du patient. Cette étude a montré que les pharmaciens sont essentiels à l'élaboration de recommandations de déprescription. Cependant, cela est entravé par leur manque d'accès aux dossiers des patients et un manque de remboursement des services (Wang et al., 2024). (Annexe 3)

5.1.2.2 Article 3

"Exploration of home care nurse's experiences in deprescribing of medications: a qualitative descriptive study." (Sun et al., 2019).

L'objectif de cette étude est d'explorer les obstacles et les facilitateurs de la déprescription, du point de vue des infirmières à domicile, et d'évaluer l'évolution d'un plan de formation visant à répondre à leurs besoins d'apprentissage en matière de déprescription. Ceci grâce à un devis qualitatif

descriptif exploratoire. Deux groupes de discussion avec un totale de 11 infirmières de soins à domicile ont été créés afin de récolter les données.

L'étude met en évidence la complexité de la gestion de la polymédication des personnes âgées à domicile. Les obstacles à la déprescription sont le manque de communication, l'incohérence des pratiques de bilan comparatif de médicaments, une collaboration inefficace entre les différents professionnels de santé, un manque de sensibilisation et de formation au sujet de la déprescription. Les facilitateurs sont la nécessité d'une formation et d'une collaboration interprofessionnelle pour la déprescription, la cohérence et continuité des soins entre les prestataires de soins, l'intégration de la déprescription dans l'enseignement de la santé dans les soins à domicile, le fondement de la déprescription sur des sources de données précises et fiables et la facilitation de la déprescription par un réseau de soins solide (Sun et al., 2019). (Annexe 4)

5.1.2.3 Article 4

"Nurses' and pharmacists' learning experiences from participating in interprofessional medication reviews for elderly in primary health care - a qualitative study." (Bell et al., 2017).

L'objectif de cette étude qualitative est de comprendre la perception des infirmières et des pharmaciens sur leurs expériences d'apprentissage, lors de bilans interprofessionnels de médication (BIM), dans des soins de santé

primaire, sur une durée de deux ans environ. Pour ce faire, les chercheurs ont réalisé des entretiens semi-structurés lors de groupes de discussion et des entretiens téléphoniques, avec 13 infirmières et 4 pharmaciens de maison de retraite et à domicile.

Lors des BIM, les deux professions ont déclaré avoir appris davantage sur le rôle de chacun, ce qui rend le travail en équipe plus efficace. Les infirmières voient actuellement les pharmaciens comme des partenaires de discussion et les pharmaciens sont devenus davantage conscients du rôle crucial d'informateur de la part des infirmières. Les infirmières en ont appris davantage concernant les médicaments ce qui leur permet de faire des liens entre les symptômes et les médicaments prescrits. Le financement des pharmaciens est un obstacle à la réalisation des BIM. Cependant, il existe des obstacles à la réalisation des BIM tels que, le financement des pharmaciens et le manque de documentation sur le patient donnée aux pharmaciens avant les BIM (Bell et al., 2017). (Annexe 5)

5.1.3 Embase

5.1.3.1 Article 5

"Impact of nurse-led interprofessional work in older patients with heart failure and multimorbidity: A retrospective cohort study" (Saizen et al., 2024).

L'étude a pour but de déterminer si une équipe interprofessionnelle, dirigée par une infirmière, permet un impact positif sur le pronostic des

patients âgés de 65 ans et plus, atteints d'insuffisance cardiaque et de multimorbidité, admis dans un hôpital de soins aigus. C'est une étude de cohorte rétrospective comparant un groupe de patients ayant reçu des soins par une équipe interprofessionnelle dirigée par une infirmière et un autre groupe ayant reçu des soins par une équipe habituelle. Le critère principal d'évaluation était la mortalité toute cause confondue.

Le groupe de travail dirigé par une infirmière a montré une différence significative de 7% dans la mortalité toute cause confondue par rapport au groupe de soins habituels ($p < 0.001$). Plus la dépendance pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) était importante, plus le taux de mortalité augmentait. Le taux de mortalité augmentait chez les patients polymédiqués ($p = 0,05$) et également pour ceux sous oxygénothérapie à domicile ($p < 0.001$) (Saizen et al., 2024). (Annexe 6)

5.1.3.2 Article 6

"Educating Homecare Nurses about Deprescribing of Medications to Manage Polypharmacy for Older Adults." (Sun et al., 2021).

L'objectif de cette étude descriptive mixte est d'évaluer la pertinence, l'acceptabilité et l'efficacité d'une formation auprès des infirmières à domicile concernant la déprescription des médicaments chez les personnes âgées. Une enquête a été menée auprès de 45 infirmières provenant de trois centres de soins à domicile pour évaluer la formation à la déprescription.

L'étude a mis en évidence les obstacles et les facilitateurs à la formation à la déprescription et a déterminé l'efficacité de la formation. 86% des infirmières ont déclaré que la formation sur la déprescription était pertinente. 95% ont indiqué qu'une formation approfondie sur les risques et les effets indésirables de la polymédication serait bénéfique. 69% ont mis en évidence que leur travail à domicile pourrait permettre de faciliter la déprescription de par leur proximité quotidienne avec les patients. Les infirmières ont mis en avant leur besoin de lignes directives et de stratégies, pour avoir un guide de bonne pratique sur lequel se reposer. Elles ont exprimé leur besoin de définir clairement le rôle des infirmières à domicile dans la déprescription (Sun et al., 2021). (Annexe 7)

5.2 Discussion

5.2.1 Coordination

La coordination et la continuité des soins sont difficiles entre les services de soins aigus et les soins à domicile ce qui rend la collaboration et la déprescription complexe. De plus, le temps et le nombre limité des visites à domicile aggravent également cette problématique (Wang et al., 2024). En

effet, le manque de communication et de collaboration interprofessionnelle, ainsi que la transition entre l'hôpital et le domicile, sont des facteurs de stress importants qui nuisent à la bonne gestion médicamenteuse (Pereira et al., 2022). Le manque de temps et de priorité consacré à la déprescription de la part des prescripteurs est un obstacle à celle-ci. Un rappel régulier au médecin traitant pourrait être une piste de solution à ce problème (Wang et al., 2024).

5.2.2 Rôles infirmiers

Étant donné leur proximité et le temps passé auprès des patients à domicile, les infirmières sont plus à même de faciliter et coordonner la déprescription (Sun et al., 2021). Une équipe interprofessionnelle dirigée par une infirmière pourrait favoriser le développement de stratégies d'adaptation par des interventions de prévention secondaires et tertiaires (Pereira et al., 2022). En effet, l'étude de Saizen et al., de 2024, a démontré l'efficacité d'une équipe interprofessionnelle dirigée par une infirmière, cette dernière ayant permis de diminuer la mortalité toutes causes confondues. Les infirmières jouent un rôle important pour améliorer la gestion des médicaments (Bell et al., 2017). Pour cela, elles pourraient opter pour des stratégies telles qu'établir une routine de surveillance et de suivi des médicaments avec les patients, défendre les préférences médicamenteuses des personnes auprès des médecins et encourager l'analyse clinique en y intégrant les perceptions, les ressentis et la connaissance de soi du patient (Pereira et al., 2022). Dans la gestion des médicaments, les infirmières ont comme rôles l'observation, la

documentation, la surveillance, l'administration et l'analyse clinique des effets désirés et secondaires des traitements, ainsi que la coordination des interventions interprofessionnelles (Bell et al., 2017) (Pereira et al., 2022). Elles ont également le rôle de proposer des alternatives pharmacologiques et non pharmacologiques (Sun et al., 2019). L'éducation thérapeutique sur les traitements auprès du patient est également une intervention infirmière cruciale. Elle rend celui-ci plus autonome et responsable de ses médicaments (Pereira et al., 2022). Ceci favorise son empowerment et réduit donc les risques liés à la polymédication. Des outils, tels que la brochure EMPOWER, sont à disposition des infirmières et des patients (Sun et al., 2019). Pour que cela soit possible, il faudrait que les infirmières aient plus de temps consacré à l'information médicamenteuse (Wang et al., 2024).

5.2.3 Collaboration interprofessionnelle

La collaboration avec des pharmaciens pourrait être bénéfique à la gestion des médicaments ou encore à la déprescription (Wang et al., 2024). En effet, quand leurs réalisations sont possibles, les BIM permettent aux pharmaciens et aux infirmières de mieux comprendre le rôle de chacun, ce qui permet de renforcer la collaboration. Les infirmières en apprennent davantage sur les médicaments, ce qui leur permet de faire des liens entre les symptômes et les médicaments prescrits. Bien qu'aucuns médecins n'aient participé à l'étude sur les BIM, leur rôle de prescripteur est indispensable à la réalisation de ceux-ci (Bell et al., 2017). On constate aussi que le manque d'accès des

pharmaciens aux dossiers des patients et leur financement sont des obstacles à cette collaboration (Wang et al., 2024). Le lieu et l'organisation des BIM en est également un (Bell et al., 2017). De plus, le manque de lignes directrices communes pour les bilans comparatifs des médicaments entre les pharmaciens, les infirmières et les médecins, provoquent des incompréhensions et des désaccords (Sun et al., 2019). Selon nous, une alternative aux BIM, qui sont difficilement réalisables par manque de financement des pharmaciens, pourrait être l'augmentation d'échanges d'informations par mails et téléphone. Cependant, ceci ne permettrait pas un partage et une discussion directe entre professionnels, ce qui constitue les principaux bénéfices des BIM. Le dossier électronique du patient pourrait pallier le manque d'accès des pharmaciens aux informations sur le patient et permettre un partage, une communication et une collaboration efficaces entre les professionnels de santé et le patient (Sun et al., 2019).

5.2.4 Formation à la polymédication et à la déprescription

Les infirmières à domicile expriment leur besoin de sensibilisation et de formation sur la polymédication et la déprescription. C'est pourquoi, l'intégration de cours sur ces sujets dans la formation serait pertinente (Sun et al., 2019). D'autre part, elles ont mis en avant le besoin d'avoir à disposition des guides de bonnes pratiques pour identifier les patients à risque de polymédication et pour mener à bien la déprescription (Sun et al., 2021). Le manque croissant de médecins généralistes pourrait conduire à augmenter le

besoin d'infirmières de pratique avancée qualifiées à la prescription. C'est pourquoi il est nécessaire que les infirmières soient formées à la déprescription (Sun et al., 2021).

5.2.5 Partenariat avec le patient

Les patients souhaitent être impliqués dans les prises de décisions concernant leur prise en soins et notamment les modifications de leur traitement (Pereira et al., 2022). Il serait donc intéressant d'envisager l'intégration du patient lors des BIM afin de s'assurer que leurs choix et leurs valeurs soient pris en compte (Bell et al., 2017). Il a également été constaté une divergence des critères d'évaluation de la pertinence des traitements entre les professionnels de santé et les patients. Les patients qualifient un traitement comme inapproprié lorsqu'il a un impact négatif au niveau psychosocial, alors que les soignants évaluent les médicaments selon leurs effets indésirables, les erreurs médicamenteuses et leur pertinence (Pereira et al., 2022). C'est pourquoi, il est important d'inclure le patient et sa propre perception de ses traitements à tous les niveaux ainsi que ses proches dans la gestion médicamenteuse.

5.3 Propositions pour la pratique

Pour pallier le manque de coordination entre les différents professionnels de la santé en matière de gestion médicamenteuse, un rappel régulier au médecin traitant pour revoir la liste des traitements pourrait être une piste de solution (Wang et al., 2024). En effet, l'idéal serait de développer un dossier électronique du patient dans lequel les programmes de gestion médicamenteuses, notamment des interactions, seraient intégrés. De cette manière, des notifications pourraient apparaître à l'écran pour signaler les interactions dangereuses et les risques de polymédication. Cependant, à notre niveau et avec nos moyens, cela n'est pas directement réalisable. C'est pourquoi, nous proposons d'intégrer un rappel régulier d'évaluation médicamenteuse dans le système informatique de l'institution de soins à domicile.

Le rôle infirmier d'évaluation des traitements pourrait être concrètement mis en place en utilisant certains outils. Le Safe Medication Assessment comporte seulement 16 items ce qui le rend rapide à utiliser, c'est pourquoi il s'avère être un bon outil d'évaluation primaire de la situation médicamenteuse de la personne (Lagerin et al., 2014). De plus, il permet la participation active de la personne à l'évaluation, ainsi que l'observation de ses comportements et de ses besoins d'éducation thérapeutique. Pour une évaluation plus poussée, l'outil STOPP + START pourrait être utilisé et permettrait de savoir quand alerter le médecin ou le pharmacien (O'Mahony et al., 2023). Pour une

évaluation optimale des médicaments, les infirmières à domicile devraient avoir une attention particulière lors de tout changement médicamenteux (nouveau traitement, arrêt de traitement, changement de posologie). Pour cela, une formation au sujet de la polymédication, de ses risques et de la gestion médicamenteuse, pourrait améliorer l'évaluation clinique. De plus, il serait intéressant d'envisager des formations auxquelles les patients pourraient participer. Cela augmenterait leur empowerment.

Pour rendre la communication et la collaboration plus efficace entre les différents professionnels de santé venant au domicile du patient, un cahier de transmissions interprofessionnelles pourrait être mis en place. Un rôle infirmier serait d'écrire les éléments importants de ces transmissions dans le dossier informatique du patient, sous forme de macrocible par exemple, ce qui permettrait d'avoir des éléments à transmettre au médecin dans l'éventualité d'une modification de traitement. Pour informer le médecin de l'évolution de la situation du patient, un résumé du dossier informatique pourrait être envoyé par email avant la consultation.

Comme vu dans l'article de Wang et al. de 2024, la collaboration avec un pharmacien permet une meilleure gestion des médicaments. C'est pourquoi, nous proposons de développer les BIM. Nous savons que des revues médicamenteuses entre médecin et pharmacien sont déjà réalisées dans certaines institutions de soins. L'organisation de tels bilans à domicile est difficile car chaque patient a son médecin traitant, il faudrait donc organiser un bilan par patient. La difficulté réside également dans la planification d'un

moment où tout le monde est disponible. Idéalement, inclure le patient serait bénéfique, mais faire les bilans à domicile n'est pas facilement réalisable pour tous les professionnels et tous les patients ne peuvent pas se déplacer. Pour cela, il serait envisageable de faire des bilans par visioconférence ce qui n'ajouterait pas de temps pour les déplacements.

Chapitre 6 : Conclusion

La polymédication est un sujet actuel, ce qui nous a permis de trouver aisément de nombreuses informations pour rédiger la problématique et préciser notre question de recherche. De plus, le point de départ de ce mémoire se base sur nos expériences dans la pratique, ce qui le rend pertinent, attrayant et l'ancre dans notre réalité professionnelle. D'autre part, la bonne entente dans notre duo a rendu les séances de travail agréables et enrichissantes. Nous avons pu mettre en commun nos diverses compétences en matière de rédaction, de recherche scientifique et de gestion des outils informatiques. En effet, nous nous sommes complétées, soutenues et aidées mutuellement tout au long de ce processus. Le fait d'être un groupe de deux nous a aidé au niveau organisationnel, car il était plus facile de fixer des rendez-vous pour progresser dans le travail de Bachelor. De plus, nous habitons à proximité ce qui facilite les déplacements. Nous avons déjà réalisé plusieurs travaux de groupe ensemble, nous connaissions donc déjà les méthodes de travail de chacune. C'est pourquoi nous avons réussi à maintenir une communication et une collaboration respectueuse et amicale.

Les difficultés rencontrées lors de l'élaboration de ce travail sont principalement les contraintes de temps et de disponibilité. Il est vrai que la troisième année de Bachelor en soins infirmiers est une période très remplie et éprouvante à cause de la charge de travail élevée. En effet, les nombreux travaux de groupe à long terme ainsi que les périodes de formation pratique demandent un effort de persévérance et d'assiduité. Étant donné que c'était

la première fois que nous réalisons un travail de recherches aussi conséquent, nous avons traversé des moments de doutes et de remises en question.

Malgré cela, ce travail de fin d'étude nous a apporté de nouvelles connaissances et compétences. En effet, nous en connaissons maintenant davantage sur la polymédication, la déprescription et le rôle infirmier dans cette problématique, ce qui nous sera indéniablement utile pour notre future pratique professionnelle. Nous serons plus sensibles et attentives aux traitements, polymédication et à tout ce qui en découle. À présent, nous sommes également plus critiques vis-à-vis des articles scientifiques et nous avons appris à mieux utiliser les bases de données ainsi qu'à analyser les articles scientifiques. Cela nous a également permis de donner du sens à l'utilisation des bases de données et des articles scientifiques dans la pratique concrète des soins infirmiers. En plus d'avoir approfondi notre compétence d'experte en soins infirmiers, nous avons également développé notre communication et notre collaboration autant entre nous, qu'avec les autres groupes réalisant un travail similaire et avec les infirmières interrogées au début du processus. Finalement, la réalisation de ce mémoire ainsi que le déroulement de cette troisième année, nous aura appris à anticiper et à nous organiser sur le long terme, tout en adoptant une rigueur et une discipline de travail plus adaptées.

Ce travail rencontre certaines limites. Premièrement, les articles choisis et analysés ont été réalisés, pour la plupart, dans d'autres pays tels que le Canada, le Japon et la Norvège, ce qui amène à la possibilité que les résultats

ne soient pas totalement applicables en Suisse à cause des différences culturelles et politiques. Malgré l'exploration des bases de données, nous n'avons pu sélectionner que six articles pour répondre à notre question de recherche, ce qui restreint le nombre d'informations pour répondre à la question. D'autre part, les différentes dimensions de notre question de recherche n'étaient pas toujours toutes étudiées dans les articles retenus. En effet, les contextes de soins des études retenues ne correspondaient pas toujours aux soins à domicile. Certaines se déroulant dans des maisons de retraites ou dans des services de soins aigus, les données pourraient ne pas être transférables dans les soins à domicile. Pour répondre à notre question de recherche, nous avons dû rassembler les résultats pertinents pour notre travail afin d'élaborer une piste de réponse la plus complète et cohérente possible.

Il serait intéressant d'effectuer une étude avec un prototype de dossier électronique du patient contenant des alertes sur les prescriptions médicamenteuses et des rappels de révisions des traitements au médecin traitant. Il pourrait ainsi collaborer avec les infirmières, les pharmaciens et les autres professionnels de santé pour effectuer un BIM. Il serait également pertinent de réaliser une étude suivant une méthodologie semblable à celle de Saizen et al, de 2024, sur le travail interprofessionnel dirigé par une infirmière, mais celle-ci dans le contexte des soins à domicile. L'objectif de cette étude serait de mesurer l'impact d'une telle équipe chez des patients âgés

polymédiqués à domicile, ce qui répondrait de manière plus directe à notre question de recherche.

Chapitre 7 : Références

accompagner—Définitions, synonymes, prononciation, exemples | Dico en ligne Le Robert. (s. d.). Consulté 4 décembre 2023, à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/accompagner>

American Geriatrics Society. (2023). American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 71(7), 2052-2081. <https://doi.org/10.1111/jgs.18372>

Bain, K. T., Holmes, H. M., Beers, M. H., Maio, V., Handler, S. M., & Pauker, S. G. (2008). Discontinuing medications: a novel approach for revising the prescribing stage of the medication-use process. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(10), 1946–1952. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01916.x>

Bell, H. T., Granas, A. G., Enmarker, I., Omli, R., & Steinsbekk, A. (2017). Nurses' and pharmacists' learning experiences from participating in interprofessional medication reviews for elderly in primary health care—A qualitative study. *BMC Family Practice*, 18(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0598-0>

Bongard, A., Strub, B., Berger, J., & Gouveia, A. (2022). Optimiser l'adhésion médicamenteuse en ambulatoire. Interconnexion entre patients, infirmiers à domicile, pharmaciens et médecins. *Revue Médicale Suisse*, 18(803), 2090-2095.
<https://doi.org/10.53738/revmed.2022.18.803.2090>

Bopp, M. (2013). La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus. *Obsan*, 1-8.

Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2015). Knowledge development in nursing: theory and process.

coordination—Définitions, synonymes, prononciation, exemples | Dico en ligne Le Robert. (s. d.). Consulté 6 mars 2024, à l'adresse
<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/coordination>

D'Amour, D., Sicotte, C., & Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Santé*, 17(3), 67-94. <https://doi.org/10.3406/sosan.1999.1468>

Déclaration d'Alma-Ata. (1978).

Définitions : Partenariat—Dictionnaire de français Larousse. (s. d.). Consulté 6 mars 2024, à l'adresse
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/partenariat/58354>

Définitions : Prévention—Dictionnaire de français Larousse. (s. d.). Consulté 6 mars 2024, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pr%C3%A9vention/63869>

Définitions : Vieillesse - Dictionnaire de français Larousse. (s.d.). Consulté 6 mars 2024, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieillesse/81927>

DiCenso, A., Guyatt, G., & Ciliska, D. (2005). Evidence-based nursing: a guide to clinical practice. Mosby.

Favre, N., & Kramer, C. (2016). La recherche documentaire au service des sciences infirmières et autres professions de santé (2e édition). LAMARRE EDITION.

Fawcett, J. (2012). Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories (3e édition). F.A. Davis Company.

Ferreira Melo Marques, G., Rodrigues Palhão de Rezende, D. M., Pereira da Silva, I., de Souza, P. C., Miziara Barbosa, S. R., Moraes Penha, R., & Guimarães Polisel, C. (2018). Polypharmacy and potentially inappropriate medications for elder people in gerontological nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(5), 2440-2446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0211>

Formarier, M., Jovic, L., & Collectif. (2012). Les Concepts en Sciences Infirmières (2e édition). Mallet conseil.

Fortin, M., & Gagnon, M. (2016). Fondements et étapes de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives (3 ed.). Montréal, Chenelière éducation.

Greenleaf Brown, L. (2016). Untangling Polypharmacy in Older Adults. MEDSURG Nursing, 25(6), 408-411.

Hardy, M. E. (1978). Perspectives on nursing theory. Advances in Nursing Science, 1(1), 37-48.

Hatano-Chalvidan, M. (2016). Interdisciplinarité et interprofessionnalité: proximité sémantique coïncidente ou construction d'un nouveau modèle d'activité ? Forum, 148(2), 8.

interprofessionnel—Définitions, synonymes, prononciation, exemples | Dico en ligne Le Robert. (s. d.). Consulté 6 mars 2024, à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/interprofessionnel>

Kérouac, S., Pepin, J., & Ducharme, F. (2010). La pensée infirmière (3e édition). Chenelière Education.

Kim, H. S. (2010). The nature of theoretical thinking in nursing (3rd ed.). New York: Springer.

- Lagerin, A., Nilsson, G., Westman, J., Törnkvist, L., & Carlsson, A. C. (2014). District nurses' preventive home visits to 75-year-olds: An opportunity to identify factors related to unsafe medication management. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(8), 786-794. <https://doi.org/10.1177/1403494814550680>
- Lang, P. O., Hasso, Y., Belmin, J., et al. (2009). STOPP START: Adaptation en langue française d'un outil de détection de la prescription médicamenteuse inappropriée chez la personne âgée. *Rev Can Santé Publique*, 100, 426-31.
- Lohman, M. C., Cotton, B. P., Zagaria, A. B., Bao, Y., Greenberg, R. L., Fortuna, K. L., & Bruce, M. L. (2017). Hospitalization Risk and Potentially Inappropriate Medications among Medicare Home Health Nursing Patients. *Journal of General Internal Medicine*, 32(12), 1301-1308. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4157-0>
- Maher, R. L., Hanion, J., & Expert Opinion on Drug Safety. (2013). 13(1), 57-65.
- Moreau-Gruet, F. (2013). La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus. *Observatoire suisse de la santé*.
- Newman, M. A., Sime, A. M., & Corcoran Perry, S. A. (1991). The focus of the discipline of nursing. *ANS. Advances in Nursing Science*, 14(1), 1-6. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1819254>

Nóbrega, O. de T., & Karnikowski, M. G. de O. (2005). A terapia medicamentosa no idoso: Cuidados na medicação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10, 309-313. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000200008>

O'Mahony, D., Cherubini, A., Guiteras, A. R., Denkinge, M., Beuscart, J. B., Onder, G., ... Curtin, D. (2023). STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. *European Geriatric Medicine*, 14(4), 625-632. <https://doi.org/10.1007/s41999-023-00777-y>

Office fédéral de la santé publique. (s. d.-a). Prévention dans le domaine des soins. Consulté 5 décembre 2023, à l'adresse <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung.html>

Office fédéral de la statistique. (s. d.-b). Vieillesse de la population. Consulté 12 décembre 2023, à l'adresse <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/bevoelkerung/alterung.html>

Office fédéral de la statistique. (s. d.-c). Espérance de vie. Consulté 12 décembre 2023, à l'adresse <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/bevoelkerung/geburt-en-todesfaelle/lebenserwartung.html>

Office fédéral de la statistique. (s. d.-d). Évolution future. Consulté 12 décembre 2023, à l'adresse <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/bevoelkerung/zukunftige-entwicklung.html>

Organisation mondiale de la Santé. (1946). Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin - 22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100. Entré en vigueur le 7 avril 1948.

Organisation mondiale de la santé. (2017). Les médicaments sans les méfaits (WHO/HIS/SDS/2017.6). Article WHO/HIS/SDS/2017.6. <https://iris.who.int/handle/10665/279498>

Paillard, C., & Boissart, M. (2023). Dictionnaire des concepts en sciences infirmières 6e ed (6e édition). Setes.

Pariseault, C. A., Sharts-Hopko, N., & Blunt, E. (2021). Nurse practitioners' experiences of polypharmacy in community-dwelling older adults. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 33(10), 811-817. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000484>

Pereira, F., Bieri, M., Martins, M. M., del Río Carral, M., & Verloo, H. (2022). Safe Medication Management for Polymedicated Home-Dwelling Older

Adults after Hospital Discharge: A Qualitative Study of Older Adults, Informal Caregivers and Healthcare Professionals' Perspectives. *Nursing Reports*, 12(2), 403-423. <https://doi.org/10.3390/nursrep12020039>

Planton, J., & Edlund, B. J. (2010). Strategies for reducing polypharmacy in older adults. *Journal of gerontological nursing*, 36(1), 8–12. <https://doi.org/10.3928/00989134-20091204-03>

Rochon, P. A., & Schmader, K. E. (2017). *Drug prescribing for older adults*. Toronto: UpToDate.

Saizen, Y., Ikuta, K., Katsuhisa, M., Takeshita, Y., Moriki, Y., Kasamatsu, M., Onishi, M., Wada, K., Honda, C., Nishimoto, K., Nabetani, Y., Iwasaki, T., Koujiya, E., Yamakawa, M., & Takeya, Y. (2024). Impact of nurse-led interprofessional work in older patients with heart failure and multimorbidity: A retrospective cohort study. *American Heart Journal Plus: Cardiology Research and Practice*, 38, 100361. <https://doi.org/10.1016/j.ahjo.2024.100361>

Smith, D. M. R., & Kautz, D. D. (2018). Protect older adults from polypharmacy hazards. *Nursing*, 48(2), 56-59. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000527602.17216.6d>

Sun, W., Tahsin, F., Abbass Dick, J., Barakat, C., Turner, J., Wilson, D., Reid-Haughian, C., & Ashtarieh, B. (2021). Educating Homecare Nurses about Deprescribing of Medications to Manage Polypharmacy for Older Adults.

Western Journal of Nursing Research, 43(11), 193945920982599.
<https://doi.org/10.1177/0193945920982599>

Sun, W., Tahsin, F., Barakat-Haddad, C., Turner, J. P., Haughian, C. R., & Abbass-Dick, J. (2019). Exploration of home care nurse's experiences in deprescribing of medications : A qualitative descriptive study. *BMJ Open*, 9(5), e025606. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025606>

Tan, J. L., Eastment, J. G., Poudel, A., & Hubbard, R. E. (2015). Age-Related Changes in Hepatic Function : An Update on Implications for Drug Therapy. *Drugs & Aging*, 32(12), 999-1008.
<https://doi.org/10.1007/s40266-015-0318-1>

Wang, J., Shen, J. Y., Yu, F., Nathan, K., Caprio, T. V., Conwell, Y., Moskow, M. S., Brasch, J. D., Simmons, S. F., Mixon, A. S., & Norton, S. A. (2024). Challenges in Deprescribing among Older Adults in Post-Acute Care Transitions to Home. *Journal of the American Medical Directors Association*, 25(1), 138-145.e6.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2023.09.021>

Chapitre 8 : Annexes

Annexe 1 : Verbatims

Classement des verbatims par thèmes et par entretiens

Thèmes	Entretien avec infirmière 1
Rôle infirmier, rôle propre	<p>« C'est moi qui amène les informations en expliquant que tel traitement peut péjorer les glycémies ou jouer sur le ressenti des hypoglycémies par exemple et je me rends compte que si moi j'en parle pas il y a personne qui me comprend. »</p> <p>« Typiquement, les bêta-bloquants, les diurétiques, tous les médicaments qui se terminent en « pril » ou en « sartin » ça gomme le ressenti de l'hypoglycémie, donc la personne elle peut faire des hypos sans les ressentir. »</p> <p>« Moi je pense qu'il faut qu'on soit très attentif à toutes les interactions qu'il y a entre chaque médicament, à chaque ressenti de la personne. Donc ça veut dire qu'on doit avoir beaucoup d'écoute aussi par rapport à la personne qui a tous ces médicaments, et comment ce qu'il faut dire, moi je pense qu'on est, qu'on peut être des donneuses d'alerte quand on se rend compte qu'il y a quelque chose qui va pas bien. »</p> <p>« Pas forcément faire, comment est-ce qu'il faut dire, faire le lien entre le médecin traitant et un spécialiste par exemple, mais les stimuler à discuter entre eux pour pouvoir limiter les risques. »</p> <p>« Chaque soignant doit avoir une bonne connaissance du traitement. »</p> <p>« C'est aussi la responsabilité de chaque soignant de sa propre formation permanente de se tenir au courant. »</p> <p>« Moi je pense qu'il faut-il vraiment poser la question comment la personne ressent ce nouveau traitement, est-ce qu'elle a ressenti quelque chose de spécial, il y a quelque chose qui a changé dans sa vie, dans son quotidien, est-ce qu'elle dort mieux, elle dort moins bien. »</p>

	<p>« Enfin je pense qu'il faut avoir des questions plus ciblées quand il y a un nouveau traitement ou bien quand on en a arrêté un, parce que ça aussi c'est important. »</p> <p>« C'est vraiment un échange avec la personne et je pense que, à partir du moment où on a plus d'écoute, on passe un peu plus de temps avec. »</p> <p>« C'est là aussi qu'on peut agir. Avec l'écoute, avec la surveillance, avec l'accompagnement, avec les conseils. »</p> <p>« L'analyse clinique elle est toujours là. »</p> <p>« Ben on le voit dans le cas du diabète, où si on arrive à stimuler les gens à avoir une activité physique plus importante, les glycémies descendent et donc, par conséquent, on va pouvoir diminuer le traitement aussi. »</p>
Travail interdisciplinaire, collaboration	<p>« Et puis pour moi ça met aussi en évidence le manque de communication qu'il y a entre les différents soignants, notamment les médecins traitants les médecins spécialistes. »</p> <p>« Si je suis toute seule dans la situation que j'arrive plus ou moins à gérer avec le médecin traitant et puis des fois avec les spécialistes, mais comme moi je suis en binôme avec une autre équipe de Nomad c'est plus difficile à gérer pour moi. »</p> <p>« Et je pense qu'il y a une réflexion qui est aussi en cours chez les médecins par rapport à ça, parce que c'est un sujet qui est relevé aussi par tous les professionnels de la santé, je suis pas toute seule à m'en rendre compte. »</p> <p>« Mais ouais c'est une réflexion vraiment globale de tous les soignants qui devraient avoir, et en particulier au niveau des médecins et des médecins spécialistes, parce que ce que j'ai constaté aussi c'est qu'il y a pas toujours une communication entre eux. »</p> <p>« Donc il y a aussi le jeu des pharmacies derrière. »</p> <p>« Je veux dire quand ils suivent les gens, ils voient aussi ce qu'il y a eu comme traitement, ils ont la liste et puis ou ça peut jouer, ben des fois c'est justement avec la communication avec le médecin, parce que des fois il y a des questions et puis les médecins sont inatteignables, donc qu'est-ce qu'on fait avec ça ? Ça c'est aussi dans leur camp, c'est aussi à eux de jouer à mon avis. »</p>

	<p>« Je prépare pas le mélange hein dans mon travail à Nomad je prépare pas le mélange, euh mais je prépare la posologie, l'ordonnance si on veut. Puis elles vont à la pharmacie avec ça, puis elles font préparer. Comme ça il y a encore un autre contrôle que le mien. »</p>
Rôle du patient	<p>« Certains quand ils voient le nombre de comprimés qui s'accumulent dans leur semainier, c'est sûr qu'ils ont l'impression qu'en fait ils sont nourris qu'avec ça. Il y a tous les effets secondaires. »</p> <p>« Ce qui fait que les gens aussi des fois ont tendance à trier dans leur dans leurs traitements quoi. Et il y a certains médicaments qui ne sont pas donnés aux bonnes heures non plus qui pourraient être mieux répartis sur la journée. »</p> <p>« Il y a une hospitalisation et on les renvoie à la maison avec tout ce changement de traitement, puis pour eux c'est difficile à gérer aussi quoi. »</p>
Impact de la polymédication sur les soins infirmiers	<p>« Mais en fait le traitement que je donne est-ce que vraiment il a un bon effet ou pas donc l'impact il est là. Ça veut dire que il faut augmenter la surveillance, pour nous ça voudra peut-être dire qu'il faut augmenter les passages à domicile pour pouvoir voir ce qui se passe, mais c'est la même chose dans l'autre sens si on diminue un traitement. »</p> <p>« L'impact il est là c'est sur notre propre responsabilité de mettre en place une surveillance supplémentaire. Donc ça veut dire que on doit peut-être passer plus, donc à domicile c'est aussi une négociation qu'il faudra avoir souvent avec les clients. »</p> <p>« Ça donne aussi du sens à la personne, mais ça nous donne du sens aussi à notre travail. »</p>
Thérapies alternatives non-médicamenteuses	<p>« Typiquement, plutôt que de donner un somnifère peut-être qu'on peut apprendre à la personne à se détendre, à adopter une technique respiratoire facile. »</p> <p>« L'aider à s'endormir, peut être que changer quelque chose dans son alimentation du soir, par exemple. Enfin je veux dire je pense qu'il y a des alternatives qu'il faut se donner le temps et les moyens d'explorer. »</p>

	<p>« Je suis beaucoup sur les médecines alternatives, ça veut pas dire que ça fonctionne toujours mais ça peut aussi être une bonne solution si on va vers un produit un peu plus naturel. Mais ça veut pas dire que le naturel a pas d'effets secondaires hein. »</p> <p>« Alors moi j'ai fait une formation en aromathérapie. »</p> <p>« Ça m'a déjà permis de pouvoir un peu guider les gens sur l'aromathérapie plutôt que de prendre des anti-inflammatoires. Typiquement moi chez les personnes diabétiques il y a beaucoup de médicaments anti-inflammatoires qui sont contre indiqués. »</p> <p>« Et puis nos grands-parents et nos parents, ils utilisaient beaucoup les tisanes aussi, on arrive aussi avec ces possibilités là, on arrive aussi avec l'acupuncture. »</p> <p>« Ben il y a quand même beaucoup de personnes qui sont sous chimiothérapie et qui en parallèle ont un traitement d'homéopathie pour calmer toutes les nausées, tous ces ressentis donc je pense que on a des possibilités. »</p> <p>« On sait aussi que l'acupuncture ben on peut l'utiliser pour calmer les douleurs, ben dans certaines situations d'anesthésie ou de narcose ça s'utilise. »</p>
--	---

Thèmes	Entretien avec l'infirmière 2
Rôle infirmier, rôle propre	<p>« Ça questionne quand même sur l'administration, la surveillance après. Surveillance des effets secondaires, surveillance de l'effet du médicament. »</p> <p>« C'est l'infirmière, souvent qu'à le rôle de signaler aux médecins, de faire une petite alerte. »</p> <p>« Je trouve que l'infirmière est beaucoup plus à même d'avoir ce rôle d'alerte et de signaler un petit peu l'évolution et puis de signaler aussi si elle voit des symptômes ou des effets secondaires... ou l'inefficacité aussi des traitements. Voilà. »</p> <p>« Alors les interactions, donc dans le Carefolio, on utilise le Carefolio. Il y a des alertes pour les interactions. »</p> <p>« Bah aussi le patient, il a besoin d'être informé aussi... Pour savoir vraiment pourquoi il prend tel et tel médicament. »</p>

	<p>« Ben au niveau infirmier, il y a beaucoup de conseils hygiéno-diététiques qu'on peut donner... »</p> <p>« Finalement faire plus d'actes relationnel ou des conseils... »</p> <p>« Relationnel et réfléchi, ouais. »</p> <p>« Bah elle devrait être informée sur l'effet les effets quand même. »</p> <p>« Comme pour le diabète, sur les conséquences à long terme, sur les reins, sur les yeux, quoi. Sur leur santé générale et puis de. Voilà peut-être que les premières fois ils vont dire non pour diminuer les chocolats et les biscuits, mais peut-être qu'à long terme, on arriverait quand même un peu. »</p> <p>« Alors ça dans le rôle infirmier, c'est quelque chose qui est super important aussi de pouvoir donner des informations et puis de travailler avec eux sur les différents sujets. »</p> <p>« Le rôle infirmier, c'est aussi de mettre en place des exercices de marche, de mobilisation, de notre rôle propre. »</p> <p>« Utilisez plus notre propre rôle pour mettre en place des... ce n'est pas des thérapies quand c'est les soignants qui font marcher quelqu'un mais par contre ça fait partie des plans de soins. C'est important pour le résident. »</p>
<p>Travail interdisciplinaire, collaboration</p>	<p>« Et ça le médecin ne revoit pas forcément quoi quand un symptôme s'ajoute, il rajoute un médicament, au lieu de peut-être faire un petit peu du tri de temps en temps sur les traitements. »</p> <p>« Et puis après le médecin et la pharmacie se rencontrent pour revoir tous les traitements régulièrement quand même et la pharmacie envoie, des fois il nous envoie par mail quand ils voient une interaction, c'est arrivé encore la semaine dernière. »</p> <p>« On a besoin des autres. »</p> <p>« Et je pense aussi des fois avec tous ces laxatifs. C'est vrai qu'il y en a beaucoup que ça mériterait une collaboration, peut-être avec une diététicienne pour qu'au niveau de l'alimentation... »</p> <p>« D'augmenter la collaboration entre les différents corps de métiers. »</p>

	« De faire venir un ergothérapeute pour adapter son fauteuil à son état actuel qui évolue. Ça permettrait sûrement de diminuer les douleurs et les médicaments. »
Rôle du patient	« Oui, alors certains trouvent qu'ils en ont beaucoup trop et d'autres réclament leur traitement, donc sont très attachés et ont peur qu'on arrête des médicaments... » « Voilà, certains patients sont très demandeurs... de soigner chaque symptôme, chaque maladie. »
Impact de la polymédication sur les soins infirmiers	« Je pense que ça amène de la confusion, quelquefois. Euh ... Dans la pratique. » « Parce qu'on prépare les médicaments, les administres, puis après dans la surveillance.... ben on sait plus trop quoi surveiller quand il y a autant de médicaments. Et puis après, dans l'interprétation de nos observations, ça peut être très... Ça peut amener à des erreurs de suivi, une mauvaise voie dans le diagnostic et après dans la surveillance. » « Même certains médicaments, Ben on sait qu'ils vont avoir qui a une élimination par le foie ou les reins. Et puis finalement quand on fait une prise de sang avec Na, K... » « On ne sait pas trop si ça vient des médicaments ou plutôt d'une pathologie rénale ou ouais c'est c'est... un peu embrouillant quand même. » « On ne sait pas vraiment ce qui se passe vraiment au niveau de chaque système. »
Thérapies alternatives non-médicamenteuses	« Pour l'arthrose pourrait y avoir des séances en piscine ou plus de physio. »

Thèmes	Entretien avec l'infirmière 3
Rôle infirmier, rôle propre	« On est quand même centralisateurs de toutes sortes d'informations. » « Tous ces petits signaux qu'on doit observer quand on est dans la situation. Pourquoi on trouve des médicaments dans le semainier, pourquoi on en retrouve par terre, pourquoi ça n'est pas pris, pourquoi ça fait pas effet, c'est pas pris au bon moment parce que la personne en a marre de prendre autant de médicaments. »

	<p>« Il faut avoir une vision globale, je ne vous apprends rien, ça c'est des trucs que vous avez appris, c'est vraiment vrai, ce n'est pas que de la théorie et c'est là la force du métier infirmier. »</p> <p>« Avoir cette préoccupation justement pour combattre la polymédication, mais tout en prenant compte de ce que le patient lui-même prend de son côté, on ne peut pas faire abstraction de ça. »</p> <p>« Être en alerte de tout ce qui compose le traitement et puis vraiment de poser noir sur blanc qu'est-ce qui est pris à quel moment et d'en référer au prescripteur. »</p> <p>« Nous, on peut induire aussi de la polymédication par erreur, parce que ben c'est encore marqué sur le dossier donc on donne alors que c'était arrêté. »</p> <p>« Donc notre rôle, il est vraiment de, ouais de surveillance et d'alerte. Et puis vraiment de voir, comme je disais juste avant, vraiment de voir toutes les boîtes de médicaments qui sont, la boîte sur le buffet dans la salle de bain, enfin partout chez les personnes. »</p> <p>« Donc on a un réel rôle actif dans tout ça. Et pas que dans le nombre des médicaments, mais aussi dans la surveillance des effets combinés ou de prise. »</p> <p>« Toute cette analyse, hein, c'est de l'évaluation, c'est, il faut pouvoir, c'est du temps à investir et c'est du temps professionnel, c'est du temps clinique, donc il faut pouvoir le mettre en valeur ce temps-là, c'est une, c'est une réelle plus-value pour le patient, ça fait partie des soins. »</p> <p>« Mais on a plus de peine avec des choses qui sont plus abstraites comme la polymédication. Et pourtant ça nécessite de poser des questions à la personne, enfin au patient, ou à son entourage même des fois, à noter les observations et à analyser tout ça, ça prend du temps. Ce n'est pas palpable mais c'est quand même de l'analyse clinique et ça fait partie de notre job. »</p>
Travail interdisciplinaire, collaboration	<p>« Il y a souvent trop de prescripteurs, parce que les gens sont vu ok par leur médecin traitant, ils sont vus aussi par des spécialistes, ils sont hospitalisés et il y a aussi les soins à domicile et les professions paramédicales. »</p>

	<p>« Il doit vraiment y avoir une conciliation entre ces acteurs-là, pour encore une fois combattre la polymédication mais je le mets entre guillemet, ou en tout cas réduire le nombre de médicaments. »</p> <p>« Il n'y a pas de concertation. »</p> <p>« Donc des fois le médecin traitant compte sur les soins à domicile, parce qu'ils sont dans la situation, pour avoir des infos. »</p> <p>« Ça manque de concertation et de conciliation. »</p> <p>« C'est compliqué parce qu'il y a trop d'acteurs, finalement, qui interviennent. »</p> <p>« Tout le monde a un point de vue global, mais tout le monde n'a pas, enfin c'est difficile d'avoir toutes les informations. »</p> <p>« Et quand je parle de conciliation médicamenteuse, bah c'est compliqué de faire ça avec les pharmaciens les médecins ; déjà il n'y a pas de moment où les 3 acteurs sont, voire même les quatre si on met le patient avec, il n'y a pas de moment où tout le monde se retrouve autour de la table en disant ça on prend, ça on ne prend pas, ça on met ça, on ne met pas, enfin. »</p> <p>« Donc c'est l'affaire de tout le monde en fait. Pas que l'infirmière, c'est clairement interprofessionnel. »</p> <p>« J'ai beaucoup d'espérance dans le dossier partagé pour que tout le monde ait tout de suite tout. Je prends la médication, mais c'est valable pour tout autre constat clinique. »</p>
Rôle du patient	<p>« Et puis, il y a aussi la part de responsabilité, on pourrait parler comme ça du patient lui-même. Quand je dis le patient, ça comprend toujours l'entourage. Patient, entourage et proche-aidant oui. »</p> <p>« Donc premièrement, il subit. »</p> <p>« On est encore sur une génération qui prend au comptant tout ce qu'on lui dit. »</p> <p>« Donc il devrait avoir sa part active ; et avec son médecin traitant et avec son pharmacien. Le pharmacien, je trouve, n'est pas suffisamment sollicité par les patients. »</p>

	<p>Mais si le patient est suffisamment autonome pour s'auto-gérer ça sera à lui de participer à son traitement. »</p> <p>« Donc voilà pour moi le patient, il a vraiment sa part de responsabilité dans la mesure de ses possibilités, de ses capacités, de sa compréhension ; mais il faut lui laisser l'espace pour qu'il puisse s'exprimer. »</p> <p>« D'automédication, qu'on ne doit pas oublier. »</p> <p>« Et pis dans le problème il y a aussi toutes les ressources qu'on va mobiliser chez le client pour aussi aider, il a sa part active dans tout ça, je ne vais pas faire un cours sur l'éducation thérapeutique, l'accompagnement et tout ça, mais. »</p>
Impact de la polymédication sur les soins infirmiers	<p>« Voilà donc chaque acteur doit avoir en tête, il me semble, de se dire mais est-ce tous ces médicaments ensemble font bon ménage ? Est-ce qu'il n'y aurait pas moyen d'adapter une médication qui évite qu'il y en ait autant ? Et puis d'adapter les formes galéniques aussi. »</p> <p>« Je pense que ça déstabilise autant les infirmiers-infirmières que les patients. »</p> <p>« Je trouve que c'est un sujet compliqué déjà d'avoir toutes les informations, je le répète, mais ce n'est pas évident de tout avoir. »</p> <p>« C'est compliqué de se situer. »</p> <p>« Gérer la polymédication chez quelqu'un, ce n'est pas fluide, ce n'est pas, ça se fait pas facilement, c'est... on avance par coup. Puis ça prend du temps et puis ce n'est pas facturable et puis c'est compliqué. »</p> <p>« Encore une fois, je reprends le terme clinique, ça fait partie de la clinique, mais bah voilà, il faut pouvoir l'avoir ce temps. »</p>
Thérapies alternatives non-médicamenteuses	<p>« Voilà en fait tout simplement si on faisait beaucoup plus de prévention et de promotion de la santé en amont, c'est à dire dès le jeune âge des bonnes habitudes de vie, je pense que on éviterait pas mal de problématiques. »</p>

« Pour moi, l'activité physique et l'alimentation, c'est au moins 50% de... ouais 50% de ce qui fait qu'on reste en bonne santé, qu'on préserve son capital santé, ça ne fait pas tout encore une fois hein, mais ça y participe vraiment beaucoup. »

« Ou apprendre, continuer à apprendre ou se remettre à apprendre pour éviter les problèmes cérébraux. »

« Tout ce qui est plantes, méditations, médecine alternative, ça reste de la médecine quand même, hein alors euh si la médecine te fait prendre de l'homéopathie, bah ça reste quelque part un peu médicamenteux finalement. »

« Je pense que c'était des moyens, quand je parlais tout à l'heure de promotion de la santé, c'est toutes des choses, des habitudes qu'on devrait nous donner dès le plus jeune âge quoi. »

« Il y a tous ces programmes qui sont suivis par les infirmières scolaires, enfin qui sont menées par les infirmières scolaires, mais c'est sur le tabac, c'est tout ce qui touche à la sexualité. »

« Des cours de santé communautaire. »

Annexe 2 : Article 1
Analyse de l'article grâce à la grille de Tétreault

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
<i>Titre</i>	<p><u>Titre anglais</u> : Safe Medication Management for Polymedicated home-Dwelling Older Adults after Hospital Discharge : A Qualitative Study of Older Adults, Informal Caregivers and Healthcare Professionals' Perspectives.</p> <p><u>Titre français</u> : Gestion sécuritaire des médicaments pour les personnes âgées polymédiquées vivant à domicile après leur sortie de l'hôpital : Une étude qualitative des points de vue des personnes âgées, des aidants naturels et des professionnels de la santé.</p> <p><u>Thèmes</u> : Gestion sécuritaire des médicaments, polymédication, personnes âgées à domicile après la sortie d'hôpital.</p> <p><u>Population</u> : Personnes âgées polymédiqués à domicile après la sortie d'hôpital.</p>
<i>Auteurs-es</i>	<p>Filipa Pereira, institut des Science Biomédicales Abel Salazar, Université de Porto, Portugal et école des Sciences de la santé, HES-SO Valais/Wallis, Sion, Suisse</p> <p>Marion Biéri, école des Sciences de la santé, HES-SO Valais/Wallis, Sion, Suisse</p> <p>Maria Manuela Martins, école supérieure d'infirmières de Porto, Portugal</p>

	<p>María del Río Carral, centre de recherche en psychologie de la santé, du vieillissement et du sport, institut de psychologie, Université de Lausanne, Suisse</p> <p>Henk Verloo, école des Science de la santé, HES-SO Valais/Wallis, Sion, Suisse et Service de psychiatrie de la vieillesse, CHU de Lausanne, Prilly, Suisse</p>
Mots-clés	Gestion sûre des médicaments, personnes âgées vivant à domicile, sortie d'hôpital, aidants naturels, collaboration interprofessionnelle, modèle des systèmes de Neuman, facteurs de stress, reconstitution, analyse secondaire du contenu déductif
Résumé	<p><u>Objectifs</u> : Identifier et catégoriser les facteurs de stress vécus et les stratégies de reconstitution (voir méthode d'analyse des données) mit en place par les personnes âgées, leurs proches aidants et les professionnels de santé dans la gestion des médicaments des personnes âgées après leur sortie de l'hôpital.</p> <p><u>Méthodologie</u> : Etude descriptive qualitative :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un recueil d'informations auprès de 28 personnes âgées, 17 proches aidants et 13 professionnels de santé a été fait en amont 2. Analyse de donnée selon le modèle des systèmes Neuman <p><u>Résultats</u> :</p> <p>La gestion des médicaments après la sortie de l'hôpital implique de nombreux facteurs de stress :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dysfonctionnement dans la communication - Dysfonctionnement dans la collaboration

	<p>Les stratégies de reconstitution pour la gestion sécuritaire des médicaments sont parfois inefficaces et peuvent même devenir des facteurs de stress.</p> <p>La gestion sécuritaire des médicaments pourrait être améliorée grâce à des pratiques interprofessionnelles dirigées par des infirmières et centrées sur le patient.</p>
Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques	
<i>Pertinence</i>	<p>Les personnes âgées sont plus à risque d'avoir des problèmes liés aux médicaments car les processus pharmacocinétique et pharmacodynamiques sont altérés par le vieillissement.</p> <p>Une étude descriptive quantitative a démontré qu'une mauvaise explication de la gestion des médicaments pouvait entraîner des problèmes liés aux médicaments ; par exemple : 46% ont arrêté leur traitement sans en parler à leur médecin et 82% ne connaissent pas les effets secondaires potentiels de leur traitement. De plus, cela entraîne de l'anxiété et de la confusion chez les personnes âgées.</p> <p>Plusieurs études ont montré que les infirmières jouent un rôle important dans la gestion des médicaments en particulier lors de la transition entre l'hôpital et le domicile. Les proches aidants sont aussi importants dans l'accompagnement quotidien des personnes âgées.</p> <p>La collaboration interprofessionnelle est un outil efficace pour améliorer la gestion des médicaments, mais la difficulté se trouve dans la coordination de celle-ci. Cette étude a pour but de comprendre les besoins et les stratégies pour surmonter les difficultés liées à la gestion des médicaments.</p>

<i>Objectifs/questions de recherche</i>	Cette étude visait à utiliser les perspectives des personnes âgées, de leurs proches aidants et des professionnels de la santé, pour identifier et catégoriser les difficultés rencontrées par les personnes âgées polymédicamenteuses vivant à domicile en essayant de gérer leurs médicaments après leur sortie de l'hôpital (facteurs de stress). Un deuxième objectif était d'identifier et de catégoriser les modèles de réponse adoptés pour surmonter ces difficultés et prévenir les problèmes liés aux médicaments (stratégies de reconstitution).
<i>Principaux concepts théoriques</i>	Problèmes liés aux médicaments Transition entre l'hôpital et le domicile Collaboration entre les professionnels de santé, les proches aidants et le patient

PARTIES RECHERCHE QUALITATIVE

Méthodologie

<i>Questions de recherche</i>	Quelles sont les facteurs de stress et les stratégies de reconstitution des personnes âgées, des proches aidants et des professionnels de santé dans la gestion des médicaments lors d'une transition entre l'hôpital et le domicile.
<i>Devis</i>	<u>Devis</u> : Conception descriptive qualitative. <u>Rôle du chercheur</u> : Les chercheurs ont participé activement à l'étude en se partageant les différentes tâches entre eux. La collecte de donnée a été déléguée à des enquêteurs. L'influence potentiel des chercheurs n'est pas relevée dans l'article.

	<p><u>Règles éthiques</u> : Approuvé par le comité d'éthique de la recherche sur les humains du canton de Vaud. Tous les participants ont donné leurs consentements éclairés et écrits. La confidentialité des données a été assurée à l'aide de mots de passe sécurisés et seule les membres de l'équipe de recherche y avaient accès.</p>
<p><i>Sélection des participants ou objet d'étude</i></p>	<p><u>Population visée</u> : Personnes âgées vivant à domicile, proches aidants et professionnels de santé (médecins généralistes, pharmaciens, infirmières et aides-soignants).</p> <p><u>Critères d'inclusion pour les personnes âgées</u> : Âgé de 65 ans ou plus, hospitalisé au cours des 90 derniers jours, devant avoir au moins 5 médicaments par jours.</p> <p><u>Critère d'inclusion pour les proches aidants</u> : 18 ans ou plus, désigné par la personne âgée comme étant la personne la plus importante dans la gestion de ses médicaments.</p> <p><u>Critère d'inclusion pour les professionnels de santé</u> : Désigné par la personne âgée comme jouant un rôle clé dans la gestion des médicaments.</p> <p><u>Critère d'exclusion pour les personnes âgées</u> : Incapable de parler et de comprendre le français.</p> <p><u>Critère d'exclusion pour les proches aidants</u> : Pareil que pour les personnes âgées.</p> <p><u>Critères d'exclusion pour les professionnels de santé</u> : Pareil que pour les personnes âgées et être apprentis ou étudiants.</p>
<p><i>Choix des outils de collecte de données</i></p>	<p><u>Outils de collecte de données</u> : Entretien individuels semi-structurés avec des personnes âgées, des proches aidants et des professionnels de santé.</p> <p>La collecte de donnée s'est effectuée sous forme de 4 entretiens d'une heure environ pour chaque personne âgée.</p>

	<p><u>Semaine 0</u> : 1^{er} entretien avec une personne âgée. Le sujet abordé était la transition entre l'hôpital et le domicile.</p> <p><u>Semaine 1-2</u> : 2^{ème} entretien avec la même personne âgée. Le sujet abordé était la gestion des médicaments à domicile et les interactions entre les différents acteurs.</p> <p><u>Semaine 3-4</u> : 3^{ème} entretien avec la personne âgée et son proche aidant. Le sujet abordé était les interactions entre la personne âgée et son proche aidant dans la gestion des médicaments.</p> <p><u>Semaine 5-6</u> : 4^{ème} entretien avec le professionnel de santé, sans la personne âgée. Le sujet abordé était les interactions entre les personnes âgées, leur proche aidant et eux-mêmes, par rapport à la gestion des traitements.</p> <p>Pour chacun des 4 entretiens, un guide a été réalisé et préalablement testé dans une étude préliminaire.</p> <p>Les entretiens ont été enregistrés.</p> <p>Deux participants ont été interrogés par téléphone car ils souffraient du Covid-19.</p>
<p>Méthode d'analyse des données</p>	<p><u>Méthode d'analyse utilisée</u> : à l'aide d'une analyse de contenu secondaire et déductive, cette étude a analysé les données collectées dans le cadre des entretiens.</p> <p><u>Qui procède à l'analyse</u> : Les chercheurs et les enquêteurs.</p> <p><u>Logiciel de classement des données</u> : Ils n'ont pas utilisé de logiciel de classement de données mais un modèle théorique qui se nomme « Neuman Systems Model ». Le patient est vu comme un système entouré de trois cercles : la ligne de défense flexible, la ligne de défense normale, la ligne de résistance. Ces lignes agissent comme protecteurs face aux facteurs de stress. Il y a trois types de facteurs : intrapersonnels, interpersonnels et extrapersonnels. Si les facteurs de stress dépassent les lignes, le système de la personne doit mettre en place des stratégies de reconstitution.</p>

	<p><u>Critères de rigueur scientifiques</u> : les quatre principes de Lincoln et Guba (crédibilité, fiabilité, confirmabilité et transférabilité) ont été respectés.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La crédibilité a été renforcée par le fait que deux chercheurs ont examiné les données collectées. - La confirmation a été assurée par des réunions, des prises de décisions en équipe et l'inclusion de verbatims. - La fiabilité a été assurée par des étapes d'études claires, des journaux de bord, des réunions hebdomadaires et des codages de données. - La transférabilité est confirmée par la description des participants, la présence de critères d'inclusion et d'exclusion et le contexte dans lequel les données ont été collectées.
<p>Résultats</p>	<p><u>Les résultats sont présentés selon les sous-thèmes suivants :</u></p> <p>Facteurs de stress intrapersonnels affectant la gestion sécuritaire des médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réaction à la perte d'autonomie allant de la révolte à la résignation - Effort pour maintenir le contrôle de la gestion des médicaments - Contradiction entre les prescriptions, les valeurs et les préférences des personnes âgées et de leurs proches aidants <p>Facteurs de stress interpersonnels affectant la gestion sécuritaire des médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mauvaise communication entre les personnes âgées et leurs proches aidants ou les professionnels de santé - Gestion inadéquate de la douleur

	<p>Facteurs de stress extrapersonnels affectant la gestion sécuritaire des médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mauvaise coordination entre les acteurs de santé - Retour à domicile précoce et précipité <p>Stratégies de reconstitution intrapersonnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire confiance et lâcher prise - Mobiliser ses propres connaissances et ses expériences passées au quotidien <p>Stratégies de reconstitution interpersonnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se battre pour les préférences médicamenteuses des personnes âgées - Faire des efforts pour une coordination plus efficace entre les personnes impliquées dans la gestion des médicaments - Définir un projet futur avec le réseau de soin - Etablir une routine pour assurer une gestion sécuritaire des médicaments <p>Stratégies de reconstitution extrapersonnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le processus de l'administration des médicaments
<p><i>Discussion</i></p>	<p><u>Résumé des résultats</u> : Le dysfonctionnement dans la communication, la collaboration et la coordination, entre les différentes personnes impliquées dans la gestion des médicaments font partie des facteurs stress relevés. Les personnes âgées souhaitent être informées de tout changement et participer aux prises de décision.</p> <p>Les personnes âgées et leurs proches aidants font confiance aux professionnels de santé et pensent donc que les traitements sont appropriés (cette donnée a été classée dans les stratégies de reconstitution intrapersonnel).</p>

	<p>Malgré cette confiance, les personnes âgées sont rarement intégrées dans la prise de décision, ce qui peut entraîner deux problèmes potentiels dans la gestion des médicaments. Le premier est le souhait de « contrôler », ce qui peut amener à des désaccords entre les patients et les professionnels de santé, et le second est un risque de non-observance délibéré.</p> <p><u>Répondre à l'objectif visé</u> : L'objectif était d'identifier les facteurs de stress et les stratégies de reconstitution, ce qui est chose faite.</p> <p><u>Liens avec d'autres études</u> : D'autres études ont mis en évidence des facteurs de stress différents dans la gestion des médicaments, cela peut être expliqué par une différence dans les paramètres de l'échantillonnage (contexte, critères d'inclusion/exclusion). Une autre étude s'aligne avec le résultat concernant la place du patient dans la prise en soin. La présente étude a démontré des résultats concordants également avec une autre étude ; en effet, il est ressorti que les facteurs de stress principaux étaient socio-émotionnels, ce qui ne correspond pas à la catégorisation biomédicale des problèmes liés à la médication (effets secondaires et erreurs médicamenteuses). On peut donc constater que l'on retrouve des similitudes et des différences selon différentes études.</p>
<p><i>Recommandations & suggestions</i></p>	<p><u>Recommandations et suggestions pour la pratique</u> : Cette étude suggère que les personnes âgées bénéficient d'une approche plus responsabilisante et que celle-ci soit dirigée par des infirmières. Les infirmières ont les compétences pour informer les patients et leurs proches sur les meilleures pratiques sur la gestion des médicaments et pour répartir les responsabilités de chacun. L'autonomie des patients réduit le risque lié à la gestion des médicaments, mais les résultats de l'étude montrent que ceci n'est pas encore suffisamment appliqué dans la pratique.</p>

	<p><u>Recommandations et suggestions pour la recherche</u> : -</p> <p><u>Limites de l'étude</u> : Les guides d'entretien ont été construits à partir d'une revue de littérature sur la gestion des médicaments et non sur le "Neuman Systems Model". La collecte des données a été interrompue par la pandémie du Covid-19. Une des limites dans les entretiens était la difficulté à maintenir l'attention des personnes âgées et de leurs proches aidants sur la gestion des médicaments et pas sur les autres AVQ et AIVQ. Cette étude a été faite dans un seul canton, il est donc important de rester prudent lorsqu'il s'agit de tirer des conclusions pour d'autres cantons et pays.</p> <p><u>Biais de l'étude</u> : il est possible que certaines des réponses des participants aient été influencées par un biais de désirabilité sociale et que leur gestion des médicaments ait été moins efficace que celle décrite dans les entretiens.</p>
<i>Conclusion</i>	Voir discussion.

Annexe 3 : Article 2

Analyse de l'article grâce à la grille de Tétreault

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
Titre	<p><u>Titre anglais</u> : Challenges in Deprescribing among Older Adults in Post-Acute Care Transitions to Home.</p> <p><u>Titre français</u> : Défis liés à la déprescription chez les personnes âgées en soins post-aigus en transitions vers la maison.</p> <p><u>Thèmes abordés</u> : Les défis liés à la déprescription, dans un contexte de transition entre les soins post-aigus vers la maison, chez les personnes âgées</p> <p><u>Population précise</u> : personnes âgées en soins post-aigus en transition vers la maison.</p>
Auteurs-es	<p>Jinjiao Wang PhD, Rna, Elaine Hubbard Center for Nursing Research on Aging, University of Rochester, School of Nursing, Rochester, NY, USA</p> <p>Jenny Y. Shen MD, Department of Medicine, University of Rochester Medical Center, Rochester, NY, USA</p> <p>Fang Yu PhD, RN, GNP-BC, FGSA, FAAN, Edson College of Nursing and Health Innovation, Arizona State University, Phoenix, AZ, USA</p> <p>Kobi Nathan PharmD, Division of Geriatrics & Aging, Department of Medicine, University of Rochester Medical Center, Rochester, NY, USA et Wegmans School of Pharmacy, St. John Fisher College, Rochester, NY, USA</p>

	<p>Thomas V. Caprio MD, MPH, MS, Division of Geriatrics & Aging, Department of Medicine, University of Rochester Medical Center, Rochester, NY, USA et University of Rochester Home Care, University of Rochester Medical Center, Rochester, NY, USA et Finger Lakes Geriatric Education Center, University of Rochester Medical Center, Rochester, NY, USA</p> <p>Yeates Conwell MD, Department of Psychiatry, University of Rochester Medical Center, Rochester, NY, USA</p> <p>Marian S. Moskow BS, Harriet Kitzman Center for Research Support, University of Rochester School of Nursing, Rochester, NY, USA</p> <p>Judith D. Brasch RN, MS, Harriet Kitzman Center for Research Support, University of Rochester School of Nursing, Rochester, NY, USA</p> <p>Sandra F. Simmons PhD, Division of Geriatrics, Department of Medicine, Vanderbilt University Medical Center, Nashville, TN, USA</p> <p>Amanda S. Mixon MD, MS, MSPH, mDivision of General Internal Medicine, Department of Medicine, Vanderbilt University Medical Center, Nashville, TN, USA</p> <p>Sally A. Norton PhD, RN, FAAN, School of Nursing, University of Rochester, Rochester, NY, USA</p>
Mots-clés	Soins à domicile, polypharmacie, déprescription, transition des soins
Résumé	<p><u>Objectif</u> : Comprendre le point de vue des différentes personnes impliquées dans la déprescription des médicaments susceptibles d'être délétères pour les personnes âgées aux soins à domicile en post-aigu.</p> <p><u>Méthode</u> : Entretiens individuels qualitatifs avec des patients et des soignants.</p>

	<p><u>Résultats</u> : Quatre défis pour la déprescription ont émergés des entretiens : contrainte de temps et de priorité des médecins praticiens, manque de connaissances des patients à propos des médicaments, communication difficile entre les soignants, rôle limité des infirmières et des pharmaciens dans la déprescription.</p> <p><u>Conclusion</u> : Pour améliorer la déprescription, il faut y accorder plus de temps, augmenter l'éducation thérapeutique des patients sur les médicaments, améliorer la collaboration et la communication entre les professionnels de santé (avec un dossier électronique du patient par exemple).</p>
Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques	
<i>Pertinence</i>	<p>Beaucoup de personnes âgées se font prescrire des médicaments potentiellement inappropriés durant une hospitalisation. Une fois de retour à domicile, ses médicaments ne sont souvent plus utiles en raison du changement de l'état de santé du patient ou du changement des objectifs de soins. De plus, ces médicaments peuvent entraîner des effets indésirables tels que délires ou chutes ce qui, à domicile, peut être dangereux et ainsi augmenter le risque d'hospitalisation et de mortalité. C'est pourquoi la période entre l'hôpital et le domicile est un moment opportun pour revoir la prescription et déprescrire si besoin.</p> <p>Plusieurs professionnels de santé sont concernés par la (dé)prescription : pharmaciens, infirmières et médecins de l'hôpital, médecins généralistes et infirmière des soins à domicile.</p> <p>Les infirmières à domicile jouent un rôle important dans la gestion des médicaments de par la proximité avec les patients. En effet, à domicile, elles peuvent faire un état des lieux des médicaments (péremption, prescriptions à double, automédication, dosage). Elles ont également un rôle d'éducation et de surveillance des effets secondaires.</p>

	Beaucoup d'étude sur la déprescription et les outils pour y parvenir ont été réalisées dans des maisons de retraite et des hôpitaux, mais peu aux soins à domicile, malgré la pertinence de la déprescription dans ce contexte.
<i>Objectifs/questions de recherche</i>	L'objectif de cette étude est d'obtenir des informations auprès des professionnels de santé et des patients sur la déprescription des personnes âgées à leur sortie d'hôpital retournant à domicile. Le but est de comprendre les rôles et les défis de chacun.
<i>Principaux concepts théoriques</i>	Déprescription Transition hôpital – domicile Collaboration

PARTIES RECHERCHE QUALITATIVE

Méthodologie

<i>Questions de recherche</i>	Quels sont les rôles et défis de chacun liés à la déprescription des personnes âgées rentrant à domicile après des soins aigus ?
<i>Devis</i>	<u>Devis de l'étude</u> : Etude qualitative réalisée à base d'entretien. <u>Rôle du chercheur</u> : Recrutement des participants, réalisation des entretiens, coder les transcriptions et analyser les données. Les auteurs n'ont pas relevé leur influence potentielle sur l'étude.

	<p><u>Règles éthiques</u> : Etude approuvée par le comité d'examen institutionnel de l'université de Rochester. Les participants ont consenti à participer à l'étude.</p>
<p><i>Sélection des participants ou objet d'étude</i></p>	<p><u>Population visée</u> : Trois groupes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les personnes âgées des soins à domicile : 9 patients âgés 2. Les pharmaciens et les prescripteurs : 5 médecins de soins primaires, 3 pharmaciens, 1 médecin assistant 3. Les infirmières à domicile : 11 infirmières des soins à domicile, 1 infirmière praticienne en soins post-aigu <p>Personnes d'origine ethnique, de régions et de statuts sociaux économique différents.</p> <p><u>Critères d'inclusion et exclusion généraux</u> : Capacité de discernement, anglophone, capable d'entendre, capable de voir et de communiquer verbalement.</p> <p><u>Critères d'inclusion et exclusion pour les patients</u> : 65 ans ou plus, hospitalisation et retour à domicile avec des soins au cours des 24 derniers mois, prise régulière d'au moins 5 médicaments sur ordonnance, ne recevant pas de soins palliatifs.</p> <p><u>Critères d'inclusion et exclusion pour les soignants</u> : Plus de 12 mois de pratique en soins hospitalier, en soins primaire, en soins post-aigu, en soins à domicile ou en pharmacie.</p>
<p><i>Choix des outils de collecte de données</i></p>	<p><u>Outils de collecte de données</u> : Guides d'entretiens semi-structurés, fondés sur des modèles conceptuels du processus de déprescription multidisciplinaire. Ces guides ont été modifiés au fur et à mesure des entretiens, afin qu'ils soient ciblés et que la saturation des données soit atteintes.</p> <p><u>Collecte des données</u> : Entretiens individuels téléphoniques ou par vidéoconférence, d'une durée de 60 à 90 minutes, enregistrés sur bande audio. Les chercheurs ont également pris des notes.</p>

<p><i>Méthode d'analyse des données</i></p>	<p><u>Méthode d'analyse utilisée</u> : Après la retranscription des entretiens, les données ont été analysées en 3 phases :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Phase 1 : Codage ouvert pour identifier les nouveaux thèmes qui ressortent des entretiens. Puis ils ont redéfini des codes pour qu'ils correspondent aux concepts prédéfinis de la déprescription. - Phase 2 : Codage de toutes les transcriptions avec le système de codage de la phase 1. - Phase 3 : Comparaison des 3 groupes de participants pour observer la variation des réponses. <p><u>Qui procède à l'analyse</u> : Les chercheurs.</p> <p><u>Logiciel de classement des données</u> : Atlas.ti</p> <p><u>Validation des données</u> : Il y a eu 27 réunions de l'équipe de recherche pour traiter les préjugés subjectifs. Trois chercheurs ont codé indépendamment les transcriptions.</p>
<p><i>Résultats</i></p>	<p><u>Présentation de résultats</u> : 5 grands thèmes (défis) et sous-thèmes.</p> <p>1) Le temps</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Contraintes des prescripteurs : Le manque de temps de consultation ne permet pas aux médecins de se concentrer sur la déprescription. Les patients ont signalé des difficultés à contacter leur médecin traitant. b) Visites post-sortie des prescripteurs : Idéalement la première visite post-hospitalisation devrait se faire une semaine après la sortie, mais à cause de problèmes organisationnels (du patient ou du médecin traitant), elle se fait souvent plus tard. Ceci pose problème car c'est lors de cette visite que le bilan des médicaments s'effectue.

	<p>c) Contraintes de temps des visites des soins à domicile : La durée des visites à domicile est limitée par les assurances, ce qui ne laisse pas beaucoup de temps aux infirmières pour évaluer les traitements et faire de l'éducation thérapeutique avec les patients.</p> <p>2) La priorisation et la continuité des soins</p> <p>a) Priorité à la déprescription : Les médecins traitants et les infirmières à domicile ne mettent pas spontanément la priorité sur la déprescription, alors que les pharmaciens oui.</p> <p>b) Discontinuité des soins : Les patients sont suivis par plusieurs prescripteurs et il est difficile d'impliquer toutes les parties dans la déprescription. A domicile, comme chaque patient est suivi par plusieurs infirmières, aucune d'entre elles ne le connaît suffisamment pour assurer une continuité des soins et l'évaluation nécessaires à la déprescription.</p> <p>3) L'éducation : Malgré une explication sur les médicaments, certains patients ne connaissent pas leurs médicaments. Dans le contexte de soins de l'étude, les infirmières des soins à domicile sont les plus à même de faire de l'éducation thérapeutique. Lors de changement de traitement, l'éducation est très importante.</p> <p>4) La communication</p> <p>a) Problème de liaison inefficace : Les appels de la part des infirmières aux médecins sont d'abord triés par les secrétaires ce qui augmente le temps de réponse des médecins. Ceci est considéré par les infirmières comme un obstacle au bilan comparatif des médicaments. De plus, lorsque le médecin répond, l'infirmière a déjà souvent quitté le domicile du patient.</p>
--	---

	<p>b) Réactif plutôt que proactif : Les médecins et les infirmières réagissent aux problèmes liés aux médicaments mais ne mènent pas d'interventions pour prévenir ces problèmes.</p> <p>c) Limites des systèmes d'informations : Un dossier de santé électronique favorise la communication entre les différentes équipes de soins que le patient peut rencontrer. Si ce dossier n'est pas utilisé ou n'est pas fonctionnel, ceci entrave la communication.</p> <p>d) Documentation des soins à domicile : Lors de changements de médications, cela entraîne un grand nombre de documents à remplir, ce qui freine les modifications de traitements. De plus, le dossier transmis au médecin contient beaucoup d'informations et la liste des traitements passe souvent inaperçue.</p> <p>5) La collaboration interdisciplinaire</p> <p>a) Reconnaissance du rôle des infirmières à domicile : Les autres professionnels de santé ne sont pas suffisamment informés sur les compétences des infirmières en soins à domicile et elles ne sont pas incluses dans la prise de décisions en équipe.</p> <p>b) Engagement du pharmacien et définition de son rôle : Les médecins et les infirmières trouvent que le rôle du pharmacien est essentiel, car il a un regard nouveau sur la liste des médicaments du patient, mais aux soins à domicile le pharmacien n'est pas intégré d'office dans l'équipe. Certains patients pensent que ce serait bénéfique d'inclure le pharmacien dans les équipes, alors que d'autres relèvent l'impression du manque de disponibilité du pharmacien pour discuter avec eux.</p>
<i>Discussion</i>	<p><u>Résumé des résultats</u> : Les défis les plus importants en matière de déprescription sont le manque de temps et le manque de priorité à cette tâche. On retrouve aussi d'autres défis tels que le nombre limité de visites à domicile</p>

et le manque de continuité des soins, qui est possiblement dû à la réduction du remboursement des soins à domicile.

Il est important d'avoir une communication et une collaboration efficace pour pratiquer la déprescription. Cependant il est souvent difficile de communiquer efficacement au sein de l'équipe soignante, et ceci ne permet pas d'arriver un consensus sur la déprescription.

Les infirmières à domicile devraient être encouragées à exercer un rôle plus proactif pour faciliter les décisions de déprescription ; elles peuvent également les soutenir en surveillant les symptômes, la prise des médicaments et en évaluant l'environnement familial du patient.

Cette étude a montré que les pharmaciens sont essentiels à l'élaboration de recommandations de déprescription, mais cela est entravé par leur manque d'accès aux dossiers des patients et un manque de remboursement des services.

Les deux outils favorisant la collaboration dans la déprescription sont un dossier électronique du patient efficace utilisé par tous les professionnels, et un renforcement de l'éducation thérapeutique des patients en matière de médication.

Réponse à l'objectif visé : L'étude met en lumière les défis et les rôles de chacun dans la déprescription.

Liens avec d'autres études : La présente étude est en adéquation avec les études ultérieures, cependant c'est la première étude à mettre l'accent sur les défis de chaque professionnel et sur le contexte des soins à domicile suite à une hospitalisation aiguë.

<p><i>Recommandations & suggestions</i></p>	<p><u>Recommandations pour la pratique</u> : Inclure des rappels au médecin sur la déprescription dans le dossier électronique du patient et mettre en place des modalités de facturation pour la déprescription.</p> <p><u>Limites et biais de l'étude</u> : La plupart des groupes de participants à l'étude viennent de l'état de New York, ce qui ne permet pas d'affirmer que les résultats sont applicables à tous les états et pays. Ils ont interrogé uniquement les pharmaciens reliés à une institution et pas ceux de détail, ces derniers peuvent peut-être jouer un rôle important dans la déprescription. L'échantillon des patients comprenait des personnes de différents groupes ethniques et sociaux économique, cependant ce n'était pas le cas chez les médecins.</p>
<p><i>Conclusions</i></p>	<p>Voir discussion.</p>

Annexe 4 : Article 3
Analyse de l'article grâce à la grille de Tétreault

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
Titre	<p><u>Titre anglais</u> : Exploration of home care nurse's experiences in deprescribing of medications : a qualitative descriptive study.</p> <p><u>Titre français</u> : Exploration des expériences des infirmières à domicile en matière de déprescription de médicaments : une étude qualitative descriptive.</p> <p><u>Thèmes abordés</u> : Déprescription à domicile.</p> <p><u>Population précise</u> : Infirmières à domicile.</p>
Auteurs-es	<p>Winnie Sun, Faculty of Health Sciences, Ontario Tech University, Oshawa, Ontario, Canada</p> <p>Farah Tahsin, Faculty of Health Sciences, Ontario Tech University, Oshawa, Ontario, Canada</p> <p>Caroline Barakat-Haddad, Faculty of Health Sciences, Ontario Tech University, Oshawa, Ontario, Canada</p> <p>Justin P Turner, Faculty of Pharmacy, University of Montreal, Montreal, Quebec, Canada</p> <p>Cheryl Reid Haughian, Informatics, CellTrak Technologies Inc., Cambridge, Ontario, Canada</p> <p>Jennifer Abbass-Dick, Faculty of Health Sciences, Ontario Tech University, Oshawa, Ontario, Canada</p>

Mots-clés	Déprescription, soins à domicile, gestion des médicaments, soins infirmiers, personnes âgées, polypharmacie.
Résumé	<p><u>Objectifs</u> : Explorer les obstacles et les facilitateurs à la déprescription pour les infirmières à domicile et évaluer les besoins de formation et d'apprentissage à la déprescription.</p> <p><u>Méthodologie</u> : Recherche qualitative descriptive exploratoire. Deux groupes de discussion avec un totale de 11 infirmières de soins à domicile. Analyse thématique des points de vue des infirmières.</p> <p><u>Résultats</u> : Les obstacles à la déprescription sont le manque de communication, l'incohérence des pratiques de bilan comparatif de médicaments, une collaboration inefficace entre les différents professionnels de santé et un manque de sensibilisation et de formation au sujet de la déprescription.</p>
Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques	
Pertinence	<p>La polymédication est un sujet pertinent car, en effet, près de 50% de personnes âgées prennent un ou plusieurs médicaments qui ne sont pas nécessaire. Les maladies chroniques et la multimorbidité sont une cause de cette polymédication, 77% des personnes âgées de 65 ans et plus souffre au moins d'une maladie chronique. La polymédication augmente les couts de santé, les risques d'interaction et d'effets indésirables. Il y a des conséquences négatives sur l'état cognitif des personnes âgées et leur capacité à effectuer leur AVQ.</p> <p>La déprescription est l'un des moyens principaux de gérer la polymédication et ainsi d'améliorer l'état de santé des personnes âgées. Les infirmières à domicile jouent un rôle essentiel dans la gestion des médicaments, mais il y a peu d'informations sur leurs besoins de formation pour pratiquer la déprescription.</p>

<i>Objectifs/questions de recherche</i>	<u>Objectifs</u> : Explorer les obstacles et les facilitateurs de la déprescription du point de vue des infirmières à domicile et évaluer l'évolution d'un plan de formation visant à répondre aux besoins d'apprentissage des infirmières à domicile en matière de déprescription.
<i>Principaux concepts théoriques</i>	Déprescription Soins infirmiers à domicile Soins aux personnes âgées Polymédication

PARTIES RECHERCHE QUALITATIVE

Méthodologie

<i>Questions de recherche</i>	Explorer les obstacles et les facilitateurs de la déprescription du point de vue des infirmières à domicile et évaluer l'évolution d'un plan de formation visant à répondre aux besoins d'apprentissage des infirmières à domicile en matière de déprescription.
<i>Devis</i>	<u>Devis de l'étude</u> : Etude qualitative descriptive exploratoire. <u>Rôle du chercheur</u> : C'est une enquête naturaliste (les chercheurs explorent une question sans avoir d'idées préconçues). Les chercheurs n'ont pas eu de contact avec les participants avant le début de l'étude. <u>Règles éthiques</u> : L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de recherche de l'université technique de l'Ontario. Les participants ont signé un consentement éclairé de participation à l'étude.

<p><i>Sélection des participants ou objet d'étude</i></p>	<p><u>Population visée</u> : Les infirmières à domicile.</p> <p>Le recrutement des participants (échantillonnage raisonné) a eu lieu dans une organisation de soins à domicile de l'Ontario au Canada.</p> <p><u>Critères d'inclusion</u> : Infirmières diplômées ayant un contact direct avec les patients. Expérience de 2 ans ou plus dans les soins à domicile auprès des personnes âgées. Âgées de plus de 18 ans et être capable de comprendre et parler anglais.</p> <p><u>Critères d'exclusion</u> : Ne rentrant pas dans les critères d'inclusion.</p>
<p><i>Choix des outils de collecte de données</i></p>	<p><u>Outils de collecte de données</u> : Un assistant de recherche était présent lors des entretiens pour prendre des notes et faire des observations. Les entretiens ont été retranscrits avant l'analyse. Questions ouvertes pour que tout le monde puisse s'exprimer ouvertement.</p> <p><u>Collecte des données</u> : 2 groupes de discussion, le premier comptait 5 infirmières et le second 6. Les séances de discussion ont duré 60 à 90 minutes. Les questions étaient orientées selon 4 thèmes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La polymédication chez les personnes âgées fragiles en soins à domicile. 2. Les personnes qui ont des besoins d'apprentissage et d'éducation en matière de déprescription. 3. Les barrières et les facilitateurs à la déprescription. 4. L'exploration des alternatives non pharmacologiques.
<p><i>Méthode d'analyse des données</i></p>	<p><u>Méthode d'analyse utilisée</u> : Analyse thématique afin d'identifier des thèmes dans l'ensemble des données recueillies. Ils ont procédé à des lectures multiples et répétées des transcriptions. Le codage des données a été</p>

	<p>effectué avec deux couleurs, une par chaque chercheur qui analysait. Ils ont extrait des verbatims, ils ont examiné les thèmes pour voir s'ils étaient pertinents et reliés entre eux afin de répondre à la question de recherche.</p> <p><u>Qui procède à l'analyse</u> : Les chercheuses, Winnie Sun et Farah Tahsin.</p> <p><u>Logiciel de classement des données</u> : Non.</p> <p><u>Validation des données</u> : Les chercheuses ont fait une introspection afin de prendre conscience de leurs préjugés et de s'assurer que les thèmes dérivait des données et non pas de leurs idées préconçues. Ils ont analysé les entretiens de manière indépendante avant de mettre en commun leurs résultats.</p>
<p>Résultats</p>	<p><u>Présentation des résultats</u> : Les résultats sont présentés en 8 thèmes principaux et en sous-thèmes pour chaque thèmes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Causes de la polymédication chez les personnes âgées recevant des soins à domicile : <ol style="list-style-type: none"> a. La polymédication est le résultat d'un manque de compréhension de l'état du client. b. La polymédication est le résultat d'un manque de suivi du patient par plusieurs prestataires des soins de santé. c. La polymédication est le résultat d'un manque de connaissance du patient en matière de gestion des médicaments. 2. Défis de la gestion de la polymédication dans la communauté : <ol style="list-style-type: none"> a. Absence de base de données centralisée et universelle concernant les informations relatives à la santé et aux médicaments des clients. b. Absence de système de médication qui alerte les prestataires de soins de santé sur la polymédication des personnes âgées à risque.

	<ul style="list-style-type: none">c. Manque de temps pour la revue et le bilan de médication. <p>3. Signification de la déprescription :</p> <ul style="list-style-type: none">a. La déprescription consiste à ajuster les doses de médicaments à haut risque.b. La déprescription consiste à trouver le bon médicament.c. La déprescription consiste à supprimer le médicament inapproprié au bon moment. <p>4. Importance de la déprescription :</p> <ul style="list-style-type: none">a. L'utilisation de plusieurs pharmacies conduisant à des prescriptions multiples.b. Non observance entraînant un sous-dosage ou un surdosage des médicaments. <p>5. Obstacles potentiels à la sensibilisation à la déprescription dans les soins à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none">a. Consommation excessive de médicaments en vente libre.b. Absence de processus standardisé de bilan comparatif de médicament dans les soins à domicile. <p>6. Facilitateurs potentiels de la promotion de la déprescription dans les soins à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none">a. La nécessité d'une formation et d'une collaboration interprofessionnelle pour la déprescription.b. Cohérence et continuité des soins entre les prestataires de soins.c. La déprescription doit faire partie de l'enseignement de la santé dans les soins à domicile.d. La déprescription doit s'appuyer sur des sources de données précises et fiables.e. Un réseau de soins solide facilite la déprescription. <p>7. Sujet éducatif sur la déprescription :</p> <ul style="list-style-type: none">a. Bonne pratique en matière de bilan comparatif des médicaments pour promouvoir la sécurité dans la gestion des médicaments.
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> b. Sensibilisation aux ressources communautaires disponibles en matière de déprescription. c. Principe de base et approche de la déprescription pour les médicaments couramment utilisés. <p>8. Outils et ressources d'apprentissage sur la déprescription :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Combinaison de formation en ligne et en personne avec du matériel imprimé et une session d'information interactive. b. Thérapies non médicamenteuses et mesures non pharmacologiques. c. Formation des familles à la gestion des comportements et des symptômes.
<i>Discussion</i>	<p><u>Résumé des résultats</u> : L'étude met en évidence la complexité de la gestion de la polymédication des personnes âgées à domicile, ainsi que les facilitateurs et les défis des infirmières dans la déprescription.</p> <p><u>Lien avec d'autres études</u> : Les résultats de cette étude sont similaires aux données de la littérature antérieure. En effet, tout comme dans cette étude les thèmes du bilan comparatif, le développement d'un système de médication centralisé accessible par tous, la formation et la collaboration interprofessionnelle sur la déprescription, le développement d'un réseau primaire et secondaire solide sont retrouvés dans d'autres études.</p>
<i>Recommandations & suggestions</i>	<p><u>Recommandations pour la pratique</u> : Les résultats contribuent à une future élaboration de programmes pour optimiser la gestion des médicaments.</p> <p><u>Recommandations pour la recherche</u> : Pour de futures recherches, il faudrait élargir la taille de l'échantillon pour collecter les avis des infirmières de différents milieux de soins. Cette étude est la phase 1 d'un projet en trois phases, les phases 2 et 3 se concentrent sur le développement et la mise en pratique des interventions éducatives fondées sur des données probantes.</p>

	<p><u>Application dans la pratique clinique</u> : Se sensibiliser et en apprendre plus sur la déprescription et utiliser les outils déjà existants (EMPOWER, critères de Beers...)</p> <p><u>Limites et biais de l'étude</u> : Petit échantillon.</p>
<i>Conclusions</i>	<p><u>Principaux résultats significatifs</u> : Besoins de formations supplémentaires sur la polymédication et la déprescription, besoin d'améliorer l'accès et le partage aux informations des patients et besoins de favoriser la collaboration interprofessionnelle.</p>

Annexe 5 : Article 4
Analyse de l'article grâce à la grille de Tétreault

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
<i>Titre</i>	<p><u>Titre anglais</u> : Nurses' and pharmacists' learning experiences from participating in interprofessional medication reviews for elderly in primary health care - a qualitative study.</p> <p><u>Titre français</u> : Expériences d'apprentissage des infirmières et des pharmaciens lors de leur participation à des bilans interprofessionnels de médication pour les personnes âgées dans le cadre des soins de santé primaires – une étude qualitative.</p> <p><u>Thèmes abordés</u> : Utilisation de médicaments inappropriés, partage d'expérience entre infirmières et pharmaciens, personnes âgées.</p> <p><u>Population précise</u> : Infirmières et pharmaciens.</p>
<i>Auteurs-es</i>	<p>H. T. Bell, Department of Pharmacy, Faculty of Health Sciences, Nord University, Namsos, Norway et Department of Public Health and General Practice, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway</p> <p>A. G. Granas, School of Pharmacy, University of Oslo, Oslo, Norway</p> <p>I. Enmarker, Centre for Care research Mid- Norway, Steinkjer, Norway et 5Department of Nursing, Mid University, stersund, Sweden</p>

	<p>R. Omli, Department of Pharmacy, Faculty of Health Sciences, Nord University, Namsos, Norway et Centre for Care research Mid- Norway, Steinkjer, Norway</p> <p>A. Steinsbekk, Department of Public Health and General Practice, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway et Centre for Care research Mid- Norway, Steinkjer, Norway</p>
Mots-clés	Bilan de médication, infirmière, pharmacien, apprentissage, utilisation inappropriée des médicaments, soins primaires.
Résumé	<p><u>Objectif</u> : Etudier la perception des infirmières et des pharmaciens sur leurs expériences d'apprentissage lors de bilans interprofessionnels de médication (BIM) dans des soins de santé primaire sur une durée de deux ans environ.</p> <p><u>Méthodologie</u> : Etude qualitative basée sur des entretiens semi-structurés, des groupes de discussion et des appels téléphoniques, avec 13 infirmiers et 4 pharmaciens de maison de retraite et à domicile. Analyse thématique des données avec une condensation systématique du texte.</p> <p><u>Résultats</u> : Ils ont décrit que c'était un défi d'assurer la participation des 3 professions (pharmaciens, infirmières et médecins) et d'obtenir des informations complètes sur les patients. Ils ont pris conscience des avantages du travail d'équipe et des soins plus individuels. Les infirmières ont changé leur manière de voir le rôle du pharmacien. Après la discussion elles les voyaient comme des sources de connaissance en pharmacothérapie, avant elles les voyaient comme des contrôleurs de routine. Les infirmières ont également appris à faire le lien entre les symptômes et les effets secondaires possibles des médicaments. Les pharmaciens ont pris conscience du rôle cruciale des infirmières comme source d'informations cliniques sur le patient afin de pouvoir fournir des</p>

	conseils personnalisés. Les deux professions se sont reconnues comme des partenaires de discussion sur les traitements appropriés pour les personnes âgées.
Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques	
<i>Pertinence</i>	<p>La prescription des médicaments relève de la responsabilité des médecins uniquement. Cependant, les infirmières et les pharmaciens jouent un rôle important pour prévenir les médicaments inappropriés et les effets secondaires, particulièrement chez les personnes âgées polymédiquées et multimorbides. Pour cela, les bilans interprofessionnels de médications ont été élaboré.</p> <p>En Norvège, depuis 2013, les patients avec plus de quatre médicaments peuvent faire l'objet d'un BIM si cela est nécessaire. Le BIM fait partie du modèle de gestion intégrée des médicaments qui se compose de quatre étapes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'infirmière récolte des données concernant les médicaments auprès du patient et dans le dossier de celui-ci. 2. L'infirmière transmet les informations aux pharmaciens et ensemble ils identifient les potentiels problèmes liés aux traitements. 3. Le bilan interprofessionnel des médicaments est effectué avec infirmière, médecin et pharmacien. 4. L'infirmière met à jour le dossier du patient en conséquence.
<i>Objectifs/questions de recherche</i>	Décrire ce que les infirmières et pharmaciens pensent apprendre lors de BIM dans un contexte de soins de santé primaire sur une période de deux ans maximum.

<i>Principaux concepts théoriques</i>	Bilan interprofessionnel de médication (BIM) Médications inappropriées Polymédication Soins primaires Personnes âgées Partage d'expérience
--	---

PARTIES RECHERCHE QUALITATIVE

Méthodologie

<i>Questions de recherche</i>	Décrire ce que les infirmières et pharmaciens pensent apprendre lors de BIM dans un contexte de soins de santé primaire sur une période de deux ans maximum.
<i>Devis</i>	<u>Devis de l'étude</u> : Etude qualitative avec des groupes de discussion et des entretiens individuels réalisés entre octobre 2014 et février 2016 en Norvège. <u>Rôle du chercheur</u> : Un chercheur (H. T. Bell) a mené les entretiens. <u>Règles éthiques</u> : Les comités régionaux pour l'éthique de la recherche médicale et sanitaire du centre de la Norvège ont approuvé l'étude. Le consentement éclairé des participants a été obtenu par écrit avant les entretiens.
<i>Sélection des participants ou objet d'étude</i>	<u>Population visée</u> : Infirmières et pharmaciens travaillant dans le domaine des soins primaires.

	<p><u>Critères d'inclusion et d'exclusion</u> : Médecins, infirmiers et pharmaciens avec des expériences en matière de BIM et travaillant en maison de repos, en soins de santé et dans les services sociaux à domicile.</p>
<p><i>Choix des outils de collecte de données</i></p>	<p><u>Outils de collecte de données</u> : Entretiens semi-structurés. Un guide d'entretien avec des questions ouvertes axées sur différents thèmes a été utilisé (l'apprentissage perçu et les connaissances acquises, les facilitateurs et les obstacles perçus à la réalisation de BIM dans les établissements de santé).</p> <p><u>Réalisation de la collecte des données</u> : Les entretiens avec les différents groupes duraient environ 1h30. Ils ont été enregistrés numériquement et ont été menés par un chercheur. Les entretiens téléphoniques ont duré environ 20 minutes avec la même structure que pour les groupes.</p>
<p><i>Méthode d'analyse des données</i></p>	<p><u>Méthode d'analyse utilisée</u> : A l'aide de la méthode de condensation systématique du texte, selon un processus répétitif en quatre étapes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tous les chercheurs ont lu une partie des transcriptions pour identifier les thèmes. 2. Un chercheur a lu toutes les transcriptions pour identifier les unités de sens qui ont été classés sous les thèmes et les a présentées aux autres chercheurs. 3. Les unités de sens ont été classées en sous-thèmes. 4. Un texte a été construit sur la base de chaque thème et sous-thème. <p>Tout au long des étapes les thèmes ont été ajustés afin de garantir la validité.</p> <p><u>Qui procède à l'analyse</u> : Les chercheurs.</p> <p><u>Logiciel de classement des données</u> : Ils n'ont pas utilisé de logiciel de classement des données.</p>

	<p><u>Validation des données</u> : Tout au long du processus les auteurs sont régulièrement revenus sur les textes originaux pour s'assurer que l'analyse été basée sur ceux-ci.</p>
Résultats	<p><u>Présentation des résultats</u> : Présentation en 5 thèmes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apprendre le rôle de chacun : les infirmières ont appris que les pharmaciens pouvaient fournir des conseils et des orientations sur les médicaments appropriés. Elles perçoivent le pharmacien désormais comme un partenaire. Les pharmaciens ont besoin des infirmières afin d'obtenir des informations supplémentaires sur les patients. 2. Une documentation plus complète sur la gestion des médicaments : les infirmières ont appris à devenir plus critiques sur leur routine de gestion des médicaments et celles travaillant à domicile ont appris l'importance du BIM qui permet d'avoir une liste actualisée des médicaments. Elles ont appris l'importance de bien documenter les dossiers des patients. Les pharmaciens n'ont pas rencontré de patients et donc parlent d'une dépendance aux informations données par les infirmières. 3. Remettre en question le rôle du médecin : les pharmaciens ont dit que les BIM incitaient les médecins à réfléchir à leurs prescriptions passées et, dans certains cas, les obligeaient à défendre leur point de vue lorsqu'ils étaient confrontés à des problèmes de santé publique. Les pharmaciens apprécient pouvoir discuter avec le médecin et inversement. Les infirmières et les pharmaciens ont perçu les désaccords comme une force car ils incitent le médecin à revoir ses prescriptions. Lorsque les pharmaciens posaient des questions, au cours des BIM, les médecins répondaient plus précisément que lorsque c'étaient des infirmières. Les

	<p>infirmières apprécient la présence des médecins car ceux-ci ont souvent une longue expérience et un meilleur aperçu de la globalité de la situation du patient.</p> <p>4. Importance d'informations détaillées sur chaque patient : les pharmaciens ont constaté que les infirmières rencontraient des difficultés à renseigner le dossier par manque de temps et ceci impactaient les pharmaciens dans le BIM. Donc, un pharmacien a modifié sa préparation au BIM en passant toute la journée dans le lieu de soin pour recueillir des informations sur les patients.</p> <p>5. Liens entre les symptômes du patient et l'utilisation des médicaments : les pharmaciens ont constaté que les infirmières étaient plus impliquées dans les BIM qu'auparavant. Les infirmières ont déclaré avoir appris de nouvelles informations sur la pharmacothérapie, la pharmacodynamique, la pharmacocinétique et les effets secondaires. Ceci a permis aux infirmières d'être plus observatrices et de pouvoir interpréter les signes et symptômes possiblement liés à l'utilisation des médicaments. Les deux professions ont déclaré que, lors des BIM, ils devaient utiliser activement leurs connaissances et ceci conduisait à un nouvel apprentissage.</p>
<i>Discussion</i>	<p><u>Résumé des résultats</u> : Lors des BIM, les deux professions ont déclaré avoir appris davantage sur le rôle de chacun ce qui rendait le travail en équipe plus efficace. Les infirmières voient actuellement les pharmaciens comme des partenaires de discussion et les pharmaciens sont devenus plus conscients du rôle crucial d'informateur de la part des infirmières. Les infirmières en ont appris davantage concernant les médicaments ce qui leur permet de faire des liens entre les symptômes et les médicaments prescrits. Le financement des pharmaciens est un obstacle à la réalisation des BIM. Le médecin est essentiel à la réalisation des BIM. Le principal obstacle était le manque de documentation sur l'état de santé du patient donnée aux pharmaciens avant les BIM.</p>

	<u>Liens avec d'autres études</u> : L'étude concorde avec une autre étude sur le manque d'accès aux données médicales perçu comme un obstacle par le pharmacien.
<i>Recommandations & suggestions</i>	<p><u>Recommandation pour la pratique</u> : Il faut réussir à trouver une plage horaire disponible pour chaque professionnel pour faire les BIM. S'assurer d'une bonne documentation du dossier de soins.</p> <p><u>Recommandations pour la recherche</u> : faire la même étude mais avec le point de vue des médecins et des patients.</p> <p><u>Limites et biais de l'étude</u> : Les participants provenaient d'une seule région en Norvège. Un des chercheurs est un pharmacien ce qui a pu limiter les critiques sur le rôle des pharmaciens.</p>
<i>Conclusions</i>	<u>Principaux résultats significatifs</u> : Les deux professions ont eu l'impression d'avoir amélioré leur propre pratique et la qualité de la gestion des médicaments, ce qui permet une meilleure prise en soins.

Annexe 6 : Article 5
Analyse de l'article grâce à la grille de Tétreault

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
<i>Titre</i>	<p><u>Titre anglais</u> : Impact of nurse-led interprofessional work in older patients with heart failure and multimorbidity : A retrospective cohort study.</p> <p><u>Titre français</u> : Impact du travail interprofessionnel mené par les infirmières chez les patients âgés souffrant d'insuffisance cardiaque et de multimorbidité : Une étude de cohorte rétrospective.</p> <p><u>Thèmes</u> : Le travail interdisciplinaire dirigé par une infirmière, l'insuffisance cardiaque et la multimorbidité, les personnes âgées.</p> <p><u>Question du titre</u> : Est-ce que le travail interdisciplinaire dirigé par des infirmières impacte les patients âgés souffrant d'une insuffisance cardiaque et de multimorbidité ?</p>
<i>Auteurs-es</i>	<p>Yuichiro Saizen, laboratoire de soins infirmiers gériatriques de l'École supérieure de médecine de l'Université d'Osaka, Osaka, Japon</p> <p>Kasumi Ikuta, École supérieure des sciences de la santé de l'Université médicale et dentaire de Tokyo, Département des soins infirmiers à domicile, Tokyo, Japon</p>

Mizuki Katsuhisa, laboratoire de soins infirmiers gérontologiques de l' cole supérieure de médecine de l'Université d'Osaka, Osaka, Japon

Yuko Takeshita, laboratoire de soins infirmiers gérontologiques de l' cole supérieure de médecine de l'Université d'Osaka, Osaka, Japon

Yuki Moriki, laboratoire de soins infirmiers gérontologiques de l' cole supérieure de médecine de l'Université d'Osaka, Osaka, Japon

Misaki Kasamatsu, laboratoire de soins infirmiers gérontologiques de l' cole supérieure de médecine de l'Université d'Osaka, Osaka, Japon

Mai Onishi, laboratoire de soins infirmiers gérontologiques de l' cole supérieure de médecine de l'Université d'Osaka, Osaka, Japon

Kiyoko Wada, Organisation hospitalière nationale, Hôpital national d'Osaka, Osaka, Japon

Chiharu Honda, Organisation hospitalière nationale, Hôpital national d'Osaka, Osaka, Japon

Kyoko Nishimoto, Organisation hospitalière nationale, Hôpital national d'Osaka, Osaka, Japon

Yoshiko Nabetani, Service de soins infirmiers, Hôpital universitaire d'Osaka, Osaka, Japon

Tomoyuki Iwasaki, Service de soins infirmiers, Hôpital universitaire d'Osaka, Osaka, Japon

Eriko Koujiya, laboratoire de soins infirmiers gérontologiques de l' cole supérieure de médecine de l'Université d'Osaka, Osaka, Japon

Miyae Yamakawa, laboratoire de soins infirmiers gérontologiques de l' cole supérieure de médecine de l'Université d'Osaka, Osaka, Japon

	Yasushi Takeya , laboratoire de soins infirmiers gérontologiques de l'�cole supérieure de médecine de l'Université d'Osaka, Osaka, Japon
Mots-clés	Insuffisance cardiaque, multimorbidité, gériatrie, infirmier, soins centrés sur le patient.
Résumé	<p><u>Objectifs</u> : L'étude a pour but de déterminer si une équipe interprofessionnelle dirigée par une infirmière permet un impact positif sur le pronostic des patients âgées de 65 ans et plus, atteints d'insuffisance cardiaque et de multimorbidité admit dans un hôpital de soins aigus.</p> <p><u>Méthodologie</u> : C'est une étude de cohorte rétrospective comparant un groupe de patients ayant reçu des soins par une équipe interprofessionnelle dirigée par une infirmière et un autre groupe ayant reçu des soins par une équipe habituelle. Le critère principal d'évaluation était la mortalité toutes causes confondues.</p> <p><u>Résultats</u> : Ils ont pu observer une diminution de la mortalité toutes causes confondues de 7% ($p < 0,001$) chez les groupes de soins dirigés par une infirmière, un an après la sortie.</p>
Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques	
Pertinence	Malgré le vieillissement de la population et, par conséquent, l'augmentation de la multimorbidité, aucune étude n'a défini de méthode d'interventions efficaces pour gérer cette situation. En effet, au Japon, 52% de la population âgée de plus de 65 ans souffre de multimorbidité. La multimorbidité entraine une polymédication et augmente le taux de mortalité. L'insuffisance cardiaque est une des maladies les plus importantes chez les personnes atteintes de multimorbidité. Une approche multidisciplinaire est plus adaptée à des patients atteints d'une seule maladie, alors que le travail interprofessionnel permet une prise en soin de patients plus complexes

	de par la collaboration entre les différents professionnels et entre les professionnels et les patients. Des études antérieures ont démontré la pertinence d'interventions dirigées par une infirmière. Cependant, aucune ne traite de la multimorbidité.
Objectifs/questions de recherche	Cette étude vise à clarifier si une stratégie de travail interprofessionnel dirigée par une infirmière peut améliorer les taux de survie et d'hospitalisation d'urgence chez les patients hospitalisés âgés de ≥ 65 ans atteints d'insuffisance cardiaque et de multimorbidité.
Principaux concepts théoriques	Multimorbidité Travail interprofessionnel Rôle infirmier

PARTIES RECHERCHE QUANTITATIVE

Méthodologie

Questions de recherche	<p><u>Variable indépendante</u> : Travail interprofessionnel dirigé par une infirmière.</p> <p><u>Variables dépendantes</u> : Taux de mortalité dans l'année qui suit la sortie et taux de ré-hospitalisation dans les 6 semaines après la sortie.</p> <p><u>Objectifs de recherche</u> : Voir objectifs et questions de recherche.</p>
Devis	<u>Devis de l'étude</u> : Etude de cohorte rétrospective.

	<p><u>Procédure expérimentale</u> : Deux groupes de patients ont été créés. Dans un groupe, les patients étaient pris en soins de manière habituelle (groupe contrôle) et dans l'autre, ils l'étaient par une équipe interprofessionnelle dirigée par une infirmière (groupe témoin). Chaque patient a été apparié avec un patient similaire de l'autre groupe selon l'âge, le sexe et la classification de la New York Heart Association. Des données ont été récoltées sur ces deux groupes et les résultats sont ressortis après des analyses statistiques.</p> <p><u>Règles éthiques</u> : Cette étude a été approuvée par l'Organisation hospitalière nationale de l'hôpital national d'Osaka. La confidentialité des données concernant les participants a été respectée à toutes les étapes.</p>
<p><i>Sélection des participants ou objet d'étude</i></p>	<p><u>Population visée</u> : Patients âgés de 65 ans et plus atteints d'insuffisance cardiaque et de multimorbidité admis dans un service de soins aigus.</p> <p><u>Sélection des participants</u> : Les 351 patients admis dans le service de médecine cardiovasculaire de l'hôpital d'Osaka au Japon entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2020, pour le groupe de l'équipe interprofessionnelle dirigé par une infirmière ; et les 412 admis entre le 1^{er} avril 2014 et le 31 mars 2016 pour le groupe de l'équipe habituelle. Par la suite, ils ont créé 200 paires de patients, donc 400 patients participant à l'étude.</p> <p>Les AVQ des patients ont été mesurés grâce à une échelle de soins de longue durée cotée à 8 points :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nécessitant de l'aide 1 et 2 (indépendance dans les AVQ) - Soins de longue durée 1 à 5 (1 à 3 assistance partielle pour les AVQ ; 4 et 5 assistance complète pour les AVQ) <p><u>Critères d'inclusion</u> : 65 ans et plus, atteint d'insuffisance cardiaque, un score de l'indice de comorbidité de Charlson ≥ 2.</p>

	<p><u>Critères d'exclusion</u> : 64 ans et moins, un score de l'indice de comorbidité de Charlson ≤ 1, décédé durant l'hospitalisation.</p> <p><u>Justification de la taille de l'échantillon</u> : Pas d'information.</p>
<p><i>Choix des outils de collecte des données</i></p>	<p><u>Instruments de mesure</u> : Les données sur les caractéristiques des patients, leurs diagnostics, leur taux de mortalité et le nombre de réhospitalisation, ont été répertoriées pour ensuite pouvoir faire des analyses statistiques avec celles-ci.</p> <p><u>Précisions sur la cotation des outils (échelles de Likert...)</u> : Voir sélection des participants ou objet d'étude.</p> <p><u>Réalisation de la collecte de données</u> : Il y a eu deux groupes de patients, un premier de 2014 à 2016 ; et un second de 2017 à 2020 dans lequel l'équipe interprofessionnelle était dirigée par une infirmière. Pour le second groupe, il y a eu trois étapes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les infirmières ont dépisté dans les trois jours suivant l'hospitalisation les potentiels problèmes pouvant survenir après la sortie (par exemple le besoin de soins à domicile). 2. Dans les sept jours suivant l'hospitalisation, elles ont collecté des informations concernant les problèmes médicaux actuels des patients et de leur famille, les antécédents médicaux... Il y a également eu des colloques entre les infirmières et les assistantes sociales pour discuter des différentes stratégies permettant d'atteindre les objectifs thérapeutiques des patients et également la nécessiter d'une aide à la sortie. 3. La collaboration avec les différents professionnels de la santé à l'hôpital et à domicile. Une importance plus grande pour les soins à domicile était donnée aux patients avec un risque élevé de réhospitalisation.

	<u>Variables dépendantes et indépendantes</u> : Voir question de recherche.
<i>Interventions ou programmes (si applicable)</i>	<u>Interventions</u> : Mise en place d'une équipe interprofessionnelle dirigée par une infirmière. <u>Applications des interventions</u> : Voir choix des outils de collecte des données.
<i>Méthode d'analyse des données</i>	<u>Méthodes et types d'analyses statistiques proposés</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Analyse univariée : Décrire et mesurer les valeurs d'une seule variable. La variable en question est le travail interprofessionnel dirigé par une infirmière. - Test T de Student, Test U de Mann-Whitney et le test de χ^2 : ces tests permettent de comparer les moyennes entre les groupes. Il est nécessaire de faire différents tests statistiques selon les différents types de variables. - Analyse de régression à risque proportionnel de Cox : pour étudier l'association entre la mortalité toute cause confondue et le travail interdisciplinaire dirigé par une infirmière.
<i>Résultats</i>	<u>Caractéristiques principales de l'échantillon</u> : voir dans sélection des participants ou objet d'étude. <u>Résultats statistiquement significatifs ($p \leq 0,05$)</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Le groupe de travail dirigé par une infirmière a montré une différence significative de 7% dans la mortalité toute cause confondue par rapport au groupe de soins habituels ($p < 0.001$). - Les patients nécessitant des soins de longue durée de niveau 1 à 3 ($p = 0.006$), ainsi que ceux de niveau 4 et 5 ($p < 0.001$) présentaient des taux de mortalité plus élevés. Pour résumé, plus la dépendance pour les AVQ était importante plus le taux de mortalité augmentait.

	<ul style="list-style-type: none"> - Le taux de mortalité augmentait chez les patients polypharmaciés ($p = 0,05$) et également pour ceux sous oxygénothérapie à domicile ($p < 0.001$). - Le groupe de travail dirigé par une infirmière a montré une différence significative en matière d'hospitalisation d'urgence dans les 6 semaines post-sortie ($p < 0.001$). - Les patients nécessitant des soins de longue durée de niveau 1 à 3 ($p < 0.001$), ainsi que ceux de niveau 4 et 5 ($p < 0.001$) présentaient des taux d'hospitalisation d'urgence plus élevés. Pour résumé, plus la dépendance pour les AVQ était importante plus le taux de réhospitalisation augmentait. - Les patients sous oxygénothérapie à domicile présentaient un taux de réhospitalisations plus élevé 6 semaines après la sortie ($p < 0.001$) <p>Autres résultats importants : Non.</p>
<i>Discussion</i>	<p><u>Résumé des résultats</u> : L'intervention testée dans cette étude montre une diminution du taux de mortalité toutes causes confondues et une diminution des hospitalisations en urgence dans les 6 semaines suivant la sortie.</p> <p><u>Réponse à l'objectif visé</u> : La recherche confirme les effets positifs de l'intervention.</p> <p><u>Liens avec d'autres études (similitudes et différences)</u> : Dans cette étude, ils ont pris plus de temps pour préparer le départ des patients et ainsi favoriser un meilleur retour à domicile.</p>
<i>Recommandations & suggestions</i>	<p><u>Recommandations pour la pratique</u> : Favoriser des équipes interprofessionnelles dirigées par des infirmières.</p> <p><u>Recommandations pour la recherche</u> : Un essai contrôlé randomisé centré sur un modèle d'intervention pour la multimorbidité. Les prochaines études devraient déterminer quelles interventions sont directement corrélées aux résultats.</p>

	<p><u>Limites et biais de l'étude</u> : Etude de cohorte rétrospective sur une période d'observation de 6 ans (changement de protocoles durant cette période). Petit échantillon, seulement 400 participants (200 dans chaque groupe). Il n'est pas possible de déterminer clairement quelles interventions étaient associées à quels résultats.</p>
Conclusions	<p><u>Réponse à l'objectif visé</u> : Voir discussion.</p> <p><u>Principaux résultats significatifs de la démarche</u> : Voir résultats et discussion.</p>

Annexe 7 : Article 6
Analyse de l'article grâce à la grille de Tétreault

PARTIES COMMUNES AUX ARTICLES QUANTITATIFS & QUALITATIFS	
Identification du titre et du résumé	
Titre	<p><u>Titre anglais</u> : Educating Homecare Nurses about Deprescribing of Medications to Manage Polypharmacy for Older Adults.</p> <p><u>Titre français</u> : Former les infirmières à domicile à la déprescription de médicaments pour gérer la polypharmacie chez les personnes âgées.</p> <p><u>Thèmes abordés</u> : Déprescription à domicile chez les personnes âgées, formation des infirmières.</p> <p><u>Population précise</u> : Les infirmières à domicile recevant une formation sur la déprescription.</p>
Auteurs-es	<p>Winnie Sun, Ontario Tech University, Oshawa, ON, Canada</p> <p>Farah Tahsin, Ontario Tech University, Oshawa, ON, Canada</p> <p>Jennifer Abbass Dick, Ontario Tech University, Oshawa, ON, Canada</p> <p>Caroline Barakat, Ontario Tech University, Oshawa, ON, Canada</p> <p>Justin Turner, Université de Montréal, Montréal, QC, Canada</p> <p>Dale Wilson, Ontario Tech University, Oshawa, ON, Canada</p>

	<p>Cheryl Reid-Haughian, ParaMed Home Health Care (Past), ON, Canada</p> <p>Bahar Ashtarieh, Ontario Tech University, Oshawa, ON, Canada</p>
Mots-clés	Déprescription, éducation, infirmières à domicile, santé communautaire, gériatrie, polypharmacie, gestion des médicaments.
Résumé	<p><u>Objectifs</u> : Evaluer la pertinence, l'acceptabilité et l'efficacité d'une formation auprès des infirmières à domicile concernant la déprescription des médicaments chez les personnes âgées.</p> <p><u>Méthodologie</u> : Une enquête a été menée auprès de 45 infirmières, provenant de trois centres de soins à domicile, pour évaluer la formation à la déprescription. Les données ont été évaluées à l'aide d'une échelle de Likert, les questions ouvertes ont été ensuite analysées à l'aide d'analyses statistiques descriptives et d'analyses thématiques qualitatives.</p> <p><u>Résultats</u> : Mise en évidence des obstacles et des facilitateurs à la formation à la déprescription et détermination de l'efficacité de la formation.</p>
Introduction & Recension des écrits scientifiques & concepts théoriques	
Pertinence	La polymédication est définie comme l'utilisation de plusieurs médicaments chez les personnes âgées. Ceci est un problème majeur car un grand nombre d'entre elles souffrent de multimorbidité. La polymédication peut affecter le bien-être physique et mental de la personne âgée de par l'augmentation des interactions médicamenteuses et des effets secondaires des traitements.

	D'autres études ont montré que 89% des personnes âgées participant à celles-ci souffraient de multimorbidité. Malgré les lignes directives sur le sujet, 25% des personnes âgées à domicile consomment des médicaments inappropriés.
Objectifs/questions de recherche	Voir résumé.
Principaux concepts théoriques	Polymédication Déprescription Soins à domicile Infirmiers

PARTIES RECHERCHE QUALITATIVE et QUANTITATIVE

Méthodologie

Questions de recherche	Est-ce qu'une formation à la déprescription de médicaments chez les personnes âgées, est acceptable, pertinente et efficace auprès des infirmières à domicile ?
Devis	<u>Devis de l'étude</u> : Etude descriptive mixte. (étant donné que la partie quantitative est très mineure dans l'article et le nombre d'information restreinte, nous avons donc décidé de ne pas mettre la grille quantitative).

	<p><u>Rôle des chercheurs</u> : Pour le recrutement des participants les chercheurs ont assisté aux réunions du personnel afin de rencontrer les infirmières à domicile, à la fin de ces réunions ils ont fait la promotion de l'étude et ont recruté les participants.</p> <p><u>Règles éthiques</u> : Approbation du comité d'éthique de la recherche de l'université, le recrutement a été effectué auprès des organisations de soins à domiciles qui avaient déjà un partenariat de recherche et clinique avec l'université. Les participants ont signé un consentement éclairé.</p>
<p><i>Sélection des participants ou objet d'étude</i></p>	<p><u>Population visée</u> : Infirmières à domicile.</p> <p><u>Critères d'inclusion</u> : Infirmière diplômée ou auxiliaire avec divers pourcentages, ayant un contact clinique avec les patients et de l'expérience avec les personnes âgées à domicile, âgé de plus de 18 ans, comprendre et parler anglais.</p> <p><u>Critères d'exclusion</u> : Pas d'information.</p> <p>Un échantillonnage à variation maximale a été réalisé dans le but de sélectionner des participants avec des caractéristiques diversifiés.</p>
<p><i>Choix des outils de collecte de données</i></p>	<p><u>Collecte de données</u> : Après chaque session de formation, les participants remplissaient un questionnaire d'évaluation de la formation. Le questionnaire durait 15 minutes et était sous la forme d'une échelle de Likert à 5 points pour recueillir des statistiques descriptives quantitative pour évaluer le niveau de sensibilisation des infirmières à la polymédication et à la déprescription. Des questions ouvertes ont été posé aux participants pour recueillir leurs points de vue.</p>

<p>Méthode d'analyse des données</p>	<p><u>Méthode d'analyse statistiques descriptives</u> : A partir des questions de l'échelle de Likert.</p> <p><u>Méthode d'analyse qualitative</u> : A l'aide de l'analyse thématique.</p> <p><u>Qui procède à l'analyse</u> : L'équipe de recherche à examiner les thèmes et a sélectionné les verbatims pour appuyer leurs résultats.</p> <p><u>Logiciel de classement des données</u> : NVIVO 12.</p> <p><u>Validation des données</u> : Pas d'information.</p>
<p>Résultats</p>	<p><u>Présentation des résultats</u> : Par thèmes, une partie quantitative et une partie qualitative.</p> <p><u>Résultats quantitatifs</u> : (concernent le questionnaire post formation)</p> <p>1^{er} thème : Acceptabilité et pertinence de la formation sur la déprescription :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 86% des infirmières à domicile ont déclarées que les connaissances sur la déprescription étaient pertinentes pour leur travail. - 92% ont trouvé que les concepts de la déprescription avaient été clairement expliqué lors de la formation. - 80% des infirmières étaient conscientes de leur rôle important dans la déprescription et étaient prêtes à la pratiquer. <p>2^{ème} thème : Perception de l'efficacité de la formation pour combler les lacunes en matière de déprescription :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 61% des infirmières à domicile se sont déclarées assez conscientes (échelle de Likert) des outils et ressources nécessaires à la déprescription. Cependant elles avaient besoin de formation complémentaire pour l'utilisation d'outils éducatif pour les patients (EMPOWER).

- 47% étaient assez au courant (échelle de Likert) du rôle du groupe national sur la déprescription. Elles ont mis en évidence les avantages de collaborer avec ce groupe pour assurer une gestion plus sûre des médicaments et une pratique appropriée de la déprescription.
- 95% ont indiqué qu'une formation approfondie sur les risques et les effets indésirables de la polymédication serait bénéfique.
- 69% des infirmières ont mis en évidence que leur travail à domicile pourrait permettre de faciliter la déprescription par leur proximité quotidienne avec les patients.
- 61% pensent être bien placées pour identifier les clients à risque de polymédication.
- 65% estiment que des techniques non médicamenteuses pourraient répondre aux besoins des patients sans utiliser de médicaments.

Résultats qualitatifs :

1^{er} thème : La déprescription est un concept nouveau dans le domaine des soins à domicile :

- Les infirmières manquaient de connaissances dans la déprescription. La formation a permis aux infirmières d'en apprendre davantage (discussions de groupe et études de cas).

2^{ème} thème : Faire progresser l'apprentissage de la déprescription fondée sur des données probantes :

- Les infirmières ont mis en avant leur besoin de lignes directives et de stratégies, pour avoir un guide de bonne pratique sur lequel se reposer.
- Elles souhaitent utiliser différents outils basés sur des données probantes pour pallier la polymédication (outil éducatifs, thérapies non-médicamenteuses).

3^{ème} thème : Optimiser la gestion des médicaments par l'éducation à la déprescription :

	<ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières ont mis en évidence le besoin de formations approfondies en matière de médication des personnes âgées, tel que le besoin d'éducation sur les critères de Beers. - Elles ont mis en évidence le besoin d'améliorer leurs compétences de collaboration et de communication nécessaires à la déprescription. - Besoin de définir clairement le rôle des infirmières à domicile dans la déprescription. - Besoin de pouvoir collaborer aisément avec les médecins (disponibilité).
<i>Discussion</i>	<p><u>Résumé des résultats</u> : L'étude a mis en évidence la pertinence, l'acceptabilité et l'efficacité d'une formation à la déprescription à domicile.</p> <p><u>Liens avec d'autres études</u> : Des études antérieures ont également démontré que les résultats sur le manque d'accès aux données probantes était un frein à la déprescription. La collaboration devrait être améliorée afin d'avoir une administration plus sûre des médicaments et une meilleure surveillance. Le concept de prise de décision partagée entre médecin, infirmier et pharmacien a été relevé dans d'autres articles. En synthèse, plusieurs études s'alignent aux résultats de cette étude.</p>
<i>Recommandations & suggestions</i>	<p><u>Recommandations pour la pratique</u> : Développer la formation par des paires précédemment formées.</p> <p><u>Recommandations pour la recherche</u> : Faire une étude de cohorte pour évaluer les pratiques à la déprescription chez les infirmières à domicile ultérieurement formé à celle-ci.</p> <p><u>Application dans la pratique clinique</u> : Se former à la polymédication et se sensibiliser au thème. Collaborer avec des médecins et des pharmaciens.</p>

	<p><u>Limites et biais de l'étude</u> : Les participants ont reçu à boire et à manger, ce qui pourrait être leur intérêt principal et non pas le thème de l'étude. La formation n'a été testée que dans une seule organisation de soins à domicile.</p>
<i>Conclusions</i>	<p><u>Réponse à l'objectif visé</u> : L'étude a mis en évidence la pertinence, l'acceptabilité et l'efficacité d'une formation à la déprescription à domicile par l'analyse des questionnaires et des entretiens.</p> <p><u>Principaux résultats significatifs</u> : La formation en matière de déprescription est nécessaire et l'étude a permis d'identifier les besoins d'apprentissages des infirmières à domicile.</p>